

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 616.89-008-07-08(043.2)

CHIHAI JANA

**MANAGEMENTUL CLINIC AL PERSOANELOR CU
TULBURĂRI MINTALE SEVERE: DIAGNOSTIC,
REABILITARE ȘI INTEGRARE PSIHOSOCIALĂ**

Specialitatea: 321.06 Psihiatrie și narcologie

Teză de doctor habilitat în științe medicale

Consultanți științifici:

Nacu Anatolie, dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Catedra de sănătate mintală, psihologie
medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae
Testemițanu”

Spinei Larisa, dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Catedra de medicină socială și management
„Nicolae Testemițanu”, USMF „Nicolae
Testemițanu”

Consultant științific: Petrea Ionela, dr. șt. med, Institutul Trimbos de Sănătate
Mintală și Adicții, Utrecht, Olanda

Autor:

Chihai Jana, dr. șt. med., conf. univ., catedra
de sănătate mintală, psihologie medicală și
psihoterapie, USMF, “Nicolae Testemițanu”

CHIȘINĂU, 2022

© Chihai Jana, 2022

CUPRINS

ADNOTARE	6
АННОТАЦИЯ	7
ANNOTATION.....	8
LISTĂ TABELELOR	9
LISTĂ FIGURILOR.....	10
LISTĂ ABREVIERILOR.....	12
INTRODUCERE.....	14
1. REVIUL LITERATURII – CONTEXTUL SĂNĂTĂȚII MINTALE, EVOLUȚIA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ LA NIVEL MONDIAL ȘI NAȚIONAL. TULBURĂRILE MINTALE SEVERE – CONCEPTE ȘI TEORII	26
1.1 Sănătatea mintală – context internațional	26
1.2 Tulburări mintale severe (TMS) – definiții, concepte contemporane	29
1.3 Servicii de reabilitare bazate pe dovezi de sănătate mintală pentru persoanele cu tulburări mintale severe.....	31
1.4 Componente esențiale ale programelor de sănătate mintală orientate spre reabilitare (ROMHP - recovery oriented mental health program).....	33
1.5 Preocupările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pentru sănătatea mintală și locul acestea în sistemul contemporan de sănătate	35
1.6 Impactul sănătății mintale în contextul pandemiei COVID-19	38
1.7 Concluzii la capitolul 1	43
2. METODOLOGIA DE CERCETARE	44
2.1 Metoda și instrumentele de cercetare	44
2.2 Metodologia prelucrării datelor	49
3. ANALIZA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ PE PARCURS DE 13 ANI: PARCURS POLITIC, LEGISLATIV ȘI ORGANIZAȚIONAL	51
3.1 Analiza situației și indicatorilor de sănătate mintală în Republica Moldova pentru perioada 2007-2020 (studiu integral).....	51
3.2 Evoluția schimbărilor în domeniul sănătății mintale în Republica Moldova	62
3.3 Tendințe naționale de reformare a sistemului de sănătate în Republica Moldova.....	68

3.4 Evaluarea situației în cadrul auditului clinic referitor la activitatea CCSM și AMP pilot și non-pilot în cadrul fazei I a proiectului MENSANA - 2018	71
3.5 Rezumatul situației constatate în cadrul auditului clinic din 2019 referitor la activitatea a 15 CCSM și AMP din Republica Moldova	79
3.6 Situația serviciilor comunitare de SM în anul 2021 în cadrul auditului clinic a 24 CCSM și AMP din Republica Moldova.....	85
3.7 Concluzii la capitolul 3.....	99
4. PARCURSUL CLINICO-EPIDEMIOLOGIC A PERSOANELOR CU TMS DIN SERVICIILE DE SĂNĂTATE MINTALĂ SPITALICEȘTI ȘI COMUNITARE	101
4.1 Analiza parcursului clinico-epidemiologic al persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală spitalicești și comunitare din țară (chestionar elaborat)	101
4.2 Evaluare diagnostică și funcțională comprehensivă a beneficiarilor din servicii de sănătate mintală, pentru a determina necesitățile în servicii de sănătate mintală. (MINI)	103
4.3 Analiza calității vieții, dizabilității și nivelului de autostigmă a persoanelor cu TMS din serviciile spitalicești în comparație cu cele comunitare, bazată pe recuperarea persoanelor cu tulburări mintale severe (CANSAS, EQ-5D, WHODAS, SMISS-SF)	113
4.4 Analiza dinamicii indicatorilor calității vieții, funcționalității și dizabilității persoanelor cu tulburări mintale severe la 18 luni după inițierea studiului pilot (Folow-up: EQ-5D, WHODAS și CANSAS).....	117
4.5 Concluzii la capitolul 4.....	126
5. PROTOCOL DE REABILITARE ȘI INTEGRARE PSIHOSOCIALĂ A PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE SEVERE.....	129
5.1 Opțiuni de reorganizare a sistemului de sănătate mintală și intervențiilor de reabilitare la nivel de comunitate pentru persoanele cu TMS	129
5.2 Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament din Republica – propunere de algoritm	151
5.3 Concluzii la capitolul 5.....	156
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI:	157
CONCLUZII:.....	157
Recomandări pentru aplicabilitatea practică:	158
B. Pentru clinicieni	159

C. Pentru asistenții sociali.....	159
D. Pentru persoanele cu TMS	159
BIBLIOGRAFIE	160
ANEXE.....	188
Anexa 1. - CHESTIONAR multidimensional pentru persoanele cu tulburări mintale severe.....	188
Anexa 2. – M.I.N.I. MINI INTERVIU NEUROPSIHIATRIC INTERNAȚIONAL.....	190
Anexa 3. - CHESTIONAR de autoevaluare a nevoilor - CANSAS.....	234
Anexa 4. – CHESTIONARUL SĂNĂTĂȚII – EQ-5D.....	238
Anexa 5. – Scala de măsurare a nivelului de auto-stigmatizare în problemele de sănătate mintală (varianta scurtă)– SSMIS-SF	241
Anexa 6. – Chestionarul WHODAS 2.0.....	245
Anexa 7. – Aviz favorabil de la Comitetul de Etica a USMF.	249
Anexa 8. – Certificat de titular de drepturi patrimoniale nr. O 7253.....	252
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....	253
CV-UL AUTORULUI.....	254

ADNOTARE

Chihai Jana

MANAGEMENTUL CLINIC AL PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE SEVERE: DIAGNOSTIC, REABILITARE ȘI INTEGRARE PSIHOSOCIALĂ

Teză de doctor habilitat în științe medicale

Chișinău 2022

Structura tezei: introducere, 5 capitole, concluzii generale recomandări, bibliografie din 322 de surse, 8 anexe, 146 de pagini de text de bază, 47 de figuri, 21 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate și diseminate în 21 de lucrări științifice.

Cuvinte cheie: tulburări mintale severe, tratament medicamentos și nemedicamentos, recuperare, integrarea socială și familială.

Scopul lucrării: Identificarea particularităților clinico-epidemiologice, diagnostic a persoanelor cu tulburări mintale severe, a satisfacției, funcționalității sociale și a calității vieții a acestora din diverse servicii de sănătate mintală prestate pentru elaborarea unui protocol de reabilitare medicală și psihosocială.

Obiectivele cercetării: 1. Evaluare serviciilor comunitare și spitalicești de sănătate mintală, precum și analiza parcursului și evoluția schimbărilor politice, legislative, organizaționale și de sistem din domeniul SM în Republica Moldova. 2. Analiza incidenței și prevalenței tulburărilor mintale severe în Republica Moldova, perioada anilor 2007-2020. 3. Analiza parcursului clinico-epidemiologic a persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală spitalicești și comunitare din țară. 4. Evaluare diagnostică și funcțională comprehensivă a beneficiarilor de servicii de sănătate mintală, pentru a determina necesitățile în servicii de sănătate mintală. 5. Analiza calității vieții, dizabilității și nivelului de autostigmă a persoanelor cu TMS din serviciile spitalicești în comparație cu cele comunitare, bazată pe recuperare a persoanelor cu tulburări mintale severe. 6. Analiza dinamicii indicatorilor calității vieții, a funcționalității și a dizabilității persoanelor cu tulburări mintale severe la 18 luni după inițierea studiului pilot. 7. Elaborarea unui protocol de reabilitare și integrare psihosocială a persoanelor cu tulburări mintale severe ajustat la contextul RM.

Noutatea și originalitatea științifică: evaluarea complexă clinică, psihologică și socio-funcțională a pacienților din instituții de sănătate mintală este o componentă importantă în managementul clinic eficient.

Rezultatele obținute: contribuie la managementul clinic eficient al persoanelor cu TMS, facilitează crearea, dezvoltarea și reorganizarea serviciilor de SM și ajută la elaborarea planurilor și programelor de intervenție individualizate și a celor de dezinstituționalizare pentru persoanele cu TMS.

Semnificația teoretică: calitatea vieții și funcționalitatea persoanelor cu tulburări mintale severe depinde de abordările și tipurile de tratament aplicate în diverse servicii de sănătate mintală

Valoarea aplicativă: stabilirea profilului pacientului din serviciile spitalicești precum și din cele comunitare; pune în evidența diferențele de profil; ajută la elaborarea programelor eficiente și serviciilor adiționale din cadrul serviciilor de SM;

Implementarea rezultatelor științifice: este utilizată în practica Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală și Spitalelor de Psihiatrie.

АННОТАЦИЯ

Кихай Жана

КЛИНИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ ЛЮДЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ДИАГНОСТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ

Диссертация доктора медицинских наук
Кишинев 2022

Структура диссертации: введение, 5 глав, общие выводы и рекомендации, библиография из 322 источников, 8 приложений, 146 страниц основного текста, 47 рисунков, 21 таблицы. Полученные результаты опубликованы и распространены в 21 научных статей.

Ключевые слова: тяжелые психические расстройства (ТПР), медикаментозное и немедикаментозное лечение, реабилитация, социальная и семейная интеграция.

Цель работы: выявление клинико-эпидемиологических особенностей, диагностика лиц с ТПР, удовлетворенность, социальная функциональность и качество жизни в различных услугах психического здоровья для разработки протокола медицинской и психосоциальной реабилитации.

Задачи исследования: 1. Оценка общинных и больничных служб охраны психического здоровья, а также анализ хода и эволюции политических, законодательных, организационных и системных изменений в области психического здоровья (ПЗ) в Республике Молдова. 2. Анализ заболеваемости и распространенности ТПР в Республике Молдова, 2007-2020 гг. 3. Анализ клинико-эпидемиологического течения лиц с ТПР в стационарных и внебольничных службах охраны ПЗ страны. 4. Комплексная диагностическая и функциональная оценка получателей услуг психического здоровья с целью определения потребностей в услугах. 5. Анализ качества жизни, инвалидности и уровня самостигматизации людей с ТПР в больничных службах по сравнению с таковыми в общинных, основанные на реабилитации людей с ТПР. 6. Анализ динамики показателей качества жизни, функциональных возможностей и инвалидности лиц с ТПР через 18 месяцев после начала пилотного исследования. 7. Разработка протокола реабилитации и психосоциальной интеграции людей с ТПР, адаптированного к условиям РМ.

Научная новизна и оригинальность: комплексная клинико-психологическая и социально-функциональная оценка пациентов в психиатрических учреждениях является важным компонентом эффективного клинического ведения.

Результаты исследования: способствует эффективному клиническому ведению людей с ТПР, облегчает создание, развитие и реорганизацию служб ПЗ, а также помогает разрабатывать индивидуальные и деинституционализированные планы и программы вмешательства для людей с ТПР.

Теоретическая значимость: качество жизни и работоспособность лиц с тяжелыми психическими расстройствами зависят от подходов и видов лечения, применяемых в различных службах охраны психического здоровья.

Практическая ценность: установление профиля пациента как в больничных, так и в общественных службах; выделяет различия профилей; помощь в разработке эффективных программ и дополнительных услуг в рамках сервисов МЗ;

Внедрение научных результатов: используется в практике общинных центров психического здоровья и психиатрических больниц.

ANNOTATION

Chihai Jana

CLINICAL MANAGEMENT OF PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDERS: DIAGNOSIS, REHABILITATION AND PSYCHOSOCIAL INTEGRATION

Thesis of doctor habilitatus in medical sciences

Chisinau 2022

Thesis structure: Introduction, 5 chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 322 sources, 8 annexes, 146 pages of basic text, 47 figures, 21 tables. The obtained results are published and disseminated in 21 scientific papers.

Keywords: Severe mental disorders, drug and non-drug treatment, recovery, social and family integration.

Aim of the thesis: Identification of clinical-epidemiological features, diagnosis of people with severe mental disorders, satisfaction, social functionality and quality of life in various mental health services provided for the development of a medical and psychosocial rehabilitation protocol.

Research objectives: 1. Evaluation of community and hospital mental health services, as well as the analysis of the course and evolution of political, legislative, organizational and system changes in the field of MS in the Republic of Moldova. 2. Analysis of the incidence and prevalence of severe mental disorders in the Republic of Moldova, 2007-2020. 3. Analysis of the clinical-epidemiological course of people with severe mental disorders in hospital and community mental health services in the country. 4. Comprehensive diagnostic and functional evaluation of the beneficiaries of mental health services, in order to determine the needs in mental health services. 5. Analysis of the quality of life, disability and level of self-stigma of people with MSDs in hospital services compared to those in the community, based on the recovery of people with severe mental disorders. 6. Analysis of the dynamics of indicators of quality of life, functionality and disability of people with severe mental disorders at 18 months after the start of the pilot study. 7. Development of a protocol for rehabilitation and psychosocial integration of people with severe mental disorders adjusted to the context of the Republic of Moldova.

Novelty and scientific originality: The complex clinical, psychological and socio-functional evaluation of patients in mental health institutions is an important component in effective clinical management.

Research results: Contributes to the efficient clinical management of people with MSDs, facilitates the creation, development and reorganization of MS services and helps to develop individualized and deinstitutionalized intervention plans and programs for people with MSDs.

Theoretical significance: The quality of life and functionality of people with severe mental disorders depends on the approaches and types of treatment applied in various mental health services

Applicative value: Establishing the profile of the patient from the hospital services as well as from the community ones; highlights profile differences; assist in the development of effective programs and additional services within MS services;

Implementation of scientific results: It is used in the practice of Community Mental Health Centres and Psychiatric Hospitals.

LISTĂ TABELELOR

Tabelul 1. Repartizarea persoanelor cu tulburări mintale și de comportament în funcție de CCSM (abs.).....	19
Tabelul 2. Stratificarea proporțională a numărului de respondenți (abs.)	20
Tabelul 3. Instrumente utilizate în studiu	22
Tabelul 4. Criteriile de includere/excludere în studiu	24
Tabelul 2.1. Repartizarea persoanelor cu tulburări mintale și de comportament în funcție de CCSM (abs.).....	44
Tabelul 2.2. Stratificarea proporțională a numărului de respondenți (abs.)	45
Tabelul 2.3. Criteriile de includere/excludere în studiu	45
Tabelul 2.4. Instrumente utilizate în studiu	48
Tabelul 3.1. Situația copiilor conform Formei 36.....	53
Tabelul 3.2. Dinamica internării în spitalele de psihiatrie.....	94
Tabelul 4.1 Evaluarea comparativă a structurii managementului pacienților cu dereglări mintale severe primare pentru locuitorii din localitatea urbană și rurală	102
Tabelul 4.2. Specificul tratamentului administrat de către respondenți	103
Tabelul 4.3. Structura nozologică și statistici descriptive pentru cohorta cercetată.....	104
Tabelul 4.4. Distribuția unităților nosologice în funcție de genul biologic, evaluare comparativă	108
Tabelul 4.5. Tratamentul complex al pacienților cu dereglări mintale severe depistate primar	110
Tabelul 4.6. Tratamentul complex al pacienților cu dereglări mintale severe depistate primar în funcție de sex	110
Tabelul 4.7. Bolile concomitente la respondenții evaluați.....	111
Tabelul 4.8. Unele aspecte sociale ale pacienților cu dereglări mintale severe depistate primar	112
Tabelul 4.9. Statistica descriptivă pentru rezultatele chestionarelor aplicate	114
Tabelul 4.10. Statistica descriptivă pentru rezultatele inițiale ale chestionarului WHODAS	117
Tabelul 4.11. Statistica descriptivă pentru rezultatele follow-up la chestionarul WHODAS	119

LISTĂ FIGURILOR

Fig. 3.1. Prevalența prin tulburări mintale și de comportament la 100 mii populație în RM pentru perioada 2012-2020.....	51
Fig. 3.2. Incidența prin tulburări mintale și de comportament la 10 mii populație în RM pentru perioada 2012-2020.....	52
Fig. 3.3. Vizite CCSM raportate de CNAM (abs.).....	58
Fig. 3.4. Numărul total de paturi de profil psihiatric în RM (abs.).....	64
Fig. 3.5. Rata creșterilor anuale a sumelor alocate de CNAM pentru CCSM (%)......	67
Fig. 3.6. Incidența generală a populației (abs.) și populația deservită în raioanele evaluate în cadrul auditului clinic.....	72
Fig. 3.7. Prevalența generală a populației (abs.) și populația deservită în raioanele evaluate în cadrul auditului clinic.....	72
Fig. 3.8. Punctajul mediu obținut pentru criteriile evaluate în cadrul CCSM.....	77
Fig. 3.9. Punctajul mediu comparativ obținut de CCSM și AMP în cadrul auditului clinic 2019.....	80
Fig. 3.10. Punctajul mediu comparativ obținut de CCSM în 2018 și 2019.....	81
Fig. 3.11. Punctajul mediu comparativ obținut de AMP în auditul clinic 2018 și 2019.....	81
Fig. 3.12. Dotarea CCSM cu spații și tehnică de calcul.....	86
Fig. 3.13. Divizarea bugetelor CCSM pentru 2020 după categorii de cheltuieli.....	87
Fig. 3.14. Componența echipei multidisciplinare (abs.).....	88
Fig. 3.15. Frecvența spitalizării respondenților.....	89
Fig. 3.16. Frecvența spitalizărilor respondenților după utilizarea serviciilor CCSM.....	89
Fig. 3.17. Aprecierea respondenților privind serviciile prestate de către CCSM.....	90
Fig. 3.18 Aprecierea respondenților privind serviciile prestate de către CCSM per fiecare centru evaluat.....	90
Fig. 3.19. Punctajul CCSM evaluate pentru criteriul funcționarea echipei multidisciplinare.....	91
Fig. 3.20. Punctajul mediu obținut de CCSM în cadrul auditului clinic 2021.....	92
Fig. 3.21. Punctajul per criterii de evaluare obținut de CCSM în cadrul auditului clinic 2021.....	93
Fig. 3.22. Punctajele cumulative obținute de CCSM în cadrul auditurilor clinice din 2018, 2019 și 2021.....	94
Fig. 3.23. Dinamica internărilor în SP din CCSM-uri din anii 2018, 2019 și 2020.....	95
Fig. 4.1. Analiza distribuției și graficul boxplot pentru vârstă.....	105

Fig. 4.2. Barplot, structura nosologica (abs.) pentru lotul cercetat (fără unitățile cu frecvențe absolute egale cu 0).....	106
Fig. 4.3. Distribuirea cohorței în funcție de genul biologic.....	107
Fig. 4.4. Analiza distribuției pentru SMISS-SF_{Conștientizare} (stânga, sus), SMISS-SF_{Acord} (dreapta, sus), SMISS-SF_{Aplicare} (stânga, jos) și SMISS-SF_{Autovatamare} (dreapta, jos).	115
Fig. 4.5 Analiza distribuției pentru SMISS-SF_{SCOR TOTAL}.	116
Fig. 4.6. Evaluarea comparativă CANSAS înainte (before) și după (after) o perioada de 18 luni (follow up). Boxplot, violin and jitters combination.....	118
Fig. 4.7. Evaluarea comparativă EQ5D înainte (EQ5D) și după (EQ5DF) o perioada de supraveghere (follow up).	119
Fig. 4.8. Profilul pacienților cu dereglări mintale severe înainte de intervenție și includere în serviciul de sănătate mintala conform chestionarului WHODAS.....	120
Fig. 4.9. Profilul pacienților cu dereglări mintale severe înainte de intervenție și includere în serviciul de sănătate mintala conform chestionarului Whodas.	120
Fig. 4.10. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do1. ...	121
Fig. 4.11. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do2. ...	122
Fig. 4.12. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do3. ...	122
Fig. 4.13. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do4. ...	123
Fig. 4.14. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do51. .	124
Fig. 4.15. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do6. ...	124
Fig. 4.16. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea st_s32.	125
Fig. 4.17. Starea initiala (roz) și follow-up (verde) 18 luni a pacientului x după intervenție și includere în serviciul de sănătate mintala conform chestionarului Whodas. Do1 -	125
Fig. 5.1. Piramida optima de servicii de sănătate mintală recomandată de OMS (2007)...	131
Fig. 5.2. Opțiunea nr. 1 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.....	132
Fig. 5.3. Opțiunea nr. 2 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.....	137
Fig. 5.4. Opțiunea nr. 3 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.....	143
Fig. 5.5. Opțiunea nr. 4 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.....	149
Fig. 5.6. Parcursul pacientului cu tulburări mintale și de comportament la nivelul sistemului de sănătate.....	152
Fig. 5.7. Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament.	155

LISTĂ ABREVIERILOR

Abreviere	Denumirea deplină
DSM V	Manual de diagnostică și statistică a tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)
CIM-10	Clasificarea Internațională a Maladiilor (ICD)
TMS	Tulburări Mintale Severe
ROMHP	Programe de sănătate mintală orientate spre reabilitare (recovery oriented mental health program)
MENSANA	Proiectul „MENSANA” - Suport pentru Reforma Serviciilor de sănătate mintală în Moldova”, finanțat de Biroul de Cooperare al Elveției
Audit clinic	Evaluarea comprehensivă a serviciilor de sănătate mintală
CCSM	Centrul comunitar de sănătate mintală
CSM	Centrul de sănătate mintală
AMP	Asistența medicală primară
CS	Centrul de Sănătate
MF	Medici de familie
SCP	Spitalul Clinic de Psihiatrie
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
MS	Ministerul Sănătății
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
SDC	Agenția Elvețiană de Cooperare în Moldova
MINI	Interviul neuro-psihiatric internațional MINI, versiunea 7.0.2.
EQ-5D	Instrument pentru a evalua calitatea vieții
SMISS-SF	Scala de autostigmă a tulburărilor mintale forma scurtă SSMIS-SF (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale-Short Form)
WHODAS	The World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)
CANSAS	Inventarul scurt Camberwell pentru evaluarea necesităților (CANSAS)
OTM	Orice tulburare mintală
SAMHSA	Administrația Serviciilor pentru Abuzul de Substanțe și Sănătatea Mintală
NSDUH	Sondajul național privind consumul și sănătatea de droguri
NIMH	Institutului Național de Sănătate Mintală

GAF	Scala de evaluare globală a funcționării
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
HG	Hotărâre de Guvern
F 025/e	Fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu
F 025-2/e	Tichet statistic de evidență a diagnosticului definitiv (precizat)
F 027/e	Trimitere-extras din fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu, de staționar
F 36A	Informația din CCSM cu registrele, fișele medicale și dosarele pacienților
ICD-10	Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament
PCN	Protocol Clinic Național
PCSPMF	Protocolul Clinic Standardizat pentru Medicul de Familie
AOAM	Asigurare Obligatorie de Asistență Medicală
APL	Administrația Publică Locală
CDPD	Drepturile Persoanelor cu Dezabilități
CNSM	Centrul Național de Sănătate Mintală
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
ACT	Assertive Community Treatment
FAOAM	Fondurile Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală
SM	Sănătate Mintală
HG	Hotărâre de Guvern
PPP	Propunere de politică publică
QALY	Quality- adjusted life-year
RM	Republica Moldova
UE	Uniunea Europeană

INTRODUCERE

Sănătatea este o stare de completă bunăstare fizică, mintală și socială, și nu doar absența bolii sau a infirmității [287]. Cu toate acestea, sănătatea mintală rămâne o parte neglijată a lumii în eforturi de îmbunătățire a sănătății. Persoanele cu probleme de sănătate mintală suferă încălcări pe scară largă a drepturilor omului, discriminare și stigmatizare. Peste 80% dintre oameni suferă de probleme mintale ale stării de sănătate, aici fiind incluse și persoanele care suferă de boli neurologice și tulburări legate de consumul de substanțe. Aceasta se întâmplă în pofida faptului că problemele de sănătate mintală numără 1 din 5 ani persoane cu dizabilități la nivel global, conducând la mai mult de 1 trilion USD pe an în pierderi economice. Este bine cunoscut, că oamenii care trăiesc cu probleme de sănătate mintala mai probabil se confruntă și cu altele probleme de sănătate fizică (de ex. HIV, TBC, boli netransmisibile), provocând mortalitate mai precoce cu 10-20 de ani. Mortalitatea prin sinucidere este mare (aproape de 800.000 de decese pe an), afectând în mod disproporționat tineri și femei în vârstă cu venituri mici și medii. Condițiile de sănătate mintală sunt deosebit de frecvente pentru persoane afectate de crize umanitare și alte forme de adversitate (de exemplu, violență sexuală).

Conform rezultatelor unor cercetări persoanelor cu boli mintale trăiesc în toate țările, dar majoritatea, în special, în cele cu venituri joase și medii, doar o parte mică din ei au acces la servicii, nemaivorbind de servicii adecvate și bazate pe dovezi [102, 279]. În multe din aceste țări, îngrijirile spitalicești de orientare biomedicală stau la baza sistemului de servicii de sănătate mintală, ce este caracterizat prin rezultate scăzute în tratamentul pacienților [241].

Termenul „*boală (tulburare) mintală severă*” (TMS) reunește două concepte complexe. Primul este definit în termenii a cinci grupuri de tulburări din Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM-10) [307]:

- Tulburări schizofrenice și delirante;
- Tulburări de dispoziție (afective), inclusiv forme depresive, maniacale și bipolare;
- Tulburările nevrotice, incluzând tulburări obsesiv-compulsive și tulburarea de stres posttraumatică;
- Tulburări comportamentale, inclusiv alimentație, tulburări de somn și stres;
- Tulburări de personalitate de opt tipuri diferite.

În SUA legea definește următoarele maladii drept o boală mintală severă [316]:

- Schizofrenie;
- Tulburări psihotice paranoide și alte tulburări psihotice;

- Tulburări bipolare (hipomanie, maniac, depresiv și mixt);
- Tulburări depresive majore (episod unic sau recurent);
- Tulburări schizoafective (bipolare sau depresive);
- Tulburări de dezvoltare pervazive;
- Tulburări obsesiv-compulsive;
- Depresia în copilărie și adolescență;
- Tulburare de panică;
- Tulburări de stres posttraumatic (acute, cronice sau cu debut întârziat);
- Bulimia Nervosa 307.51;
- Anorexia Nervosa 307.1a.

În 2018, a apărut un consens în multe domenii, inclusiv în Marea Britanie, că serviciile de sănătate mintală ar trebui să se adreseze în special celor care suferă de boli mintale severe (TMS). Mai multe rapoarte privind serviciile de sănătate mintală au indicat deficiențe în acest sens (House of Commons Health Select Committee, 1994). În alte țări, cum ar fi Italia, nu există îndrumări clare privind vizarea unor grupuri specifice dintre cei cu boli mintale; cu toate acestea, există o conștientizare din ce în ce mai mare că celor cu TMS ar trebui să li se acorde o prioritate mai mare.

Totuși, nu există o definiție convenită la nivel internațional a TMS. *Trei probleme cheie apar: cum ar trebui definită TMS; care este prevalența unei astfel de morbidități; cum pot fi utilizate cel mai bine aceste informații pentru planificarea și furnizarea de servicii?*

Definiția pe care o includem în această lucrare („definiția tridimensională”) este aceea că un pacient are o boală mintală severă atunci când are următoarele: un diagnostic de psihoză non-organică; o durată de tratament de doi ani sau mai mult; disfuncție, măsurată de scala de evaluare globală a funcționării (GAF) (American Psychiatric Association, 1987).

Această definiție clasifică persoanele ca având TMS dacă au îndeplinit *trei criterii*:

- un diagnostic de psihoză non-organică sau tulburare de personalitate;
- durata operaționalizată ca implicând „boală prelungită și tratament pe termen lung” și operaționalizată ca un istoric de boală mintală sau tratament de doi ani sau mai mult;
- și dizabilitate, care a fost descrisă ca incluzând cel puțin trei dintre cele opt criterii specificate (NIMH, 1987).

Boala (tulburarea) mintală severă (Serious Mental Illnesses - SMI) este caracterizată ca orice stare de sănătate mintală care afectează grav oriunde de la una până la mai multe activități semnificative de viață, inclusiv funcționarea de zi cu zi [108, 194, 195, 239]. Diagnosticalele frecvente asociate cu TMS includ tulburarea bipolară, tulburările psihotice (adică schizofrenia), tulburarea de stres posttraumatic și tulburarea depresivă majoră [2]. Persoanele care se confruntă

cu TMS prezintă simptome care îi pot împiedica să aibă experiențe de succes care contribuie la o bună calitate a vieții, din cauza limitărilor sociale, fizice și psihologice ale maladiilor lor [238, 239, 266]. În 2017, în SUA rata prevalenței adulților diagnosticați cu TMS a constituit 4,5%, cel mai mare procent fiind populația adultă tânără. În 2017, 66,7% dintre cei 4,5% adulți diagnosticați au apelat servicii de îngrijire a sănătății mintale [195].

Tulburările mintale severe atrag consecințe majore atât pentru pacienți, cât și pentru familiile sau cercul de prieteni ai acestora. Pentru persoană, ele includ suferințele ce apar în urma simptomelor specifice bolii respective, pierderea independenței și a capacității de muncă, precum și de integrare socială redusă. Un nivel ridicat al stigmatizării persoanelor cu probleme de sănătate mintală poate conduce la discriminare și la diminuarea aprecierii propriei persoane. În toată lumea, sănătatea mintală precară constituie o problemă de sănătate publică de importanță majoră; aceasta are numeroase consecințe medicale și socioeconomice pentru indivizi și pentru familiile lor, precum și pentru societate în general. Intervențiile de sănătate complexe, așa ca implementarea unui model de servicii comunitare de sănătate mintală, pot fi mai eficiente și durabile, iar intensitatea îngrijirilor poate fi ajustată, dacă sunt bine înțelese aceste necesități, obstacolele și factori facilitatori în implementarea specifică contextului [45, 106, 174]. Un rol important în planificarea serviciilor de SM este satisfacția beneficiarului de servicii și de viața pe care o duce, calitatea vieții în general și pe diverse domenii, precum și nivelul de autostigmatizare pe care o are persoana cu probleme de SM față de sine.

Modelul OMS elaborat recomandă (5 nivele de îngrijiri [321]) ca țările să-și construiască sau să-și transforme serviciile lor de sănătate mintală pentru a:

- Promova auto-îngrijirea - auto-îngrijirea ține de abilitatea persoanelor de a-și gestiona problemele de sănătate mintală în mod independent sau cu suportul familiei, prietenilor sau membrilor comunității;
- Crea servicii informale de îngrijiri comunitare;
- Integra serviciile de sănătate mintală în asistența primară;
- Crea servicii comunitare de sănătate mintală;
- Crea servicii de sănătate mintală în spitalele generale;
- Limitarea tratamentului necesar și durata tratamentului în spitalele de psihiatrie.

La fel și în Moldova, până nu demult, serviciile de sănătate mintală erau în primul rând acordate în context instituțional, unde tratamentul prestat este depășit, nefiind bazat pe standardele internaționale sau pe abordări bazate pe dovezi [268]. Dezinstituționalizarea și tranziția către un model de servicii comunitare de sănătate mintală au fost incluse în agenda politică a Moldovei

încă în anul 2003 (WHO Regional Office for Europe, 2004). Serviciile comunitare de sănătate mintală sunt prestate în comunitate de o rețea formată din lucrători de asistență medicală primară, echipele comunitare de sănătate mintală, echipele de asistență socială și lucrătorii din spitale, în colaborare cu îngrijitorii, și axate pe beneficiarii de servicii, s-au dovedit a fi benefice pentru recuperarea beneficiarilor, deoarece aceștia lucrează în vederea recuperării, ducând o viață împlinită, ca parte a comunității și societății [43, 222]. Mai mult ca atât, îngrijirile comunitare de sănătate mintală s-au dovedit a fi eficiente din punct de vedere al costurilor, producând rezultate mai bune, la costuri egale sau mai joase [232].

În pofida acestui fapt convingător și angajamentului politic de a trece la un model de servicii comunitare de sănătate mintală, implementarea practică este dificilă în țările cu venituri joase și medii [162], inclusiv în Moldova [38]. Cercetările anterioare au identificat obstacolele în calea dezinstituționalizării în țările cu venituri joase și medii, așa ca sărăcia, distribuția inegală și utilizarea ineficientă a resurselor (cadre calificate, buget și paturi), complexitatea descentralizării și rezistența față de această schimbare din partea diferitor grupuri de actori implicați, inclusiv autori de politici și factori de decizie, directori de spitale, manageri ai serviciilor medicale, lucrătorii din serviciile de sănătate (mintală), beneficiari de servicii și îngrijitori [240].

Recuperarea psihiatrică este intervenția de bază în serviciile de sănătate mintală și reprezintă totalitatea intervențiilor medicale, psihologice, psihoterapeutice și de suport social ce se aplică integrat, continuu/discontinuu, dar diferențiat, în raport cu etapa de evoluție, gravitatea și tipul de tulburare, având drept scop, în primul rând, prevenirea bolii și apoi susținerea eforturilor persoanei cu tulburări mintale severe în complexul proces al recuperării, oferind acestuia posibilitatea de a munci, de a trăi în comunitate, de a se bucura de o viață socială într-un ritm propriu, dar realist, într-o atmosferă de respect, suport, încredere și speranță. Pentru atingerea acestui deziderat, este necesară respectarea unor principii ale recuperare psihiatrică, principii influențate de practica de zi cu zi, de existența unor servicii comunitare și a unei echipe multidisciplinare, de individ, de familie, dar și de nivelul socio-economic, de cultura, religie, obiceiurile și tradițiile comunității în care se încearcă reabilitarea persoanei cu tulburări mintale severe.

Noutatea științifică

Înainte de inițierea reformei sănătății mintale în august 2014, cea mai mare parte de îngrijiri de care beneficiau persoanele cu probleme de sănătate mintală erau prestate de spitalele de psihiatrie, psihiatrul din serviciu consultativ de ambulatoriu și instituțiile rezidențiale (internate). La moment serviciile prestate de instituții sunt centrale, iar pacienții cu probleme de sănătate mintală necesită îngrijiri comunitare din partea:

- a) serviciilor de asistență medicală primară conduse de medicii de familie și nurse;
- b) centrelor comunitare de sănătate mintală asigurate cu o echipă comunitară multidisciplinară de sănătate mintală;
- c) pentru internare de scurtă durată într-o secție psihiatrică acută a unui spital general sau spital de psihiatrie.

Pentru a înțelege care este nivelul de satisfacție și calitatea vieții persoanelor cu tulburări mintale severe, câți și care pacienți se califică pentru tranziția către serviciile comunitare, prezenta cercetare este una pilot și își propune de a efectua o evaluare complexă clinică, psihologică și socio-funcțională a pacienților instituțiilor de SM din RM.

Până în prezent, în Moldova n-au fost efectuate cercetări în acest domeniu, motiv pentru care rezultatele prezentei cercetări vor fi și mai relevante pentru îmbunătățirea ulterioară a modelului de servicii comunitare de sănătate mintală în Moldova și tratamentelor aplicate persoanelor cu tulburări mintale severe.

Problema științifică abordată: importanța calității vieții și a funcționalității persoanelor cu tulburări mintale severe în dependență de abordările și tipurile de tratament aplicate în diverse servicii de sănătate mintală.

Subiectul cercetării: îl constituie pacienții cu tulburări mintale severe [307].

Importanța practică/impactul studiului:

Acest studiu este unul pilot, însă foarte inovativ deoarece pune în evidență corelația între necesitățile persoanelor cu TMS, statutul lor funcțional socio-psihologic, tratamentele aplicate și managementul clinic și acțiunile de reabilitare psihosociale din cadrul serviciilor de SM. Studiul stabilește:

1. profilul pacientului din serviciile spitalicești precum și din cele comunitare;
2. pune în evidență diferențele de profil;
3. ajută la elaborarea programelor eficiente și serviciilor adiționale din cadrul serviciilor de SM;
4. facilitează dezvoltarea, reorganizarea și inițierea serviciilor de SM;
5. ajută la elaborarea planurilor și programelor de intervenție individualizate și a celor de dezinstituționalizare.

Ipoteza cercetării: Calitatea vieții persoanei cu TMS, funcționalitatea acestuia și statutul de sănătate este mai bun în cazul serviciilor prestate în comunitate, care la rândul său duce la integrarea socială eficientă și menținerea capacităților de funcționare socială.

Scopul cercetării

Identificarea particularităților clinico-epidemiologice și diagnostice a persoanelor cu TMS, a satisfacției, funcționalității sociale și a calității vieții a acestora din diverse servicii de SM pentru elaborarea unui protocol de reabilitare medicală și psihosocială.

Obiectivele cercetării:

1. Evaluarea serviciilor comunitare și spitalicești de SM și analiza parcursului și evoluția schimbărilor politice, legislative, organizaționale și de sistem din domeniul SM în RM.
2. Analiza incidenței și prevalenței TMS în RM în perioada anilor 2007-2020 (studiul integral).
3. Studiarea parcursului clinico-epidemiologice al persoanelor cu TMS din serviciile de SM spitalicești și comunitare din țară (chestionar elaborat).
4. Evaluarea diagnostică și funcțională comprehensivă a beneficiarilor de servicii de SM, pentru determinarea necesităților în servicii de SM.
5. Analiza calității vieții, dizabilității și nivelului de autostigmă a persoanelor cu TMS din serviciile spitalicești în comparație cu cele comunitare, bazată pe recuperare a persoanelor cu TMS.
6. Studiarea dinamicii indicatorilor calității vieții, funcționalității și dizabilității persoanelor cu TMS la 18 luni după inițierea studiului pilot.
7. Elaborarea unui protocol de reabilitare și integrare psihosocială a persoanelor cu TMS ajustat la contextul RM.

Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării sunt planificate următoarele studii:

1. **Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral**, care va permite analiza incidenței și prevalenței tulburărilor mintale severe în funcție de: spațiu – mediul urban și rural, după regiuni de dezvoltare - Nord, Centru, UTA Găgăuzia și Sud din Republica Moldova; timp - perioada anilor 2000-2020.
2. **Studiul de cohortă de tip descriptiv după volumul eșantionului selectiv** volumul eșantionului reprezentativ constituie *122 de respondenți cu TMS*.

Tabelul 1. Repartizarea persoanelor cu tulburări mintale și de comportament în funcție de CCSM (abs.)

CCSM	Nr. total de persoane aflate în evidență	Nr. persoanelor cu maladii mintale severe
Cahul	2063	285
Cimișlia	535	356

Soroca	2350	1508
Orhei	3058	456
Total	8006	2633

În tabelul 2 este prezentată stratificarea proporțională a numărului de respondenți planificați.

Tabelul 2. Stratificarea proporțională a numărului de respondenți (abs.)

RDD	Abs.	%	Nr. de respondenți
Nord	2350	29,0	35
Centru	3058	38,0	46
Sud	2063	26,0	32
UTA Gagauzia	535	7,0	9
Total	8006	100,0	122

3. Studiul clinic pilot pentru evaluarea eficacității îngrijirilor prestate pacienților cu TMS în centrele comunitare și spitalele de psihiatrie.

O serie de țări au documentat tranziția de la îngrijirile prestate în spitalele de psihiatrie la serviciile comunitare (de ex., Anglia, Canada, Australia). În cadrul acestor procese, rezultatele cele mai frecvent evaluate sunt funcționalitatea socială, simptomele psihiatrice și calitatea vieții. Astfel, pentru a dispune de o evaluare comprehensivă în vederea creării unui profil al pacientului, cercetarea elaborată cuprinde o evaluare comprehensivă ce constă din câteva instrumente validate și măsurări ale rezultatelor, care evaluează următoarele dimensiuni:

- Evaluare de diagnostic (evaluare medicală psihiatrică);
 - Evaluare funcțională (funcționalitatea socială, funcționalitatea în viața cotidiană, calitatea vieții);
 - Evaluarea nivelului de autostigmă (Corrigan toolkit).
1. Chestionarul de evaluare include date personale și socio-demografice, numărul de ani trăiți cu diagnostic, numărul de internări/recăderi, tratamentele utilizate și serviciile primite pe parcursul acestor ani;
 2. Interviu de diagnosticare pentru evaluare psihiatrică - Interviu neuro-psihiatric internațional **MINI**, versiunea 7.0.2;
 3. Scală a funcționalității sociale - Inventarul scurt Camberwell pentru evaluarea necesităților **CANSAS**;
 4. Inventar privind calitatea vieții **EQ-5D**;
 5. Inventarul de evaluare a dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății **WHO-DAS**;

6. Scală de evaluare a autostigmei Scala de autostigmă a tulburărilor mintale forma scurtă **SSMIS-SF** (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale-Short Form).

Cercetarea va fi realizată în:

1. În 3 spitale de psihiatrie – Chișinău, Bălți, Orhei – 61 pacienți;
2. În 3 CCSM pilot - nord, centru, sud – 61 pacienți;

Evaluare medicală/psihiatrică

Pentru a evalua starea psihică, vom utiliza Interviul neuro-psihiatric internațional MINI, versiunea 7.0.2. Această versiunea a fost aleasă pentru a putea cartografia rezultatele conform diagnozelor CIM-10, sistemul de clasificare a diagnosticilor utilizat în Republica Moldova. MINI a fost utilizat în studiile clinice anterioare realizate în psihiatrie în România și a fost tradus în limba română. MINI este recunoscut la nivel internațional în practica clinică și cercetare în calitate de instrument de realizare a unui interviu de diagnosticare. MINI este un instrument administrat de clinician și va fi administrat de psihiatri și psihologi instruiți care lucrează în Republica Moldova. MINI va fi aplicat pe suport de hârtie, în serviciul clinic unde pacientul beneficiază de îngrijiri.

4. Studiul transversal pentru evaluarea calității vieții pacienților cu maladii mintale severe

Pentru a evalua calitatea vieții, se va utiliza instrumentul EQ-5D. EQ-5D este un instrument standardizat utilizat pentru a măsura rezultatele referitoare la sănătate. Poate fi utilizat în rândul populațiilor de pacienți cu nivel de educație redus, în cazurile speciale, când pacienții sunt psihic sau fizic incapabili de a relata despre calitatea vieții lor în domeniul sănătății, de exemplu, din cauza dizabilității intelectuale severe sau problemelor de sănătate mintală (versiunea proxy administrată de îngrijitor). În asemenea circumstanțe, se va utiliza Scala analogă vizuală. Scorurile EQ-5D vor fi convertite conform estimărilor Ani de viață ajustați în funcție de calitate (QALY) la nivel de interval.

EQ-5D are 5 domenii: 1- mobilitate, 2 - auto-îngrijiri, 3 - activități obișnuite, 4 - durere/disconfort și 5 - anxietate/depresie și scală analogă vizuală verticală privind starea generală de sănătate în aceeași zi.

EQ-5D este un instrument bine-validat și este disponibil în limbile română și rusă.

5. Studiul transversal pentru evaluarea funcționalității psiho-sociale pacienților cu TMS

Pentru evaluarea calității vieții și a necesităților de îngrijiri, vom utiliza Inventarul scurt Camberwell pentru evaluarea necesităților (CANSAS), care se referă la 22 domenii ale vieții unei persoane, așa ca loc de trai, alimentare, auto-îngrijiri, activități cotidiene, simptome psihotice, îngrijirea copiilor, bani, detresă, sănătate fizică și relații. Acest instrument nu necesită o instruire

formală, totuși, vor avea loc câteva ore de instruire privind acest instrument, care va fi oferită evaluatorilor de către proiect, în special cu privire la scală, precum și privind definirea clară a necesităților și necesităților nesatisfăcute în contextul serviciilor de sănătate mintală. CANSAS este disponibil în limba română.

Pentru evaluarea calității vieții și a necesităților de îngrijiri, vom utiliza Inventarul scurt Camberwell pentru evaluarea necesităților (CANSAS), care se referă la 22 domenii ale vieții unei persoane, așa ca loc de trai, alimentare, auto-îngrijiri, activități cotidiene, simptome psihotice, îngrijirea copiilor, bani, detresă, sănătate fizică și relații. Acest instrument nu necesită o instruire formală, totuși vor avea loc câteva ore de instruire privind acest instrument, care va fi oferită evaluatorilor de către proiect, în special cu privire la scală, precum și privind definirea clară a necesităților și necesităților nesatisfăcute în contextul serviciilor de sănătate mintală. CANSAS este disponibil în limba română.

6. Studiul transversal pentru evaluarea nivelului de funcționalitate și dizabilitate a pacienților cu TMS

Pentru evaluarea nivelului de funcționalitate și dizabilitate a pacienților cu TMS vom utiliza Inventarul de evaluare a dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății (WHO-DAS). WHO-DAS este un instrument bine validat, disponibil în limbile română și rusă. WHO-DAS a fost ales în mod special pentru faptul că, după finalizarea prezentei cercetări, poate fi utilizat ca măsură pentru monitorizarea de rutină a rezultatelor în serviciile de sănătate mintală din Moldova. În contextul prezentei cercetări, WHO-DAS este util pentru servicii, deoarece direcționează îngrijirile și evidențiază anumite domenii ale vieții/ sectoare cu deficiențe (ex., domeniile problematice ale vieții). Fiind o măsurare prin auto-raportare de către pacient, WHO-DAS poate, de asemenea, fi administrat de clinicieni, prin urmare, în cazurile când nu va fi posibilă auto-raportarea, se va utiliza versiunea administrată de clinician. Astfel, clinicienii vor fi de asemenea instruiți privind utilizarea instrumentului WHO-DAS.

7. Studiul transversal pentru evaluarea nivelului de autostigmă pacienților cu maladii mintale severe

Pentru a evaluarea nivelul de autostigmatizare vom utiliza Scala de autostigmă a tulburărilor mintale forma scurtă SSMIS-SF (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale-Short Form) care conține 3 secțiuni fiecare din ele a câte 5 afirmații. Această scală este de autoevaluare.

Tabelul 3. Instrumente utilizate în studiu

Domeniu	Instrument	Argumentare	Administrare
----------------	-------------------	--------------------	---------------------

Medical	MINI Interviul neuropsihiatric internațional M.I.N.I. (M.I.N.I. 7.0) Este necesară versiunea Plus pentru a distinge tulburările psihotice.	Instrument din practica clinică și de cercetare, recunoscut la nivel internațional, pentru interviuri clinice de diagnosticare.	MINI va fi administrat pe suport de hârtie în cadrul serviciului clinic, în care pacientul beneficiază de îngrijiri.
Funcțional	Scara scurtă de evaluare a necesităților Camberwell		CANSAS este un instrument administrat de clinicieni (psihiatri și psihologi).
Calitatea vieții	EQ EQ-5D™ este un instrument standardizat pentru a fi utilizat la măsurarea rezultatelor ce țin de sănătate. Este aplicabil pentru o serie largă de stări ale sănătății și tratamente. Chestionarul EQ-5D oferă un profil descriptiv simplu și o valoare cu indice unic referitor la starea sănătății.	Menționat frecvent drept cel mai preferat instrument pentru estimarea QALY în ghidul (ISPOR) pentru evaluarea sănătății și calității vieții, are doar 5 itemi, plus o scală analogă vizuală. Mai poate fi utilizată: când subiecții nu pot citi sau scrie, în special în cazurile când pacienții sunt incapabili din punct de vedere fizic sau mintal de a relata despre calitatea vieții din punct de vedere al sănătății, din cauza, de exemplu, dizabilității intelectuale severe sau a problemelor de sănătate mintală.	Auto-raportare (pe hârtie) pe tablete/dispozitive 1. Mobilitate 2. Auto-îngrijiri 3. Activități obișnuite 4. Durere / disconfort 5. Anxietate / depresie și scala analogă vizuală verticală privind sănătatea generală în ziua respectivă.
Satisfacția față de viață și dizabilitatea.	WHO-DAS 36-item versiunea, auto-administrare Acest chestionar oferă întrebări referitoare la dificultățile apărute din cauza condițiilor de sănătate. Condițiile de sănătate includ tulburări, alte probleme de sănătate care pot fi pe termen scurt sau de lungă durată, leziuni, probleme de sănătate mintală și probleme cu utilizarea substanțelor psiho-active (SPA).		WHO-DAS este un instrument auto-administrat cu mici explicații pentru și suport.
Auto-stigma	Scala de autostigmă a tulburărilor mintale forma scurtă SSMIS-SF (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale-Short Form, Corrigan) care conține 3	Este ușor de aplicat și e scris în cuvinte și expresii simple pe care le înțeleg persoanele cu diverse tipuri de dizabilități.	Această scală este de autoevaluare.

	secțiuni fiecare din ele a câte 5 afirmații.		
--	--	--	--

Eșantion : 133 de persoane cu tulburări mintale severe din

1. spitale de psihiatrie – Chișinău, Bălți, Orhei – 61 pacienți;
2. CCSM-uri pilot - nord, centru, sud – 61 pacienți.

Tabelul 4. Criteriile de includere/excludere în studiu

Populația	Criterii de includere	Criterii de excludere
Adulți cu o boală psihică	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acordul de a participa în studiu; ✓ Vârsta peste 18; ✓ Tulburare mintala severa diagnosticata; ✓ Este pacient înregistrat la CCSM pilot; ✓ Pentru eșantionul din Spitalul de Psihiatrie – nu este cu viza de reședința din unul din raioanele pilot a tarii: Cahul, Orhei, Soroca, Cimișlia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lipsa unei diagnoze de boală psihică; ✓ Orice persoane incapabilă de a-și da acordul informat; ✓ Orice persoană în stare medicală terminală, care îi reduce capacitatea de a oferi un interviu.

Etapele cercetării:

I etapă:

1. Evaluarea serviciilor comunitare și spitalicești de sănătate mintală, precum și analiza parcursului și evoluția schimbărilor politice, legislative, organizaționale și de sistem din domeniul SM în Republica Moldova: septembrie 2016 - februarie 2017.
2. Elaborarea ipotezei de cercetare: martie - aprilie 2017.
3. Analiza incidenței și prevalenței tulburărilor mintale severe în Republica Moldova, perioada anilor 2000-2020: ianuarie – iunie 2017.
4. Elaborarea designului cercetării: mai - iunie 2017.
5. aprobarea studiului la Comitetului de Etica: iulie 2017.

II-a etapă:

6. Implementarea studiului: august 2018 – decembrie 2020.
7. Prelucrarea datelor cercetării: ianuarie - octombrie 2021.
8. Elaborarea concluziei, susținerea tezei: noiembrie 2021 - mai 2022.

Valoarea aplicativă a studiului: Metodologia propusă și descrisă a fost elaborată pentru o logică a evaluării comprehensive a persoanelor cu TMS pentru a vedea care sunt părțile slabe în funcționarea socială a acestora și complementarea serviciilor de sănătate mintală cu activități și acțiuni reabilitaționale care pot facilita calitatea vieții persoanelor cu TMS.

Pentru crearea unui profil al pacientului și necesităților acestuia în servicii de sănătate mintală a fost elaborat un Parcurs (procedeu) clinico-epidemiologic al persoanelor cu Tulburări Mintale Severe (TMS) din serviciile de sănătate mintală spitalicești și comunitare, care cuprinde o evaluare comprehensivă ce constă din câteva instrumente validate și măsurări ale rezultatelor, care evaluează următoarele dimensiuni: Evaluare de diagnostic (evaluare medicală psihiatrică); Evaluare funcțională (funcționalitatea socială, funcționalitatea în viața cotidiană, calitatea vieții); Evaluarea nivelului de autostigmă (Corrigan toolkit). Parcursul respectiv va fi utilizat la evaluarea comprehensivă a persoanelor cu TMS pentru a planifica mai eficient serviciile de sănătate mintală.

Opțiunile de reorganizare a serviciului de sănătate mintală noi propuse și managementul clinic sunt în măsură să soluționeze problema, în special cauzele acesteia, să amelioreze situația nesatisfăcătoare din domeniu și să atingă obiectivele stabilite. Numărul opțiunilor noi propuse a fost limitat în baza unei analize generale a constrângerilor financiare și tehnice și sunt orientate spre: dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală; dezinstituționalizarea și reabilitarea psihosocială; schimbarea accentelor de la polul spitalicesc spre cel extra-spitalicesc; transferul de la tratament la prevenirea problemelor de sănătate mintală.

Implementarea rezultatelor în practică: toate inovațiile propuse și rezultatele studiului se aplică în planificarea și gestionarea serviciilor de sănătate mintală la nivel de comunitate (CCSM) și în cele spitalicești. Instrumentele și parcursul (procedeu) clinico-epidemiologic sunt aplicate de psihiatri, psihologi și asistenți sociali din serviciile de SM pentru a selecta procedee și metode de intervenție reabilitațională eficiente și adecvate, cu o abordare personalizată a fiecărei persoane cu TMS.

Cuvinte cheie: tulburări mintale severe, tratament medicamentos și nemedicamentos, recuperare, integrarea socială și familială.

1. REVIUL LITERATURII – CONTEXTUL SĂNĂTĂȚII MINTALE, EVOLUȚIA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ LA NIVEL MONDIAL ȘI NAȚIONAL. TULBURĂRILE MINTALE SEVERE – CONCEPTE ȘI TEORII

1.1 Sănătatea mintală – context internațional

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea mintală ca o stare de bine în care fiecare individ, apreciindu-și propriul potențial, poate face față stresului din viața cotidiană, poate munci productiv și este capabil să contribuie la dezvoltarea comunității sale. Problemele de sănătate mintală sunt întâlnite în toate țările lumii și afectează diferite categorii de persoane, indiferent de vârstă, sex, statut social sau mediu de reședință. În 2005, o analiză a estimat că 27% din populația adultă din Uniunea Europeană a fost afectată de o afecțiune mintală în ultimele 12 luni [297]. O estimare ulterioară a fost mai mare la 38%, deși aceasta a inclus tulburări neurologice [298]. OMS (2015) a estimat că tulburările mintale au afectat 25% din populația Regiunii Europene. Dacă această cifră s-ar aplica celor 930 de milioane de populație din Regiunea Europeană a OMS (OMS, 2019), se estimează că 233 de milioane de persoane vor avea probleme de sănătate mintală (MHC). În 2018, OECD a estimat că 17,3% dintre persoanele din 29 de țări UE aveau o afecțiune de sănătate mintală (tulburare de anxietate care afectează 5,4%, tulburări depresive 4,5%, tulburări bipolare 1,0%, tulburări schizofrenice 0,3% și tulburări legate de consumul de droguri și alcool 44%). Dacă cifra de 17,3% ar fi aplicată celor 930 de milioane de populație din Regiunea Europeană a OMS, se estimează că 161 de milioane de persoane ar avea probleme de sănătate mintală. Majoritatea afecțiunilor de sănătate mintală de-a lungul vieții apar înainte de vârsta adultă [151].

Impactul problemelor de sănătate mintală asupra sănătății include [55]:

- Comportament cu risc pentru sănătate (consum de tutun/alcool/droguri, autovătămare, alimentație necorespunzătoare, inactivitate fizică, obezitate, comportament sexual cu risc).
- Condiții precare de sănătate fizică.
- Mortalitatea prematură cuprinsă între 7 și 25 de ani: în 2016, aproximativ 790.000 de persoane din țările UE au murit prematur din cauza fumatului de tutun, a consumului dăunător de alcool, a dietelor nesănătoase și a lipsei de activitate fizică (OECD, 2018).
- Sinucidere: Persoanele cu probleme de sănătate mintală prezintă un risc de sinucidere de câteva ori mai mare [263]. În 2015, decesele a peste 84.000 de persoane în țările UE au fost atribuite bolilor mintale sau sinuciderii (OECD, 2018).

Impacturi mai ample afectează rezultatele educației și angajării, financiare, inclusiv sărăcia și datoria, interacțiunea socială, lipsa adăpostului, stigmatizarea și discriminarea și calitatea redusă a vieții [55].

În 2005 la Helsinki este recunoscut că promovarea sănătății mintale și prevenirea, tratarea, îngrijirea și reabilitarea problemelor de sănătate mintală reprezintă o prioritate pentru OMS și statele sale membre, Uniunea Europeană (UE) și Consiliul European, care sunt îndemnate să ia măsuri pentru a ușura povara problemelor de sănătate mintală și pentru a îmbunătăți bunăstarea mintală. Astfel a fost adoptată *Declarația Europeană privind Sănătatea Mintală* [171], prin care se promovează importanța serviciilor comunitare de sănătate mintală în regiunea europeană și se inițiază un proces nou de reformare a sistemului de sănătate mintală și dezinstituționalizarea persoanelor cu dezabilități mintale.

Principiile *Declarației de la Alma-Ata* [148] referitor la asistența medicală primară rămân a fi pilonii de bază în procesul de îmbunătățire a sănătății la nivel mondial. Conferința (i) a declarat prioritară dezvoltarea asistenței medicale primare (AMP); (ii) a evidențiat participarea la planificarea și implementarea măsurilor de asigurare a populației cu asistență medico-sanitară; (iii) a invocat necesitatea utilizării tehnologiilor medicale argumentate științific și socio-economi și (iv) a subliniat necesitatea coordonării intersectoriale a activităților sanitare publice.

Principiile enunțate includ și integrarea serviciilor de sănătate mintală în AMP pentru a facilita accesul persoanelor la servicii medicale de calitate, mobilizarea comunității, promovarea sănătății mintale, monitorizarea și gestionarea statutului persoanelor afectate pe termen lung.

Convenția Organizației Națiunilor Unite din 2007 privind Drepturile Persoanelor cu Dezabilități (CDPD) [272] produce o schimbare esențială în domeniu și schimbă paradigma de suport în raport cu dezabilitatea, drept temei pentru îngrijire și integrare. Convenția stabilește o gamă completă de drepturi civile, culturale, economice, politice și sociale, înlocuind instrumentele anterioare în domeniul drepturilor omului. Astfel, are loc schimbarea percepțiilor, atitudinilor și abordării față de persoanele cu dezabilități: de la obiecte de caritate - la subiecți cu drepturi; de la paternalism - la respectarea drepturilor omului; și de la povara asupra societății - la membrii contribuabili ai societății.

Convenția obligă părțile să se asigure că persoanele cu handicap își pot exercita drepturile pe deplin, în condiții de egalitate cu toți ceilalți cetățeni. Țările care au ratificat convenția ar trebui să ia măsuri în următoarele domenii: accesul la educație, ocuparea forței de muncă, transport, infrastructuri și clădiri deschise accesului public, acordarea dreptului de vot, îmbunătățirea participării politice și asigurarea capacității juridice depline a tuturor persoanelor cu dizabilități.

Declarația Europeană privind Copiii și Tinerii cu Dizabilități Mintale și familiile lor [115] oferă o platformă vastă pentru un angajament mai puternic al autorităților din statele membre ale OMS în reformele de îngrijire a copilului și promovarea ulterioară a dezinstituționalizării. Astfel, s-a marcat trecerea de la modele bazate pe plasarea copiilor cu dizabilități intelectuale în instituții la cele ce acordă prioritate traiului în comunitate și incluziunii sociale. S-a remarcat că trebuie amplificată lupta împotriva stigmatizării și a discriminării, aceasta fiind o precondiție pentru reformele de succes și integrarea socială a copiilor cu dizabilități intelectuale.

Un *planul global de acțiune pentru sănătatea mintală 2013-2020* [286] s-a aprobat în 2013 la cea de-a 65-a Adunare Mondială a Organizației Mondiale a Sănătății. Ținta acestui plan este o lume în care sănătatea mintală este evaluată, promovată și protejată; tulburările mintale sunt prevenite; iar persoanele afectate de aceste tulburări sunt capabile să exercite întreaga gamă de drepturi ale omului și să aibă acces la servicii de sănătate și sociale adecvate din punct de vedere cultural, în timp util pentru a promova redresarea, toate pentru a atinge cel mai înalt nivel posibil de sănătate și de a participa pe deplin în societate și la locul de muncă fără stigmatizare și discriminare. Astfel, obiectivul general al planului este de a promova bunăstarea mintală, de a preveni tulburările psihice, de a oferi îngrijiri, de a spori redresarea, de a promova drepturile omului și de a reduce mortalitatea, morbiditatea și dizabilitatea persoanelor cu tulburări mintale.

Prioritățile actuale la nivel european în domeniul sănătății mintale la toate etapele vieții sunt formulate în *Planul European de Acțiune în Sănătate Mintală 2013–2020* [285] *extinsa pentru anii 2030*, care se concentrează pe șapte obiective interconectate și propune acțiuni eficiente pentru consolidarea sănătății mintale și a bunăstării: (a) toată lumea are o șansă egală de a realiza bunăstarea mintală pe tot parcursul vieții, în special cei care sunt cei mai vulnerabili sau mai expuși riscului; (b) persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt cetățeni ale căror drepturi ale omului sunt pe deplin evaluate, protejate și promovate; (c) serviciile de sănătate mintală sunt accesibile, inclusiv ca preț, și disponibile în comunitate conform necesității; (d) persoanele au dreptul la un tratament respectuos, sigur și eficient; (e) sistemele de sănătate oferă o bună asistență medicală fizică și mintală pentru toți; (f) sistemele de sănătate mintală lucrează în parteneriate bine coordonate cu alte sectoare; și (g) gestionarea și prestarea serviciilor de sănătate mintală sunt bazate informații veridice și cunoștințe bune.

În toată lumea, 300 de milioane de persoane suferă de depresie, dintre care femeile suferă mai frecvent decât bărbații; 60 de milioane – de tulburări afective bipolare; 50 de milioane – de epilepsie; 23 de milioane – de schizofrenie și 50 de milioane – de demență.

În conformitate cu datele Organizației Mondiale a Sănătății rata medie globală de asigurare cu medici psihiatri se estimează la 1,3 la 100 mii de locuitori, variind de la 0,1 psihiatri la 100 mii

de locuitori în țările cu venituri mici la 12,7 psihiatri la 100 mii de locuitori în țările cu venituri mari [293].

La nivel global la moment există circa 16,4 paturi de sănătate mintală pentru adulți la 100 mii de locuitori, iar media europeană fiind de 59,7 paturi. Totuși țările cu venituri mari au un număr mult mai mare de paturi de spital pentru adulți (52,60 paturi la 100 mii de locuitori) comparativ cu țările cu venituri mici (1,9 paturi la 100 mii de locuitori). Majoritatea cheltuielilor raportate sunt alocate spitalelor de sănătate mintale, cu excepția țărilor cu venituri mari unde mai puțin de 43% din toate cheltuielile se acordă sectorului spitalicesc.

În condiții de ambulatoriu în cadrul instituțiilor de sănătate mintală la nivel global se înregistrează circa 1601 vizite la 100 mii locuitori, variind de la 220 vizite la 100 mii de locuitori în țările cu venituri mici la 7966 vizite la 100 mii de locuitori în țările cu venituri mari. În Europa acest indicator este de 8073 vizite la 100 mii locuitori.

Țările regiunii europene înregistrează cea mai mare rată anuală de suicid de 12,9 la 100 mii locuitori, iar media globală este de 10,5 la 100 000 locuitori. Șomajul, datoriile financiare și inechitatea socială sunt factori de risc pentru apariția depresiei asociată cu actele de suicid.

1.2 Tulburări mintale severe (TMS) – definiții, concepte contemporane

Tulburările mintale severe (TMS) sunt definite prin diagnostic, gradul de dizabilitate și prezența unui comportament anormal. Inclusiv schizofrenia și psihoza, problemele severe de dispoziție și tulburarea de personalitate, tulburările mintale severe pot provoca suferință considerabilă pe o perioadă lungă de timp atât persoanei afectate, cât și familiei și prietenilor acesteia. Orice tulburare mintală (OTM) este definită ca o tulburare mintală, comportamentală sau emoțională. Impactul OTM poate varia, variind de la lipsă de afectare până la afectare ușoară, moderată și chiar severă. Tulburarea mintală severă (TMS) este definită ca o tulburare mintală, comportamentală sau emoțională care are ca rezultat o afectare funcțională gravă, care interferează substanțial cu sau limitează una sau mai multe activități majore de viață. Povara bolilor mintale este concentrată în special în rândul celor care suferă de dizabilități din cauza TMS. Definiția a clasificat indivizii ca având TMS dacă au îndeplinit **trei** criterii: (1) *un diagnostic de psihoză non-organică sau tulburare de personalitate*; (2) *durata operaționalizată ca implicând „boală prelungită și tratament pe termen lung” și operaționalizată ca un istoric de boală mintală sau tratament de doi ani sau mai mult; și* (3) *dizabilitate, care a fost descrisă ca incluzând cel puțin trei dintre cele opt criterii specificate* (NIMH, 1987). Una dintre cele mai presante probleme cu care se confruntă astăzi domeniul sănătății mintale este lipsa de cunoștințe despre intervențiile și serviciile care vor ajuta oamenii să se recupereze în caz de TMS.

Datele prezentate aici provin din Sondajul național privind consumul și sănătatea de droguri (NSDUH) din 2019 de către Administrația Serviciilor pentru Abuzul de Substanțe și Sănătatea Mintală (SAMHSA). Pentru includerea în estimările prevalenței NSDUH, bolile mintale le includ pe cele care sunt diagnosticabile în prezent sau în ultimul an; de o durată suficientă pentru a îndeplini criteriile de diagnostic specificate în ediția a V-a a Manualului de Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mintale (DSM-V); și exclude tulburările de dezvoltare și consumul de substanțe.

În 2018, a apărut un consens în multe domenii, inclusiv în Marea Britanie, că serviciile de sănătate mintală ar trebui să se adreseze în special celor care suferă de boli mintale severe (TMS). Mai multe rapoarte privind serviciile de sănătate mintală au indicat deficiențe în acest sens (House of Commons Health Select Committee, 1994). În alte țări, cum ar fi Italia, nu există îndrumări clare privind vizarea unor grupuri specifice dintre cei cu boli mintale; cu toate acestea, există o conștientizare din ce în ce mai mare că celor cu TMS ar trebui să li se acorde o prioritate mai mare.

Cu toate acestea, nu există o definiție convenită la nivel internațional a TMS. *Trei probleme cheie apar: cum ar trebui definit TMS; care este prevalența unei astfel de morbidități; cum pot fi utilizate cel mai bine aceste informații pentru planificarea și furnizarea de servicii?*

Un sondaj larg răspândit în Anglia [245] a găsit puțină coerență în modul în care TMS este definit în practică. Cea mai completă revizuire a subiectului este cea a lui Schinnar și colab. (1990), care au comparat 17 definiții ale bolii mintale severe și persistente utilizate în SUA între 1972 și 1987 [242]. Ei au găsit inconsecvențe mari în aceste definiții: atunci când sunt aplicate la 222 de adulți în pacienții din Philadelphia, între 4% și 88% dintre pacienți s-au calificat ca având TMS, în funcție de definiția selectată. Autorii au concluzionat că definiția cu cea mai largă măsură de consens și cea mai reprezentativă pentru intervalul mediu de prevalență a fost cea a Institutului Național de Sănătate Mintală (NIMH) (1987). Această definiție a clasificat persoanele ca având TMS dacă au îndeplinit **trei criterii**:

- un diagnostic de psihoză non-organică sau tulburare de personalitate;
- durată operaționalizată ca implicând „boală prelungită și tratament pe termen lung” și operaționalizată ca un istoric de boală mintală sau tratament de doi ani sau mai mult;
- dizabilitate, care a fost descrisă ca incluzând cel puțin trei dintre cele opt criterii specificate (NIMH, 1987).

Studiul din 2018 este o extensie a lucrării lui Schinnar și colab. (1990) [242], iar obiectivele sale sunt de a calcula ratele de prevalență ale TMS în conformitate cu definițiile operaționalizate înguste (tridimensionale) și largi (bidimensionale) ale TMS, ambele derivate din definiția NIMH (1987) și să furnizeze rate de prevalență ale TMS pe bază de populație, definite în conformitate cu ambele definiții, în două zone de captare din Europa (sud Londra și sud Verona).

Definiția operațională a TMS

Definiția pe care o includem în această lucrare („definiția tridimensională”) este aceea că un pacient are o boală mintală severă atunci când are următoarele: un diagnostic de psihoză non-organică; o durată de tratament de doi ani sau mai mult; disfuncție, măsurată de scala de evaluare globală a funcționării (GAF) (American Psychiatric Association, 1987). Concret, sunt testate cele două niveluri de disfuncție definite de punctele limită ale GAF: disfuncție moderată sau severă (un scor GAF de 70 sau mai puțin, indicând simptome ușoare sau o anumită dificultate în funcționarea socială, ocupațională sau școlară); sau doar disfuncție severă (un scor GAF de 50 sau mai puțin, indicând simptome severe sau dificultăți severe în funcționarea socială, profesională sau școlară).

Aceste definiții diferă de cea operaționalizată de Schinnar și colab. (1990) în următoarele privințe: sunt incluse psihozele, dar sunt excluse tulburările de personalitate; a fost simplificat criteriul duratei, cu excluderea duratei bolii și includerea duratei tratamentului; s-a realizat o operaționalizare simplă a criteriului de dizabilitate prin utilizarea conceptului de disfuncție definit de GAF. Motivele acestor modificări sunt următoarele: diagnosticul tulburărilor de personalitate are o fiabilitate interevaluatoare scăzută [303]; durata tratamentului poate fi evaluată mult mai precis decât durata bolii [242]; sunt furnizate informații insuficiente cu privire la modul de operaționalizare a criteriului de dizabilitate atât în definiția originală NIMH (1987), cât și în lucrările ulterioare ale lui Schinnar și colab.

1.3 Servicii de reabilitare bazate pe dovezi de sănătate mintală pentru persoanele cu tulburări mintale severe

În deceniile anilor 1990, multe programe de sănătate mintală și sistemele care finanțează aceste programe s-au identificat ca fiind orientate spre reabilitare/recuperare. Un program care se bazează pe o viziune a reabilitării se bazează pe ideea că majoritatea oamenilor pot crește dincolo de catastrofa unei boli mintale severe și pot duce o viață semnificativă în propria lor comunitate. Relatările la prima persoană despre reabilitare și cercetarea empirică au condus la un consens în curs de dezvoltare cu privire la valorile furnizării de servicii care stau la baza reabilitării. Accentul pus pe programarea orientată spre reabilitare a fost concomitent cu un accent în domeniu pe practicile bazate pe dovezi. Dimensiunile programului de timp pentru practica bazată pe dovezi, cum ar fi misiunea programului, politicile, procedurile, păstrarea înregistrărilor și personalul trebuie să fie în concordanță cu valorile de recuperare, pentru ca un program să fie considerat a fi orientat spre reabilitare.

Abordarea de sănătate publică se preocupă de sănătatea mintală a unei populații date. Îngrijirea comunitară trebuie organizată într-un mod care să faciliteze și să promoveze participarea

și reabilitarea. În consecință, trebuie să existe o infrastructură largă, integrată social, care să cuprindă o rețea de oameni și servicii în care diferite sectoare lucrează împreună. Toți actorii dintr-o zonă specifică, definită, ar trebui să fie implicați pentru a dezvolta strategii ca răspuns la toate nevoile de sănătate mintală ale tuturor persoanelor care trăiesc în zona de care este responsabilă. Toate serviciile de tratament, îndrumare și suport trebuie să fie ușor accesibile și accesate de către clienți și îngrijitorii acestora, indiferent de regimul de costuri. Utilizatorii serviciilor și îngrijitorii lor trebuie să aibă poziții importante în această rețea, în dublu rol de consumator și producător de îngrijire.

Majoritatea persoanelor cu probleme grave de sănătate mintală se confruntă cu probleme somatice grave de sănătate, dezavantaje sociale și nevoi nesatisfăcute în mai multe domenii ale vieții. Au nevoie de acces la un spectru larg de servicii care să le ofere tratament în comunitate și să le permită să trăiască o viață ca cetățeni valoroși [276]. Aceste servicii presupun asigurarea nevoilor clinice (tratament și răspuns la criză), nevoi de reabilitare (oportunități de îndeplinire a rolurilor sociale în comunitate), nevoi umanitare (de exemplu, siguranță fizică, locuințe adecvate, acceptare ca persoană) și nevoile persoanelor apropiate lor.

Toți cei cu probleme de sănătate mintală dintr-o anumită zonă, și în special cei care suferă de probleme grave de sănătate mintală, trebuie să poată accesa cu ușurință serviciile medico-psihiatrice și psihologice de calitate. Nevoile lor, însă, rareori se încadrează perfect în domeniul îngrijirii sănătății mintale. Frecvent ele se referă la teme universale, cum ar fi acceptarea personală, relațiile sociale și participarea în societate. Ei vor aceleași lucruri de la viață ca toți ceilalți, dar sunt într-o poziție dezavantajată și, prin urmare, sunt mai puțin capabili să le atingă. De exemplu, au o mulțime de teren de recuperat în ceea ce privește sănătatea fizică, tratament, securitate, venituri, muncă și relații. Jumătate dintre membrii grupului cu probleme grave de sănătate mintală spun că ar dori mai mult sprijin pentru a participa la societate [143].

Una dintre cele mai presante probleme cu care se confruntă astăzi domeniul sănătății mintale este lipsa noastră de cunoștințe despre intervențiile și serviciile care vor ajuta oamenii să se recupereze după boli mintale severe. Administratorii programelor și, prin urmare, furnizarea de servicii în cea mai mare parte a secolului trecut, au fost puternic influențați de presupunerea eronată că persoanele cu boli mintale severe nu se recuperează și, în contrast, se deteriorează în timp [34]. New Freedom Commission on Mental Health (2003) a președintelui a concluzionat că sistemul de sănătate mintală „nu este orientat către cel mai important obiectiv al oamenilor pe care îi servește – speranța de recuperare”. Programele au fost concepute pentru a preveni recidivele și deteriorarea și, mai recent, pentru a menține oamenii în comunitate [15]. Ca rezultat, o mare parte din cercetarea practică bazată pe dovezi existente a fost concepută fără a înțelege apariția

conceptului de recuperare [16]. Dezvoltarea programului și implicațiile de planificare ale cercetării practice bazate pe dovezi sunt deficitare în a vorbi despre posibilitățile de reabilitare.

Concomitent cu aceste încercări de a încorpora viziunea de reabilitare în programarea sănătății mintale a fost impulsul pentru practica bazată pe dovezi în cadrul acestor programe. Termenul de practici bazate pe dovezi include „practici promițătoare” care acumulează dovezi pentru a fi desemnate drept practici bazate pe dovezi [13]. Implementarea unei rețele cuprinzătoare de servicii pentru sănătatea mintală comunitară necesită colaborare în evaluarea nevoilor și planificarea modului în care aceste nevoi pot fi satisfăcute. Elementele cheie sunt informații despre dimensiunea și caracteristicile populației, descrierea tipurilor și cantităților de servicii disponibile și prezente planuri și obiective pentru serviciile comunitare de sănătate mintală existente [274, 275]. Un plan pentru o rețea locală de servicii pentru sănătatea mintală comunitară include proceduri de implicare a părților interesate (inclusiv utilizatorii de servicii și îngrijitorii), informații despre serviciile care ar trebui să fie disponibile, personalul multidisciplinar necesar, cantitatea de diverse servicii care ar trebui să fie disponibile, standarde de calitate definite pentru servicii, proceduri de monitorizare și planuri despre cum și când va fi evaluat și revizuit sistemul.

1.4 Componente esențiale ale programelor de sănătate mintală orientate spre reabilitare (ROMHP - recovery oriented mental health program)

Pentru a identifica ingredientele esențiale ale unui ROMHP este important să definim ce se înțelege prin program. Un program constă din administrarea, personalul și procedurile pentru furnizarea oricărui serviciu (de exemplu, tratament, reabilitare) pentru care programul este responsabil. Un program poate fi organizat pentru a furniza mai mult de un serviciu. De exemplu, un program ACT poate oferi servicii de gestionare a cazurilor, tratament, intervenție în situații de criză și reabilitare într-un mod specific detaliat prin structurile programului și personalul său. Un program de auto-ajutorare poate oferi intervenție în criză și advocacy. Oricare dintre exemplele de program precedente ar putea fi un program orientat spre recuperare, în funcție de măsura în care structurile programului și personalul său încorporează valorile de bază ale recuperării.

Un ROMHP este caracterizat de structuri de program precum misiunea, politicile, procedurile, ținerea evidenței și asigurarea calității, care sunt în concordanță cu valorile fundamentale de recuperare. În mod similar, preocupările privind personalul, cum ar fi selecția, formarea și supravegherea, sunt ghidate de valorile fundamentale ale recuperării. Pe baza stadiului actual al cunoștințelor noastre despre ceea ce constituie recuperarea, procesul său și rezultatele sale, este posibil să identificăm câteva ingrediente cheie ale unui program orientat spre recuperare, indiferent de practica bazată pe dovezi care este utilizată. Atunci când practicile bazate pe dovezi

sunt dezvoltate, descrise și replicare [107], posibilele elemente filozofice importante ale unei practici pot fi omise, deoarece nu sunt legate empiric de rezultatele tradiționale raportate. Cu toate acestea, unele caracteristici ale unui program sunt importante, nu neapărat pentru că există dovezi că produc rezultate tradiționale, cum ar fi creșterea gradului de ocupare în comunitate sau rate de angajare, ci pentru că sunt, din perspectiva valorilor, importante pentru abordarea generală și pot modifica semnificativ personalitatea consumatorului. experiența programului și procesul lor unic de recuperare [14, 117]. Un ROMHP este alcătuit din astfel de ingrediente bazate pe valoare, indiferent de serviciul specific de sănătate mintală pe care îl oferă.

Practica bazată pe valori: valorile fundamentale ale unui ROMHP. Practica bazată pe valori (VBP) explică valorile sau principiile directoare care stau la baza credințelor deținute de program. VBP proiectează și monitorizează programe pe baza valorilor explicate. VBP ghidează modul în care personalul este angajat, instruit și supravegheat. Deși există multe valori care pot fi asociate cu serviciile orientate spre reabilitare, există cel puțin *patru valori cheie care sprijină procesul de reabilitare* și care par a fi reflectate în mod obișnuit în literatura de specialitate. Aceste valori sunt: ***orientarea persoanei, implicarea persoanei, autodeterminarea/alegerea și potențialul de creștere***), descrise inițial de Farkas, Anthony și Cohen în 1989 [87].

Orientarea persoanei

Davidson și Strauss (1992) [95] menționează importanța înțelegerii punctelor forte și a punctelor slabe ale individului. „Orientarea către persoană” implică faptul că indivizii sunt mai mult decât ceea ce pot demonstra în rolurile limitate de „pacient” sau „client” sau „destinatar al serviciului”. Majoritatea sunt adulți, care pot avea și roluri de tați, mame, frați, studenți, lucrători și avocați. Indivizii reprezintă întreaga gamă de interese umane, talente, intelect și personalități care sunt evidente în populația generală. Narațiunile la persoana întâi arată că persoanele cu dizabilități psihiatrice apreciază atunci când profesioniștii din domeniul sănătății mintale își exprimă interesul față de ei ca persoană și în alte roluri decât ca „pacient” [169, 284]. Se pot simți afectați de profesioniști care refuză să se conecteze într-un mod mai holistic [100].

Implicarea persoanei

Datele cercetării în reabilitare sugerează că rezultatele sunt mai bune pentru persoanele care au oportunitatea de a se implica semnificativ în planificarea și furnizarea serviciilor lor [164]. Implicarea consumatorilor în proiectarea și furnizarea de servicii (de exemplu, planificarea programelor, implementarea și evaluarea) este văzută ca o componentă critică a unui sistem de management al calității pentru un serviciu de sănătate mintală [33].

Autodeterminare/alegere

Mai multe modele de programe de sănătate mintală, cum ar fi reabilitarea psihiatrică [16], locuințe sprijinite [56], cluburi psihosociale [27] și unele programe de management de caz [229] articulează valorile alegerii și parteneriatului. Davidson și Strauss (1992) notează, pe baza cercetărilor lor calitative, că constrângerea are efectul de a diminua, mai degrabă decât de a întări sinele. „A face pe cineva pur și simplu să „se conformeze” tratamentului poate ajunge, de fapt, prin a avea un efect opus celui dorit, de exemplu, dacă îl lasă pe pacient să se simtă controlat din exterior, doar acum de către medicul său, mai degrabă decât de către halucinațiile ei/lui [95]. Două studii care au examinat programele profesionale și alegerea clientului, raportează o relație pozitivă între alegere și rezultatul reabilitării [29, 31].

Potențial de creștere

Speranța pentru viitor este un ingredient esențial în toate serviciile orientate spre recuperare. O valoare a „potențialului de creștere” implică angajamentul de a menține speranța atât în rândul participanților la serviciu, cât și al practicienilor lor. Include evaluarea progresului către creștere, ajustarea serviciilor pentru a permite ca progresul să fie observat sau recunoscut, precum și modificarea serviciilor pentru a îmbunătăți progresul.

1.5 Preocupările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pentru sănătatea mintală și locul acestea în sistemul contemporan de sănătate

Condițiile de sănătate mintală contribuie la sănătatea precară din care rezultă moarte prematură, încălcări ale drepturilor omului și pierderi economice globale și naționale. Directorul general al OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, a identificat sănătatea mintală pentru implementarea accelerată a celui de-al 13-lea Program General de Lucru (GPW13), pentru anii 2019-2023. El a spus că momentul pentru acțiune este acum pentru a împuternici comunitățile și indivizii să atingă cel mai înalt standard de sănătate, care poate fi atins doar atunci când sănătatea mintală și bunăstarea lor este asigurată și drepturile lor apreciate. Viziunea Inițiativei Speciale OMS pentru Sănătatea Mintală este că toți oamenii să atingă cel mai înalt standard de mentalitate sănătate și bunăstare.

OMS constată niște puncta importante și probleme în acest context:

- Nu poate exista sănătate sau dezvoltare durabilă fără sănătate mintală;
- Depresie și tulburări de anxietate costă economia globală 1 trilion de dolari pe an;
- 800.000 de decese/an sunt prin sinucidere, care este o cauză principală de deces la tineri;

- 1 din 5 ani este trăit cu dizabilități;
- Problemele de sănătate mintală frecvent sunt întâlnite printre persoanele afectate de boli transmisibile (de exemplu, HIV și TBC) și boli netransmisibile (de ex. cancer și boli cardiovasculare);
- Acoperirea tratamentului este extrem de scăzută, mai ales frecvente la populații afectate de crize umanitare și altele (de exemplu, violență sexuală);
- Persoane cu probleme de sănătate mintală adesea se confruntă cu încălcări grave ale drepturilor omului, discriminare, stigmatizare;
- Lipsa finanțării susținute pentru serviciile de sănătate mintală;
- Îngrijirile eficiente și bazate pe dovezi sunt disponibile, dar asigurarea de servicii lipsește [291].

Pentru a implementa Inițiativa Specială a OMS pentru Sănătate Mintală peste 5 ani, OMS își propune să strângă 60 milioane USD. Inițiativa specială a OMS pentru sănătatea mintală va promova politicile de sănătate mintală, advocacy și drepturile omului și extinderea intervențiilor și serviciilor de calitate pentru persoane cu probleme de sănătate mintală, inclusive utilizatori de SPA și tulburări neurologice. Pentru extinderea continuă și învățarea globală, OMS va implementa această activitate în 12 priorități țări, lucrând în parteneriat cu statele membre, local, și parteneri internaționali, precum și organizații de oameni cu experiența trăită. Această inițiativă specială a OMS pentru Sănătatea Mintală este cea, care demonstrează cum programul va contribui la obiectivele mai largi ale GPW13 și Obiectivele de Dezvoltare Durabilă.

Atlasul de sănătate mintală pentru Regiunea Europeană (OMS, 2019) a evidențiat următoarele activități pe parcursul anului 2017: în 78% dintre țările din Regiunea Europeană au existat cel puțin două programe naționale, multisectoriale de promovare și prevenire funcționale în domeniul sănătății mintale, față de ținta de 80% stabilită de Planul de acțiune al OMS (OMS, 2013).

Țările au raportat până la cinci programe. Din cele 114 programe raportate au vizat:

- 26% - conștientizarea sănătății mintale, anti-stigmatizarea sau drepturile omului;
- 3% - promovarea sănătății mintale parentale;
- 10% - prevenirea violenței (inclusiv abuzul asupra copiilor);
- 11% - dezvoltarea/stimularea timpurie a copilăriei;
- 19% - promovarea sănătății mintale în școli;
- 7% - promovarea sănătății mintale la locul de muncă;
- 15% - prevenirea sinuciderii.

Încorporat în GPW13, inițiativa specială a OMS pentru sănătate mintală va lucra pentru o viziune în care toți oamenii ating cele mai înalte standarde de sănătate mintală și bunăstare. Planul de acțiune pentru sănătate mintală 2013-2030 [322]. Scopul OMS și a Inițiativei Speciale pentru Sănătatea Mintală corespunde și cu recomandările recente publicate de *Comisia Lancet Pentru Sănătatea Mintală Globală Și Dezvoltarea Durabilă* [255]. Se concentrează pe extinderea îngrijirii sănătății mintale ca parte a *Acoperirii Universale A Sănătății*, fără a lăsa pe nimeni în spate. Până în 2023, Inițiativa Specială a OMS pentru Sănătate Mintală va sprijini accesul la calitate și servicii de sănătate mintală bazate de comunitate pentru încă 100 de milioane de oameni.

Sunt preconizate două acțiuni strategice, fiecare cu diferite rezultate așteptate, prezentate mai jos:

I. Acțiunea strategică 1. AVANSAREA POLITICILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ, PLEDOARIE ȘI DREPTURILE OMULUI.

1. La nivel global, sănătatea mintală este poziționată în top pe agenda guvernelor;
2. Campioni locali, oameni care folosesc serviciile de sănătate mintală și organizațiile lor sunt împuternicite să participe la dezvoltarea și implementarea politicilor, strategiilor, legilor și serviciilor de sănătate mintală;
3. Politicile, strategiile și legile de sănătate mintală sunt dezvoltate și operaționalizate pe baza standardelor internaționale ale drepturilor omului;
4. Mass-media și conștientizarea comunității cu privire la importanța sănătății mintale de-a lungul vieții este ridicată;
5. Resursele umane și financiare pentru sănătatea mintală sunt aduse în concordanță cu nevoile.

II. Acțiunea strategică 2. DEZVOLTAREA INTERVENȚIILOR ȘI SERVICIILOR SĂNĂTATE GENERALE, ÎN COMUNITATE ȘI ÎN INSTITUȚII SPECIALIZATE.

1. Îngrijirea sănătății mintale de calitate și accesibilă este extinsă la nivelul serviciilor de sănătate și sociale;
2. Îngrijirea sănătății mintale de calitate și accesibilă este integrată în programe relevante (de exemplu, pentru HIV, bazate pe gen violență, dizabilități);
3. Subiectele de sănătate mintală și sprijinul psihosocial sunt incluse pentru pregătire, răspuns și recuperarea în caz de urgențe;
4. Sunt dezvoltate și implementate intervenții prioritare pentru grupurile vulnerabile (de exemplu, femei, copii, tineri, vârstnici oameni, personal);

5. Implementarea este documentată, monitorizată și evaluată pentru a îmbunătăți serviciile.

Această inițiativă specială este concepută cu mai multe ipoteze. Acestea includ:

- Sunt necesare eforturi prioritare pentru integrarea sănătății mintale la toate nivelurile de îngrijire a sănătății, inclusiv comunitate, spitale generale nespecializate și servicii de specialitate. Astfel de integrare a îngrijirii va fi esențială pentru obținerea acoperirii universale a sănătății și asigură o acoperire optimă pentru cât mai multe persoane, familii și comunități posibil.
- Concentrarea pe parcursul vieții, fără a lăsa pe nimeni în urmă. Aceasta include femei, bărbați, fete și băieți din diferite culturi, contexte, condițiile de sănătate și în toate fazele vieții.
- Respectarea standardelor internaționale privind drepturile omului, în special Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu Dizabilități și principiile capacității juridice, libertății, nediscriminării, participarea și incluziunea persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- Respectarea principiilor umanitare de umanitate, neutralitate, imparțialitate și independență; pe lângă altele globale cadre și standarde pentru sănătatea mintală și psihosocială suport implementat în situații de urgență.
- Fiind adaptabil la contextul local și la resursele lor disponibile, cultura, limba, structurile sociale, genul și abilitățile; și în răspuns la factorii determinanți sociali, de mediu și economici de sănătate.
- Angajamentul față de o abordare multisectorială, ceea ce poate însemna nevoia de a lucra cu indivizi, familii și comunități pe un set prioritizat de intervenții la fazele critice bazate pe nevoi specifice țării.
- Angajamentul de colaborare cu ministerele sănătății a statelor membre și alte entități guvernamentale relevante și alți actori locali.
- Angajamentul de a colabora cu guvernele, organizațiile ONU și ONG-uri, instituții de cercetare, la nivel Mondial, parteneriate și donatori.

1.6 Impactul sănătății mintale în contextul pandemiei COVID-19

Înainte de pandemia COVID-19, 9% din povara totală a bolii și 19% din povara bolilor non-letale în Regiunea Europeană a OMS (măsurată prin anii de viață ajustați în funcție de dizabilități și, respectiv, ani trăiți cu dizabilități) erau atribuite problemelor mintale și consumului

de substanțe. Povara reală a fost estimată a fi cu o treime mai mare atunci când este inclusă o contabilizare mai completă a deceselor imputabile și a pierderilor nefatale ale sănătății. Principalele motive pentru un impact atât de mare includ:

1. Prevalența ridicată a problemelor de sănătate mintală; aproape 140 de milioane de oameni au o afecțiune de sănătate mintală sau de consum de substanțe în Regiunea Europeană a OMS, presupunând o rată de prevalență de 15%.
2. Evoluția cronică sau recurentă a afecțiunilor de sănătate mintală, cu majoritatea afecțiunilor de sănătate mintală pe parcursul vieții care apar înainte de vârsta adultă.
3. Amploarea impactului, inclusiv sănătatea fizică proastă, mortalitatea prematură și sinuciderea, precum și rezultatele educaționale, de angajare și sociale.
4. Decalaj mare de implementare a sănătății mintale publice; majoritatea persoanelor cu afecțiuni mintale nu primesc tratament și încă puține servicii sunt furnizate pentru a preveni impactul asociat al afecțiunilor de sănătate mintală, în timp ce există o acoperire neglijabilă a intervențiilor pentru prevenirea afecțiunilor de sănătate mintală sau promovarea bunăstării mintale și a rezilienței. Astfel de servicii nu sunt prioritizate și nu dispun de resurse, ceea ce duce la lacune mari în acoperirea efectivă a serviciilor și, în consecință, la un impact scăzut asupra poverii bolii care se poate evita.

Există o serie de intervenții bazate pe dovezi pentru a preveni și trata afecțiunile mintale și impacturile asociate acestora, precum și pentru a promova bunăstarea mintală și reziliența; multe dintre aceste intervenții au fost supuse unei evaluări economice care le-a evidențiat rentabilitatea în diferite sectoare chiar și pe termen scurt.

Cu toate acestea, înainte de pandemia COVID-19, foarte puține persoane cu afecțiuni mintale au primit vreun tratament, mai ales cei cu venituri mici și medii. O acoperire și mai mică a intervențiilor a avut loc în legătură cu prevenirea impactului asociat al stărilor de sănătate mintală și există o acoperire neglijabilă a intervențiilor pentru a preveni apariția problemelor de sănătate mintală sau pentru a promova bunăstarea mintală și reziliența (chiar și în majoritatea țărilor cu venituri mari). Decalajul de implementare a sănătății mintale publice are ca rezultat suferințe prevenibile pe scară largă pentru indivizi și familii, precum și o gamă largă de impacturi și costuri economice asociate: impactul problemelor de sănătate mintală are ca rezultat costuri economice de peste 600 de miliarde EUR în fiecare an în echivalentul a 28 de țări UE.

S-a pierdut un număr inimaginabil de vieți și mijloace de trai, familii și comunități s-au despărțit, afacerile au falimentat și oameni lipsiți de oportunități ca urmare a pandemiei de COVID-19. Toate aceste consecințe ale pandemiei au avut un impact enorm asupra sănătății mintale și bunăstării populației. Sănătatea mintală a tuturor a fost afectată într-un fel, fie ca urmare

a îngrijorării legate de infectare, fie ca urmare a stresului cauzat de măsurile de prevenire și control al infecțiilor, cum ar fi blocarea, autoizolarea și carantina, sau efectul negativ asupra sănătății asociată cu renunțarea la angajare, venituri, educație sau participare socială.

Înainte de pandemia COVID-19, intervențiile eficiente de sănătate mintală publică nu au fost implementate la scară largă, inclusiv în Regiunea Europeană a OMS [7, 55, 101, 116, 259]. Doar o mică parte dintre persoanele cu afecțiuni mintale au primit tratament cu mult mai puțin au fost acoperite în țările cu venituri mici și medii.

Reviul din domeniu pe parcursul anilor 2020-2021 ne arată următoarele mesaje cheie:

- Zece studii au sugerat un risc crescut de depresie, anxietate, stres și bunăstare mintală precară în timpul pandemiei de COVID-19.
- Unul din trei adulți din populația generală a avut suferință psihologică legată de pandemia COVID-19 [281].
- Sondajul a 9.565 de persoane din 78 de țări a constatat că 10% sufereau de niveluri scăzute de sănătate mintală și aproximativ 50% aveau sănătate mintală moderată [135]. Predictorii consecvenți ai sănătății mintale au inclus sprijinul social, nivelul de educație și răspunsul flexibil din punct de vedere psihologic (vs. rigid). Rezultatele mai slabe au fost cele mai puternic prezise de o înrăutățire a finanțelor și de lipsa accesului la provizii de bază.
- Impactul COVID-19 asupra sănătății mintale a variat în funcție de țară: de exemplu, în opt țări europene, proporția celor care au declarat că COVID-19 a avut un impact asupra sănătății mintale a variat de la 44% în Germania la 65% în Marea Britanie [302].
- Mai multe studii longitudinale au sugerat impacturi diferite asupra stresului, anxietății și depresiei. Studiile au descoperit că prevalența afecțiunilor de sănătate mintală și a îngrijorărilor legate de COVID-19 a crescut după COVID-19 și apoi a scăzut în fazele de redeschidere. Prevalența afecțiunilor de sănătate mintală în unele țări a rămas peste nivelurile de dinainte de COVID-19.
- Patru studii longitudinale au descoperit că singurătatea a fost asociată cu un impact psihologic crescut [92, 137, 196, 273].
- Anumite grupuri prezintă un risc mai mare de impact asupra sănătății mintale asociate pandemiei (secțiunea 5.4). Acestea includ adulți mai tineri, femei, persoane care trăiesc cu copii mici, persoane cu afecțiuni psihice și fizice preexistente și persoane care se confruntă cu adversități socioeconomice și expune la consecințele economice ale pandemiei.
- Ratele de sinucidere și autovătămare variază în regiunea europeană.

- În timpul pandemiei de COVID-19, factorii de risc și de protecție pentru sinucidere sunt afectați fie de boală în sine, fie ca urmare a măsurilor sociale și economice implementate.
- O analiză sistematică a găsit dovezi ale ratei crescute de sinucidere în rândul adulților în vârstă în timpul SARS și în anul următor epidemiei și asocieri între expunerea la SARS/Ebola și creșterea încercărilor de sinucidere [304]. Pandemia de gripă din 1918-19 a fost, de asemenea, asociată cu o creștere a sinuciderilor în SUA [283]. Cu toate acestea, alte două recenzii au găsit dovezi limitate care să susțină o asociere între sinucidere și pandemii.
- Datele emergente privind sinuciderea din mai multe țări nu au găsit nicio dovadă a unei creșteri a sinuciderilor în timpul pandemiei până în prezent.
- Un studiu pe 3077 de adulți din Marea Britanie a constatat că ideea suicidară a crescut în timp [198].
- Trei studii au prezis rate crescute de sinucidere ca urmare a șomajului asociat.
- Infecția cu COVID-19 este asociată cu un risc crescut de a dezvolta tulburări mintale.

Tulburări psihiatrice și neuropsihiatrice asociate cu infecții severe cu coronavirus: o revizuire sistematică și meta-analiză în comparație cu pandemia COVID-19 [233]: 65 de studii revizuite de colegi și șapte preprinturi au îndeplinit criteriile de includere, cu 3559 de cazuri de coronavirus incluse. În timpul bolii acute, proporția de pacienți internați în spital pentru SARS sau MERS au prezentat:

- Dispoziție depresivă (32,6%; ÎI 95% [24,7-40,9])
- Anxietate (35,7%; ÎI 95% [27,6-44,2])
- Memoria afectată (34,1%; ÎI 95% [26,2-42,5])
- Insomnie (41,9%; ÎI 95% [22,5-50,5])

În stadiul post-boală:

- Dispoziție depresivă (10,5%; ÎI 95% [7,5-14,1])
- Anxietate (12,3%; ÎI 95% [7,7-17,7])
- Iritabilitate (12,8%; ÎI 95% [8,7-17,6])
- Tulburări de memorie (18,9%; ÎI 95% [14,1-24,2])
- Oboseală (19,3%; ÎI 95% [15,1-23,9])
- Insomnie (12,1%; ÎI 95% [8,6-16,3])
- Tulburări de somn (100,0%; ÎI 95% [88,0-100,0])

În etapa post-boală prevalența punctuală pentru diferite tulburări mintale a fost

- Tulburare de stres posttraumatic (32,2%; ÎI 95% [23,7-42,0])
- Depresie (14,9%; ÎI 95% [12,1-18,2])
- Tulburări anxioase (14,8%; ÎI 95% [11,1-19,4]).

Dacă infecția cu SARS-CoV-2 urmează o evoluție similară cu cea a SARS-CoV sau MERS-CoV, cei mai mulți pacienți ar trebui să se recupereze fără a avea o boală mintală. SARS-CoV-2 poate provoca delir la o proporție semnificativă de pacienți în stadiul acut. Medicii trebuie să fie conștienți de posibilitatea apariției depresiei, anxietății, oboselii și tulburării de stres post-traumatic pe termen lung. O revizuire rapidă a impactului COVID-19 asupra psihozei [37]: 14 lucrări au raportat cazuri incidente de psihoză la persoane infectate cu un virus într-un interval de 0,9% până la 4%. Diagnosticul de psihoză a fost asociat cu expunerea virală, tratamentele utilizate pentru gestionarea infecției și stresul psihosocial. Managementul clinic al acestor pacienți, în care respectarea procedurilor de control al infecțiilor este primordială, a fost o provocare. Se justifică o vigilență sporită pentru simptomele de psihoză la pacienții cu COVID-19. Pandemia COVID-19 și consecințele asupra sănătății mintale: revizuirea sistematică a dovezilor actuale [278]: au fost incluse un total de 43 de studii. Dintre acestea, doar două studii au evaluat pacienți cu infecție confirmată cu COVID-19. Cele două studii care investighează pacienții cu COVID-19 au constatat un nivel ridicat de simptome de stres post-traumatic (PTSS) (96,2%) și un nivel semnificativ mai ridicat de simptome depresive ($p = 0,016$). Revizuirea impactului infecției cu COVID-19 și a izolării sociale prelungite forțate asupra simptomelor neuropsihiatrice la adulții în vârstă cu și fără demență [165]: Aceste schimbări au fost observate ca urmare atât a infecției cu COVID-19, cât și a condițiilor prelungite impuse de izolare socială. Au fost raportate cazuri de infecție virală care se manifestă cu delir la debut în absența altor simptome. Delirul, agitația și apatia au fost simptomele cel mai frecvent detectate, în special la persoanele cu demență.

Condițiile de sănătate mintală și bunăstarea mintală precară au impacturi ample și costuri economice asociate. Există intervenții eficiente de sănătate mintală publică pentru a trata afecțiunile de sănătate mintală, pentru a preveni impactul asociat acestora, pentru a preveni apariția MHC și pentru a promova bunăstarea mintală și reziliența. Cu toate acestea, înainte de pandemia de COVID-19, doar o minoritate de persoane cu afecțiuni mintală au primit orice tratament cu mult mai puțină acoperire în țările cu venituri mici și medii. Acest eșec de implementare are ca rezultat suferințe prevenibile pe scară largă, potențiale pierdute și impacturi ample și costuri economice asociate. De asemenea, reprezintă o încălcare a dreptului la sănătate. populația care suferă. Pandemia de COVID-19 a evidențiat această lipsă de pregătire pentru bunăstarea mintală și a limitat și mai mult accesul la intervențiile publice de sănătate mintală. Există oportunități atât

pentru a atenua impactul COVID-19 asupra sănătății mintale, cât și pentru a aborda decalajul de lungă durată în implementarea sănătății mintale publice. Îmbunătățirea implementării va avea ca rezultat impacturi ample în toate sectoarele și va sprijini realizarea unor obiective politice ample, inclusiv Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului. Sănătatea mintală publică ar trebui să fie o componentă integrantă a răspunsului și redresării eficiente la COVID-19 la nivel național și regional.

1.7 Concluzii la capitolul 1

1. Sănătatea mintală este un parametru medical și social important legat de bunăstare, calitatea vieții, drepturile omului, dar și de economie, creativitate, productivitate, durabilitate și dezvoltare durabilă.
2. Sănătatea mintală este, așadar, bună din punct de vedere social și a bunăstării, și are responsabilitatea de a o menține și de a o îmbunătăți, printr-un sistem de servicii de sănătate mintală de înaltă calitate, programe profesionale de educație și prevenire a problemelor de sănătate mintală.
3. Tulburările mintale severe așa ca schizofrenia, tulburările bipolare și tulburările de personalitate reprezintă o problemă gravă care duce la un grad înalt de dezintegrare socio-familială.
4. Apariția tulburărilor mintale severe se declanșează în vârstă tânără și duc după sine o dereglare în principalele domenii ale vieții: cuplu, familie, copii, apartenență socială și profesională. Mai mult de o treime dintre pacienții cu un diagnostic de psihoză au boală mintală severă (TMS).
5. Durata de viață a persoanelor cu TMS este mai scurtă în comparație cu populația generală din cauza rezultatelor slabe ale sănătății fizice.
6. În ultimii ani a fost schimbată paradigma de abordare a pacienților cu probleme de sănătate mintală, în contextul recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății și prevederilor Convenției Organizației Națiunilor Unite Pentru Protecția Drepturilor Persoanelor Cu Dizabilități, parcursul pacientului în sistemul de sănătate fiind următoarea: familie, servicii sociale → medic de familie → centre comunitare de sănătate mintală → spitale raionale → spitale specializate de psihiatrie (nivel terțiar) → centre comunitare de sănătate mintală.
7. Reabilitarea psihosocială în domeniul sănătății mintale este un instrument esențial în prestarea serviciilor de calitate.

2. METODOLOGIA DE CERCETARE

2.1 Metoda și instrumentele de cercetare

Baza metodologică: Cercetarea constă din mai multe cercetări cu diverse instrumente aplicate. Adicional la toți pacienții evaluați s-au colectat datele epidemiologice, eredo-colaterale și socio-demografice în baza unui chestionar multidimensional elaborat pentru persoanele cu tulburări mintale severe (Anexa nr. 1).

Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării sunt planificate următoarele studii:

1. **Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral**, care vor permite analiza incidenței și prevalenței tulburărilor mintale severe în funcție de: spațiu – mediul urban și rural, după regiuni de dezvoltare Nord, Centru, UTA Gagauzia și Sud din Republica Moldova; timp - perioada anilor 2000-2020.
2. **Studiul de cohortă de tip descriptiv după volumul eșantionului selectiv.**

Prin aplicarea formulei lui Cochran s-a calculat lotul reprezentativ:

$$n=d[\tilde{\pi}(1-\tilde{\pi})]*(z\alpha/w)^2 \quad (2.1)$$

unde:

d - design-efect = 1,5

$\tilde{\pi} = 0.05$ (Cota pacienților cu tulburări mintale severe care trec reabilitare în CCSM constituie în mediu 5,0%)

$z\alpha = 1,96$

w – lucrarea va fi efectuată în baza evaluării frecvențelor și aranjarea lor după valorile relative, avem nevoie de intervalul de încredere, ES=0,05

$n = 1,5*[0.05*0.95]*(1.96/0.05)^2 = 109,5$ și rata de 10,0% de non-răspuns pentru cercetare sunt necesari 120 de respondenți cu respectarea criteriilor de includere și de excludere.

Tabelul 2.1. Repartizarea persoanelor cu tulburări mintale și de comportament în funcție de CCSM (abs.)

CCSM	Nr. total de persoane aflate în evidență	Nr. persoanelor cu maladii mintale severe
Cahul	2063	285
Cimișlia	535	356
Soroca	2350	1508
Orhei	3058	456
Total	8006	2633

Pentru cercetare a fost primit acordul de la **122 de respondenți cu TMS.**

În tabelul 2.2. este prezentată stratificarea proporțională a numărului de respondenți planificați.

Tabelul 2.2. Stratificarea proporțională a numărului de respondenți (abs.)

RDD	Abs.	%	Nr. de respondenți
Nord	2350	29,0	35
Centru	3058	38,0	46
Sud	2063	26,0	32
UTA Gagauzia	535	7,0	9
Total	8006	100,0	122

3. Studiul clinic pilot pentru a evalua eficacitatea îngrijirilor prestate pacienților cu TMS în centre comunitare și spitalele de psihiatrie.

O serie de țări au documentat tranziția de la îngrijirile prestate în spitalele de psihiatrie la servicii comunitare (ex., Anglia, Canada, Australia). În cadrul acestor procese, rezultatele cele mai frecvent evaluate sunt funcționalitatea socială, simptomele psihiatrice și calitatea vieții. Astfel, pentru a dispune de o evaluare comprehensivă în vederea creării unui profil al pacientului, cercetarea elaborată cuprinde o evaluare comprehensivă ce constă din câteva instrumente validate și măsurări ale rezultatelor, care evaluează următoarele dimensiuni:

- Evaluare de diagnostic (evaluare medicală psihiatrică)
- Evaluare funcțională (funcționalitatea socială, funcționalitatea în viața cotidiană, calitatea vieții)
- Evaluarea nivelului de autostigmă (Corrigan toolkit)

Eșantion : 122 de persoane cu tulburări mintale severe din

1. Spitale de psihiatrie – Chișinău, Bălți, Orhei – 61 pacienți;
2. CCSM-uri pilot - nord, centru, sud – 61 pacienți;

Tabelul 2.3. Criteriile de includere/excludere în studiu

Populația	Criterii de includere	Criterii de excludere
Adulți cu o boală psihică	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acordul de a participa în studiu ▪ Vârsta peste 18 ▪ Tulburare mintala severa diagnosticata ▪ Este pacient înregistrat la CCSM pilot ▪ Pentru eșantionul din spitalul de psihiatrie – nu este cu viza de reședința din unul din raioanele pilot a tarii: Cahul, Orhei, Soroca, Cimișlia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lipsa unei diagnoze de boală psihică ▪ Orice persoane incapabilă de a-și da acordul informat ▪ Orice persoană în stare medicală terminală, care îi reduce capacitatea de a oferi un interviu

Instrumentele utilizate în studiile descrie sunt:

1. Chestionarul de evaluare multidimensional include date personale și socio-demografice, numărul de ani trăiți cu diagnostic, numărul de internări/recăderi, tratamentele utilizate și serviciile primite pe parcursul acestor ani;
2. Interviu de diagnosticare pentru evaluare psihiatrică - Interviu neuro-psihiatric internațional **MINI**, versiunea 7.0.2;
3. Scală a funcționalității sociale - Inventarul scurt Camberwell pentru evaluarea necesităților **CANSAS**,
4. Inventarul privind calitatea vieții **EQ-5D**
5. Inventarul de evaluare a dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății **WHO-DAS**
6. Scală de evaluare a autostigmei Scala de autostigmă a tulburărilor mintale forma scurtă **SSMIS-SF** (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale-Short Form).

Cercetarea a fost realizată în:

1. În 3 spitale de psihiatrie – Chișinău, Bălți, Orhei – 61 pacienți;
2. În 3 CCSM pilot - nord, centru, sud – 61 pacienți;

4. Evaluare medicală/psihiatrică

Pentru a evalua starea psihică, am utilizat Interviu neuro-psihiatric internațional **MINI**, versiunea 7.0.2. Această versiunea a fost aleasă pentru a putea cartografia rezultatele conform diagnozelor CIM-10, sistemul de clasificare a diagnosticilor utilizat în Republica Moldova. **MINI** a fost utilizat în studiile clinice anterioare realizate în psihiatrie în România și a fost tradus în limba română. **MINI** este recunoscut la nivel internațional în practica clinică și cercetare în calitate de instrument de realizare a unui interviu de diagnosticare. **MINI** este un instrument administrat de clinician și va fi administrat de psihiatri și psihologi instruiți care lucrează în Republica Moldova. **MINI** va fi aplicat pe suport de hârtie, în serviciul clinic unde pacientul beneficiază de îngrijiri.

5. Studiul transversal pentru evaluarea calității vieții pacienților cu maladii mintale severe.

Pentru a evalua calitatea vieții, a fost utilizat instrumentul **EQ-5D**. **EQ-5D** este un instrument standardizat utilizat pentru a măsura rezultatele referitoare la sănătate. Poate fi utilizat în rândul populațiilor de pacienți cu nivel de educație redus, în cazurile speciale, când pacienții sunt psihic sau fizic incapabili de a relata despre calitatea vieții lor în domeniul sănătății, de exemplu, din cauza dizabilității intelectuale severe sau problemelor de sănătate mintală (versiunea proxy administrată de îngrijitor). În asemenea circumstanțe, se va utiliza Scala analogă vizuală.

Scorurile EQ-5D vor fi convertite conform estimărilor Ani de viață ajustați în funcție de calitate (QALY) la nivel de interval.

EQ-5D are 5 domenii: 1- mobilitate, 2 - auto-îngrijiri, 3 - activități obișnuite, 4 - durere/disconfort și 5 - anxietate / depresie și scala analogă vizuală verticală privind starea generală de sănătate în aceeași zi.

EQ-5D este un instrument bine-validat și este disponibil în limbile română și rusă.

6. Studiul transversal pentru evaluarea funcționalității psiho-sociale pacienților cu TMS.

Pentru evaluarea calității vieții și a necesităților de îngrijiri, am utilizat Inventarul scurt Camberwell pentru evaluarea necesităților (CANSAS), care se referă la 22 domenii ale vieții unei persoane, așa ca loc de trai, alimentare, auto-îngrijiri, activități cotidiene, simptome psihotice, îngrijirea copiilor, bani, detresă, sănătate fizică și relații. Acest instrument nu necesită o instruire formală, totuși vor avea loc câteva ore de instruire privind acest instrument, care va fi oferită evaluatorilor de către proiect, în special cu privire la scală, precum și privind definirea clară a necesităților și necesităților nesatisfăcute în contextul serviciilor de sănătate mintală. CANSAS este disponibil în limba română.

7. Studiul transversal pentru evaluarea nivelului de funcționalitate și dizabilitate a pacienților cu TMS.

Pentru evaluarea nivelului de funcționalitate și dizabilitate a pacienților cu TMS vom utiliza Inventarul de evaluare a dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății (WHO-DAS). WHO-DAS este un instrument bine validat, disponibil în limbile română și rusă. WHO-DAS a fost ales în mod special pentru faptul că, după finalizarea prezentei cercetări, poate fi utilizat ca măsură pentru monitorizarea de rutină a rezultatelor în serviciile de sănătate mintală din Moldova. În contextul prezentei cercetări, WHO-DAS este util pentru servicii, deoarece direcționează îngrijirile și evidențiază anumite domenii ale vieții/ sectoare cu deficiențe (ex., domeniile problematice ale vieții). Fiind o măsurare prin auto-raportare de către pacient, WHO-DAS poate de-asemena fi administrat de clinicieni, prin urmare, în cazurile când nu va fi posibilă auto-raportarea, se va utiliza versiunea administrată de clinician. Astfel, clinicienii vor fi de-asemena instruiți privind utilizarea instrumentului WHO-DAS.

Pentru evaluarea calității vieții și a necesităților de îngrijiri, vom utiliza Inventarul scurt Camberwell pentru evaluarea necesităților (CANSAS), care se referă la 22 domenii ale vieții unei persoane, așa ca loc de trai, alimentare, auto-îngrijiri, activități cotidiene, simptome psihotice, îngrijirea copiilor, bani, detresă, sănătate fizică și relații. Acest instrument nu necesită o instruire formală, totuși vor avea loc câteva ore de instruire privind acest instrument, care va fi oferită

evaluatorilor de către proiect, în special cu privire la scală, precum și privind definirea clară a necesităților și necesităților nesatisfăcute în contextul serviciilor de sănătate mintală. CANSAS este disponibil în limba română.

8. Studiul transversal pentru evaluarea nivelului de autostigmă pacienților cu maladii mintale severe

Pentru a evalua nivelul de autostigmatizare vom utiliza Scala de autostigmă a tulburărilor mintale forma scurtă SSMIS-SF (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale-Short Form) care conține 4 secțiuni fiecare din ele a câte 5 afirmații. Această scală este de autoevaluare.

Tabelul 2.4. Instrumente utilizate în studiu

Domeniu	Instrument	Argumentare	Administrare
Medical	MINI Interviul neuropsihiatric internațional M.I.N.I. (M.I.N.I. 7.0) Este necesară versiunea Plus pentru a distinge tulburările psihotice.	Instrument din practica clinică și de cercetare, recunoscut la nivel internațional, pentru interviuri clinice de diagnosticare	MINI va fi administrat pe suport de hârtie în cadrul serviciului clinic, în care pacientul beneficiază de îngrijiri.
Funcțional	Scara scurtă de evaluare a necesităților Camberwell		CANSAS este un instrument administrat de clinicieni (psihiatri și psihologi).
Calitatea vieții	EQ EQ-5D™ este un instrument standardizat pentru a fi utilizat la măsurarea rezultatelor ce țin de sănătate. Este aplicabil pentru o serie largă de stări ale sănătății și tratamente. Chestionarul EQ-5D oferă un profil descriptiv simplu și o valoare cu indice unic referitor la starea sănătății.	Menționat frecvent drept cel mai preferat instrument pentru estimarea QALY în ghidul (ISPOR) pentru evaluarea sănătății și calității vieții, are doar 5 itemi, plus o scală analogă vizuală. Mai poate fi utilizată: când subiecții nu pot citi sau scrie, în special în cazurile când pacienții sunt incapabili din punct de vedere fizic sau mintal de a relata despre calitatea vieții din punct de vedere al sănătății, din cauza, de exemplu, dizabilității intelectuale severe sau a problemelor de sănătate mintală.	Auto-raportare (pe hârtie) pe tablete/dispozitive 1. Mobilitate 2. Auto-îngrijiri 3. Activități obișnuite 4. Durere / disconfort 5. Anxietate / depresie și scala analogă vizuală verticală privind sănătatea generală în ziua respectivă.
Satisfacția față de viață și dizabilitatea.	WHO-DAS 36-item versiunea, auto-administrare Acest chestionar oferă		WHO-DAS este un instrument auto-administrat cu mici

Domeniu	Instrument	Argumentare	Administrare
	întrebări referitoare la dificultățile apărute din cauza condițiilor de sănătate. Condițiile de sănătate includ tulburări, alte probleme de sănătate care pot fi pe termen scurt sau lung durată, leziuni, probleme de sănătate mintală și probleme cu utilizarea substanțelor psiho-active (SPA).		explicații pentru și suport.
Auto-stigma	Scala de autostigmă a tulburărilor mintale forma scurtă SSMIS-SF (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale-Short Form, Corrigan) care conține 3 secțiuni fiecare din ele a câte 5 afirmații.	Este ușor de aplicat și e scris în cuvinte și expresii simple pe care le înțeleg persoanele cu diverse tipuri de dizabilități.	Această scală este de autoevaluare.

Etapele investigației:

I etapă:

1. Evaluarea serviciilor comunitare și spitalicești de sănătate mintală, precum și analiza parcursului și evoluția schimbărilor politice, legislative, organizaționale și de sistem din domeniul SM în Republica Moldova: septembrie 2016 - februarie 2017.
2. Elaborarea ipotezei de cercetare: martie - aprilie 2017.
3. Analiza incidenței și prevalenței tulburărilor mintale severe în Republica Moldova, perioada anilor 2000-2020: ianuarie – iunie 2017
4. Elaborarea designului cercetării: mai - iunie 2017
5. Aprobarea studiului la Comitetului de Etica – iulie 2017

II-a etapă:

6. Implimentarea studiului: august 2018 – decembrie 2020.
7. Prelucrarea datelor cercetării: ianuarie - octombrie 2021.
8. Elaborarea concluziei, susținerea tezei: noiembrie 2021 - mai 2022.

2.2 Metodologia prelucrării datelor

Statistica descriptivă a variabilelor continue a inclus media, intervalul de încredere 95% pentru medie, abaterea standard, mediana, intervalul de încredere 95% pentru mediana, percentilul 25 și 75, abaterea intercuartilă, valoarea minimală și maximală, vizualizarea datelor (la necesitate)

fiind realizata prin histograme și graficul box-plot. La necesitate, normalitatea distribuției datelor a fost efectuată prin intermediul testului Shapiro-Wilk. Evaluarea comparativă între loturile studiate (valori inițiale și valori follow-up) a fost realizată prin intermediul testelor neparametrice (testul Mann Whitney și testul Wilcoxon cu $\alpha = 0,05$) pentru măsurări repetate, completată de estimarea mărimii efectului (testul r rank biserial cu intervalul de încredere 95%). Reprezentarea grafice în forma de box-plot, completat de distribuția datelor (violine) a fost realizată prin biblioteca ggwithinstats din componenta softului Rstudio. O parte din indicatorii continui, precum prevalența și incidența (indicator la 10.000 de populație), punctajul mediu la evaluarea etc. a fost reprezentată prin intermediul graficelor cu bare, în unele cazuri prin diagramă radială cu bare. Statistica descriptivă pentru variabilele de rang sau variabile nominale a inclus frecvența absolută, frecvența relativă (procente) precum și intervalul de încredere 95% pentru aceasta, indicatorii fiind vizualizați prin intermediul graficului plăcintă și graficelor cu bare. De asemenea, la necesitate a fost aplicat testului Pearson χ^2 corectat pentru tabele 2x2.

3. ANALIZA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE MENTALĂ PE PARCURS DE 13 ANI: PARCURS POLITIC, LEGISLATIV ȘI ORGANIZAȚIONAL

3.1 Analiza situației și indicatorilor de sănătate mintală în Republica Moldova pentru perioada 2007-2020 (studiu integral)

În anul 2020 prevalența prin tulburări mintale și de comportament în cifre absolute atestă 78.394 persoane înregistrate, dintre care 9.378 (cca.12%) sunt copii de până la vârsta de 18 ani, prezentând o pondere alarmantă a patologiei mintale la copii. Tulburările mintale și de comportament afectează populația din țara noastră, înregistrându-se o rată a prevalenței de 2211,3 pacienți la 100 mii în anul 2020 (Figura 3.1.).

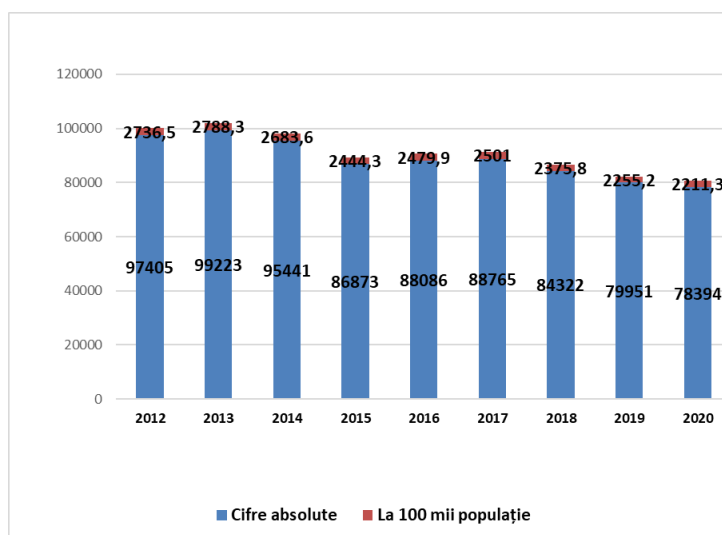


Fig. 3.1. Prevalența prin tulburări mintale și de comportament la 100 mii populație în RM pentru perioada 2012-2020.

În anul 2020 datele incidenței prin tulburări mintale și de comportament în cifre absolute atestă 3.809 persoane înregistrate sau o rată a incidenței de 107,4 pacienți la 100 mii, dintre care 752 (19,7%) sunt copii de până la vârsta de 18 ani (Figura 3.2).

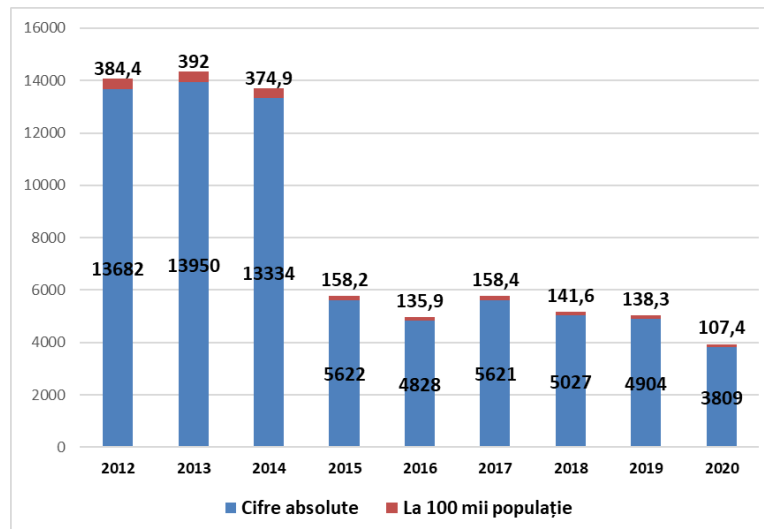


Fig. 3.2. Incidența prin tulburări mintale și de comportament la 10 mii populație în RM pentru perioada 2012-2020.

Prevalența și incidența înregistrează o descreștere în ultimii ani, posibil ca rezultat al implementării noilor mecanisme și abordări, dar posibil și din cauza fricii pacienților de a fi în evidența psihiatrică, adresabilitate scăzută în rândul persoanelor cu probleme de sănătate medii și ușoare și a stigmatizării problemelor de sănătate mintală. Totodată, numărul persoanelor, în special al copiilor afectați de maladii mintale, este pe departe cel real din cauza adresabilității scăzute la serviciile de sănătate mintală. Lipsa serviciilor specializate și a motivației de a se adresa implică fenomenul stigmatizării și insuficiența cunoștințelor pentru depistarea precoce a patologiei psihice.

Un procent considerabil de copii se află sub supravegherea rudelor din cauza emigrării părinților peste hotare, lipsindu-le modelele parentale protective. Aceste aspecte denotă lipsa unor programe specifice îndreptate spre formarea conduitei tinerilor părinți și profilaxia maladiilor psihice.

În Republica Moldova sub supravegherea medicilor psihiatri în anul 2020 se aflau 703 de pacienți cu autism, inclusiv 588 copii. Numărul pacienților cu autism crește, explicându-se pe de o parte prin îmbunătățirea sistemului de screening și diagnostic, totodată o mare parte din aceștia sunt în evidență medicală cu alte dizabilități (intelectuale, tulburări de limbaj, tulburare de hiperactivitate, ticuri etc.) sau afecțiuni ca epilepsia, sindroamele genetice, dereglările metabolice ereditare etc.

Conform datelor statistice disponibile înregistrăm următoarea situație (Tabelul 3.1):

Tabelul 3.1. Situația copiilor conform Formei 36

Date Forma 36	2015	2016	2017	2018	2019	2020
bolnavi cu autism infantil - Total	292	366	427	550	633	703
din ei copii 0-17 ani 11 luni 29 zile	277	349	414	523	603	588

În structura dizabilității primare după principalele cauze 3,9% reprezintă tulburările mintale și de comportament. În evidență psihiatrică se află circa 60 mii pacienți, dintre care jumătate adică 30.331 pacienți (85,4 la 10 mii locuitori) cu grad de dizabilitate mintală în 2017 și care constituie pătura cea mai vulnerabilă a societății. Datele statistice oficiale arată un număr de 12.094 de copii cu dizabilități dintre care 22,3% (2705 persoane) cu dizabilități mintale și de comportament în 2020. Dizabilitățile intelectuale (retardul mental) prezintă o pondere mare din sfera psihopatologiei, cca. 64,7% (1750 persoane) conform datelor pentru 2020, însă necesită măsuri specifice de intervenție și educație psihosocială.

Statisticile oficiale ale Republicii Moldova au scos în evidență principalele repere ce conturează tendințele fenomenului de suicid și ale tentativelor suicidale. Datele sunt colectate de către trei ministere: Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Ministerul Justiției, însă mecanismele de colectare sunt diferite, fapt ce cauzează discrepanțe în datele existente. Conform Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, după cauzele mortalității numărul absolut de cazuri de suicid în 2020 constituie 487(13,7 cazuri la 100 mii populație) ceea ce reprezintă 1,2% din totalul de 40.466 persoane decedate și 3 cazuri la copii în vârstă până la 18 ani.

Legislația

Următoarele documente de politici și acte normative reglementează serviciul de sănătate mintală și determină evoluția schimbărilor în acest domeniu:

- Legea nr. 1402 - XIII din 16.12.1997 „privind sănătatea mintală”, cu modificările ulterioare, care reglementează acordarea asistenței psihiatrice populației, în conformitate cu care au fost aprobate și celelalte documente normative din acest domeniu.
- Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.2007 „cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate”, cu modificările ulterioare, ce contribuie la reorientarea vectorului de la polul spitalicesc spre cel comunitar, fiind dedicat un întreg capitol „Asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale”;
- Hotărârea Guvernului nr. 55 din 20.01.2012 „cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate”, cu

modificări ulterioare, care asigură politica cadru în vederea dezvoltării rețelei de Centre comunitare de sănătate mintală;

- Hotărârea Guvernului nr. 337 din 26.05.2017 „pentru aprobarea Programului național privind sănătatea mintală pe anii 2017 – 2021 și a Planului de acțiuni pentru implementarea acesteia”, cuprinde un ansamblu de măsuri și acțiuni preconizate să reformeze sistemul către unul accesibil, echitabil și care asigură continuitatea acordării suportului și incluziunea socială.;
- Ordinul MS nr. 591 din 20.08.2010 „Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din Republica Moldova”, cu modificările ulterioare;
- Ordinul MS nr. 610 din 24.05.2013 „Cu privire la Strategia de dezvoltare a serviciilor de sănătate mintală la nivel de comunitate și integrare a sănătății mintale în asistența medicală primară pentru anii 2013 - 2016”;
- Ordinul MS nr. 1520 din 23.12.2013 „Cu privire la realizarea Hotărârii Colegiului Ministerului Sănătății nr. 6/3 din 14 noiembrie 2013”;
- Ordinul MS nr. 1569 din 27.12.2013 „Cu privire la organizarea asistenței medicale psihiatrice”;
- Ordinul MS nr. 407 din 14.05.2014 „Cu privire la Centrele Comunitare de Sănătate Mintală”;
- Ordinul MS nr. 71 din 03.02.2015 „Cu privire la implementarea Proiectului „Reforma Serviciilor de Sănătate Mintală din Moldova” în raioanele pilot”;
- Ordinul MS nr. 446 din 09.06.2015 „Cu privire la unele măsuri de eficientizare a serviciilor comunitare de sănătate mintală”;
- Ordinul MS nr. 225 din 17.03.2017 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară utilizate de către Centrele Comunitare de Sănătate Mintală”;
- Ordinul MS nr. 415 din 31.05.2017 „Cu privire la organizarea activității secției de psihiatrie în spitalul de profil general”;
- Ordinul MS nr. 474 din 15.06.2017 „Cu privire la aprobarea indicatorilor de monitorizare a activității și indicatorilor de performanță a Centrului Comunitar de Sănătate Mintală”;
- Ordinul MS nr. 610 din 21.07.2017 „Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești, pentru perioada anului 2017”;
- Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr. 1131/658A din 29.12.2017 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018”;

- Dispoziția MS nr. 675d din 04.11.16 „Cu privire la unele măsuri de eficientizare a activității instituțiilor medico-sanitare în prestarea serviciilor de sănătate mintală”; etc.

În ultimii 5 ani autoritățile centrale și-au asumat responsabilitatea reformării serviciilor de sănătate mintală prin semnarea acordurilor internaționale și s-a demarat un amplu proces de completare și modificare a documentelor de politici și a cadrului legislativ, astfel încât acesta permite la moment implementarea tuturor modificărilor necesare pentru atingerea obiectivelor asumate la nivel național și internațional.

Până la moment încă nu au fost stabilite careva mecanisme productive de conlucrare a Ministerului Sănătății cu Autoritățile Publice Locale în privința asigurării unor servicii integrate de sănătate mintală. Aspectele de organizare a serviciilor de sănătate mintală, fragmentate la momentul actual în servicii spitalicești, servicii comunitare, servicii de asistență medicală primară și servicii sociale, necesită consolidarea pe o bază normativă aplicabilă.

În Republica Moldova există acte legislative și politici în domeniul sănătății mintale, însă fără a fi detectat un mecanism cert de implementare. Aceasta duce la fragmentarea serviciilor și existența formală a unui mecanism de referire a pacientului în cadrul serviciilor de sănătate mintală. Este imperios de reevaluat și ajustat baza normativă de organizare și funcționare a serviciilor de sănătate mintală la standarde și principii noi în managementul sanitar.

Conlucrarea spitalelor psihiatrice cu Centrele Comunitare de Sănătate Mintală se axează preponderent pe problemele legate de internarea pacienților, iar cele din urmă prestează o gamă insuficientă de servicii complexe beneficiarilor săi. Nu există careva standarde de referință a acestei conlucrări și a prestărilor de servicii integrate de sănătate mintală. Conlucrarea și schimbul de informații este deficitar între CCSM și spitale și/sau secțiile de psihiatrie, precum și instituțiile de asistență socială.

O problemă majoră, punctată în Programul național privind sănătatea mintală pe anii 2017 – 2021 și Planul de acțiuni pentru implementarea acesteia, reprezintă organizarea activității Centrului Național de Sănătate Mintală, a cărui formă de organizare și amplasare creează dificultăți atât pentru îndeplinirea rolului organizator metodic la nivel național, cât și pentru prestarea serviciilor de sănătate mintală comunitară. Astfel nu se atinge scopul Centrului Național de Sănătate Mintală privind ameliorarea sănătății mintale a populației Republicii Moldova prin organizarea, dezvoltarea și monitorizarea serviciilor de sănătate mintale.

De facto anume Spitalul Clinic de Psihiatrie (SCP) este instituția care monitorizează și coordonează activitatea Serviciului de Sănătate Mintală la nivel național. Iar Centrul Național de Sănătate Mintală este o subdiviziune structurală autonomă în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie, care își desfășoară activitatea pe principiul autofinanțării.

Nu există o strategie de comunicare și un plan de acțiuni privind reducerea stigmatizării și discriminării din motive de tulburări mintale și promovarea serviciilor comunitare de sănătate mintală. Sunt utilizate insuficient mass-media, dialogurile de politici pentru sporirea conștientizării și acceptării de către comunitate a reformelor în sănătatea mintală și a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Serviciile de sănătate mintală

Serviciile de sănătate mintală sunt prestate la nivel primar, secundar și terțiar după cum urmează:

- la nivelul asistenței medicale primare medicul de familie diagnostică, consultă inițial și tratează de formele ușoare și medii de anxietate și depresie;
- în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală se realizează tratamentul multidisciplinar a stărilor medii și severe de tulburare a sănătății mintale;
- pe paturile acute ale spitalelor raionale sunt tratate stările acute ale tulburărilor de sănătate mintală;
- la nivelul spitalelor de psihiatrie se realizează tratamentul de lungă durată și de performanță a tulburărilor de sănătate mintală.

Totuși, în urma analizei situației în ultimii ani de către Ministerul Sănătății s-a constatat că sistemul de acordare a asistenței psihiatrice este unul centralizat, axat preponderent pe serviciul spitalicesc, care este mult mai costisitor decât cel comunitar, și insuficient pentru necesitățile reale ale beneficiarilor. Asistența psihiatrică este un sistem de servicii orientat excesiv spre actul curativ, în detrimentul activităților de prevenție.

La moment, pentru prestarea serviciilor de sănătate mintală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt instituite: (i) 40 Centre Comunitare de Sănătate Mintală, indiferent de statutul juridică de organizare și forma de proprietate; și (ii) 5 spitale publice.

CCSM sunt instituite practic în toate regiunile administrative teritoriale. Centrele comunitare de sănătate mintală au fost organizate în instituții de asistență medicală primară de nivel raional și municipal, ceea ce contribuie la integrarea serviciilor de sănătate mintală în asistența medicală primară, depistarea precoce a patologiei psihice și asigurarea continuității tratamentului.

Nu sunt implementate fișe standardizate de screening a maladiilor psihice pentru depistare precoce a problemelor de sănătate mintală la nivel de asistență medicală primară. Deși a fost aprobată fișa standardizată pentru screening-ul la autism în asistența medicală primară, acesta nu este implementat integral pe țară, serviciile de reabilitare medico-socială a acestei categorii de pacienți fiind insuficiente.

Activitatea centrelor comunitare de sănătate mintală este perturbată de activități suplimentare: eliberarea certificatelor medicale pentru candidații și conducătorii de vehicul, a certificatelor pentru permis de portarmă, activități de examinare a recruților în cadrul comisiilor medico-militare.

Pentru asigurarea tratamentului ambulatoriu al persoanelor afectate de maladii mintale cu evoluție nefavorabilă (dementă, schizofrenie, tulburare afectivă bipolară, epilepsie cu tulburări psihice) în lista medicamentelor compensate integral (100%) din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sunt incluse 11 denumiri comune internaționale, suplimentar fiind eliberate gratis și medicamente psihotrope procurate din sursele centralizate al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

Prescrierea acestor medicamente de către medicii de familie și medicii psihiatri contribuie la menținerea pacientului în comunitate și reducerea cazurilor de spitalizare. În același timp, în majoritatea raioanelor medicamentele compensate continuă să fie prescrise preponderent de medicii psihiatri, medicii de familie fiind insuficient implicați, inclusiv în prescrierea pentru maladiile și stările ce țin de competența acestora, cum ar fi depresia etc.

Nu sunt organizate nici secțiile de intervenție în criză, în cadrul spitalelor regionale/raionale de profil general pentru asigurarea asistenței psihiatrice mai aproape de locul de trai a pacienților. Aceasta impune cheltuieli nejustificate pentru transportarea medicală asistată de către serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească sau pentru transferul din spitalele raionale la instituțiile republicane specializate.

Scopul de bază a spitalelor de psihiatrie este intervenția în criză, psihoză și în cazul rezistenței tulburărilor psihice. Internarea se face inclusiv prin colaborarea cu CCSM din întreaga țară. Dar pacienții sunt aduși în spitale de serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească sau colaboratorii poliției, găsiți în stradă fără loc de trai, fără acte de identitate. Apar dificultăți la externarea acestor pacienți, deoarece nu sunt rezolvate problemele sociale.

Potrivit datelor raportate de către Compania Națională de asigurări în Medicină în cadrul CCSM au fost acoperite din sursele companiei 261.697 vizite în 2020, atestându-se o diminuare a vizitelor ca rezultat al restricțiilor survenite odată cu asigurarea tuturor normelor epidemiologice în perioada pandemică COVID-19.

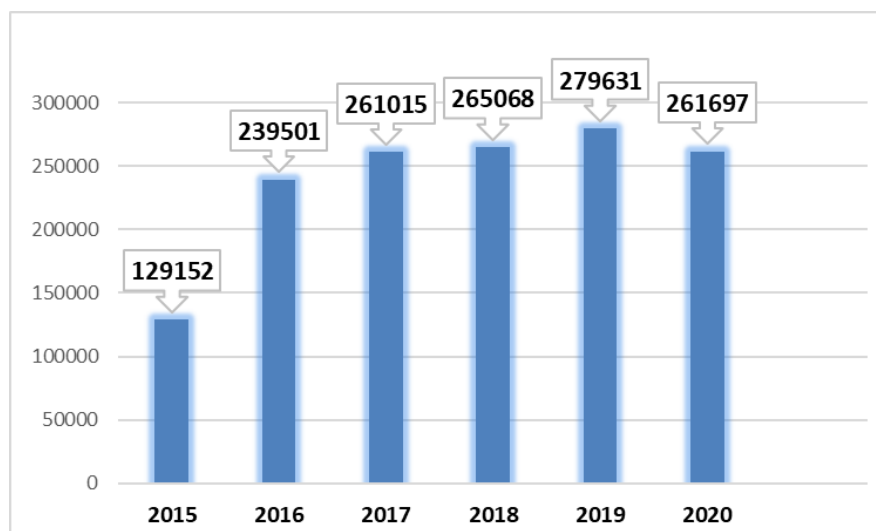


Fig. 3.3. Vizite CCSM raportate de CNAM (abs.).

Conform formei statistice 36A cu privire la activitatea Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală anul 2020:

- 179.906 persoane asistate;
- 69.854 persoane aflate în evidență;
- 4.409 persoane diagnosticate primar;
- 6.146 beneficiari de servicii de recuperare în cadrul centrelor de zi;
- 3.700 pacienți referiți pentru spitalizare;
- 2.580 pacienți asistați la domiciliu de către echipa multidisciplinară în cadrul a 4.142 vizite la domiciliu.

Aceiași sursă prezintă următoarele date cu referire la activitatea echipelor multidisciplinare din cadrul CCSM: 73.351 intervenții în cadrul echipei multidisciplinare, în afara consultațiilor psihiatrice, inclusiv:

- 25.270 consultații psihologice;
- 11.861 consiliere psihologică;
- 7.108 psihoterapie individuală;
- 1.088 psihoterapie de grup;
- 8.395 activități;
- 13.895 consultații de asistentul social;
- 1.215 consultații ergoterapeut
- 4.518 consultații logoped.

Cu referire la activitatea staționarelor de profil psihiatric, potrivit anuarului statistic al sistemului de sănătate din Republica Moldova 2020 regăsim următoarele date: 11.593 pacienți internați pe un total de:

- 710 paturi în Spitalul Clinic de Psihiatrie;
- 530 paturi în Spitalul de Psihiatrie Bălți;
- 145 paturi în Spitalul de Psihiatrie și Ftiziopneumologie Orhei;

Durata medie de tartare a bolnavilor în staționar - 25 zile

Pacienților externați din spitalele de profil psihiatric în majoritatea cazurilor nu i se eliberează o evaluarea medico-psiho-socială anticipată, privind nevoile și posibilitatea de aflare în comunitate, atât de necesară pentru continuarea tratamentului și/sau supravegherii în cadrul CCSM și la medicul de familie.

Lipsește activitățile de reabilitare psihosocială și de integrare comunitară, iar abordarea multidisciplinară este insuficientă în cadrul acordării serviciilor de sănătate mintală. Serviciile de sănătate mintală sunt fragmentate și lipsește un sistem de management al calității în acest domeniu.

Serviciile medicale și sociale sunt separate, lipsește abordarea integrală a problemei de sănătate mintală, ceea ce favorizează discontinuitatea procesului de reabilitare psihosocială și incluziune socioprofesională. Persoanele afectate de maladiile mintale beneficiază doar aleatoriu de anumite servicii specializate, în mod special spitalicești, nefiind soluționate problemele ce țin de traiul independent, dreptul la un loc de muncă, echitatea socială și medicală. Lipsește mecanismul de colaborare între cele două asistențe.

Nu există în sistemul public servicii de promovare a sănătății mintale și de prevenire a tulburărilor de sănătate mintală. Persoanele afectate de maladii mintale se confruntă cu fenomenul stigmatizării și discriminării atât din partea societății, cât și a familiei. Familiile sunt insuficient implicate în procesul terapeutic, mai cu seamă în cazurile de acutizare a bolii, nu dispun de cunoștințe elementare privind specificul maladiei, modalitatea de comunicare reciprocă și de susținere a deciziilor luate de membrii familiilor celor afectați. Familiile se confruntă cu stigmatul social, izolarea socială și fenomenul de suprasolicitare psihică, calitatea vieții acestora fiind joasă. Lipsește suportul autorităților la nivel de asigurare a serviciilor sociale indispensabile.

Resursele umane

Conform anuarului statistic din 2017 [11], Republica Moldova este asigurată doar cu 4 medici psihiatri la 100 mii locuitori, activând în total doar 159 medici psihiatric și nici unul în raioanele Dondușeni, Dubăsari, Fălești, Leova.

În CCSM rămân vacante încă 27,5 funcții de medici psihiatri, iar în 4 CCSM medicii au atins vârsta pensionară. Carența de medici din cadrul serviciului de ambulatoriu se referă, mai cu

seamă, la psihiatrii pentru copii. În 12 raioane lipsesc psihiatri pentru copii, iar în 4 raioane sunt pe doar 0,25 salarii. În majoritatea raioanelor aceștia activează prin cumul, locul de muncă de bază fiind în alte subdiviziuni.

O problema în asigurarea cu resursele din domeniul sănătății mintale se resimte mai mult în teritoriu, deoarece practic toți specialiștii sunt concentrați în spitalele de psihiatrie și nu există nurse psihiatrice, care ar putea preîntâmpina acutizările sau chiar interveni în depistarea precoce a unor tulburări psihice. Este o lipsă acută a psihologilor clinicieni în veriga de tratament și reabilitare a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Majoritatea infrastructurii Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală nu corespunde cu cerințele aprobate pentru acestea și sunt raportate aceleași probleme a insuficienței de medici, asistente medicale, asistente sociale și psihologi. Din cele 40 de Centre comunitare de sănătate mintală, doar 20 sunt amplasate în încăperi adecvate pentru prestarea serviciilor, dotate corespunzător și asigurate cu cadre medicale și nemedicale instruite cu privire la prestarea serviciilor de sănătate mintală comunitară, conform standardelor aprobate.

Nu în toate raioanele este satisfăcător nivelul de cunoștințe în sănătate mintală, atestându-se un nivel insuficient pentru a presta servicii la nivelul corespunzător.

Situația este agravată și de insuficiența medicilor de familie (49 la 100 mii populație), iar în cadrul asistenței medicale primare abilitățile și cunoștințele medicilor de familie privind sănătatea mintală sunt limitate, precum și capacitățile sunt reduse pentru diagnosticul precoce și intervenția calificată în cazurile ușoare și medii.

Medicii de familie nu supraveghează îndeajuns persoanele înregistrate în scopul promovării sănătății mintale și rezolvării problemelor de sănătate mintală conform competențelor. Competențele asistenților medicali comunitari și ale medicilor de familie sunt insuficiente pentru îngrijirea pacienților cu probleme de sănătate mintală.

Fișa electronică în asistența medicală primară nu este implementată, ceea ce nu permite integrarea datelor despre sănătatea mintală, evidența, monitorizarea, raportarea și evaluarea centralizată a acestora.

Finanțarea

Majoritatea sumelor alocate de Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru serviciile de sănătate mintală sunt direcționate către sectorul spitalicesc în comparație cu Centrele Comunitare de Sănătate Mintală.

Pentru anul 2018 Compania Națională de Asigurări în Medicină a contractat: 40 Centre Comunitare de Sănătate Mintală cu suma totală de 24.469,5 mii lei; și 5 spitale cu suma totală de peste 130.000 mii lei (Spitalul Clinic de Psihiatrie cu 72.501,2 mii lei; Spitalul de Psihiatrie Bălți

cu 56.401,2 mii lei; Spitalul de Psihiatrie și Ftiziopneumologie Orhei; Spitalul raional Edineț cu 442,3 mii lei; Spitalul raional Ungheni cu 797,5 mii lei, Spitalul Raional Hîncești și Spitalul raional Soroca) pentru procurarea serviciilor de sănătate mintală din contul fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Spitalele și Centrul Național de Sănătate Mintală în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie sunt plătite de CNAM în baza metodei „buget global”. Doar în perioada 2014-2016 din „Asistența medicală specializată de ambulatoriu” a fost contractat Centrul Național de Sănătate Mintală, în calitate de prestator, care nu oferă servicii specializate de ambulatoriu după principiul teritorial, prin metoda „buget global”. Finanțarea CNSM are loc totalmente din bugetul SCP și anume din sursele alocate de CNAM. Din bugetul anual al Centrului circa 65% le revine salarizării.

Este imposibil de a realiza reformarea serviciului de sănătate mintală după modelul țărilor dezvoltate (unde către spitale merg mar puțin de 45% din sursele financiare), având CNSM în cadrul SCP. În acest caz este o problemă mare, căci o subdiviziune a sistemului spitalicesc – CNSM are ca obiectiv să dezvolte serviciile comunitare, care în final duc la reducerea spitalelor, care sunt mult prea costisitoare.

Nici criteriile de contractare și nici contractul SCP nu prevăd expres careva surse financiare pentru CNSM cu toate că legislația prevede mai multe atribuții pentru acesta, inclusiv și prestarea serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu contractele încheiate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Pentru anul 2019 Centrele Comunitare de Sănătate Mintală au fost contractate din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”, iar metoda de plată pentru ele fiind pe „buget global”, cu toate că marea majoritate a CCSM sunt instituite în cadrul Centrelor de Sănătate. Suplimentar, din sumele alocate „Asistenței medicale primare” sunt eliberate medicamentele compensate pentru populația ce asigurată obligatoriu de asistență medicală.

Achitarea CCSM pentru serviciile de sănătate mintală de către CNAM se efectuează: (i) lunar, în limita mijloacelor financiare disponibile, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din 1/12 parte din suma contractată; și (ii) trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea facturilor:

- achitare integrală în mărime de $\frac{1}{4}$ din suma contractuală destinată îndeplinirii serviciilor contractate după metoda de plată „buget global”, cu excluderea sumelor achitate anterior; și
- achitare integrală pentru acordarea îngrijirilor medicale prestate la domiciliu de echipa mobilă, în limita la $\frac{1}{4}$ din suma contractată, cumulativ de la începutul anului, cu excluderea sumelor achitate anterior.

La moment lipsesc careva mecanisme de finanțare a serviciilor de sănătate mintală integrate, căci CNAM achită doar serviciile medicale în acest domeniu. Persoanele afectate de tulburări psihice se confruntă cu dificultăți financiare și sunt vulnerabile din punct de vedere social, în special în ceea ce privește accesul la servicii.

3.2 Evoluția schimbărilor în domeniul sănătății mintale în Republica Moldova

Perioada post-sovietică (anii 1995-2000)

În timpul perioadei sovietice accentul a fost pus pe îngrijirile spitalicești, cu o limitare considerabilă a drepturilor pacienților, dar în același timp cu o dezvoltare impresionantă a structurilor de reabilitare obligatorie (locul protejat de muncă, școlile internat pentru bolnavii care locuiau singuri, apartamente protejate), precum și asistență medicală gratuită, care favoriza corupția.

În perioada post-sovietică declinul economic a afectat considerabil acordarea asistenței medicale psihiatrice, fiind păstrat accentul asupra îngrijirilor spitalicești și cu o limitare considerabilă a drepturilor pacienților.

Această perioadă este marcată mai cu seamă prin elaborarea și aprobarea Legii nr. 1402 - XIII din 16.12.1997 „privind sănătatea mintală”, cu modificările ulterioare, care reglementează acordarea asistenței psihiatrice populației și în conformitate cu care au fost aprobate ulterior și celelalte documente normative din acest domeniu.

În anul 1998 s-a aprobat și Legea nr. 1585 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, care prevede că în cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, pentru asistența medicală primară, precum și pentru asistența medicală specializată de ambulatoriu și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Perioada anilor 2000-2005

În această perioadă se pune accentul în special pe evaluarea, tratamentul ambulatoriu, managementul riscului. Mai cu seamă după anii 2000 a fost creat serviciul comunitar de sănătate mintală, care a și determinat ulterior deschiderea Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală în fiecare raion.

Primul Centrul Comunitar de Sănătate Mintală a fost creat de către Primăria municipiului Bălți și Asociația Obștească „Somato” la data de 01 septembrie 2000, în cadrul unui proiect cu finanțare internațională. Centrul de Sănătate Mintală „Somato” de profil medico-social, care în

premieră a început să ofere servicii de reabilitare medico-psihosocială și incluziune socială atât pentru persoanelor cu probleme de sănătate mintală, cât și familiilor și rudelor lor. Inițial finanțarea CSM „Somato” avea loc totalmente din bugetul local al primăriei mun. Bălți și paralel erau atrase fonduri din granturi și asistență tehnică.

În 2005 a fost creat Centrul Comunitar de Sănătate Mintală din sectorul Buiucani, Chișinău, în cadrul proiectului Pactului de Stabilitate în Europa de Sud-Est. CCSM a fost creat ca proiect pilot a Ministerului Sănătății și Pactului de Stabilitate, iar acest proiect a avut rol foarte important și o provocare pentru Moldova.

Inițiativa „Dezvoltarea în domeniul sănătății pentru Europa de Sud Est: Rețeaua de Sănătate a Europei de Sud-Est” a apărut în cadrul Inițiativei de Coeziune Socială a Pactului de Stabilitate pentru Europa de Sud-Est, prin semnarea „Declarației de la Dubrovnik” de toate cele 9 țări, inclusiv Republica Moldova. Începând cu anul 2001 în cadrul Rețelei de Sănătate din Europa de Sud-Est sunt realizate un șir de Proiecte Regionale în vederea realizării sarcinilor propuse în domeniile menționate în Declarație, printre care și dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală.

Din 2004 este introdusă asigurarea obligatorie de asistență medicală în Republica Moldova, astfel fiind delimitată funcțiile de reglementare a sistemului de către Minister; prestare a serviciilor medicale de către instituțiile medicale și cea de finanțare și procurare a serviciilor medicale de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Majoritatea populației a început să beneficieze de servicii medicale din fondul asigurării obligatorii, care acoperea inclusiv asistența medicală urgentă pre-spitalicească, asistența medicală copiilor sub 18 ani și persoanele cu handicap mintal.

Perioada anilor 2005-2014

Sănătatea mintală reprezintă o problemă prioritară de sănătate publică pentru Republica Moldova, fapt ce este confirmat prin asumarea angajamentelor de către țară la nivel internațional prin aderarea la Declarația de la Helsinki privind sănătatea mintală din 2005; ratificarea în 2010 a Convenției ONU pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități și aderarea în același an la Declarația europeană cu privire la sănătatea copiilor și tinerilor cu dizabilități intelectuale și a familiilor lor.

Aprobate de Guvern în 2007 Politica Națională de Sănătate și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru perioada 2008-2017 au determinat integrarea sănătății mintale în cadrul asistenței medicale primare și au impulsivat primii pași de aducerea mai aproape de comunitate a serviciilor de sănătate mintală. Politica națională de sănătate cu un întreg capitol „Asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale” a contribuit enorm la reorientarea

vectorului de la polul spitalicesc spre cel comunitar, fiind înregistrată și o reducere constantă a activității spitalicești pe profilul psihiatric (Figura 3.4).

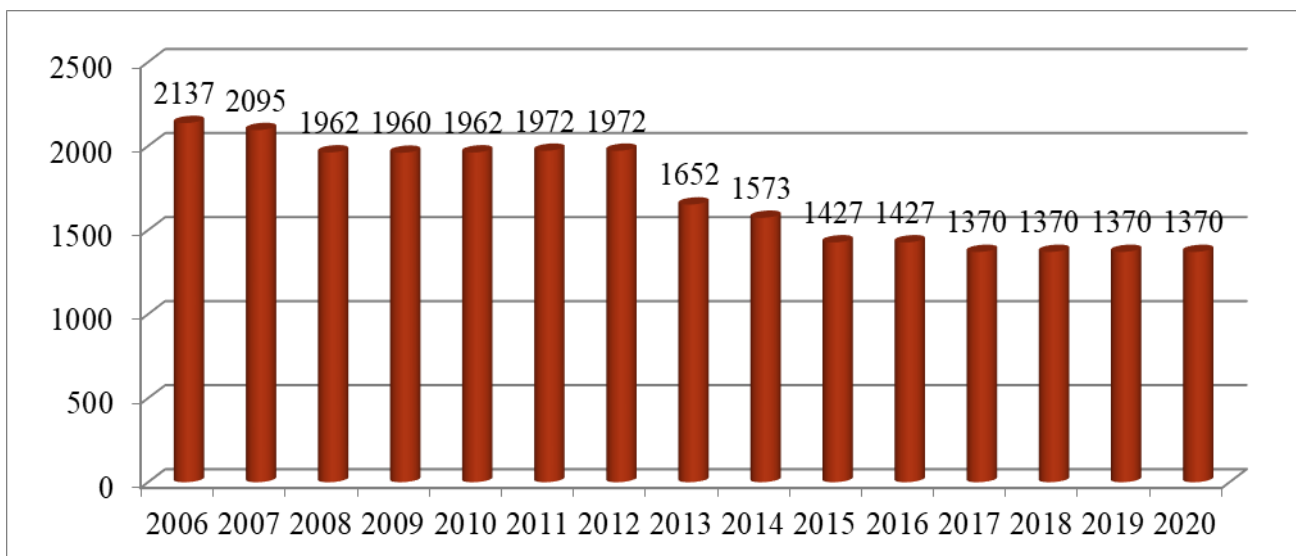


Fig. 3.4. Numărul total de paturi de profil psihiatric în RM (abs.).

În această perioadă, tot în cadrul unor proiecte cu finanțare internațională, au fost create alte 3 CCSM: Centrul Comunitar de Sănătate Mintală din Ungheni (2007); Centrul pentru Copii și Tineri cu Dizabilități Mixte Severe „Danco” din Bălți (2009); și Centrul Comunitar de Sănătate Mintală din Rezina (2010).

Toate activitățile în cadrul CCSM erau de la început promovate de către echipa multidisciplinară comunitară. Printre intervențiile prevăzute în cadrul CCSM erau: intervenții terapeutice și de suport; activități de prevenire, diagnosticare precoce și promovare a sănătății mentale; activități de reabilitare; activități orientate spre familiile pacienților; activități de suport social; activități orientate spre combaterea stigmei.

Din tot sistemul de sănătate mintală, anume aceste Centre au stabilit unele forme de conlucrare cu asistența medicală primară. Noile servicii au stat la baza reglementărilor ulterioare privind standardele de asistență psihiatrică, mecanismele de finanțare și a introducerii unor module noi în curriculumul medical universitar.

Centrul Național de Sănătate Mintală, fondat de Ministerul Sănătății, funcționează din 2011 ca o subdiviziune structurală autonomă în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie, care își desfășoară activitatea pe principiul autofinanțării având un subcont propriu în bancă. Scopul Centrului

Național de Sănătate Mintală este ameliorarea sănătății mintale a populației Republicii Moldova prin organizarea, dezvoltarea și monitorizarea serviciilor de sănătate mintale.

În 2012 a fost aprobată Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, care cuprinde câteva principii ale Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. În 2013 în cadrul acestei legi a fost creat un organism de promovare a egalității de gen, fiind sprijinit pe scară largă de mai multe agenții ale ONU în primul său an de existență.

În 2012 Guvernul a aprobat politica cadru în vederea dezvoltării rețelei de Centre comunitare de sănătate mintală prin aprobarea Regulamentului-cadru al centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate pentru acestea. În același an Guvernul a aprobat și primul Programul Național privind sănătatea mintală pentru anii 2012-2016. Scopul Programului a constat în ameliorarea sănătății mintale a populației prin dezvoltarea serviciilor integrate de sănătate mintală și creșterea funcționalității sistemului de acordare a asistenței psihiatrice, cu apropierea acestora de comunitate.

Cu suportul experților locali în domeniu, pe parcursul anilor 2013-2014 Ministerul Sănătății a întreprins un șir de măsuri pentru reorganizarea asistenței medicale psihiatrice și reorientarea către integrare a sănătății mintale la nivel de comunitate în special prin realizarea Strategiei sale de dezvoltare a serviciilor de sănătate mintală la nivel de comunitate și integrare a sănătății mintale în asistența medicală primară pentru anii 2013 – 2016.

Problemele integrării sănătății mintale s-au discutat și în cadrul Colegiului Ministerului Sănătății, care în 2013 a decis ca serviciul de sănătate mintală din Republica Moldova se va reorganiza în următorii ani dintr-un sistem axat pe spitale mari și instituții închise, la un model de asistență medicală comunitară. În acest scop au fost aprobate regulamentul și indicatorii de monitorizare a activității CCSM în cadrul Centrelor Medicilor de Familie și a Centrelor de Sănătate din centrele raionale.

Pentru prima dată contractarea Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală a fost inclusă pentru anul 2014 prin „Normele metodologice de aplicare în anul 2014 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, aprobate de MS și CNAM în decembrie 2013. Până la sfârșitul anului 2014 funcționau deja 27 de centre comunitare de sănătate mintală.

Perioada anilor 2014-2018

Procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare de sănătate mintală a demarat mai cu seamă începând cu 1 septembrie 2014 prin crearea, la nivel național, a rețelei de centre comunitare de sănătate mintală (în municipii și fiecare unitate administrativ-teritorială de nivelul al doilea). Centrele Comunitare de Sănătate Mintală (CCSM) au fost organizate în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară de nivel raional/sectorial, ceea ce contribuie la integrarea serviciilor de

sănătate mintală în asistența medicală primară, depistarea precoce a patologiei psihice și asigurarea continuității tratamentului.

Din 2014 sistemul de sănătate mintală este antrenat într-un amplu proces de reformare și îmbunătățire prin intermediul proiectului „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova“, finanțat de Agenția Elvețiană de Dezvoltare și Cooperare.

În cadrul proiectului „Suport pentru reforma serviciilor de sănătate mintală în Republica Moldova” are loc descentralizarea serviciilor de sănătate mintală și dezvoltarea a 4 Centre comunitare de sănătate mintală, conform standardelor europene, cu componentele organizaționale indispensabile, capabile de a răspunde necesităților multe-aspectuale ale persoanelor afectate de maladii mintale la nivel de comunitate. Modelul serviciilor comunitare de sănătate mintală dezvoltat în aceste raioane urmează să fie extins la nivel național.

Au fost operate modificări și completări la Legea nr. 1402 din 16.12.1997 „privind sănătatea mintală”, prin care s-a realizat o schimbare a paradigmei în corespundere cu liniile directoare conținute în Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități din 13 decembrie 2006 cu includerea noțiunilor noi - „persoană în privința căreia a fost instituită o măsură de ocrotire judiciară (tutelă/curatelă/ocrotire provizorie)” sau „persoană supusă unei măsuri de ocrotire judiciară”.

A fost modificată și completată Hotărârea Guvernului nr. 55 din 30 ianuarie 2012 „cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate”, prin includerea unor noțiuni și concepte fundamentale ca reabilitarea psihosocială și recuperarea persoanelor cu tulburări mintale, asistența la domiciliu, managementul de caz, precum și modificări în modelul de servicii prestate, și modificări la modul de organizare și funcționare a Centrului Comunitar de Sănătate Mintală.

În scopul unificării evidenței, asigurării depline, obiective și autentice a informațiilor, care reflectă activitatea CCSM, a fost aprobată Lista formularelor de evidență medicală primară și modelele formularelor de evidență medicală primară, utilizate de către CCSM, inclusiv și indicatorii de monitorizare a activității și indicatorii de performanță pentru CCSM.

În ultimii ani a fost schimbată paradigma de abordare a pacienților cu probleme de sănătate mintală, în contextul recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății și prevederilor Convenției Organizației Națiunilor Unite pentru protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități, mișcarea pacientului în sistemul de sănătate fiind următoarea: familie, servicii sociale → medic de familie → centre comunitare de sănătate mintală → spitale raionale → spitale specializate de psihiatrie (nivel terțiar) → centre comunitare de sănătate mintală.

Din iunie 2015 asistența medicală psihiatrică de ambulatoriu, care aparținut spitalelor raionale a fost transferată în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară. Iar din 2017 s-a inițiat instituirea secțiilor psihiatrico-narcologice acute în spitalele raionale de profil general, inclusiv fiind determinate criteriile de admitere a pacientului în aceste secții, modalitatea de referire a pacientului în sistemul de servicii de sănătate mintală, precum și amplasarea acestor secții în Spitalele Raionale.

Conforma datelor Ministerului Sănătății Muncii și Protecției Sociale, pe parcursul ultimilor 4 ani s-a înregistrat și o reducere constantă a activității spitalicești pe profilul psihiatric, prin micșorarea atât a paturilor cât și a pacienților internați, de la circa 17,7 mii în 2014 la doar 14,7 mii pacienți în 2017.

De menționat că acest decalaj dintre cifre nici de cum nu înseamnă excluderea pacienților din sistemul de prestare a serviciilor de sănătate mintală, dar mai cu seamă rezultatele schimbării paradigmei. Astfel, se tratează un număr mai mare de beneficiari la etapa primară de acordare a asistenței medicale.

Rapoartele anuale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM) privind valorificarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM), constată o mărire constantă a numărului total de vizite în cadrul CCSM: 261 mii vizite înregistrate în 2017 față de doar 129 mii vizite înregistrate în 2015.

Pe parcursul ultimilor 5 ani s-a mărit constant față de anul precedent suma alocată de Compania Națională de Asigurări în Medicină către Centrele Comunitare de Sănătate Mintală și în total această mărirea a fost de 128%, de la 10.726,6 lei în 2014 până la 24.469,5 lei în 2018 (Figura 3.5.).

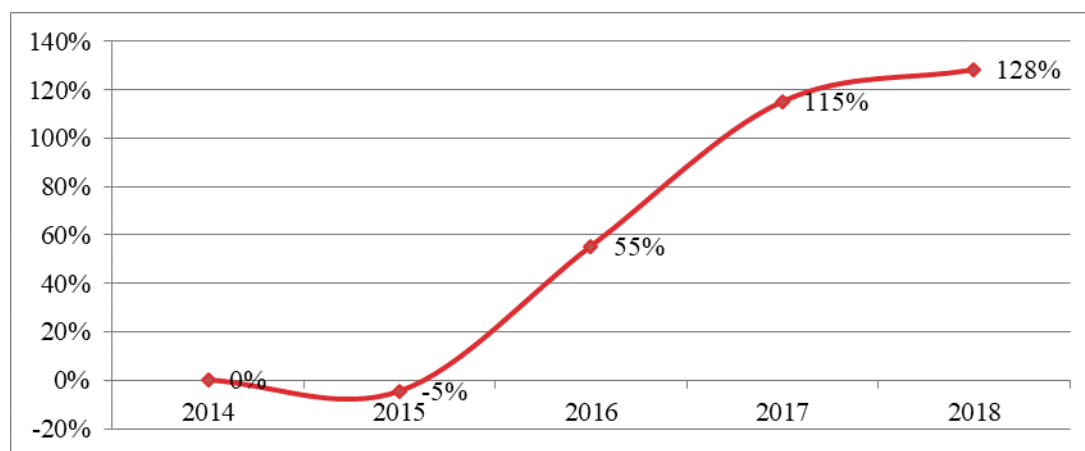


Fig. 3.5. Rata creșterilor anuale a sumelor alocate de CNAM pentru CCSM (%).

În perioada anilor 2014-2017 serviciile de sănătate mintală, acordate în cadrul CCSM, erau contractate integral din sumele alocate „Asistenței medicale primare”, inclusiv pentru medicamentele compensate. Pentru anul 2018 aceste servicii deja au fost contractate din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”, iar pentru medicamentele compensate din „Asistenței medicale primare”.

Pe parcursul ultimilor ani a fost extinsă lista medicamentelor compensate integral din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru pacienții cu probleme de sănătate mintală, cu dreptul de prescriere a acestora de către medicii de familie și medicii psihiatri.

În ultimii ani nu a suferit schimbări metoda de plată a spitalelor în baza de „buget global”, din cadrul „Asistenței medicale spitalicești”, și nici serviciile prestate persoanelor cu tulburări mintale din contul „Asistenței medicale urgente prespitalicești”.

Suplimentar, în perioada 2014-2016 din „Asistența medicală specializată de ambulatoriu” a fost contractat Centrul Național de Sănătate Mintală, în calitate de prestator, care nu oferă servicii specializate de ambulatoriu după principiul teritorial, prin metoda „buget global”.

Pentru asigurarea formării specialiștilor pentru sistemul de sănătate mintală și corespunderea cu cerințele internaționale a fost ajustat curriculum universitar și postuniversitar pentru medici, psihiatri, medici de familie privind acordarea serviciilor de psihiatrie comunitară, în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Au fost elaborate și implementate Protocoale clinice standardizate pentru medicii de familie în: schizofrenie primul episod psihotic; în tulburări afective de dispoziție la adult; în depresia la adult; în tulburări de anxietate la adult; și în tulburare afectivă bipolară.

În colaborare cu Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, în cadrul proiectului „Suportul reformei serviciilor de sănătate mintală în Republica Moldova” (MENSANA) au fost organizate cursuri de instruire în domeniul sănătății mintale pentru medicii de familie și asistenți medicale din raioanele Soroca, Orhei, Cimișlia și Cahul, în domeniul sănătății mintale comunitare. Au fost instruiți și profesioniștii care activează în instituțiile medico-sanitare de profil psihiatric și centrele comunitare de sănătate mintală, inclusiv lucrătorii din domeniul asistenței sociale.

Au fost organizate mai multe evenimente (conferințe, dialoguri de politici, ateliere de lucru, emisiuni, etc.) pentru a spori nivelul de sensibilizare față de problemele de sănătate mintală și mobilizarea comunității.

3.3 Tendințe naționale de reformare a sistemului de sănătate în Republica Moldova

Proiectul „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova” (MENSANA) a construit o platformă, care permite avansarea reformei serviciilor de sănătate

mentală în Republica Moldova. Angajamentul puternic, asumarea responsabilității și implicarea principalilor factori de decizie naționali și locali (MS, MMPS, AMP, CCSM, profesioniști în domeniul sănătății, spitale de psihiatrie, autoritățile locale și sectorul social) sunt factori puternici ai succesului proiectului.

Faza I a proiectului a început într-un context în care toate serviciile de sănătate mentală au fost centrate în spitale, fără o alternativă disponibilă pentru tratamentul comunitar. În 2014, proiectul a lansat un model de îngrijire bazat pe comunitate, cu scopul de a reduce numărul spitalizărilor la nivel național și de a crește numărul de cazuri tratate în ambulatoriu, inclusiv tratamentul la domiciliu. În ultimii patru ani, proiectul și-a concentrat eforturile asupra reformei furnizării de servicii în patru raioane pilot care vizează serviciile de asistență primară, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală, spitalele regionale și spitalele de psihiatrie.

Sănătatea mentală este stabilită ca o prioritate pe agenda politică prin intermediul Programului național de sănătate mentală 2017-2021, care este în concordanță cu obiectivele proiectului. MSMPS a extins rețeaua CCSM la nivel național, investind propriile resurse de îndată ce proiectul a început să piloteze modelul comunitar de îngrijiri a sănătății mintale în patru raioane. Ca rezultat major al eforturilor de politică comună și de advocacy desfășurate de proiect și SDC, CCSM-urile sunt contractate de Compania Națională de Asigurări Medicale, iar serviciile sunt gratuite pentru utilizatori.

Intervenția MENSANA sprijină în mod direct reforma națională în domeniul sănătății mintale în Moldova. De asemenea, este în concordanță cu regionalizarea spitalelor din țară (prin promovarea și înființarea secțiilor de psihiatrie acută în spitalele generale regionale), precum și în paralel cu reforma serviciilor de medicină primară în întreaga țară. Componenta de livrare a serviciilor se bazează pe consolidarea și extinderea unei rețele de servicii de sănătate mentală, care împreună pot oferi un sprijin cuprinzător persoanelor cu probleme de sănătate mentală, care încorporează respectarea drepturilor omului.

Au fost înființate 4 CCSM, personalul lor instruit pentru a oferi servicii într-un parcurs de îngrijire pentru persoanele cu tulburări de sănătate mentală. Acest lucru a dus la o scădere considerabilă a gradului de ocupare a paturilor, a ratelor de admitere și a duratei de ședere în spitalele de psihiatrie a persoanelor din cele 4 raioane pilotate. Coordonarea cu spitalele de psihiatrie și AMP s-a îmbunătățit pe parcursul anilor, ceea ce a dus la o creștere a referirilor la CCSM.

Proiectul a fost implicat în revizuirea cadrului legal, la modificarea Legii privind sănătatea mentală, cadrul de reglementare al CCSM, a standardelor de calitate (Hotărârea Guvernului nr. 55) și Ordinul 591 (Organizarea și funcționarea serviciilor de sănătate mentală în Moldova). Proiectul

contribuie în mare măsură la o mai bună guvernare prin abordarea eficienței și performanței serviciilor de sănătate mintală, prin clarificarea rolurilor și responsabilităților ale tuturor părților interesate, inclusiv a domeniilor de responsabilitate. A fost dezvoltat un sistem de management al calității serviciilor comunitare de sănătate mintală (au fost stabilite standarde și indicatori de calitate și performanță) și testat în cele 4 raioane pilotate. Infrastructura pentru colectarea, raportarea și monitorizarea datelor sunt slabe la nivelul sistemului de sănătate din Moldova. Ca urmare, proiectul a trebuit la dezvoltarea propriilor proceduri interne de raportare a datelor pentru colectarea datelor din serviciile de sănătate.

O abordare bazată pe drepturi a fost asigurată prin promovarea și gestionarea sănătății mintale. S-au dezvoltat instrumente relevante și eficiente și sunt utilizate pentru a oferi utilizatorilor de servicii și familiilor acestora informații adecvate despre drepturile, standardele de îngrijire și opțiunile de tratament ale persoanelor cu tulburări mintale și de comportament. A fost elaborată și pusă în aplicare o strategie de comunicare și advocacy și un plan de acțiune pentru reducerea stigmatizării și a discriminării persoanelor cu tulburări mintale de comportament pentru a asigura accesul echitabil și incluziv la servicii respectând aspectele de gen.

În ceea ce privește acoperirea mesajelor-cheie pentru reformă, proiectul a mobilizat 800 de factori de decizie regionali și naționali prin intermediul a 5 dialoguri politice în anii 2016-2017. Eforturile de consolidare a capacităților de formare a generațiilor actuale și viitoare ale profesioniștilor din domeniul sănătății mintale (și medicilor de familie în domeniul sănătății mintale) au fost încorporate în structurile educaționale din țară, prin proiectul de propunere de curriculum revizuită sau nouă pentru rezidenții de psihiatrie (module în psihiatria comunitară, module de sănătate mintală) și pentru cadrele noi ale sistemului medical, cum ar fi un program în psihologia medicală. MENSANA a propus, de asemenea, module de sănătate mintală pentru educația medicală continuă și a elaborat protocoale clinice naționale bazate pe dovezi printr-un proces consultativ la nivel național. Educația medicală continuă a fost instituționalizată în programele de învățământ pentru profesioniștii din domeniul medical și non-medical care lucrează în domeniul sănătății mintale (psihiatri, psihologi clinici, medici de familie, asistenți sociali), în conformitate cu noul model de îngrijire.

Un alt rezultat al proiectului a fost implicarea membrilor comunității din cele 4 raioane pilot pentru a sprijini reintegrarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală în comunitate. Pe parcursul ultimului an, proiectul a încurajat o colaborare între sectoarele de asistență socială și sănătate în cele 4 raioane pilot. Asistenții sociali din CCSM se întâlnesc cu regularitate cu reprezentanții sectorului social în vederea discutării și soluționării cazurilor complexe din comunitate. Echipa proiectului împreună cu reprezentanții MSMPS au organizat, în anul 2017,

ateliere de lucru în fiecare dintre raioanele pilot cu APL și alte actori cheie în vederea inițierii colaborării intersectoriale întru succesului reformei sănătății mintale.

3.4 Evaluarea situației în cadrul auditului clinic referitor la activitatea CCSM și AMP pilot și non-pilot în cadrul fazei I a proiectului MENSANA - 2018

Evaluarea comprehensivă a serviciilor de sănătate mintală în 4 raioane pilot (Cahul, Cimișlia, Orhei și Soroca) și 4 raioane non pilot (Hîncești, Ungheni, Edineț și Leova) din 2018 a inclus criteriile precum îngrijirea recuperativă, vizitele la domiciliu, sistemul de referire, funcționarea echipei multidisciplinare și managementul.

Scopul auditului clinic este evaluarea funcționalității noului model de îngrijiri comunitare în sănătatea mintală și identificarea punctelor forte și a domeniilor ce necesită îmbunătățire.

Obiectivele auditului

1. Evaluarea condițiilor CCSM legate de infrastructură.
2. Evaluarea resurselor umane – componenței echipei multidisciplinare CCSM.
3. Evaluarea metodologiei de lucru, precizia completării registrelor în cadrul CCSM.
4. Corespunderea informațiilor CCSM din forma 36A cu registrele, fișele medicale și dosarele pacienților.
5. Evaluarea nivelului de satisfacție a beneficiarilor față de serviciul prestat de CCSM.
6. Evaluarea serviciilor de sănătate mintală integrate în AMP.

Perioada de efectuare a auditului: mai – iunie 2018

Evaluatori: 4 psihiatri și 4 specialiști din domeniul sănătății publice / management

Eșantion:

- patru CCSM/AMP pilot dezvoltate cu suportul MENSANA (Cahul, Cimișlia, Orhei, Soroca)

Grupul de control:

- patru CCSM/AMP din raioanele non-pilot (Hîncești, Ungheni, Edineț, Leova)

Criteriile de includere pentru CCSM/AMP din grupul de control:

1. Incidență și prevalență comparativă cu CCSM/AMP pilot.
2. Numărul de populație deservită similară cu CCSM/AMP pilot.

Datele sunt prezentate în figurile 3.6 și 3.7.

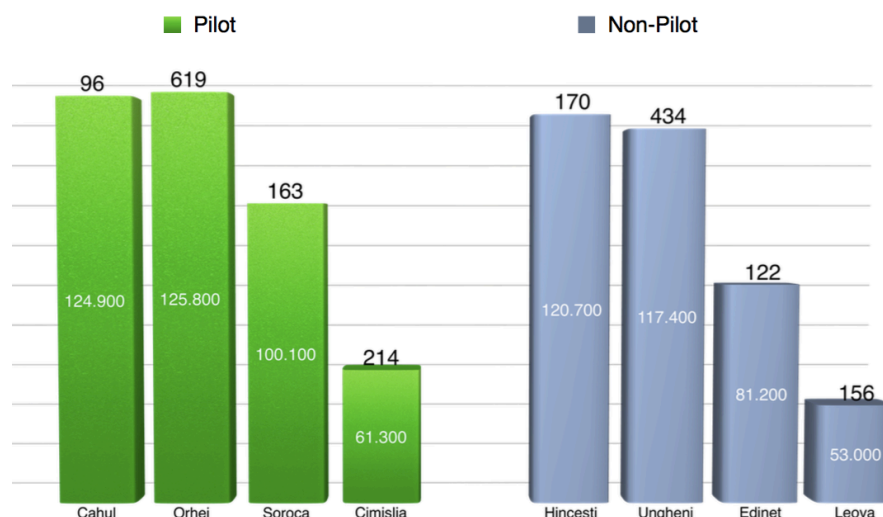


Fig. 3.6. Incidența generală a populației (abs.) și populația deservită în raioanele evaluate în cadrul auditului clinic.

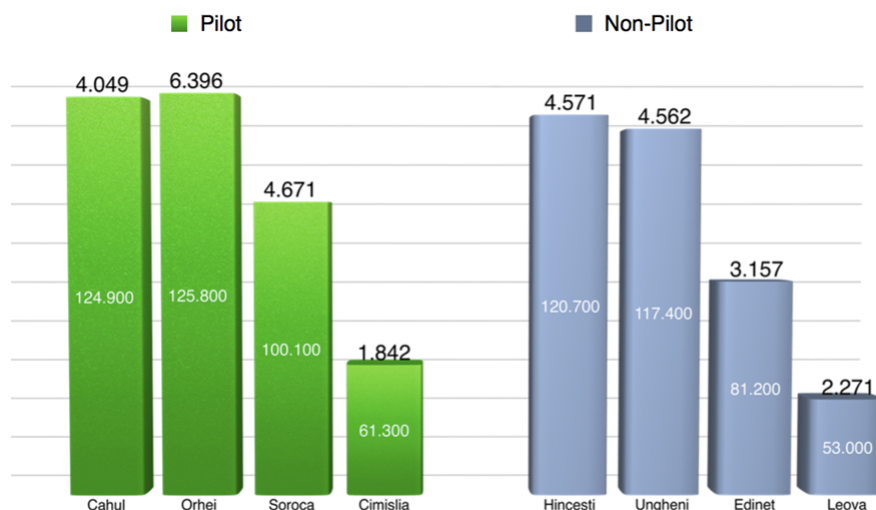


Fig. 3.7. Prevalența generală a populației (abs.) și populația deservită în raioanele evaluate în cadrul auditului clinic.

Se denotă discrepanțele dintre CCSM/AMP pilot și cele non-pilot evaluate. La CCSM evaluate s-au constatat diferențe la dotarea cu spații și bugetul disponibil, organizarea echipei multidisciplinare, documentarea și raportarea procesului de lucru, inclusiv nivelul de satisfacție a beneficiarilor finali.

La AMP diferențe au fost înregistrate la conlucrarea cu CCSM și instituționalizarea protocoalelor clinice, în ambele cazuri AMP pilot sunt la o etapă mai avansată.

CCSM pilot au beneficiat de o dotare mai bună comparativ cu CCSM non-pilot, atât a încăperilor cât și a dotării cu tehnică de calcul. Se atestă de asemenea o componență mai bună a echipelor multidisciplinare cu respectarea cerințelor din Hotărârea Guvernului nr. 55 din 20.01.2012 „cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate” la ambele capitole. Totodată s-a constatat o bună dotare a CCSM Ungheni, care a beneficiat de suportul Agenția Elvețiană de Dezvoltare și Cooperare într-un proiect anterior dedicat sănătății mintale. Cea mai bună dotare a fost atestată în Orhei și Ungheni, iar cea mai precară situație a fost constatată la Leova și Hîncești.

Bugetele disponibile alocate de către CNAM pentru serviciile prestate în cadrul CCSM evaluate diferă între CCSM pilot și CCSM non-pilot. În majoritatea cazurilor cu excepția CCSM Leova bugetul este utilizat pentru retribuirea muncii și plăților aferente salarizării. Discrepanțe dintre componența echipelor multidisciplinare cât și a spațiilor gestionate de CCSM a dus la o oscilare ce ține de repartizarea pe categorii de cheltuieli a bugetului, care de asemenea diferă de la CCSM la CCSM.

O medie a punctajului obținut pe fiecare criteriu de evaluare menționate anterior în parte ne arată funcționalitatea mai ridicată a serviciilor comunitare de sănătate mintală în CCSM pilot comparativ cu non-pilot. Noul model de îngrijiri comunitare a fost evaluat cu calificativul excelent în cazul CCSM Orhei, și cu mici necesități de îmbunătățire în Soroca, Cimișlia și Cahul. CCSM non-pilot evaluate au obținut calificative ce variază între un nivel satisfăcător în cazul Ungheni și Edineț, la încălcări moderate spre majore în cazul Leova și Hîncești.

Cel mai înalt calificativ la capitolul îngrijiri recuperative a fost acordat CCSM Orhei în urma evaluării. Activitatea CCSM Soroca, Cimișlia și Ungheni a fost evaluată cu necesități de mici îmbunătățiri. Calificativ satisfăcător a obținut CCSM Cahul și Edineț. Încalcări moderate în domeniul îngrijirilor recuperative au fost sesizate în CCSM Leova și Hîncești.

Potrivit evaluării făcute, CCSM Orhei a obținut calificativul de excelent la capitolul vizite la domiciliu. Necesită mici îmbunătățiri CCSM Soroca și Cimișlia, iar CCSM Cahul și Edineț au o activitate satisfăcătoare. Au fost depistate încălcări moderate în cazul Ungheni, iar în Hîncești și Leova încălcările sunt grave.

Resursele umane rămân a fi insuficiente în sistemul de sănătate mintală comunitară. S-a atestat lipsa specialiștilor în majoritatea CCSM, cea mai stringentă situație fiind la Leova unde medicul psihiatru este la normă de 0,5 fiind în echipă cu o singură asistentă medicală. La polul opus se află CCSM Cahul în cadrul căruia găsim psihiatri cu normă de 3,5, psihoterapeut, psiholog și asistente medicale, asistent social, logoped, ergoterapeut precum și personal auxiliar.

Competențele echipei multidisciplinare necesită îmbunătățire. Capacitatea de stabilire a diagnosticul primar în CCSM atestă curențe. Psihatri din 2 raioane pilot și 2 raioane non-pilot respectă conceptul noului model de îngrijire fiind responsabili de stabilirea diagnosticului. În cazul a 4 CCSM s-a constatat referirea către Spitalul Clinic de Psihiatrie pentru diagnosticare stabilindu-se doar un diagnostic prezumtiv. Capacitatea prin instruire este necesară atât pentru psihatri, psihologi clinicieni cât și asistenți sociali și asistenți medicali.

Introducerea în cadrul echipei multidisciplinare a specialistului în asistență socială rămâne a fi respectată doar de CCSM pilot, cu toate acestea claritatea sarcinilor asistentului social este la nivel de concept. În cazul CCSM Ungheni specialistul în asistență socială a fost prezent în cadrul vizitei, însă nu a fost indicat în chestionarul expediat preventiv, ceea ce denotă neclaritatea statutului acestuia în cadrul echipei multidisciplinare. Insuficiența specialiștilor duce la o abordare unidimensională a tratamentului versus cea multidisciplinară prevăzută de noul model de îngrijire, serviciile oferite fiind bazate preponderent pe tratamentul medicamentos, în special în cadrul CCSM non-pilot.

Planurile de tratament sunt stabilite cu implicarea pacientului și în baza consimțământului informat în cadrul CCSM pilot, iar în CCSM non pilot consimțământul informat lipsește fie contravine normelor bioetice, fiind stabilit tratamentul unilateral de către medicul psihiatru din CCSM, fie de SCP continuat în cadrul serviciilor comunitare de sănătate mintală. Potrivit evaluărilor calificativul excelent a fost atribuit funcționării echipei CCSM Orhei, iar restul CCSM pilot precum și CCSM Edineț au fost evaluați ca necesitând mici îmbunătățiri. Ungheni are o funcționare a echipei multidisciplinare satisfăcătoare, iar Hîncești și Leova înregistrează încălcări grave.

Activitatea CCSM pilot este planificată și structurată corespunzător noului model de îngrijire. CCSM non pilot organizează ședințe doar la necesitate, iar în cazul Hîncești și Leova acestea lipsesc, managementul CCSM non pilot astfel lasă de dorit. Documentarea procesului de îngrijire este mai bună în cazul CCSM pilot, acuratețea documentării fiind păstrată, atât în registre, fișele medicale cât și dosarele de caz. Situația CCSM non pilot diferă, registrele stabilite de minister fie nu sunt utilizate, fie dosarele de caz lipsesc sau vizitele la domiciliu nu sunt documentate.

Sistemul de referire utilizat în cazul CCSM non-pilot a fost evaluat ca fiind cu încălcări moderate cu excepția CCSM Ungheni clasificat cu mici necesități de îmbunătățire ca și în cazul CCSM pilot.

Protocoalele clinice naționale sunt utilizate în stabilirea diagnosticului și tratamentului în mare parte cu excepția Leova, ceea ce demonstrează o abordare comună în tratarea tulburărilor de sănătate mintală.

Beneficiarii evaluați au declarat scăderea numărului de spitalizări și creșterea perioadei de remisie, astfel fiind demonstrată eficiența tratamentului la nivel de comunitate, aceste constatări sunt valabile pentru toate CCSM evaluate.

Constatările auditului clinic după criteriile evaluate în CCSM:

Îngrijire recuperativă

Diagnosticul inițial în cazul CCSM pilot precum și la Ungheni și Hîncești este stabilit de către psihiatru. Excepția a diagnosticului este CCSM Cahul în care se stabilește un diagnostic prezumtiv cu referirea către SCP pentru confirmare, situație similară și pentru CCSM non-pilot din Edineț și Leova. Diagnosticul inițial poate fi solicitat de către medicul de familie prin referire. În acest context este necesară fortificarea capacităților profesionale ale specialiștilor, astfel încât redirecționarea către serviciile spitalicești să se facă doar în caz de dificultăți în stabilirea diagnosticului/diagnostic dificil.

Protocoalele clinice naționale sunt utilizate în mare parte în stabilirea diagnosticului și a planului de tratament. Excepție face doar CCSM Leova unde protocoalele nu sunt folosite, totuși tratamentul corespunde parțial recomandărilor din protocoale.

Diagnosticul se schimbă în cadrul Consiliului medical consultativ în cadrul CCSM pilot din Orhei și Soroca, precum și CCSM non-pilot din Ungheni și Edineț. În cazul CCSM rămase, diagnosticul se schimbă doar în baza extrasului eliberat de SCP.

În toate CCSM pilot este prezent planul de tratament cu participarea echipei multidisciplinare și implicarea pacientului, confirmate de forme de consimțământ. În cazul CCSM din Edineț și Ungheni, planurile de tratament sunt întocmite preponderent de psihiatru, iar consimțământul informat lipsește. În cazul CCSM Leova și Hîncești, planul de tratament este stabilit de SCP sau psihiatru din CCSM fără implicarea pacientului, iar modelul documentului de consimțământ utilizat nu corespunde normelor bioetice.

În majoritatea CCSM evaluate planul de intervenție corespunde cu registrele, fișele medicale și dosarele de caz, neconcordanțe fiind depistate la documentarea vizitelor la domiciliu care sunt înscrise doar în registru fără o descriere a conținutului și concluziilor vizitelor. În cazul CCSM Ungheni lipsesc dosarele de caz, iar la Hîncești registrele nu corespund normelor în vigoare.

Vizite la domiciliu

CCSM pilot efectuează vizite la domiciliu atât planificate cât și ad-hoc în caz de criză. Vizitele sunt documentate în registre și dosarele de caz. Cel mai des vizitele sunt efectuate de managerul de caz, în majoritatea cazurilor nursa psihiatrică, însă vizitele sunt efectuate și de asistentele medicale, psihologul sau asistentul social. Psihiatrul se deplasează în caz de criză. Potrivit relatărilor, aproximativ 70% din pacienții cu tulburări mintale severe sunt vizitați la domiciliu.

CCSM non-pilot efectuează vizite la domiciliu într-un număr redus din lipsa autovehiculului. Vizitele nu sunt documentate, fie sunt făcute doar mențiuni în fișele medicale ale pacienților. Beneficiază de vizite la domiciliu în mare parte pacienții aflați în stare psihotică. Vizitele sunt efectuate de către psihiatru cu asistenta medicală. În cazul CCSM Leova nu se fac vizite la domiciliu.

Sistemul de referire

Există o colaborare pro-activă cu direcția de asistență socială, organele de poliție și AMP în cazul CCSM pilot. Ce ține de CCSM non-pilot, se atestă o colaborare sporadică cu asistența socială, poliția și mai mult cu medicina primară. În cazul medicilor de familie, referirea se face prin intermediul fișei F-025/e. Referirea se înregistrează în fișa medicală a pacientului ambulatoriu și în caz de necesitate persoana este inclusă în evidență în cadrul CCSM cu monitorizarea de rigoare. După referire se lucrează cu întreaga echipă multidisciplinară pentru stabilirea planului de intervenție în cazul CCSM pilot. În cazuri critice se face referire către spitalul de psihiatrie pentru internare prin intermediul trimerii extrasului F-027/e sau telefonic. Referirea de la spitalul de psihiatrie către CCSM lasă de dorit.

Funcționarea echipei multidisciplinare

În cazul CCSM pilot, activitățile în cadrul echipei multidisciplinare sunt bine organizate, au loc volante la începutul săptămânii cu o durată aproximativă de 20-30 min în care se planifică activitatea din săptămâna respectivă, se discută cazurile și se raportează activitățile implementate. De regulă ședințele au loc și nu se documentează prin proces verbal. La necesitate sunt organizate ședințe zilnice în care sunt discutate activitățile curente și cazurile beneficiarilor.

În cadrul CCSM Ungheni ședințele se organizează la necesitate cu discutarea preponderent a planului de intervenție și tratament. CCSM Edineț de asemenea realizează ședințe la necesitate, preponderent în a doua jumătate a zilei în care se discută activitățile din cadrul centrului de zi și intervențiile ulterioare de tratament. Din motivul lipsei echipei multidisciplinare, la Leova și Hîncești nu se fac ședințe.

Management

Competențele echipelor multidisciplinare din cadrul CCSM pilot sunt mai înalte din motivul dotării cu state de personal la un nivel mai avansat comparativ cu centrele non-pilot. Cu toate acestea, la Cahul lipsește psihologul/psihoterapeutul. Toți angajații evaluați au declarat claritatea sarcinilor în cadrul activității, fiind conforme fișelor de post. Coordonatorul CCSM asigură controlul asupra îndeplinirii funcțiilor membrilor echipei, relațiile de subordonare fiind declarate ca satisfăcătoare. Colectarea datelor se face preponderent de către asistentele medicale sau psiholog în colaborare cu AMP și serviciul spitalicesc.

În cazul CCSM non-pilot, situația diferă de la caz la caz. Echipa multidisciplinară este prezentă la Ungheni și Hîncești, însă componența nu este deplină conform statelor de personal în vigoare. În majoritatea cazurilor, sarcinile sunt în mare parte clare, relațiile de coordonare fiind satisfăcătoare. Colectarea datelor se face de psihiatru în cazul Edineț și Ungheni, iar la Hîncești și Leova datele sunt colectate de către asistenta medicală.

Punctajul obținut pentru fiecare dintre criteriile evaluate în diferite CCSM este prezentat în Figura 3.8.

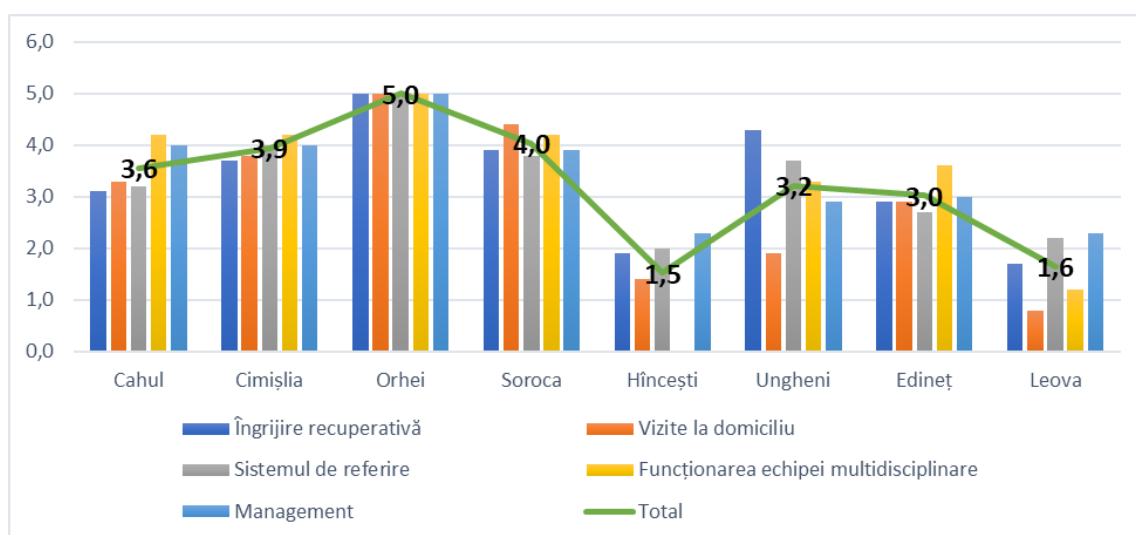


Fig. 3.8. Punctajul mediu obținut pentru criteriile evaluate în cadrul CCSM.

În urma evaluării abilitățile de diagnosticare și tratament în AMP au fost apreciate ca necesitând mici îmbunătățiri AMP Ungheni, Cimișlia și Hîncești, la nivel satisfăcător sunt Soroca, Cahul și Leova. În cazul Orhei și Edineț fiind depistate încălcări moderate.

Sistemul de referire al AMP în 3 raioane pilot din Soroca, Cimișlia și Cahul a fost apreciat cu mici necesități de îmbunătățire. Cel mai bine structurat sistem de referire a fost atestat la Ungheni. Calificativul de satisfăcător a fost atribuit la Hîncești, iar Orhei, Leova și Edineț au prezentat încălcări moderate.

Per general se observă atât la CCSM cât și la AMP pilot o mai bună implementare a noului model de îngrijire în domeniul serviciilor de sănătate mintală și necesități de îmbunătățire la CCSM/AMP non-pilot.

În rezultat auditului clinic sunt formulate următoarele concluzii cu referire la asistența medicală primară:

- Diagnosticarea și tratamentul cazurilor ușoare și medii de tulburări de sănătate mintală se efectuează în toate raioanele evaluate;
- În majoritatea instituțiilor AMP non pilot diagnosticul stabilit de către medicul de familie este unul prezumtiv cu referirea către CCSM pentru confirmare;
- Prescrierea tratamentului în cazul tulburărilor mintale se face de către medicul de familie, în cazul în care acesta a fost stabilit de medicul psihiatru din CCSM;
- Protocoalele clinice nu sunt instituționalizate în toate AMP evaluate, sau în cazul instituționalizării, tratamentul nu întotdeauna corespunde fișelor standardizate din protocoale ceea ce duce la o abordare neuniformă a tratamentului tulburărilor ușoare și medii de sănătate mintală în AMP;
- Sistemul de referire între AMP și CCSM este efectuat prin formularul 027/e însă monitorizarea pacientului lasă de dorit;
- Screening-ul pentru depistarea precoce la pacienții somatici nu se efectuează decât în cazul unor suspiciuni din partea medicului de familie, astfel tulburările ușoare de sănătate mintală rămân nediagnosticate ceea ce duce la cronicizarea fie agravarea în timp a acestora.

Pentru asistența medicală primară sunt formulate următoarele recomandări:

- Recomandările ce vizează toate AMP evaluate se referă la efectuarea screening-ului precoce la toți pacienții primari cu boli somatice, precum și includerea auditului serviciilor de sănătate în planul de audit medical intern la nivelul centrului de sănătate.
- Instituționalizarea protocoalelor clinice și instruirea în utilizarea acestora în procesul de diagnosticare și tratament al tulburărilor de sănătate mintală în cazul în care acest proces nu a demarat deja.
- Definirea unei monitorizări clare a pacientului în parcursul de îngrijire.
- Deși AMP din raioanele pilot au fost instruite, AMP pilot nu prezintă diferențe semnificative față de raioanele non pilot din aceste considerente recomandările sunt general valabile.

3.5 Rezumatul situației constatate în cadrul auditului clinic din 2019 referitor la activitatea a 15 CCSM și AMP din Republica Moldova

În urma auditului clinic din 2018, au fost constatate diferențe substanțiale la CCSM non-pilot comparativ cu CCSM pilot, ceea ce a determinat stabilirea strategiei de intervenție în facilitarea extinderii noului model de îngrijire pentru faza a II-a proiectului. La finele anului 2018 a fost efectuată evaluarea tuturor CCSM. În rezultatul evaluării, a fost determinat nivelul de dezvoltare și implementare a noului model de îngrijiri pentru fiecare CCSM, fiind posibilă divizarea CCSM-urilor în 4 categorii de dezvoltare. Categoria centrelor cu nivel de performanță înalt presupune o dotare corespunzătoare la capitolul infrastructură și resurse umane, cât și o bună înțelegere a noului model de îngrijiri comunitare și prestarea serviciilor în corespundere cu acesta (CCSM pilot). Centrele cu nivel de performanță mediu, în mare parte, prestează servicii corespunzătoare noului model de îngrijiri comunitare. Categoria a treia sunt centre care necesită instruire suplimentare în domeniul noului model de îngrijire pentru a corespunde standardelor de calitate. Ultima categorie de CCSM sunt cele cu un nivel de bază, care necesită atât instruire, cât și infrastructură și resurse umane pentru a ajunge la un nivel corespunzător de prestare a serviciilor de sănătate mintală în comunitate. În urma determinării utilității auditului clinic ca instrument în procesul asigurării managementului calității serviciilor de sănătate mintală, în baza metodologiei elaborate a fost decisă instituirea auditării clinice anuale. Includerea CCSM evaluate anterior în eșantion permite evaluarea în dinamică a serviciilor prestate, iar extinderea numărului de raioane permite o analiză de ansamblu la nivel național.

Scopul auditului clinic este evaluarea funcționalității noului model de îngrijire a sănătății mintale comunitare.

Obiectivele auditului

1. Evaluarea infrastructurii, bazei material-tehnice și a organizării CCSM-urilor.
2. Evaluarea structurii resurselor umane și componenței echipei multidisciplinare CCSM.
3. Evaluarea managementului calității și colectării datelor statistice în cadrul CCSM.
4. Evaluarea nivelului de satisfacție a beneficiarilor față de serviciul prestat de CCSM.
5. Evaluarea sistemului de referire conform noului parcurs al pacientului în sistemul de sănătate și sănătate mintală.
6. Evaluarea AMP și a serviciilor de sănătate mintală prestate de către medicul de familie.

Perioada de efectuare a auditului: noiembrie – decembrie 2019

Perioada supusă auditului: ianuarie – octombrie 2019

Eșantion: Bălți, Briceni, Drochia, Edineț, Soroca, Orhei, Hîncești, Ungheni, Călărași, Nisporeni, Cahul, Cimișlia, Leova, Căușeni și Comrat

Criteriile de includere în eșantionul auditului clinic:

1. Centrele pilot (Cahul, Cimișlia, Orhei, Soroca) și non-pilot (Hîncești, Ungheni, Edineț, Leova) care au fost auditate clinic în 2018
2. Selectarea echivalentă conform gradării (nivelul de dezvoltare) CCSM-urilor în urma monitorizării CCMS din 2018: 4 din centrele excelente, 4 din centre cu foarte bună funcționare, 3 din cele cu funcționare satisfăcătoare și 3 din cele cu organizare de bază.
3. Amplasarea geografică: Nord (5), Centru (5), Sud (5).

O analiză comparativă a punctajului mediu obținut de CCSM și AMP evaluate denotă:

- Implicarea mai activă a medicilor de familie în tratarea problemelor de sănătate mintală în raioanele unde CCSM sunt mai slab dotate cu spații și specialiști, situație valabilă pentru Leova și Comrat.
- Medicii de familie preferă să nu se implice în diagnosticarea și tratarea problemelor de sănătate mintală și să refere pacienții suspecți de probleme de sănătate mintală către CCSM. Astfel de situații se remarcă în special în raioanele unde CCSM au acumulat punctaj ce denotă o bună implementare a noului model de îngrijire. Se observă o discrepanță considerabilă între punctajele acumulate de către AMP comparativ cu CCSM în cazul Călărași, Cahul, Drochia și Briceni.

Punctajul mediu acumulat de către CCSM și AMP evaluate este prezentat în Figura 3.9.

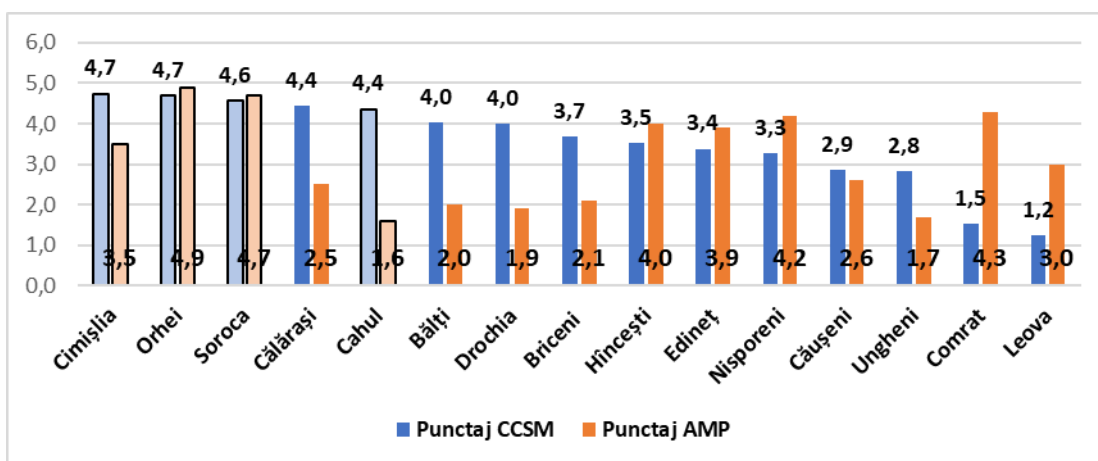


Fig. 3.9. Punctajul mediu comparativ obținut de CCSM și AMP în cadrul auditului clinic 2019.

Analiza comparativă a rezultatelor în cazul CCSM evaluate anterior în cadrul auditului clinic din 2018 comparativ cu punctajul acumulat în prezenta evaluare denotă îmbunătățiri în cazul

Cimișlia, Soroca, Cahul, Hîncești și Edineț. În același timp, observăm o descreștere a punctajului la Orhei, Ungheni și Leova. Rezultatele comparative sunt prezentate în Figura 3.10.

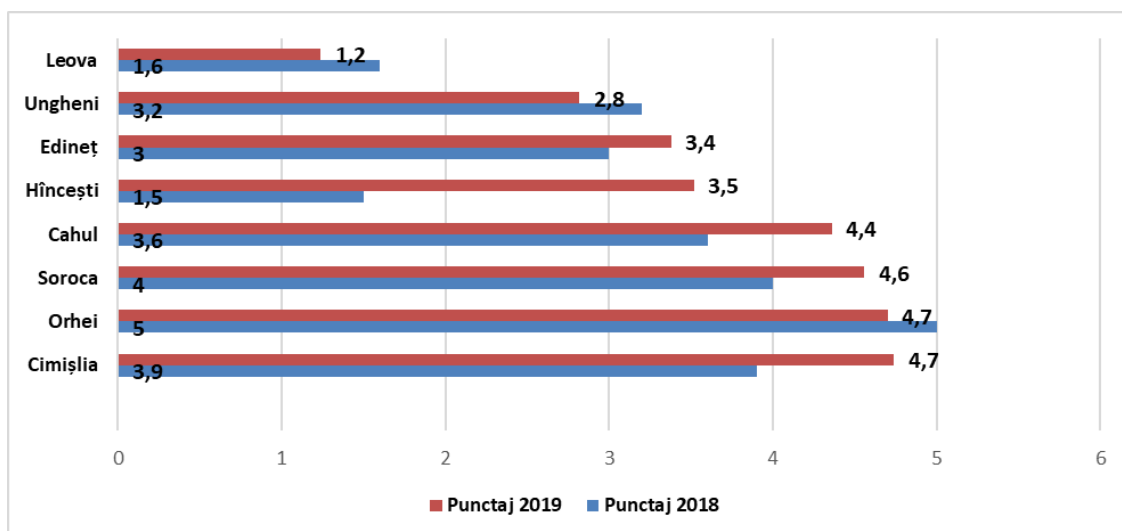


Fig. 3.10. Punctajul mediu comparativ obținut de CCSM în 2018 și 2019.

Compararea rezultatelor obținute în cadrul auditului clinic prezent cu cel anterior denotă îmbunătățirea implicării medicilor de familie în depistarea și tratarea problemelor de sănătate mintală în cazul Orhei, Soroca, Hîncești și Leova. În același timp, o înrăutățire a situației se atestă la Cahul, Ungheni și Cimișlia. Punctajul acumulat în cele două evaluări este prezentat în Figura 3.11.

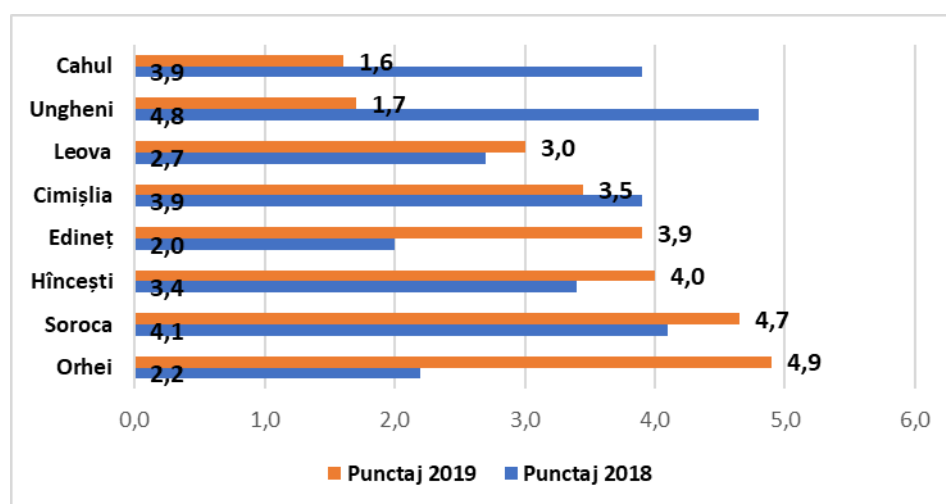


Fig. 3.11. Punctajul mediu comparativ obținut de AMP în auditul clinic 2018 și 2019.

Concluzii pentru CCSM-uri.

1. Capacitatea instituțională a CCSM necesită fortificare atât la capitolul bază tehnico-materială, cât și la capitolul potențial uman.
2. Variabilitatea capacităților instituționale determină prestarea neuniformă a serviciilor (volumul și calitatea acestora). Procesele aplicate în cadrul CCSM variază considerabil, în pofida existenței metodologiei, standardelor și protocoalelor clinice naționale. Diagnosticul primar este stabilit preliminar în CCSM cu referire pentru diagnostic către SP.
3. Din totalitatea CCSM evaluate, doar CCSM pilot au o mai bună infrastructură, buget corespunzător și resurse umane, ceea ce le permite implementarea cu succes a noului model de îngrijire comunitară. Totodată se observă faptul că instituțiile cu finanțare adecvată, în lipsa altor condiții menționate, nu demonstrează rezultatele așteptate. CCSM în care există personal cu cunoștințe, aptitudini practice și motivație pot demonstra rezultate satisfăcătoare chiar și în condițiile bugetelor precare.
4. Implementarea conceptului de abordare multidisciplinară a pacientului în cadrul CCSM este în faza inițială și necesită fortificare.
5. Deși se atestă progrese semnificative la capitolul colaborare intersectorială, aceasta are încă un spațiu mare de îmbunătățire.
6. Interpretarea neuniformă a prevederilor cadrului legal cu privire la atribuirea gradului de dizabilitate primar și repetat condiționează încălcarea acestor prevederi și crearea incomodităților pentru pacienți.

Concluzii pentru AMP-uri

1. Deși PCSPMF reglementează activitatea medicului de familie, în continuare se atestă neuniformitatea proceselor de screening, diagnostic și tratament a pacienților cu probleme de sănătate mintală, iar evidența statistică a cazurilor nu se duce.
2. În 60% (9 raioane) din raioanele evaluate și respectiv 27% la nivel național, medicii de familie stabilesc diagnosticul și inițiază tratamentul în domeniul sănătății mintale, datele fiind reflectate în fișa de ambulatoriu a pacientului. În 40% (6 raioane) din raioanele evaluate și respectiv 18% la nivel național, medicii de familie referă pacienții la CCSM pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului, prescripția psihotropelor fiind doar la recomandarea psihiatrului. Rata de tratament prescris de medicii de familie este foarte joasă.

3. Cu excepția a 4 raioane pilot, medicii de familie nu posedă suficiente cunoștințe pentru a face screeningul, diagnosticul și tratamentul problemelor de sănătate mintală în mod calificat.
4. Suplimentar la cele menționate, se constată un deficit pronunțat de cadre în instituțiile AMP, fapt ce contribuie la sub-diagnosticarea și calitatea insuficientă a conduitei pacienților cu probleme de sănătate mintală.
5. Monitorizarea beneficiarilor post consultație de la CCSM continuă să reprezinte un punct slab în conlucrarea dintre aceste două structuri.

Recomandări către MSMPS:

1. Revizuirea și actualizarea cadrului legislativ și normativ ce ține de prestarea serviciilor de sănătate mintală (Legea privind sănătatea mintală nr.1402-XIII din 16.12.1997; Ordin Nr. 591 din 20.08.2010 cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din Republica Moldova; HG 55 Nr. 55 din 30.01.2012 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor minime de calitate, etc.) și armonizarea acestora la normele internaționale.
2. Asigurarea managementului calității și capacitarea CCSM în vederea implementării adecvate a noului model de îngrijire prin crearea Centrului Național de Sănătate Mintală (CNSM), pentru asigurarea continuității activităților de consolidare, capacitate și transmitere a bunelor practici, fiind responsabil de monitorizarea și evaluarea procesului de reformare a sistemului de sănătate mintală în Moldova.
3. Aprobarea parcursului pacientului cu probleme de sănătate mintală ca parte componentă a standardului de calitate în îngrijiri, precum și mecanismelor de interacțiune la diferite nivele a acestuia.
4. Completarea standardului de evaluare anuală a sănătății cu screening-ul obligatoriu a problemelor de sănătate mintală de către echipa medicului de familie, cu documentarea de rigoare.
5. Stipularea clară a condițiilor în care persoanele necesită spitalizare pentru atribuirea primară și repetată a gradului de dizabilitate din partea Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă.

Recomandări către managerii instituțiilor de AMP:

1. Suplinirea cu specialiști a echipelor multidisciplinare CCSM conform HG 55 privind statele de personal pentru populația deservită.

2. Asigurarea cu spații adecvate prestării serviciilor conform HG 55, fortificarea bazei tehnico-materiale a CCSM și crearea ambianței prietenoase pentru beneficiari.
3. Asigurarea CCSM la necesitate cu mijloc de transport pentru efectuarea vizitelor la domiciliu.
4. Implicarea coordonatorilor CCSM în procesul de elaborare a planului bugetar anual și controlul executării lui.
5. Transparentizarea gestionării fondurilor alocate CCSM și generate de acestea din servicii cu plată cu implicarea nemijlocită a coordonatorului CCSM.
6. Crearea posibilităților și modului de utilizare a investigațiilor paraclinice și serviciilor de înaltă performanță la indicația psihiatrului din CCSM.
7. Asigurarea evidenței, inclusiv statistice, la nivelul unităților de medicină de familie a cazurilor de anxietate și depresie.
8. Asigurarea perfecționării continue a cadrelor, studierea și aplicarea bunelor practici internaționale în domeniul sănătății mintale pentru medicii de familie și personalul CCSM.
9. Includerea subiectului de sănătate mintală în planul instituțional de audit medical intern, inclusiv în evaluările de la egal la egal între colegi, drept instrument de autoinstruire și preluare a bunelor practici.

Recomandări generale către CCSM:

1. Fortificarea capacităților echipei multidisciplinare a CCSM prin instruire în:
 - Stabilirea diagnosticului primar de tulburare mintală severă
 - Abordarea multidisciplinară a pacienților cu tulburări mintale severe
 - Completarea dosarelor și implementarea managementului de caz cu elaborarea planului individual de intervenție
 - Realizarea corectă a procedurilor de raportare și indicatori de performanță
2. Colaborarea mai activă cu medicii de familie și instruirea celor din urmă în screening-ul, depistarea și tratarea formelor ușoare și moderate de anxietate și depresie.
3. Unificarea informațiilor ce țin de planul de tratament în registru, dosar și fișa medicală. Implementarea acordului informat tipizat specific pentru CCSM.
4. Asigurarea monitorizării pacienților conform parcursului pacientului.
5. Focusarea pe activități de reabilitare, managementul cazurilor și vizite la domiciliu a persoanelor cu tulburări mintale severe pentru evitarea recăderilor.

Recomandări generale către AMP:

1. Instruirea în domeniul sănătății mintale și utilizarea protocoalelor clinice standardizate în stabilirea diagnosticului și tratament.
2. Efectuarea screeningului precoce la toți pacienții primari cu patologii somatice, nu doar la cei suspecți cu o problemă de sănătate mintală.
3. Conlucrarea cu CCSM după referire și monitorizarea pacienților în dinamică, inclusiv a listelor persoanelor cu tulburări mintale din sectorul deservit.

3.6 Situația serviciilor comunitare de SM în anul 2021 în cadrul auditului clinic a 24 CCSM și AMP din Republica Moldova.

Evaluarea comprehensivă a serviciilor din 24 Centre Comunitare de Sănătate Mintală (CCSM) s-a desfășurat pentru a treia oară, prima fiind realizată în perioada mai – iunie 2018, a doua la finele anului 2019, iar prezenta în perioada mai-iunie 2021. Criteriul de includere în audit, a fost nivelul de dezvoltare a CCSM conform evaluării din 2020: centrele cu nivel de performanță înalt (cu punctaj cuprins între 5 și 3,75 – 11 CCSM) și centrele cu nivel de performanță mediu (cu punctaj cuprins între 3,74 și 3 – 13 CCSM). Nivelul de dezvoltare a fost determinat în baza evaluării abordării multidisciplinare în procesul recuperativ, vizitelor la domiciliu, infrastructurii și componenței echipei multidisciplinare. Astfel în cadrul auditului au fost evaluate următoarele CCSM: Orhei, Soroca, Chișinău Buiucani, Florești, Călărași, Chișinău Botanica, Briceni, Cimișlia, Sîngerei, Cahul, Ungheni, Anenii Noi, Chișinău Ciocana, Glodeni, Chișinău Centru, Strășeni, Ștefan Vodă, Edineț, Drochia, Telenești, Basarabeasca, Bălți, Chișinău Rîșcani și Ocnița. Criteriile de evaluare au rămas aceleași ca și în evaluările comprehensive precedente, fiind incluse: îngrijirea recuperativă, vizitele la domiciliu, sistemul de referire, funcționarea echipei multidisciplinare și managementul.

În urma procesului de evaluare s-a constatat o discrepanță ce ține de dotarea cu spații între CCSM evaluate. 16 din CCSM evaluate au spații cu intrare aparte unde activează doar echipa CCSM, iar 8 CCSM au doar parțial spații destinate activității CCSM, pentru beneficiari sunt oferite unele spații/cabinete aparte fără delimitare de alte spații ale CS, unii specialiști consultă beneficiarii în cabinetele la locul activității de bază. Suprafața CCSM este între 285 m² și 24 m², iar numărul calculatoarelor variază de la 1 la 10. O analiză comparativă a dotării cu spații și tehnica de calcul a CCSM evaluate este disponibilă în Figura 3.12.

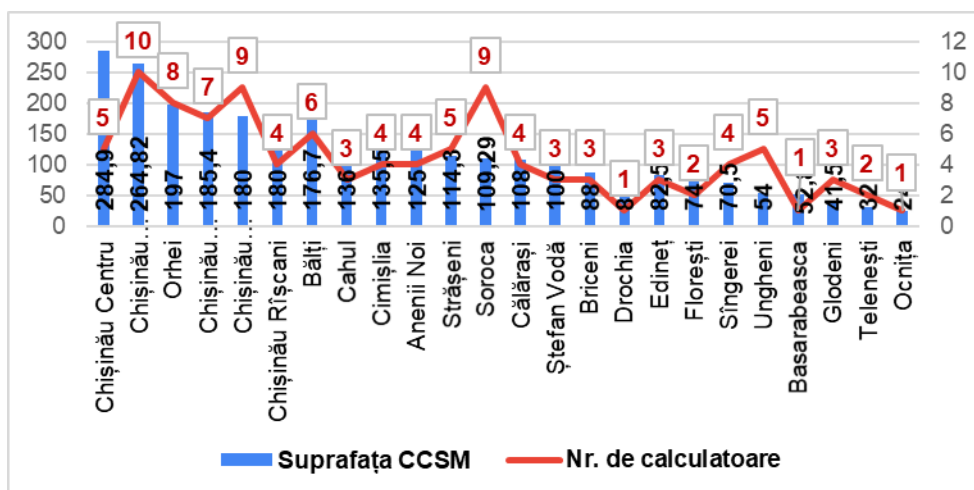


Fig. 3.12. Dotarea CCSM cu spații și tehnică de calcul.

În urma chestionarelor completate de către coordonatorii CCSM evaluate, se observă o distribuție inegală a bugetului disponibil în CCSM evaluate. Conform datelor furnizate se remarcă utilizarea bugetului preponderent pentru retribuirea muncii (72,93%) și plăților aferente contribuției asigurărilor sociale și medicale (16,22%). O altă categorie de cheltuieli se referă la plata pentru servicii și mărfuri (13%). În același timp cheltuieli capitale au fost raportate doar în cazul CCSM Drochia, Edineț, Ungheni, Strășeni și Florești. Deplasările în interes de serviciu per total constituie sub 1% din bugetul CCSM, majoritatea CCSM nu au raportat cheltuieli la această categorie, printre cele care au raportat acest compartiment se numără CCSM Strășeni, Drochia, Edineț, Florești, Ocnîța, Ștefan Vodă și Ungheni. Totodată nu există o relație directă dintre bugetul disponibil pentru activitatea CCSM și spațiile alocate acestora. Repartizarea bugetelor este indicată în Figura 3.13.

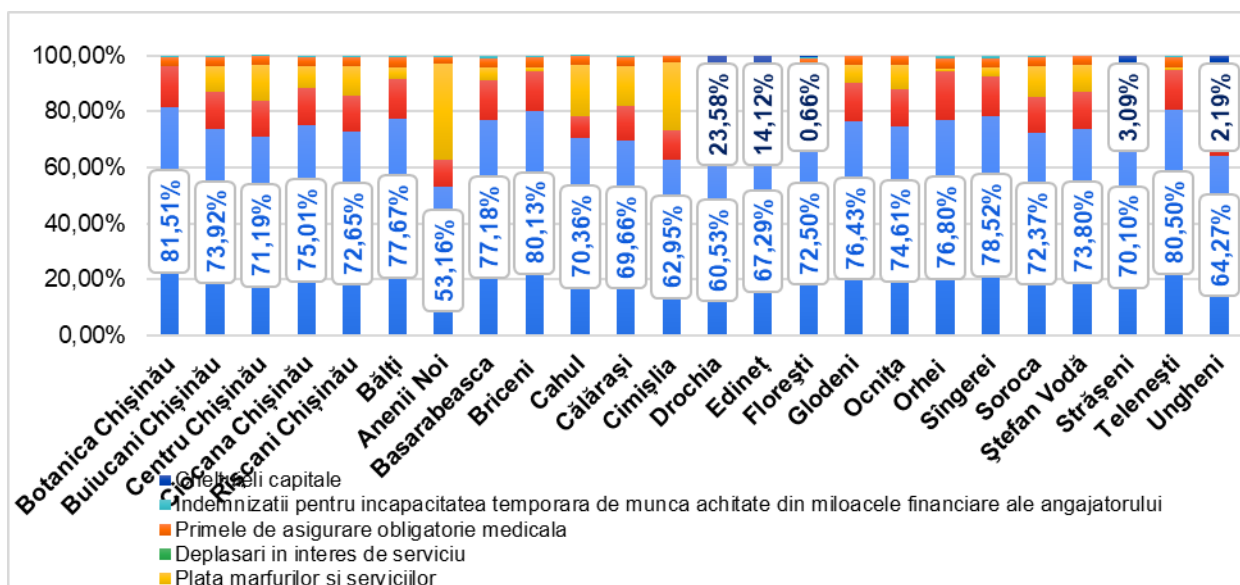


Fig. 3.13. Divizarea bugetelor CCSM pentru 2020 după categoriile de cheltuieli.

La momentul actual, niciunul dintre CCSM-urile evaluate nu întrunește numărul de specialiști necesari în raport cu numărul populației deservite conform HG nr. 55 din 30.01.2012. Echipa multidisciplinară cu cel mai mare număr de specialiști se regăsește la CCSM Botanica (27 state personal), unde avem specialiști pentru adulți și copii conform HG 55. La polul opus se află CCSM Basarabeasca în cadrul căruia activează psihiatrul care cumulează poziția de coordonator și o singură asistentă medicală. Numărul de psihiatri angajați în CCSM variază de la 1 la 5 specialiști. Toate CCSM evaluate dispun de psiholog, excepție fiind doar CCSM Basarabeasca. Asistenții sociali nu se regăsesc în statele de personal de la CCSM Rîșcani Chișinău, Edineț și Basarabeasca. Psihoterapeuți sunt lipsă în 17 CCSM din cele evaluate. Logopezi sunt în 5 din CCSM evaluate (CCSM Chișinău Botanica, Centru, Ciocana, Bălți și Ungheni) și ergoterapeuți în doar 3 dintre CCSM (Chișinău Botanica, Ciocana și Cimișlia). Kinetoterapeut se regăsește doar în 2 CCSM (Chișinău Botanica și Centru). Componenta echipelor multidisciplinare din CCSM evaluate (state de personal, conform datelor obținute din chestionarele completate de CCSM) este prezentată în Figura 3.14.

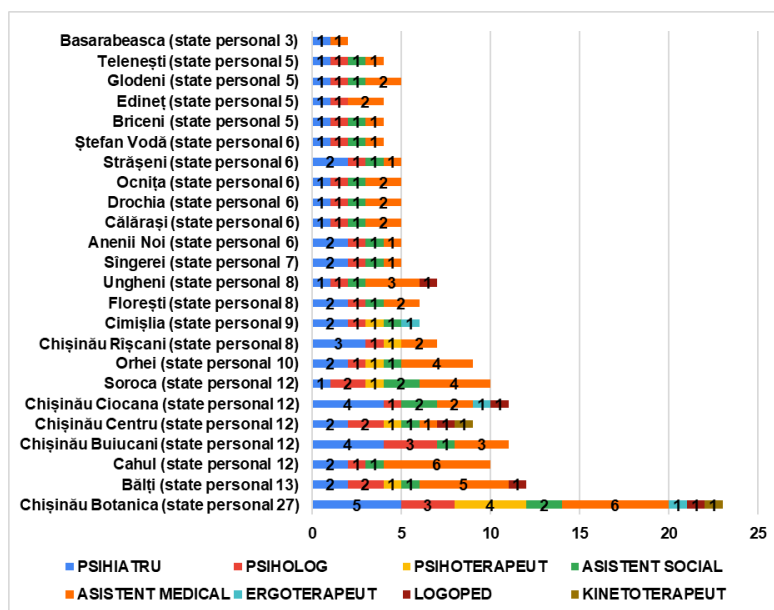


Fig. 3.14. Componența echipei multidisciplinare (abs.).

În cazul evaluării comparative a bugetelor disponibile și a statelor de personal existente în CCSM, nu există o legătură directă între acestea. Toate CCSM evaluate utilizează registrele instituite prin Ordinul MSMPS nr. 225 din 17.03.2017 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară utilizate de către CCSM. În mare măsură, s-a constatat o acuratețe a documentației satisfăcătoare sau ce necesită mici îmbunătățiri. Respectiv, informațiile prezentate în rapoarte sunt veridice și rezultatele sunt documentate corespunzător. Odată cu introducerea registrelor electronice, a devenit imperativă dotarea cu tehnică de calcul a CCSM. Cu toate că registrele în varianta imprimată nu mai sunt obligatorii, acestea se regăsesc în continuare fiind adesea dublată munca de înregistrare. Adesea tehnica de calcul este învechită, ceea ce încetinește munca, fiind necesar mai mult timp pentru deschiderea formelor și căutarea informației în registrele electronice, cât și compilarea formelor statistice.

Au fost intervievați 176 de beneficiari din 24 CCSM cu diagnostic de tulburare mintală severă, atât primari, cât și cu o vechime a bolii de la 5 până la 10 ani. Conform metodologiei din cadrul fiecărui centru evaluat au putut fi contactați telefonic până la 20 de beneficiari, în funcție de disponibilitatea telefonului de contact indicat pe fișa medicală a pacienților (F-025) verificate în cadrul criteriului îngrijire recuperativă. În cazul CCSM Ungheni nu a fost posibilă contactarea beneficiarilor a căror fișe au fost verificate deoarece acestea nu conțineau telefon de contact.

În ceea ce privește spitalizările 44% din respondenți au menționat că nu necesită spitalizare, 41% au indicat spitalizarea o dată în an, de două ori în an au menționat spitalizarea 10% și 5 % au

avut spitalizări mai frecvente. Reprezentarea grafică a răspunsurilor privind spitalizarea respondenților sunt prezentate în figurile 3.15 și 3.16.

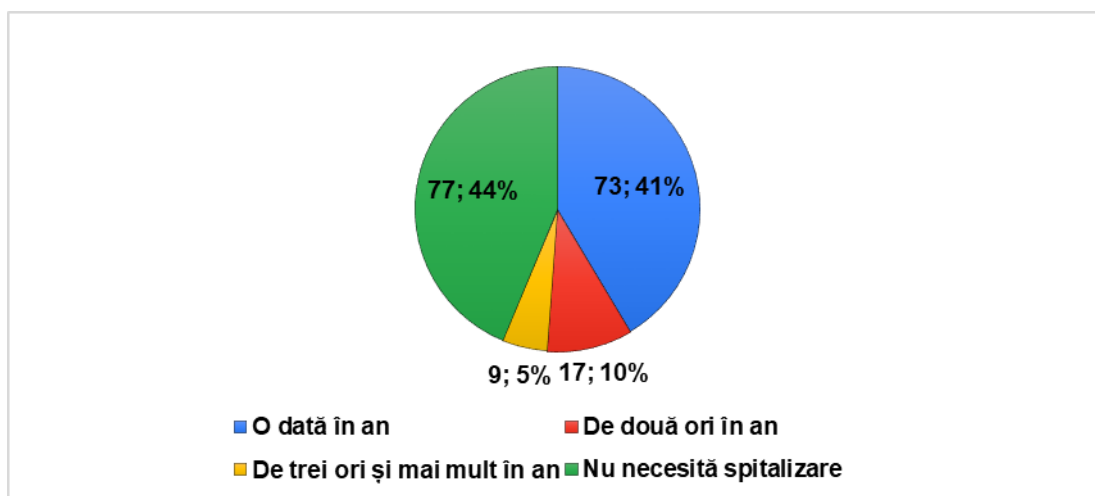


Fig. 3.15. Frecvența spitalizării respondenților.

Odată cu aflarea în evidență și beneficierea de serviciile comunitare în domeniul sănătății mintale 44% din respondenți au indicat că nu este necesară spitalizarea, 29% au menționat diminuarea spitalizărilor, 23% au afirmat că spitalizările au rămas la fel și doar 4% au menționat creșterea numărului de spitalizări.

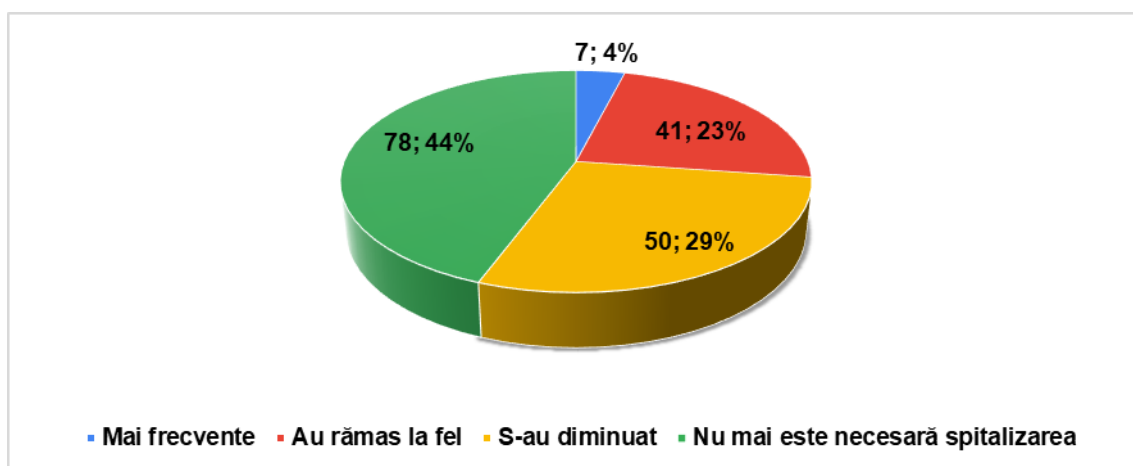


Fig. 3.16. Frecvența spitalizărilor respondenților după utilizarea serviciilor CCSM.

Respondenții au declarat în mare parte că sunt mulțumiți de serviciile prestate de către CCSM (92,6%). Doar 13 respondenți (7,4%) nu au fost mulțumiți de serviciile CCSM. Cauza nemulțumirilor vizau refuzul de a emite îndreptare de spitalizare de către psihiatru, refuzul

consultației telefonice, neasigurarea cu medicamente compensate fie a livrării acestora la domiciliu în cazul imposibilității de a ridica medicamentele de către pacient, atitudinea neadecvată a personalului medical, eliberarea medicamentelor fără consultație, lipsa informării despre alte servicii din cadrul CCSM cu excepția consultațiilor psihiatrice, precum și consultația pe coridor în perioada de pandemie în prezența altor pacienți. Respondenții au fost rugați să evalueze serviciile prestate de către echipa din cadrul CCSM pe o scară de la 1 la 10, unde 10 este punctajul maxim, reprezentarea grafică a notelor oferite este prezentată în Figura 3.17.

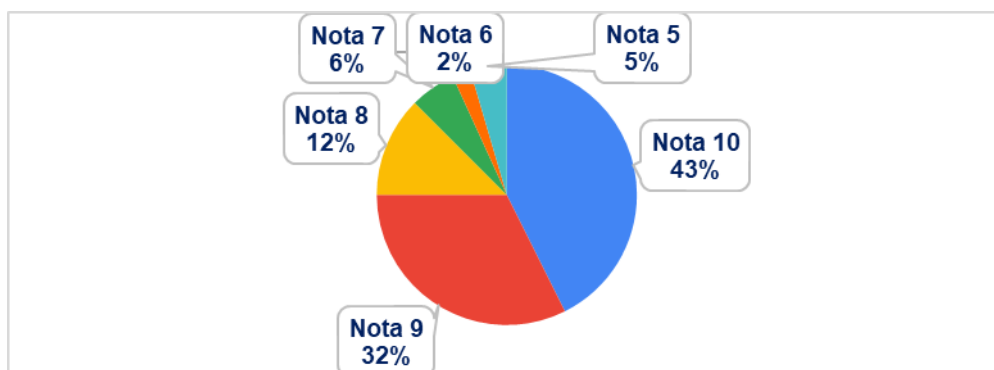


Fig. 3.17. Aprecierea respondenților privind serviciile prestate de către CCSM.

Notele acordate de beneficiari per fiecare centru evaluat sunt prezentate în Figura 3.18.

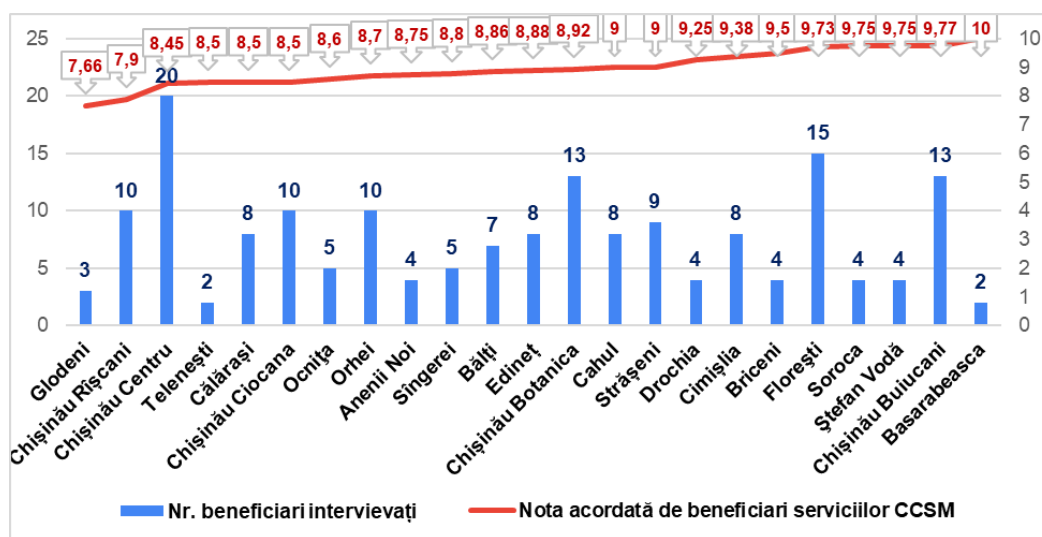


Fig. 3.18 Aprecierea respondenților privind serviciile prestate de către CCSM per fiecare centru evaluat.

Funcționarea echipei multidisciplinare în majoritatea CCSM evaluate (16 CCSM) a fost apreciată cu punctaj ce denotă o funcționare excelentă sau ce necesită mici îmbunătățiri. Totuși

sunt centre, printre cele evaluate, în care se atestă fie un număr redus de specialiști, fie lipsa comunicării în cadrul echipei existente (4 CCSM). Un singur CCSM a menționat că nu desfășoară ședințe ale echipei, în rest majoritatea (16 CCSM) organizează o volantă săptămânală, alte 2 CCSM au menționat ședințe zilnice, iar 5 CCSM convoacă ședințe la necesitate. Ședințele de regulă nu sunt documentate (15 CCSM) deși 9 CCSM au menționat înscrierea acestora în registru. Se mențin carențe la înregistrarea consultațiilor tuturor specialiștilor în registrele electronice, în cazul a 2 CCSM sunt incluse doar consultațiile psihiatrului, 9 CCSM au incluse parțial consultațiile altor specialiști, totuși mai mult de jumătate (13 CCSM) din CCSM evaluate includ consultațiile tuturor specialiștilor în registrele electronice, fiind posibilă evidența consultațiilor atât medicale cât și non-medicale. Aproximativ aceeași situație este și în cazul dosarelor de caz, unde doar 14 CCSM au incluse intervențiile tuturor specialiștilor. Devine complicat de identificat volumul de lucru în cazul altor specialiști deoarece nu există o trasabilitate a documentației și prin urmare nu se poate vedea abordarea multidisciplinară fiind vizibilă în mare parte recuperarea medicală. Punctajul obținut pentru criteriul dat este prezentat în Figura 3.19.

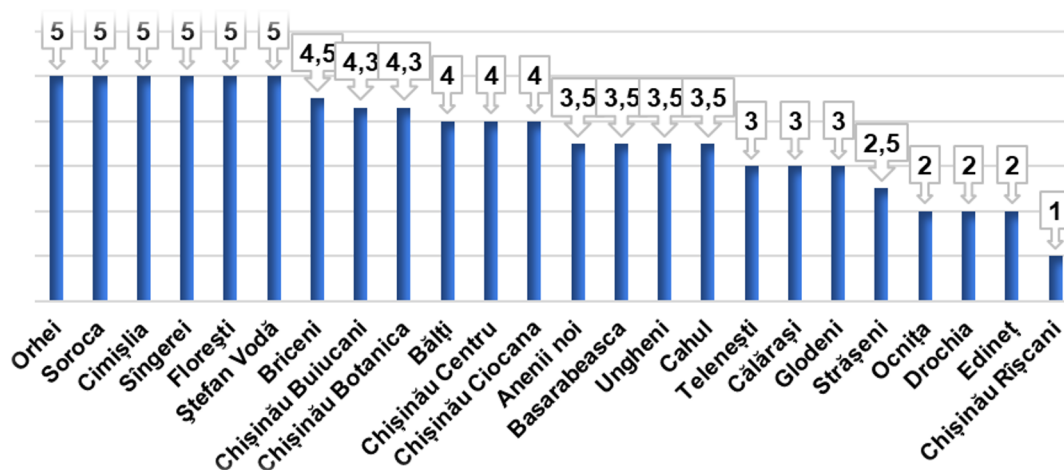


Fig. 3.19. Punctajul CCSM evaluate pentru criteriul funcționarea echipei multidisciplinare.

O privire de ansamblu a tuturor criteriilor evaluate în cadrul CCSM ne permite obținerea punctajului mediu cumulat de către CCSM evaluate. În baza punctajului cumulativ se atestă o bună funcționarea și implementare a noului model de îngrijire în cazul a 8 CCSM a căror punctaj este cuprins între 4,6 și 5. Urmează categoria de CCSM a căror activitate necesită mici îmbunătățiri cu un punctaj cuprins între 3,6 și 4,3, în total 9 CCSM dintre cele evaluate. În cazul activității satisfăcătoare regăsim 5 CCSM a căror punctaj cumulativ este între 2,5 și 3,4. În același timp rămân 2 CCSM a căror activitate denotă încălcări moderate spre grave acestea acumulând un

punctaj mediu cuprins între 1,6 și 2,4. Punctajul total obținut de către CCSM evaluate este prezentat în Figura 3.20.

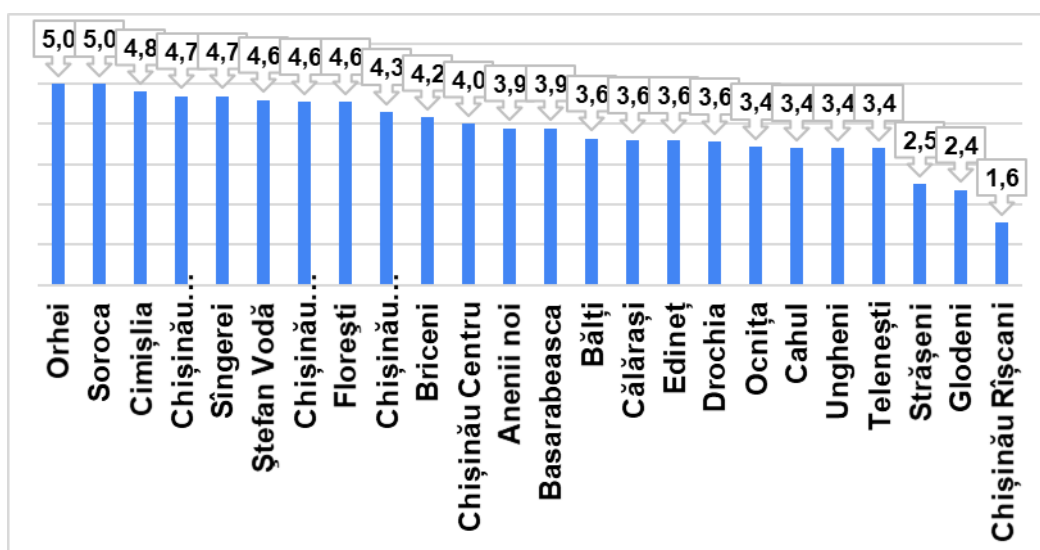


Fig. 3.20. Punctajul mediu obținut de CCSM în cadrul auditului clinic 2021.

Observăm o bună implementare a noului model de îngrijire în cazul a 3 raioane pilot, care se mențin în topul CCSM evaluate (Orhei, Soroca și Cimișlia), cu părere de rău situația nu este similară în cazul CCSM Cahul. Cele 4 centre au beneficiat de cel mai mare suport în cadrul proiectului MENSANA și pe lângă programele extinse de instruire și mentorat au fost dotate cu mașini pentru implementarea vizitelor la domiciliu, cât și amenajarea spațiului și tehnică de calcul care să asigure o bună desfășurare a activității CCSM. Odată cu extinderea modelului de îngrijire la nivel național toate CCSM au beneficiat de instruire și mentorat pentru asigurarea prestării serviciilor comunitare. Totuși se observă diferențe substanțiale în anumite CCSM evaluate, în special la capitolul abordare multidisciplinară și vizite la domiciliu care sunt pilonii de bază ale reabilitării conform noului model de îngrijire.

Punctajul obținut de către CCSM evaluate per fiecare criteriu de evaluare este prezentat în Figura 3.21.

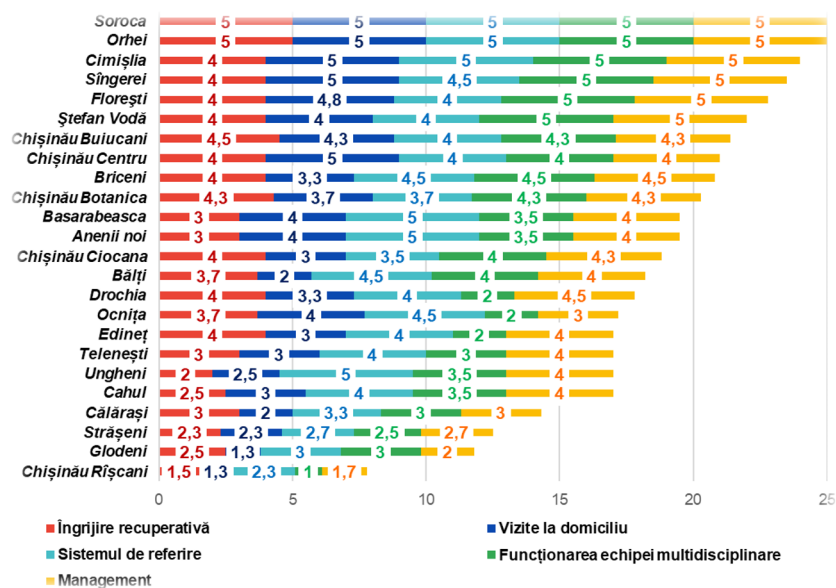


Fig. 3.21. Punctajul per criterii de evaluare obținut de CCSM în cadrul auditului clinic 2021.

Analiza comparativă a rezultatelor obținute în cele 3 audituri clinice desfășurate până în prezent ne arată o evoluție pozitivă în prestarea serviciilor comunitare în special la centre precum Soroca, Cimișlia și Edineț care au reușit să-și îmbunătățească prestația pe parcursul anilor. La un nivel relativ constant se plasează CCSM Orhei și Ungheni și cu părere de rău se înregistrează o devoluție în cazul CCSM Cahul. În cazul analizei certelor care au fost evaluate în cadrul a 2 dintre cele 3 evaluări se remarcă o îmbunătățire a situației în cazul CCSM Briceni și Hîncești, iar o scădere în calitatea serviciilor prestate se atestă la CCSM Bălți, Drochia, Călărași și Leova. Celelalte centre evaluate în prezent au fost incluse pentru prima oară în auditul clinic din 2021. Punctajele cumulative obținute pe parcursul evaluărilor sunt reprezentate grafic în Figura 3.22.

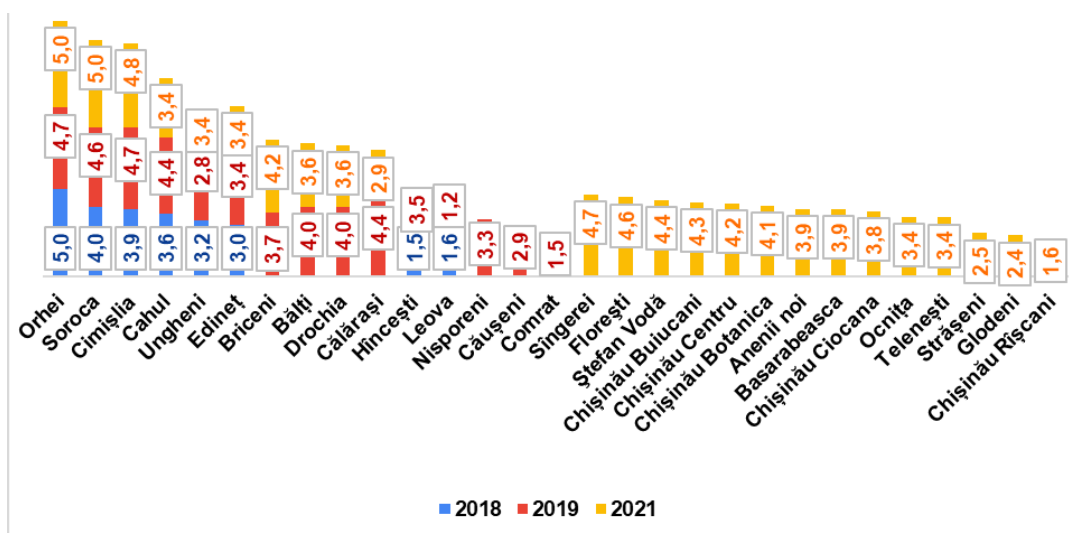


Fig. 3.22. Punctajele cumulative obținute de CCSM în cadrul auditurilor clinice din 2018, 2019 și 2021.

Punctajele obținute pe parcursul anilor conform fiecărui criteriu de evaluare atestă aceleași tendințe descrise și în cadrul analizei generale. În cazul centrelor ce au înregistrat o evoluție cel mai mare impediment a constituit restricționarea vizitelor la domiciliu, care a dus la diminuarea punctajului general fie scăderea randamentului sau a numărului de resurse care influențează considerabil asigurarea abordării multidisciplinare în procesul recuperativ.

În cadrul auditului clinic au fost analizate internările pe parcursul a 3 ani, pentru a putea vedea evoluția unui indicator de bază – *reabilitarea* - a serviciilor la nivel de comunitate. Acestea sunt descrise în Tabelul 3.2 și se poate vedea în Figura 3.23 de mai jos:

Tabelul 3.2. Dinamica internării în spitalele de psihiatrie

Raion	Calificarea	2018	2019	2020
Anenii Noi	pozitivă	18,5	9,04	7,33
Căușeni	pozitivă	21,93	17,23	13,65
Chișinău Botanica	pozitivă	9,43	3,29	3,43
Chișinău Centru	pozitivă	6,39	5,69	3,98
Chișinău Ciocana	pozitivă	5,9	3,27	1,89
Chișinău Rîșcani	pozitivă	12,85	12,17	2,04
Cimișlia	pozitivă	19,95	16,55	9,15
Criuleni	pozitivă	12,65	9,68	4,29
Glodeni	pozitivă	16,78	11,25	2,76
Hîncești	pozitivă	16,52	14,25	5,24
Ialoveni	pozitivă	24,3	20,14	5,9

Raion	Calificarea	2018	2019	2020
Nisporeni	negativă	9,66	8,95	15,64
Ocnia	pozitivă	14,46	11,9	2,28
Orhei	pozitivă	14,79	14,84	9,48
Rișcani	fluctuantă	12,24	16,99	6,28
Șoldănești	pozitivă	30,55	27,11	13,94
Soroca	fluctuantă	13,39	16,19	10,95
Telenești	fluctuantă	20,15	22,82	14,96
Basarabeasca	fluctuantă	18,16	9,64	12,42
Cahul	fluctuantă	9,25	7,01	9,26
Ceadr-Lunga	fluctuantă	8,42	11,43	6,19
Comrat	fluctuantă	10,85	13,79	10,8
Dondușeni	fluctuantă	15,68	22,29	13,85
Drochia	negativă	11,26	11,69	22,1
Edineț	pozitivă	26,84	19,96	5,85
Fălești	fluctuantă	14,97	16,06	1,28
Florești	fluctuantă	4,98	10,28	8,42
Leova	fluctuantă	14,74	20	15,2
Sîngerei	fluctuantă	29,95	34,68	18,13
Taraclia	fluctuantă	12	10,65	11,85
Bălți	pozitivă	42,18	43,74	11,71
Briceni	fluctuantă	20,16	21,27	13,94
Călărași	pozitivă	12,85	12,93	7,65
Chișinău Buiucani	fluctuantă	8,56	9,79	4,99
Rezina	fără dinamică	8,37	9,62	9,05
Strășeni	fluctuantă	12,46	14,01	11,07
Vulcănești	fără dinamică	6,81	6,4	7,25

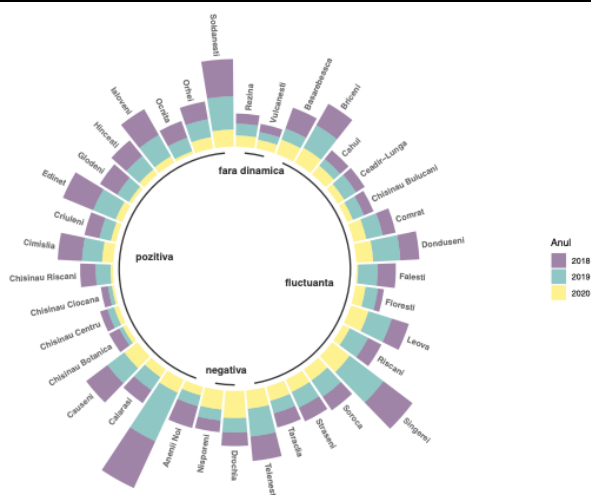


Fig. 3.23. Dinamica internărilor în SP din CCSM-uri din anii 2018, 2019 și 2020.

Din 40 de CCSM-uri 17 au avut tendință pozitivă în ceea ce ține internările în SP, 16 din ele au fluctuat în acești 3 ani, câte 2 CCSM-uri au fost fără dinamică și cu dinamică negativă, adică au sporit internările.

Concluzii audit clinic 2021

- Analiza situației în cele 24 de CCSM evaluate ne arată lipsa specialiștilor în cadrul echipelor multidisciplinare ale CCSM. Resursele financiare disponibile adesea sunt insuficiente pentru asigurarea unei abordări multidisciplinare, deși rata cea mai mare din bugete este direcționată către plăți aferente retribuirii muncii. În asemenea condiții nici unul din CCSM nu dispune de resursele umane stipulate în HG nr. 55 din 30.01.2012 unde aprovizionarea cu cadre ar presupune o componentă a echipei multidisciplinare la 40 mii de locuitori din unitatea administrativ-teritorială deservită, în conformitate cu recomandările OMS, după cum urmează: medic psihiatru – 1; psihoterapeut – 1; psiholog – 1; ergoterapeut (asistent social sau asistent medical) – 2; asistent social – 2; asistente medicale psihiatrice – 5. În cazul echipelor pentru copii, adițional se va adăuga: logoped – 1 și kinetoterapeut – 1. În aceeași ordine de idei nu sunt asigurate în majoritatea cazurilor nici condițiile de desfășurare a activității referitoare la dotarea cu spații adecvate, baza tehnico-materială fiind de cele mai multe ori modestă, ceea ce diminuează din eficiența procesului de documentare și evidență statistică a procesului recuperativ.
- Din totalul de 480 de pacienți a căror fișe medicale au fost verificate doar 36,6% au putut fi contactați, cel mai mare impediment fiind lipsa telefoanelor de contact indicate în fișele medicale, în cadrul unui centru nici una din cele 20 de fișe verificate nu avea telefon de contact ceea ce face dificilă monitorizarea pacienților și asigurarea continuității tratamentului.
- În cadrul discuțiilor cu pacienții s-a determinat necesitatea informării acestora despre toate serviciile disponibile în cadrul CCSM. Adesea recuperarea se focusează doar pe partea medicală, pacienții nefiind informați despre toate serviciile disponibile în cadrul CCSM și în special a activităților din cadrul centrului de zi. Doar un număr restrâns de pacienți erau la curent despre existența asistentului social în cadrul centrului și nu dețineau informații privind posibilitatea de a beneficia de consultația în domeniul asistenței sociale. De asemenea lasă de dorit și implicarea psihologului în activitatea recuperativă, fiind raportate situații în care nu au fost oferite consultații psihologice la solicitare, cu toate că în cadrul majorității CCSM evaluate există în statele de personal și psihologi. De asemenea psihologii nu sunt implicați pe deplin în procesul de

psihodiagnostic, deși aceștia sunt instruiți în cadrul activităților MENSANA. Anumiți beneficiari intervievați nu cunoșteau despre posibilitatea beneficierii de medicamente compensate din cadrul Programului Național, aceștia fiind nevoiți adesea să își asigure tratamentul din resurse proprii, fie medicamentele compensate nu sunt disponibile conform necesităților acestora.

- Acordurile informate în cadrul fișelor medicale sunt prezente în majoritatea CCSM evaluate, totuși nu toate acordurile prezente în fișe aveau semnăturile beneficiarilor.
- Stabilirea diagnosticului în CCSM necesită îmbunătățire, specialiștii din CCSM preferând referirea către Spitalele de Psihiatrie pentru diagnostic și tratament cu continuitate la nivel comunitar. Din aceste considerente deși specialiștii sunt instruiți în utilizarea PCN și se oferă acces la informații privind medicamentele de ultimă generație, adesea tratamentele prescrise sunt o continuare a celor indicate la spital, care corespund doar parțial recomandărilor incluse în PCN.
- Documentarea intervențiilor tuturor specialiștilor de asemenea înregistrează carențe. Sunt centre în care registrele sunt completate doar de către psihiatru. În fișele medicale adesea nu se regăsesc intervențiile psihologului. În dosarele de caz doar sporadic se regăsesc intervențiile tuturor membrilor echipei multidisciplinare. În acest context este dificilă evidența abordării multidisciplinare în procesul recuperativ a pacienților cu tulburări mintale severe.
- Vizitele la domiciliu în special în perioada pandemică au avut de suferit, mai rămân centre care nu prestează acest serviciu, fie se limitează la monitorizarea telefonică. În același timp nu toți beneficiarii vizitați la domiciliu cu tulburări mintale severe dețin dosar de caz, ceea ce restricționează validarea indicatorului de performanță privind vizitele la domiciliu care prevede vizitarea a cel puțin 15 beneficiari de cel puțin 2 ori în trimestru cu deschiderea dosarelor de caz și înregistrarea progreselor pacienților pentru perioada în cauză. Documentarea vizitelor la domiciliu de asemenea lasă de dorit, fișele de vizite la domiciliu tipizate elaborate de către MESANA nefiind implementate în toate CCSM evaluate. De asemenea vizitele la domiciliu nu se regăsesc în toate înscrierile referitoare la pacient (registru, fișa medicală și dosar de caz).
- Referirea pacienților către alți specialiști este la un nivel satisfăcător, cu toate că adesea nu este asigurată o monitorizare adecvată. Colaborarea cu serviciile sociale este sporadică, soluționarea problemelor sociale fiind adesea neglijată. Colaborarea cu poliția lasă de dorit, din moment ce adesea răspunsurile la interpelări și evaluarea

recruților pentru certificare perturbă activitatea de bază a CCSM dedicată pacienților cu tulburări mintale severe.

- Implementarea dosarelor de caz pentru pacienții cu tulburări mintale severe este sporadică, sunt centre în care dosarele de caz depășesc cu mult perioada recomandată de 3-6 luni pentru soluționarea problemelor beneficiarilor, acestea fiind deschise și prelungite pentru perioade care ajung până la câțiva ani, în anumite cazuri. Formularea obiectivelor de recuperare adesea este superficială sau se focusează preponderent pe recuperarea medicală, fiind omisă sau descrisă foarte succint partea psihologică și socială. În cazul centrelor în care nu se regăsesc toți specialiștii ce formează echipa multidisciplinară devine complicată asigurarea unei abordări multidisciplinare a procesului recuperativ.
- Managementul activității în cadrul centrelor este bine definit, în mare parte specialiștii își cunosc responsabilitățile, totuși este necesară o mai bună comunicare și planificarea activităților ce țin de centrul de zi și a procesului recuperativ în cadrul ședințelor, precum și documentarea acestora.

Recomandări în urma auditului clinic 2021.

- Capacitarea CCSM cu resurse umane conform cerințelor HG 55 din 30.01.2012
- Asigurarea bazei tehnico-materiale necesare pentru desfășurarea activității CCSM
- Indicarea telefoanelor de contact în fișele medicale ale pacienților pentru o mai bună monitorizare și asigurarea continuității tratamentului
- Informarea pacienților despre toate serviciile prestate în cadrul CCSM
- Prezentarea listelor cu necesitățile privind medicamentele compensate în termeni optimi astfel încât să fie asigurați pacienții conform necesităților
- Implicarea mai activă a psihologului în procesul de psihodiagnostic și procesul curativ
- Fortificarea capacităților de stabilire a diagnosticului în cadrul CCSM și diminuarea numărului de referiri pentru stabilirea diagnosticului către spitalele de psihiatrie
- Implementarea acordurilor informate pentru toți beneficiarii CCSM
- Aplicarea protocoalelor clinice naționale în diagnostic și tratament
- Includerea informațiilor despre pacienți în registre, fișele medicale și dosarele de caz
- Implementarea serviciilor prestate la domiciliu de către toate CCSM
- Implementarea dosarelor de caz pentru pacienții vizitați la domiciliu
- Utilizarea fișelor MENSANA pentru documentarea vizitelor la domiciliu în format electronic și includerea lor atât în fișa medical cât și în dosarul de caz

- Referirea pacienților către alți specialiști pentru asigurarea accesului la toate serviciile medicale necesare în procesul recuperativ
- Îmbunătățirea colaborării cu serviciile de asistență socială și implicarea mai activă a asistenților sociali din cadrul CCSM în procesul recuperativ a pacienților
- Colaborarea mai bună cu poliția și organele de forță și prestarea serviciilor privind interpelările și certificările conform unui program care să nu perturbe activitatea de bază a CCSM dedicată pacienților cu tulburări mintale severe
- Monitorizarea pacienților și asigurarea continuității tratamentului
- Organizarea activității în cadrul ședințelor săptămânale și documentarea acestora
- Evidența consultațiilor oferite de către toți specialiștii din CCSM cu includerea acestora în registrele electronice și fișele medicale ale pacienților, cât și dosarele de caz în cazul în care pacientul are dosar
- Focusarea pe activități de reabilitare, managementul cazurilor și vizite la domiciliu a persoanelor cu tulburări mintale severe pentru evitarea recăderilor.

3.7 Concluzii la capitolul 3

1. În ultimii 5 ani autoritățile centrale și-au asumat responsabilitatea reformării serviciilor de sănătate mintală prin semnarea acordurilor internaționale și s-a demarat un amplu proces de completare și modificare a documentelor de politici și a cadrului legislativ, astfel încât acesta permite la moment implementarea tuturor modificărilor necesare pentru atingerea obiectivelor asumate la nivel național și internațional.
2. Din 2014 sistemul de sănătate mintală este antrenat într-un amplu proces de reformare și îmbunătățire prin intermediul proiectului „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova - MENSANA“, finanțat de Agenția Elvețiană de Dezvoltare și Cooperare. Angajamentul puternic, asumarea responsabilității și implicarea principalilor factori de decizie naționali și locali (MS, MMPS, AMP, CCSM, profesioniști în domeniul sănătății, spitale de psihiatrie, autoritățile locale și sectorul social) sunt factori puternici ai succesului proiectului.
3. La moment, pentru prestarea serviciilor de sănătate mintală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală activează: 40 Centre Comunitare de Sănătate Mintală, indiferent de statutul juridică de organizare și forma de proprietate; și 5 spitale publice, care au paturi cu profil psihiatric - SCP, SP Bălți, SP Orhei și secții psihiatrice în SR Edineț și Ungheni cu 1370 paturi.

4. Serviciile sunt prestate de către 167 medici psihiatri prin intermediul echipelor multidisciplinare la nivel comunitar și spitalicesc și acoperă aproximativ 85% din toată populația.
5. Conform anuarului statistic din 2017, Republica Moldova este asigurată doar cu 4 medici psihiatri la 100 mii locuitori, activând în total doar 159 medici psihiatric și nici unul în raioanele Dondușeni, Dubăsari, Fălești, Leova.
6. Prevalența și incidența înregistrează o descreștere în ultimii ani, de la 2736,5 în 2012 la 2211,3 în 2020 în caz de prevalență, și de la 384,4 în 2012 la 107,3 în 2020 în caz de prevalență la 100 mii populație.
7. În structura dizabilității primare după principalele cauze 3,9% reprezintă tulburările mintale și de comportament. În evidență psihiatrică se află circa 60 mii pacienți, dintre care jumătate adică 30.331 pacienți (85,4 la 10 mii locuitori) cu grad de dizabilitate mintală în 2017 și care constituie pătura cea mai vulnerabilă a societății.
8. Pe parcurs de 3 ani – 2018, 2019 și 2021 – s-au efectuat monitorizări și audit clinic în serviciile de sănătate mintală comunitară, pe 5 criterii, pentru a putea vedea dacă abordarea comunitară este implementată.
9. Analiza comparativă a rezultatelor obținute în cele 3 audituri clinice desfășurate până în prezent ne arată o evoluție pozitivă în prestarea serviciilor comunitare în special la centre precum Soroca, Cimișlia și Edineț care au reușit să-și îmbunătățească prestația pe parcursul anilor.
10. La un nivel relativ constant se plasează CCSM Orhei și Ungheni și cu părere de rău se înregistrează o devoluție în cazul CCSM Cahul.
11. În cazul analizei centrelor care au fost evaluate în cadrul a 2 dintre cele 3 evaluări se remarcă o îmbunătățire a situației în cazul CCSM Briceni și Hîncești, iar o scădere în calitatea serviciilor prestate se atestă la CCSM Bălți, Drochia, Călărași și Leova. Celelalte centre evaluate în prezent au fost incluse pentru prima oară în auditul clinic din 2021.
12. În cadrul auditului clinic au fost analizate internările pe parcursul a 3 ani, pentru a putea vedea evoluția unui indicator de bază – *reabilitarea* - a serviciilor la nivel de comunitate.
13. Din 40 de CCSM-uri 17 au avut tendință pozitivă în ceea ce ține internările în SP, 16 din ele au fluctuat în acești 3 ani, câte 2 CCSM-uri au fost fără dinamică și cu dinamică negativă, adică au sporit internările.

4. PARCURSUL CLINICO-EPIDEMIOLOGIC A PERSOANELOR CU TMS DIN SERVICIILE DE SĂNĂTATE MINTALĂ SPITALICEȘTI ȘI COMUNITARE

4.1 Analiza parcursului clinico-epidemiologice al persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală spitalicești și comunitare din țară (chestionar elaborat)

Din 133 de respondenți locul de trai a fost colectat la 96 (72,2%) de respondenți, 37 de respondenți având valorile lipsa (27,8%). Acest moment, desigur, reprezintă o limitare, deoarece fiecare valoare lipsă reduce numărul de respondenți din analiză și poate „deplasa” rezultatele în direcția opusă situației reale. Pe de altă parte este necesar de luat în calcul contingentul studiat.

În final cercetarea a inclus 49 (51%, ÎI 95% [41,1-60,9]) de respondenți din zona rurală și 47 (49%, ÎI 95% [39,1-58,9]) de respondenți din zona urbană. Evaluarea comparativă (Fisher's Exact Test) a frecvențelor relative din structura managementului în zonele diferite nu a evidențiat diferențe semnificative (Tabelul 4.1.). În schimb este o tendință pentru cei din sat de indicat somniferele mai des comparativ cu cei din oraș, care, în schimb a prezentat o tendință de a avea o valoare crescută de folosire a timostabilizatoare/anticonvulsivante.

Concluzia preliminară a studiului pilot – structura managementului în funcție de zona de trai nu diferă, cel puțin din datele prezentate. Pentru a răspunde la întrebare este necesar de a desfășura o cercetare mai mare, în jur de 500 de respondenți.

Nu putem vorbi despre acces deoarece poate fi că serviciu, dar nu este indicat de către doctor. Mai mult decât atât evaluarea comparativă între numărul total de „intervenții” medicamentoase și nemedicamentoase nu a evidențiat diferențe statistice semnificative (Fisher's Exact Test, $p = 0,877$), valorile relative fiind practic identice (terapiile nemedicamentoase au fost aplicate la 26,6% (ÎI 95% [18,6-35,0]) versus 24,5% (ÎI 95% [16,8-34,2]) din populația studiată rurală și, respectiv, urbană) (Tabelul 4.1).

Putem observa că cele mai frecvent prescrise medicamente sunt antipsihoticele, ceia ce constituie 57,4 – 59,2%, ceia ce este evident în cazul TMS, fiind urmate de către antidepresante și tranchilizante din tratament medicamentos (34,7% și 22,4%), de psiholog și psihoterapeut din tratament nemedicamentos (30,6% și 24,5%) în aceeași proporție.

Tabelul 4.1 Evaluarea comparativă a structurii managementului pacienților cu dereglări mintale severe primare pentru locuitorii din localitatea urbană și rurală

n = 96	Rural			Urban			Fisher's Exact Test
	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%	
Antipsihotice	29	59,2	45,2-72,1	27	57,4	43,2-70,8	p = 1,000
Antidepresante	17	34,7	22,5-48,6	12	25,5	14,8-39,2	p = 0,378
Psiholog	15	30,6	19,1-44,3	10	21,3	11,5-34,5	p = 0,356
Somnifere	13	26,5	15,8-40,0	6	12,8	5,5-24,4	p = 0,125
Psihoterapeutic	12	24,5	14,1-37,8	13	27,7	16,5-41,5	p = 0,817
Tranchilizante	11	22,4	12,6-35,5	10	21,3	11,5-34,5	p = 1,000
Anxiolitice	9	18,4	9,5-30,8	7	14,9	6,9-27,0	p = 0,786
Consiliere	8	16,3	8,0-28,5	10	21,3	11,5-34,5	p = 0,606
Ergoterapeutic	4	8,2	2,8-18,2	2	4,3	0,9-13,0	p = 0,678
Nootrope	3	6,1	1,8-15,4	5	10,6	4,2-21,8	p = 0,482
Cognitive	3	6,1	1,8-15,4	3	6,4	1,8-16,1	p = 1,000
Vasculare	2	4,1	0,9-12,5	2	4,3	0,9-13,0	p = 1,000
Timostabilizatoare/ anticonvulsivante	1	2,0	0,2-9,1	5	10,6	4,2-21,8	p = 0,108
Terapie medicamentoasă	88	73,4	65-81,4	77	75,5	65,8-83,2	p = 0,877
Terapie nemedicamentoasă	31	26,6	18,6-35,0	25	24,5	16,8-34,2	

Deși există o diversitate a tratamentelor medicamentoase și nemedicamentoase prescrise în cazul persoanelor cu TMS, am putea marca un clasament ierarhic pentru toate acestea (Tabelul 4.2), întâietatea fiind pentru antipsihotice (63,2%), tranchilizante (33,8%), antidepresante (33,1%) și somnifere (24,8%). Doar pe locul 5 și 6 se plasează intervenția psihologică și psihoterapeutică cu 20,3% și 19,5%, aceasta fiind totuși una insuficientă și necesită aplicare mai frecventă. Un indicator foarte scăzut îl putem vedea în cazul ergoterapiei cu doar 4,5% și aici am putea presupune că nu există servicii sau specialiști care să presteze aceste servicii.

Tabelul 4.2. Specificul tratamentului administrat de către respondenți

n= 133	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%
Antipsihotice	84	63,2	54,7-71,0
Tranchilizante	45	33,8	26,2-42,2
Antidepresante	44	33,1	25,5-41,4
Somnifere	33	24,8	18,1-32,6
Psiholog	27	20,3	14,1-27,7
Psihoterapeutic	26	19,5	13,5-26,9
Anxiolitice	21	15,8	10,4-22,7
Consiliere	19	14,3	9,1-21,0
Nootrope	14	10,5	6,2-16,6
Timostabilizatoare/ anticonvulsivante	11	8,3	4,5-13,9
Vasculare	10	7,5	3,9-12,9
Cognitive	8	6,0	2,9-11,0
Ergoterapeutic	6	4,5	1,9-9,1

4.2 Evaluare diagnostică și funcțională comprehensivă a beneficiarilor din servicii de sănătate mintală, pentru a determina necesitățile în servicii de sănătate mintală. (MINI)

Structura nosologică din cadrul cohorței de cercetate

Cercetarea a inclus 133 de respondenți, dintre care 92 au fost femei (69,2% (ÎI 95% [61,0-76,5])) și 41 bărbați (30,8% (ÎI 95% [23,5-39,0])), diferențele între valorile menționate fiind statistic semnificative ($\chi^2 = 18,797$, $df = 1$, $p = 1.454e-05$). Aceste date nu corespund cu datele din literatura internațională, deoarece printre TMS procentul în funcție de gen este nesemnificativ diferit, fiind 1:1.

Tabelul 4.3. Structura nozologică și statistici descriptive pentru cohorta cercetată

n= 133	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%
Diagnostic [F29]	32	24,1	17,4-31,8
Diagnostic [F32.x]	18	13,5	8,5-20,1
Diagnostic [F20.9]	16	12,0	7,3-18,4
Diagnostic [F20.81]	16	12,0	7,3-18,4
Diagnostic [F33.x]	14	10,5	6,2-16,6
Diagnostic [F23]	11	8,3	4,5-13,9
Diagnostic [F25.0/F25.1]	8	6,0	2,9-11,0
Diagnostic [F06.0/F06.2]	6	4,5	1,9-9,1
Diagnostic [F41.1]	5	3,8	1,4-8,0
Diagnostic [F40.0]	4	3,0	1,0-7,0
Diagnostic [F22.0]	4	3,0	1,0-7,0
Diagnostic [F32.3/F33.3]	4	3,0	1,0-7,0
Diagnostic [F31.0--F31.76]	3	2,3	0,6-5,9
Diagnostic [F31.2/31.5]	3	2,3	0,6-5,9
Diagnostic [F43.10]	3	2,3	0,6-5,9
Diagnostic [F20.xx-F29]	3	2,3	0,6-5,9
Diagnostic [F41.0]	2	1,5	0,3-4,7
Diagnostic [F10.10-20]	2	1,5	0,3-4,7
Diagnostic [F32.8]	2	1,5	0,3-4,7
Diagnostic [F31.81]	1	0,8	0,1-3,5
Diagnostic [F28]	1	0,8	0,1-3,5
Diagnostic [F31.2/F31.5]	1	0,8	0,1-3,5
Diagnostic [F31.9], Diagnostic [F42], Diagnostic [F11.1xF19.288], Diagnostic [F10.159-F19.959], Diagnostic [F31.89], Diagnostic [F32.9], Diagnostic [F50.01-02], Diagnostic [F50.2], Diagnostic [F50.8], Diagnostic [F60.2]	0	0,0	-

Nota: Descrierea

Vârsta respondenților din cercetare tinde spre valoarea 36 (mediana), abaterea intercuartilă (IQR) fiind 25, ce corespunde cu literatura internațională, debutul bolii TMS în mediu este în intervalul 21-32 ani.

Analiza distributivă a datelor (testul Shapiro Wilk, $W = 0,95139$, $p = 0,0001203$) arată distribuția neuniformă, probabil bimodală, cu asimetria dreapta, adică predomina persoanele tinere (Figura 4.1.). Totuși, atrage atenție faptul ca între persoanele pentru care pentru prima data au fost

depistate dereglări mintale severe sunt și persoane cu vârsta înaintată, acest fapt ne-ar putea duce la presupuziții că accesibilitatea la servicii de sănătate mintală sunt limitate sau adresabilitatea este scăzută. Toate acestea spun despre insuficiența promovării sănătății mintale și educația societală în domeniu.

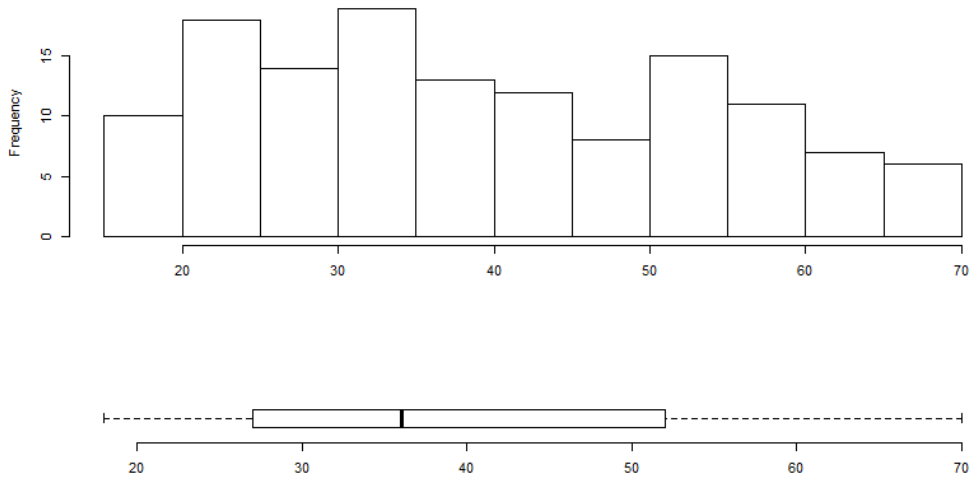


Fig. 4.1. Analiza distribuției și graficul boxplot pentru vârstă.

Unul din obiectivele cercetării a fost analiza structurii nosologice pentru dereglările mintale primare depistate în lotul de cercetare. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 4.3 și Figura 4.1, datele fiind prezentate ca frecvență absolută, frecvență relativă cu intervalul de încredere în ordinea descrescătoare.

Valoarea maximă a demonstrat Diagnostic [F29] toate (n = 32) – ***Psihoză non-organică nespecifică***, ceea ce a constituit practic o patrimă din toate cazurile (24,1%, Î 95% [17,4-31,8]) depistate. *Acest diagnostic de multe ori este stabilit la prima adresabilitate a unui pacient în psihoză și care nu întrunește criteriile unei TMS.* Urmează o grupa de patologii frecvență relativă, care a depășit 10%: Diagnostic [F32.x] – ***Episod depresiv*** - (n = 18, 13,5%, Î 95% [0,5-20,1]), Diagnostic [F20.9] – ***Schizofrenie nespecificată*** - (n = 16, 12,0%, Î 95% [7,3-18,4]), Diagnostic [F33.x] - ***Tulburare depresivă recurentă*** - (n = 14, 10,5%, Î 95% [6,2-16,6]). Frecvență relativă mai puțin de 10% a constituit Diagnosticul [F23] – ***Tulburare psihotică acută polimorfă fără simptom de***

schizofrenie - (n = 11, 8,3%, Î 95% [4,5-13,9]) și Diagnostic [F25.0/F25.1] – *Tulburare schizoafectivă* - (n = 8, 6,0%, Î 95% [2,9-11,0]).

Grupa de patologii cu frecvența relativ mai mică de 5% a inclus 15 unități nosologice dintre care Diagnostic [F41.1] - *alte tulburări anxioase* - a prezentat 5 cazuri (3,8%, Î 95% [1,4-8,0]), Diagnostic [F40.0] – *Tulburări anxios-fobice*, Diagnostic [F22.0] – *Tulburări delirante persistente* - și Diagnostic [F32.3/F33.3] – *Episod depresiv mediu și sever* - cu n = 4 (3,0%, Î 95% [1,0-7,0]), celelalte având un procentaj extrem de nesemnificativ. Diagnostic [F31.0--F31.76], Diagnostic [F31.2/31.5], Diagnostic [F43.10], Diagnostic [F20.xx-F29] cu n = 3 (2,3%, Î 95% [0,6-5,9]), Diagnostic [F41.0], Diagnostic [F10.10-20], Diagnostic [F32.8] cu n = 2 (1,5%, Î 95% [0,3-4,7]) și Diagnostic [F31.81], Diagnostic [F28], Diagnostic [F31.2/F31.5] cu n = 1 (0,8%, Î 95% [0,1-3,5]).

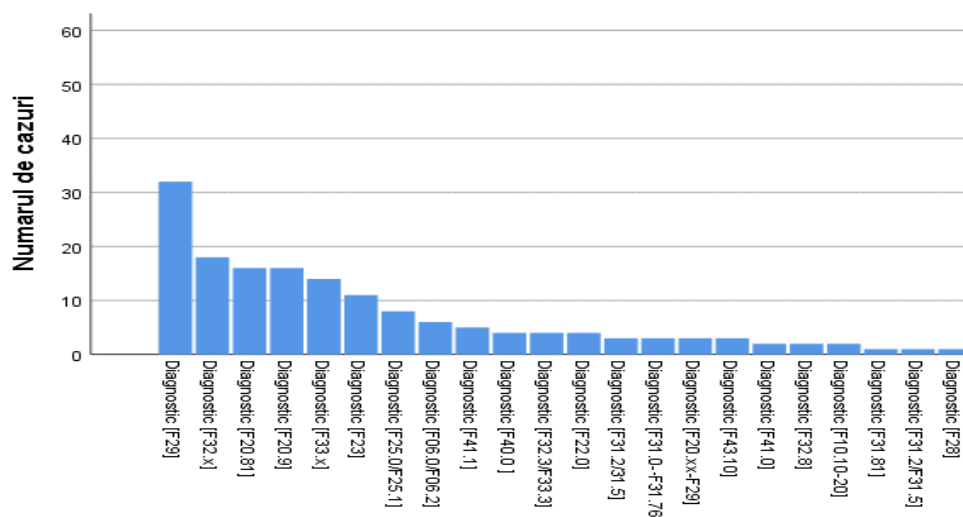


Fig. 4.2. Barplot, structura nosologica (abs.) pentru lotul cercetat (fără unitățile cu frecvențe absolute egale cu 0).

O parte din unitățile nosologice în număr de 10 (Diagnostic [F31.9], Diagnostic [F42], Diagnostic [F11.1xF19.288], Diagnostic [F10.159-F19.959], Diagnostic [F31.89], Diagnostic [F32.9], Diagnostic [F50.01-02], Diagnostic [F50.2], Diagnostic [F50.8], Diagnostic [F60.2]) nu au fost depistate în cadrul cercetării, frecvența acestora fiind 0. Speculăm ca acest rezultat poate fi determinat de mai mulți factori precum frecvența redusă în populație, unele particularități ale evoluției care nu permit persoanei de a se include în sistemul medical pentru a facilita de serviciile din cadrul

centrelor respective. Aceasta ne impune de a face unele corecții privind politicile de sănătate pentru optimizarea depistării acestora.

Important de menționat ca aceeași persoană poate suferi de două și mai multe dereglări mintale primare. Conform datelor din studiu 85% (ÎÎ 95% [78,2-90,3) din participanți a prezentat doar o singură dereglare, 9,8% (ÎÎ 95% [5,6-15,7) având 2 dereglări și 5,3% (ÎÎ 95% [2,4-10,1) trei dereglări.

O alta nuanță - datele colectate nu sunt suficiente pentru a clasifica acestea după intervalele de încredere, deoarece ultimele includ frecvențele relative categoriilor (unităților nosologice) „vecine”.

Divizarea cohorței în funcție de genul biologic arată că la femei valoarea absolută a vârstei a fost mai mare comparativ cu bărbați (mediana 37,5, IQR = 24 comparativ cu mediana 36, IQR = 24), diferențele depistate nefiind semnificative (Wilcoxon rank sum test, $W = 2155$, $p = 0,1906$) (Figura 4.3.).

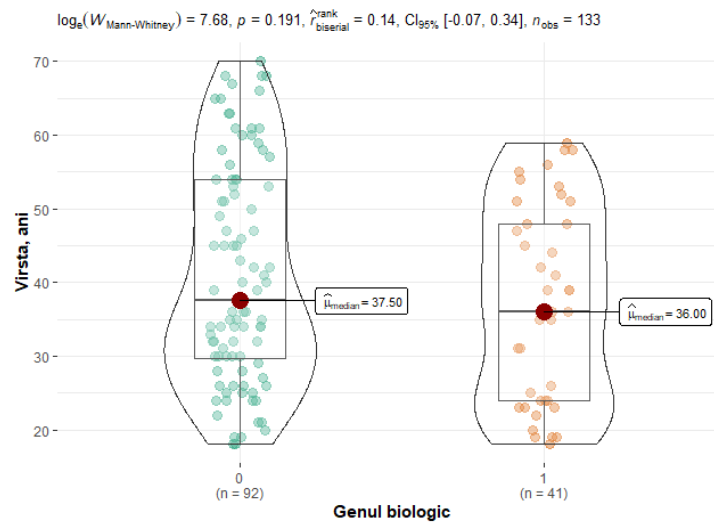


Fig. 4.3. Distribuția cohorței în funcție de genul biologic.

Analiza distribuției unităților nosologice în funcție de genul biologic nu a evidențiat asocieri (Tabelul 4.4.), în fond distribuția este în limitele prevalenței la nivel mondial.

Tabelul 4.4. Distribuția unităților nosologice în funcție de genul biologic, evaluare comparativă

n = 133	Femei			Bărbați			p
	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%	
Diagnostic [F29]	23	25,0	17,0-34,5	9	22,0	11,5-36,2	p > 0,05
Diagnostic [F32.x]	16	17,4	10,7-26,1	2	4,9	1,0-14,7	p > 0,05
Diagnostic [F33.x]	13	14,1	8,2-22,3	1	2,4	0,3-10,8	p > 0,05
Diagnostic [F20.9]	13	14,1	8,2-22,3	3	7,3	2,1-18,3	p > 0,05
Diagnostic [F20.81]	8	8,7	4,2-15,7	8	19,5	9,7-33,5	p > 0,05
Diagnostic [F23]	7	7,6	3,5-14,4	4	9,8	3,4-21,5	p > 0,05
Diagnostic [F25.0/F25.1]	6	6,5	2,8-12,9	2	4,9	1,0-14,7	p > 0,05
Diagnostic [F32.3/F33.3]	4	4,3	1,5-10,0	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F40.0]	3	3,3	0,9-8,4	1	2,4	0,3-10,8	p > 0,05
Diagnostic [F41.1]	3	3,3	0,9-8,4	2	4,9	1,0-14,7	p > 0,05
Diagnostic [F31.2/31.5]	2	2,2	0,5-6,8	1	2,4	0,3-10,8	p > 0,05
Diagnostic [F41.0]	2	2,2	0,5-6,8	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F43.10]	2	2,2	0,5-6,8	1	2,4	0,3-10,8	p > 0,05
Diagnostic [F22.0]	2	2,2	0,5-6,8	2	4,9	1,0-14,7	p > 0,05
Diagnostic [F06.0/F06.2]	2	2,2	0,5-6,8	4	9,8	3,4-21,5	p > 0,05
Diagnostic [F32.8]	2	2,2	0,5-6,8	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F31.0--F31.76]	1	1,1	0,1-5,0	2	4,9	1,0-14,7	p > 0,05
Diagnostic [F40.00]	1	1,1	0,1-5,0	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F10.10-20]	1	1,1	0,1-5,0	1	2,4	0,3-10,8	p > 0,05
Diagnostic [F28]	1	1,1	0,1-5,0	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F31.2/F31.5]	1	1,1	0,1-5,0	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F31.81]	0	0,0	-	1	2,4	0,3-10,8	p > 0,05
Diagnostic [F31.9]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F42]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F11.1x F19.288]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F20.xx-F29]	0	0,0	-	3	7,3	2,1-18,3	p > 0,05

n = 133	Femei			Bărbați			p
	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%	
Diagnostic [F10.159-F19.959]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F31.89]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F32.9]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F50.01-02]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F50.2]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F50.8]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05
Diagnostic [F60.2]	0	0,0	-	0	0,0	-	p > 0,05

Managementului unui pacient (Tabelul 4.5.) cu dereglări mintale primare este constituit din 2 laturi. O latură este tratamentul medicamentos, o altă latură este tratamentul nemedicamentos, care prevede adaptarea/socializarea unui astfel de pacient. În studiul respectiv, tratamentul medicamentos predomină, preparatele *antipsihotice* având cea mai mare frecvență (84 de cazuri din 133 de respondenți, 63,2%, IÎ 95% [54,7-71,0]). Pe locul doi ca frecvență au fost plasate preparatele *tranchilizante* și preparatele *antidepresante*, o treime din participanți beneficiind de tratamentul respectiv (33,8%, IÎ 95% [26,2-42,2] și 33,1%, IÎ 95% [25,5-41,4], respectiv). Tratamentul somnifer a fost indicat la 33 din respondenți (24,8%, IÎ 95% [18,1-32,6]). *Psiholog și Psihoterapie* au prezentat frecvențe relative scăzute (27 și 26 de cazuri din 133 de participanți, locul 5-6 după valori absolute), adică fiecare al cincilea respondent beneficiază de serviciile menționate. Ce ține de consiliere și ergoterapie, acestea au fost aplicate doar la 19 pacienți (14,3%, IÎ 95% [9,1-21,0]) și 6 pacienți (4,5%, IÎ 95% [1,9-9,1]), respectiv. Preparate anxiolitice (n = 21, 15,8%, IÎ 95% [10,4-22,7]), Nootrope (n = 21, 10,5%, IÎ 95% [6,2-16,6]), Anticonvulsivante (n = 11, 8,3%, IÎ 95% [4,5-13,9]), Vasculare (n = 10, 7,5%, IÎ 95% [3,9-12,9]) și Cognitive (n = 8, 6%, IÎ 95% [2,9-11,0]) comparativ cu terapiile medicamentoase menționate au fost folosite cu frecvențele apropiate de frecvențele terapiilor nemedicamentoase. Dezechilibrul s-a constatat, chiar și în cadrul centrelor reformate ne pune să mergem spre armonizarea managementului, indicatorii optimali fiind tratament medicamentos: tratament nemedicamentos în proporție 1:1, accentul fiind pus pe psihoterapie, consiliere psihologică și ergoterapie.

Tabelul 4.5. Tratamentul complex al pacienților cu dereglări mintale severe depistate primar

n= 133	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%
Antipsihotice	84	63,2	54,7-71,0
Tranchilizante	45	33,8	26,2-42,2
Antidepresante	44	33,1	25,5-41,4
Somnifere	33	24,8	18,1-32,6
Psiholog	27	20,3	14,1-27,7
Psihoterapeutic	26	19,5	13,5-26,9
Anxiolitice	21	15,8	10,4-22,7
Consiliere	19	14,3	9,1-21,0
Nootrope	14	10,5	6,2-16,6
Timostabilizatoare/ anticonvulsivante	11	8,3	4,5-13,9
Vasculare	10	7,5	3,9-12,9
Cognitive	8	6,0	2,9-11,0
Ergoterapeutic	6	4,5	1,9-9,1

Asemănător cu structura nosologică, efectuarea testului χ^2 Pearson cu corecții pentru continuitate, efectul genului biologic pentru managementului unui pacient cu TMS nu a arătat semnificații statistice, excepția fiind 4 cazuri de folosirea tratamentului Anticonvulsivant la femei și 7 cazuri la bărbați ($p < 0,05$). Totodată, luând în considerare un număr mic ce necesita tratamentului dat, semnificația clinică diferenței depistate este sub semnul întrebării. În concluzie genul biologic nu afectează structura serviciilor prestate unui pacient cu dereglări mintale primare (Tabelul 4.6.).

Tabelul 4.6. Tratamentul complex al pacienților cu dereglări mintale severe depistate primar în funcție de sex

n= 133	Femei			Bărbați			p
	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%	
Antipsihotice	55	59,8	49,6-69,4	29	70,7	55,8-82,9	$p > 0,05$
Tranchilizante	30	32,6	23,7-42,6	15	36,6	23,2-51,8	$p > 0,05$
Antidepresante	35	38,0	28,6-48,2	9	22,0	11,5-36,2	$p > 0,05$
Somnifere	24	26,1	18,0-35,7	9	22,0	11,5-36,2	$p > 0,05$
Psiholog	18	19,6	12,5-28,5	9	22,0	11,5-36,2	$p > 0,05$
Psihoterapeutic	18	19,6	12,5-28,5	8	19,5	9,7-33,5	$p > 0,05$
Anxiolitice	17	18,5	11,6-27,3	4	9,8	3,4-21,5	$p > 0,05$
Consiliere	15	16,3	9,8-24,8	4	9,8	3,4-21,5	$p > 0,05$
Nootrope	11	12,0	6,5-19,7	3	7,3	2,1-18,3	$p > 0,05$
Timostabilizatoare/ anticonvulsivante	4	4,3	1,5-10,0	7	17,1	8,0-30,6	$p < 0,05$
Vasculare	7	7,6	3,5-14,4	3	7,3	2,1-18,3	$p > 0,05$
Cognitive	7	7,6	3,5-14,4	1	2,4	0,3-10,8	$p > 0,05$
Ergoterapeutic	5	5,4	2,1-11,5	1	2,4	0,3-10,8	$p > 0,05$

Patologiile concomitente (Tabelul 4.7) în general au prezentat frecvențe reduse, valoare absolută maximal având I00-I99 Bolile aparatului circulator (n = 9). Acestea constituie doar 6,8% (Î 95% [3,4-12,0]) din toate cazurile cercetate. G00-G99 Bolile sistemului nervos au fost depistate la 4 respondenți (3%, Î 95% [1,0-7,0]). K00-K93 Bolile aparatului digestiv și E00-E89 Boli endocrine, de nutriție și metabolism au prezentat câte 3 cazuri (2,3%, Î 95% [0,6-5,9]), J00-J99 Bolile aparatului respirator și A00-B99 Anumite boli infecțioase și parazitare câte 2 (1,5%, Î 95% [0,3-4,7]), N00-N99 Bolile aparatului genito-urinar și M00-M99 Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv având câte un caz (0,8%, Î 95% [0,1-3,5]). Concluzionăm pacienții din cercetare sunt relativ tineri fără patologii concomitente grave.

Tabelul 4.7. Bolile concomitente la respondenții evaluați

	Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%
I00-I99 Bolile aparatului circulator	9	6,8	3,4-12,0
G00-G99 Bolile sistemului nervos	4	3,0	1,0-7,0
K00-K93 Bolile aparatului digestiv	3	2,3	0,6-5,9
E00-E89 Boli endocrine, de nutriție și metabolism	3	2,3	0,6-5,9
J00-J99 Bolile aparatului respirator	2	1,5	0,3-4,7
A00-B99 Anumite boli infecțioase și parazitare	2	1,5	0,3-4,7
N00-N99 Bolile aparatului genito-urinar	1	0,8	0,1-3,5
M00-M99 Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	1	0,8	0,1-3,5

Datele din Tabelul 4.8. prezintă unele aspecte sociale caracteristice pacienților din cohorta colectată. Ne pune în gardă faptul că oficial lucrează fiecare a cincilea respondent (n = 29 din 133, 21,8%, Î 95% [15,4-29,4]). Un alt aspect cercetat – numărul de copii. În jur de 42,9% (n = 57, Î 95% [34,7-51,3]) nu au copii, unu sau doi copii au 20,3% (Î 95% [14,1-27,7]) și 22,6% (Î 95% [16,1-30,2]), 3 copii la 16 respondenți (12%, Î 95% [7,3-18,4]), patru și mai mulți 2,3% (Î 95% [0,6-5,9]). Acest rezultat ridică problema de planificarea a familiei la pacienții din categoria dată, având ca scop de a preveni patologii înăscute sau a unui program de susținerea copiilor din familiile respective.

Tabelul 4.8. Unele aspecte sociale ale pacienților cu dereglări mintale severe depistate primar

n = 133		Frecvența absolută, (n)	Frecvența relativă, (%)	Interval de încredere 95%
Activează în câmpul muncii (muncă plătită oficial)		29	21,8	15,4-29,4
Copii	0	57	42,9	34,7-51,3
	1	27	20,3	14,1-27,7
	2	30	22,6	16,1-30,2
	3	16	12,0	7,3-18,4
	4 și mai mult	3	2,3	0,6-5,9
Cu cine locuiește	Copii (în grija copiilor)	15	11,3	6,7-17,5
	Părinții	45	33,8	26,2-42,2
	Singur/ă	5	3,8	1,4-8,0
	Soț/Soție	38	28,6	21,4-36,6
	Alte persoane	17	12,8	7,9-19,2
	Lipsă informație	13	9,8	5,6-15,7
De câte ori în ultimul an a fost spitalizat în secție/spital de psihiatrie?	0	82	61,7	53,2-69,6
	1	38	28,6	21,4-36,6
	2	9	6,8	3,4-12,0
	3 și mai mult	4	3,0	1,0-7,0

Pacienții cu TMS sunt persoane care necesita îngrijirea din partea celor apropiați sau a specialiștilor din cadrul CCSM-uri. Datele arată, că doar 3,8% (ÎI 95% [1,4-8,0]) din respondenți trăiesc singuri, marea majoritate trăiesc cu părinții sau soț/soție, 33,8% (ÎI 95% [26,2-42,2]) și 28,6% (ÎI 95% [21,4-36,6]), respectiv. Copii sau alte persoane și-au asumat responsabilitatea de avea grija în 11,3% (ÎI 95% [6,7-17,5]) și 12,8% (ÎI 95% [7,9-19,2]). Aproape la 10% informația lipsește. Informațiile obținute sunt prețioase în sensul susținerii persoanelor care trăiesc cu pacienții, crearea unor programe de informare și implicarea lor în socializarea beneficiarilor.

Întrebarea *De câte ori în ultimul an a fost spitalizat în secție/spital de psihiatrie?* prezintă informații privind disponibilitatea acestor persoane la serviciile medicale, faptul ca târziu au apărut în vizorul serviciului respectiv, pe de altă parte ne poate sugera informații referitor la severitatea bolii. Aproape 2/3 din participanții (61,7%, ÎI 95% [53,2-69,6]) nu au fost spitalizați în ultimul an într-o secție/spital de psihiatrie, 28,6% au fost spitalizați o dată (ÎI 95% [21,4-36,6]), de 2 și de 3 ori și mai mult au fost 6,8% (ÎI 95% [3,4-12,0]) și 3,0% (ÎI 95% [1,0-7,0]), respectiv. Ultimele 2 categorii au

constituit aproape 10% și faptul ca au fost spitalizați fără a depista diagnosticul de dereglări mintale severe pune întrebarea de identificarea acestor pacienți prin implementarea chestionarului MINI.

4.3 Analiza calității vieții, dizabilității și nivelului de autostigmă a persoanelor cu TMS din serviciile spitalicești în comparație cu cele comunitare, bazată pe recuperarea persoanelor cu tulburări mintale severe (CANSAS, EQ-5D, WHODAS, SMISS-SF)

Beneficiarii au fost chestionați prin intermediul unui sir de instrumente, precum EQ5D, CANSAS, SMISS-SF, WHODAS (Tabelul 4.9.). O parte din chestionare au fost aplicate în dinamică (follow up) peste 18 luni.

Chestionarul SMISS-SF, având capacitatea de a determina stigmatizarea pacienților cu dereglările mintale primare în aspecte diferite, a arătat rezultatele cum urmează.

SMISS-SF_{Constientizare} a fost apreciat la nivel de 25 de puncte (Mediana, IQR = 13), valorile oscilează de la 0 până la 45 (Tabelul 4.9.). Analiza distribuției arată ca datele sunt distribuite normal (Figura 4.4.), rezultatele testului Shapiro-Wilk fiind ne semnificative ($W = 0,98986$, $p = 0,4442$). Componenta SMISS-SF_{Acord} a prezentat aceeași valoare maximală și minimală, mediana = 20, IQR = 15, distribuția datelor fiind aproape aplatizată (Tabelul 4.9., Figura 4.4.). Totuși, testul Shapiro-Wilk a fost ne semnificativ ($W = 0,98205$, $p = 0,07662$).

Discuții: Interiorizarea stigmatizării publice de către persoanele cu boli mintale grave poate duce la autostigmatizare, care dăunează stimei de sine, autoeficacității și împuternicirii. Cercetările anterioare au evaluat un model ierarhic care face distincție între conștientizarea stereotipului, acordul, aplicarea asupra sinelui și vătămarea sinelui cu Scala de 40 de articole Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) [90]. Cercetările viitoare cu SSMIS-SF ar trebui să evalueze sensibilitatea acestuia la schimbare și stabilitatea acestuia prin fiabilitatea test-repaus.

Tabelul 4.9. Statistica descriptivă pentru rezultatele chestionarelor aplicate

n = 133	SMISS-SF_{Constientizare}	Shapiro-Wilk normality test	
Mean (SD)	24,2 (8,89)	W = 0,98986, p = 0,4442	
Median (IQR)	25,0 (13,0)		
[Min, Max]	[0; 45,0]		
	SMISS-SF_{Acord}		
Mean (SD)	20,8 (10,3)	W = 0,98205, p = 0,07662	
Median (IQR)	20,0 (15,0)		
[Min, Max]	[0; 45,0]		
	SMISS-SF_{Aplicare}		
Mean (SD)	14,9 (9,30)	W = 0,91577, p = 4,548e-07	
Median (IQR)	13,0 (14,0)		
[Min, Max]	[0; 45,0]		
	SMISS-SF_{Autovatamare}		
Mean (SD)	14,2 (9,99)	W = 0,86495, p = 1,158e-09	
Median (IQR)	12,0 (15,0)		
[Min, Max]	[0; 45,0]		
	SMISS-SF_{SCOR TOTAL}		
Mean (SD)	74,1 (28,7)	W = 0,99132, p = 0,5823	
Median (IQR)	76,0 (41,0)		
[Min, Max]	[0; 156]		
	CANSAS	CANSAS_{Follow up}	Wilcoxon signed rank test
Mean (SD)	36,6 (6,49)	32,8 (7,42)	V = 520,5, p = 0,01093
Median (IQR)	36,0 (10,0)	33,0 (11,5)	
[Min, Max]	[23,0; 50,0]	[22,0, 49,0]	
Missing		94 (70,7%)	
	EQ5D	EQ5D_{Follow up}	
Mean (SD)	62,4 (20,2)	62,8 (24,9)	V = 208,5, p = 0,6277
Median (IQR)	60,0 (30,0)	60,0 (30,0)	
[Min, Max]	[0; 100]	[10,0, 100]	
Missing		94 (70,7%)	

Nota: Descifrarea scorurilor, Mean (SD) – media (devierea standard), Median (IQR) – mediana (abaterea intercuartilă), Min – valoarea minimală, Max – valoarea maximală

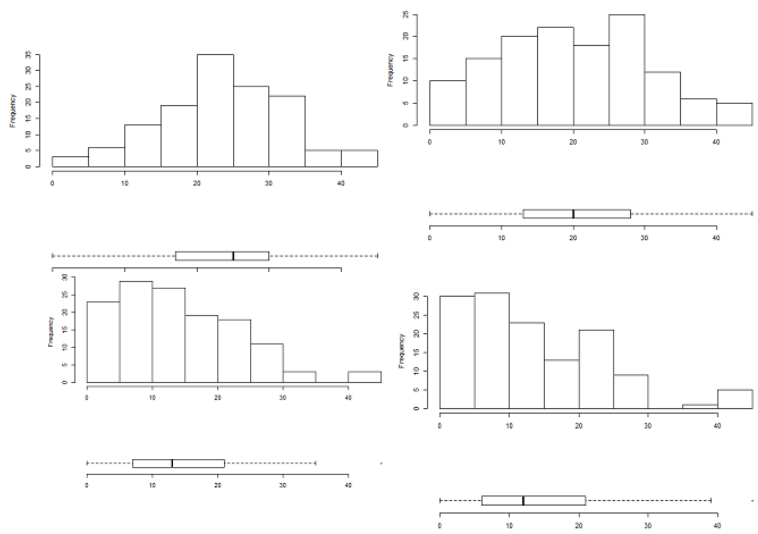
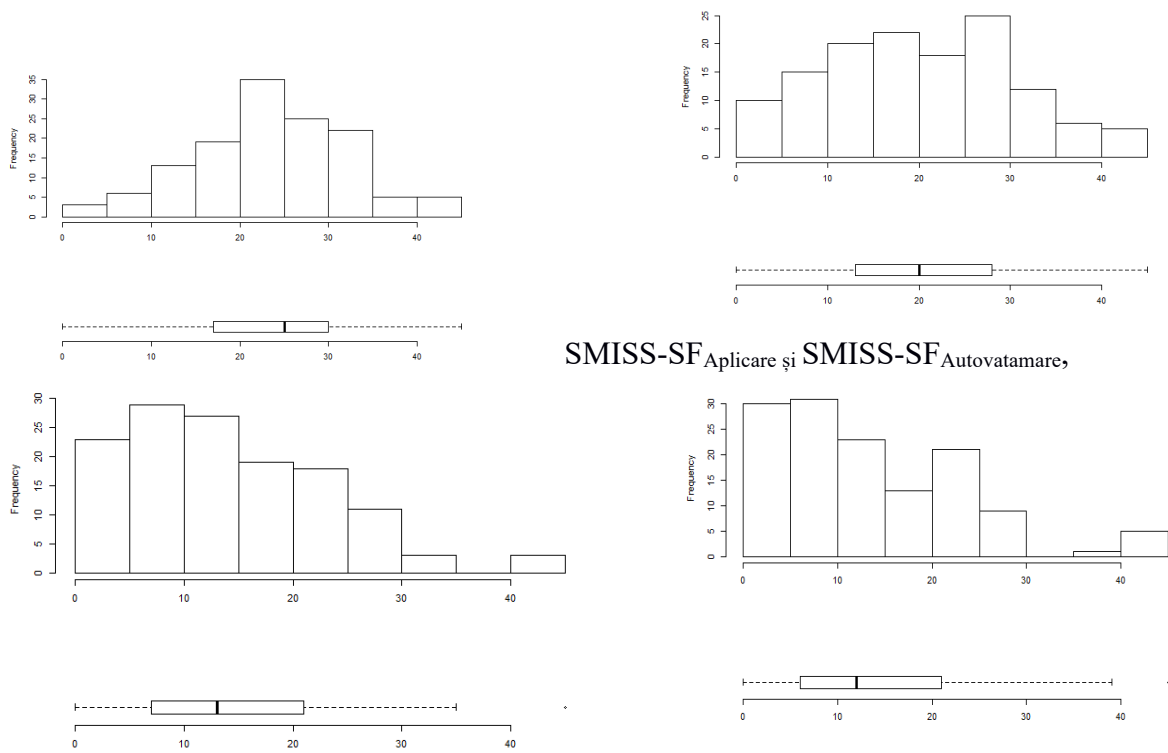


Fig. 4.4. Analiza distribuției pentru SMISS-SF_{Conștientizare} (stânga, sus), SMISS-SF_{Acord} (dreapta, sus), SMISS-SF_{Aplicare} (stânga, jos) și SMISS-SF_{Autovatamare} (dreapta, jos).



SMISS-SF_{Aplicare} și SMISS-SF_{Autovatamare},

Secțiunea ce ține de **conștientizarea** stereotipului vis-a-vis de boala mintală ne arată o medie de 25, maxima fiind 36, iar secțiunea despre **acordul** față de stigma în sănătate mintală este de 20, care la fel denotă o cifră mai sus de medie. Toate acestea ne demonstrează că la nivel de comunitate stigma față de persoanele cu probleme de sănătate mintală este destul de mare și necesită intervenții comunitare pentru diminuarea fenomenului.

Secțiunea privind **aplicarea** stereotipurilor asupra sinelui și **vătămarea** sinelui este de 12 și 13 care sunt niște cifre mici, luând în vedere că acești pacienți sunt la prima tangență cu serviciile de sănătate mintală.

Comparativ cu indicatorii de mai sus au demonstrat distribuția cu asimetria la dreapta cu predominarea scorurilor mici, Mediana 13, IQR = 14 comparativ cu Mediana 12, IQR = 15, testului Shapiro-Wilk $W = 0,91577$, $p = 4.548e-07$ și $W = 0,86495$, $p = 1.158e-09$, respectiv. Valoarea $SMISS-SF_{SCOR\ TOTAL}$, estimat la nivelul de 76 de puncte (Mediana, IQR = 41), după testul Shapiro-Wilk arată o distribuție normală (Tabelul 4.9.), pe de altă parte analiza grafică demonstrează o distribuție bifocală (Figura 4.5.), ceea ce sugerează o idee de influență a unui factor care „divizează” valorile estimate în doua grupe.

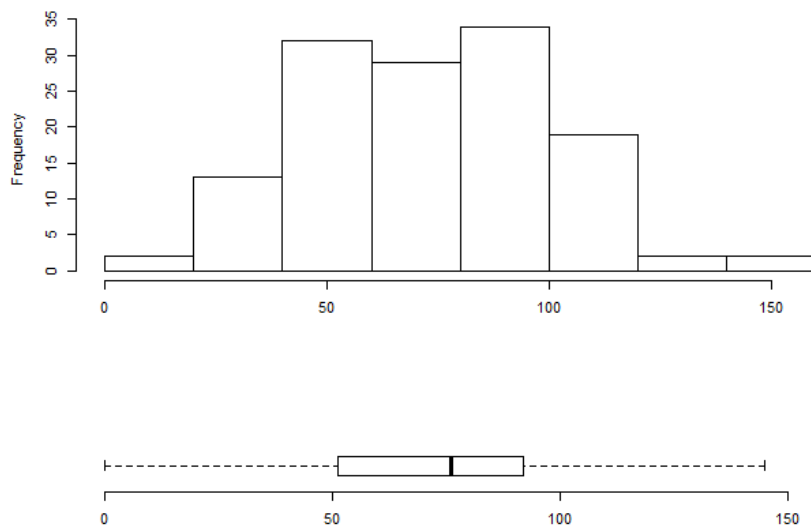


Fig. 4.5 Analiza distribuției pentru $SMISS-SF_{SCOR\ TOTAL}$.

Următorul chestionar aplicat a fost WHODAS 2.0 care ne ajută să identificăm nivelul de dizabilitate general, dar și pe anumite compartimente (Anexa 6). Compartimentele acestui chestionar sunt descrise mai jos:

Do1 – capacitatea de Înțelegere și comunicare;

Do2 – capacitatea de deplasare;

Do3 – capacitatea de îngrijire personală;

Do4 – capacitatea de înțelegere cu oamenii;

Do5 – cum practică activitățile cotidiene;

Do6 – capacitatea de a participa la activități în societate;

St_s32 – evaluarea tuturor capacităților sus enumerate în ultimele 30 zile.

Valorile pe fiecare compartiment cu deviațiile standard, media și procentele le putem vedea în Tabelul 4.10. Datele pe care le-am obținut prin evaluarea pacienților primari cu TMS prin chestionarul WHODAS 2.0 ne arată un nivel scăzut de dificultate, deoarece boala încă nu le-a afectat funcționalitatea socială și nu exista nicio dizabilitate motorie.

Tabelul 4.10. Statistica descriptivă pentru rezultatele inițiale ale chestionarului WHODAS

Inițial	Min, Max	Media (Î 95%)	Deviația standard	Mediana (Î 95%)	Percentilă 25, Percentilă 75
Do1	0; 90	34 (30- 37)	19	35 (35-40)	20; 45
Do2	0; 75	20,07 (16,61-23,52)	20,14	12,5 (6,25-18,75)	0; 37,5
Do3	0; 70	17,82 (14,49-21,15)	19,40	10 (10-20)	0; 30
Do4	0; 91,67	41,54 (37,72-45,36)	22,28	41,67 (41,67-50)	25; 58,33
Do5	0; 90	37,44 (33,02-41,87)	25,78	40 (40-50)	20; 50
Do6	0; 87,5	43,11 (40,00-46,22)	18,14	45,83 (45,83-50)	33,33; 54,17
st_s32	1,09; 71,74	33,47 (30,69-36,25)	16,21	33,7 (31,52-36,96)	22,83; 42,39

4.4 Analiza dinamicii indicatorilor calității vieții, funcționalității și dizabilității persoanelor cu tulburări mintale severe la 18 luni după inițierea studiului pilot (Follow-up: EQ-5D, WHODAS și CANSAS)

Chestionarele CANSAS și EQ5D comparativ cu chestionarul SMISS-SF au fost aplicate în dinamică. Aceasta rezolvă una din limitările, totodată, luând în calcul faptul ca categoria dată de pacienți este una specifică, informațiile follow-up au fost colectate doar pentru 39 de respondenți.

Aceasta pe de o parte este o limitare, pe de alta parte este vorba de cercetare pilot și permite în cercetările ce urmează sa luam în calcul aceste momente

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor CANSAS a arătat reducerea scorului (Mediana 36, IQR = 10 comparativ cu 33, IQR = 11,5), diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test, $V = 520,5$, $p = 0,01093$ $p = 0,6277$) (Tabelul 21, Figura 30). Mărimea efectului estimate prin testul r rank biserial = 0,48 (ÎÎ 95% [0,16-0,71]) a fost estimată ca una moderată, interpretarea fiind rezervată din cauza unui interval de încredere mare. Probabil necesita timp pentru a modifica scorul CANSAS și mai mult. *Cu probabilitatea foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

Evaluarea comparativă în dinamica valorilor EQ5D a arătat stabilitatea scorului (Mediana 60, IQR = 30 comparativ cu 60, IQR = 30), diferența fiind una ne semnificativă (Wilcoxon signed rank test, $V = 280,5$, $p = 0,6277$) (Tabelul 4.11., Figura 4.6.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = -0,10 (ÎÎ 95% [-0,43-0,25]), intervalul de încredere include 0, *efectul lipsește sau necesită un lot mai mare pentru a identifica acesta, efectul fiind mic.* Respectiv, interpretarea este rezervată. Probabil necesită timp pentru a modifica situația și mai mult. *Reieșind din datele obținute, scorul EQ5D nu a fost modificat în dinamică, sau efectul clinic este redus.*

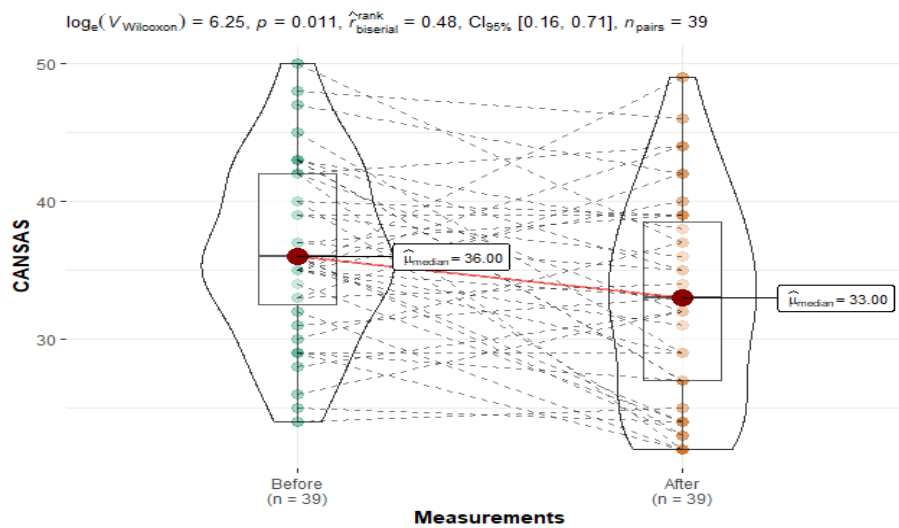


Fig. 4.6. Evaluarea comparativă CANSAS înainte (before) și după (after) o perioada de 18 luni (follow up). Boxplot, violin and jitters combination.

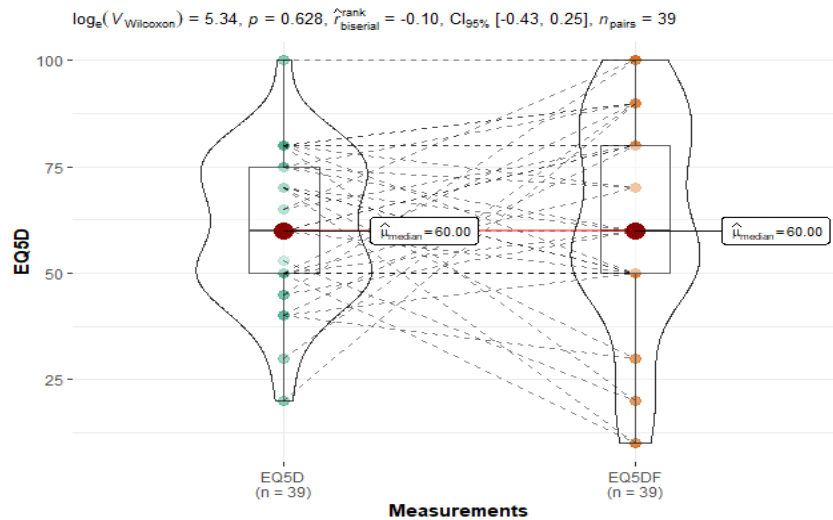


Fig. 4.7. Evaluarea comparativă EQ5D înainte (EQ5D) și după (EQ5DF) o perioadă de supraveghere (follow up).

Următoarele date elucidate sunt în urma evaluării la 18 luni a 39 de pacienți prin chestionarul WHODAS, care ne poate arăta dacă această perioadă petrecută în boală și servicii prestate acestora au agravat funcționalitatea sau au dus la dizabilitate (Tabelul 4.11.).

Tabelul 4.11. Statistica descriptivă pentru rezultatele follow-up la chestionarul WHODAS

Follow up	Min, Max	Media (Î 95%)	Deviația standard	Mediana (Î 95%)	Percentilă 25, Percentilă 75
Do1	0; 50	19,74 (13,91- 25,58)	17,99	15 (5-30)	5; 30
Do2	0; 50	16,35 (11,01-21,68)	16,45	12,5 (6,25-18,75)	0; 31,25
Do3	0; 60	13,08 (6,54-19,61)	20,15	0 (---)	0; 40
Do4	0; 83,33	30,77 (23,78-37,76)	21,56	41,67 (41,67-50)	8,33; 50
Do51	0; 100	24,36 (15,6-33,12)	27,03	10 (0-40)	0; 40
Do6	0; 83,33	24,68 (17,33-32,03)	22,67	20,83 (12,5-33,33)	0; 33,33
st_s32	0; 61,96	21,66 (15,84-27,47)	17,94	17,39 (13,04-26,09)	5,43; 34,78

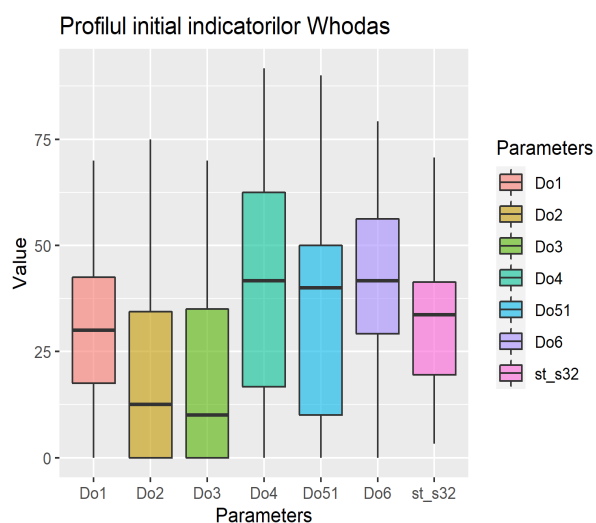


Fig. 4.8. Profilul pacienților cu dereglări mintale severe înainte de intervenție și includere în serviciul de sănătate mintala conform chestionarului WHODAS.

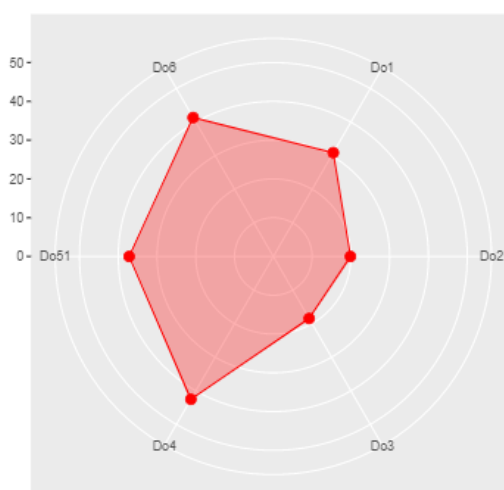


Fig. 4.9. Profilul pacienților cu dereglări mintale severe înainte de intervenție și includere în serviciul de sănătate mintala conform chestionarului Whodas.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do1 a arătat reducerea scorului (Mediana 15, IQR = 25 comparativ cu Mediana 30. IQR = 40,5), diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 520,5$, $p = 0,003$) (Figura 4.10.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank

biserial = 0,56 (IÎ 95% [0,26-0,77]) a fost estimată ca una mare, interpretarea fiind rezervată din cauza unui interval de încredere mare. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

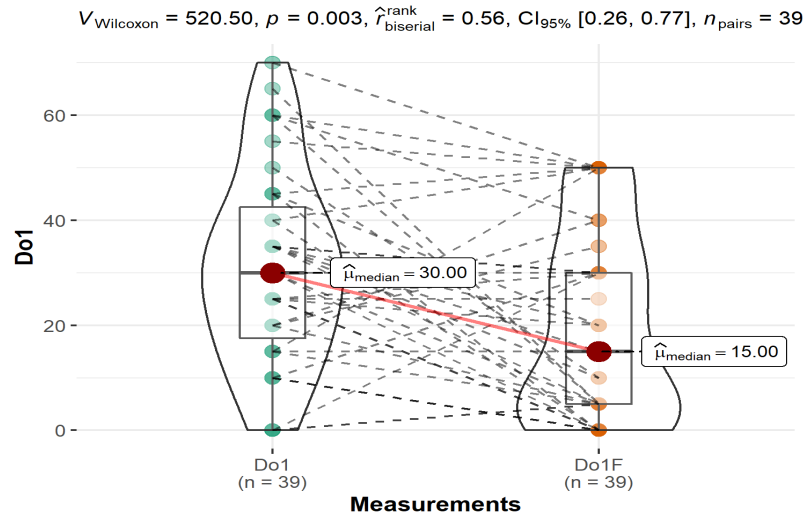


Fig. 4.10. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do1.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do2 a arătat scorul la același nivel (Mediana 12,5, IQR = 31,25 comparativ cu Mediana 12,5, IQR = 40), diferența fiind una nesemnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 315,5, p = 0,339$) (Figura 4.11.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,20 (IÎ 95% [-0,22-0,55]) a fost estimat ca una redusă. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic nu este unul semnificativ.*

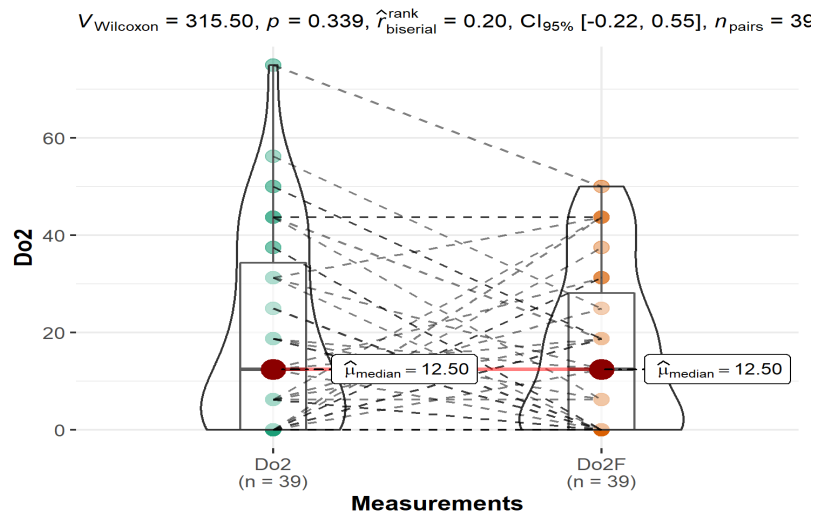


Fig. 4.11. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do2.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do3 a arătat reducerea scorului (Mediana 0, IQR = 40 comparativ cu Mediana 10, IQR = 45), diferența fiind una ne semnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 2405$, $p = 0,220$) (Figura 4.12.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,27 (Î 95% [-0,16-0,61]) a fost estimată ca una redusă. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic nu este unul semnificativ.*

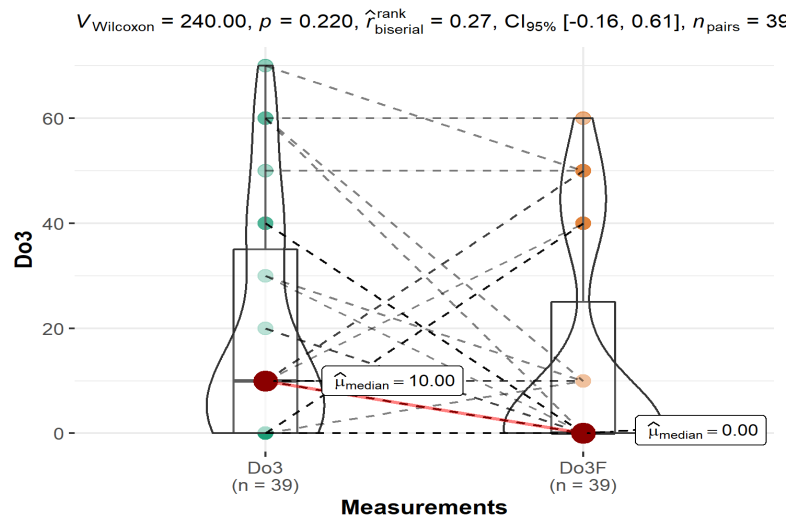


Fig. 4.12. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do3.

Evaluarea comparativă în dinamica valorilor Do4 a arătat reducerea scorului (Mediana 41,67, IQR = 43,66 comparativ cu Mediana 41,67, IQR = 50). diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 520,5$. $p = 0,023$) (Figura 4.13.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,48 (Î 95% [0,15-0,771]) a fost estimată ca una medie, interpretarea fiind rezervată din cauza unui interval de încredere mare. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

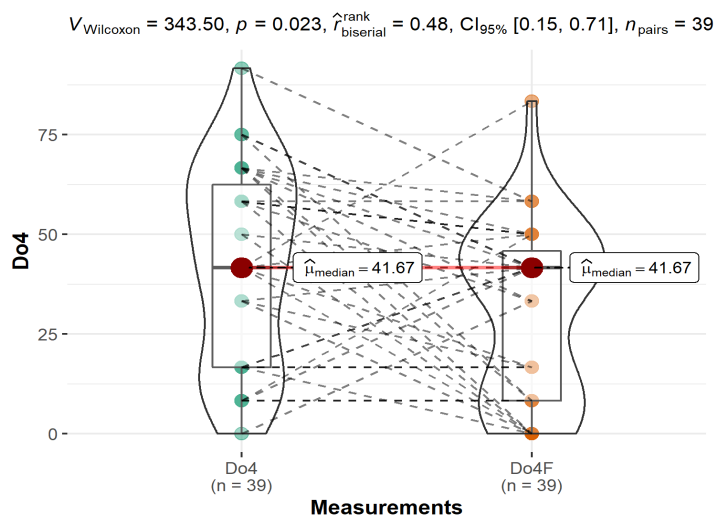


Fig. 4.13. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do4.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do51 a arătat reducerea scorului (Mediana 10, IQR = 40 comparativ cu Mediana 40, IQR = 26), diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 423$, $p = 0,032$) (Figura 4.14). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,42 (Î 95% [0,05-0,69]) a fost estimată ca una medie, interpretarea fiind rezervată din cauza unui interval de încredere mare. Probabil necesita timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitatea foarte mare efectul clinic este un semnificativ.*

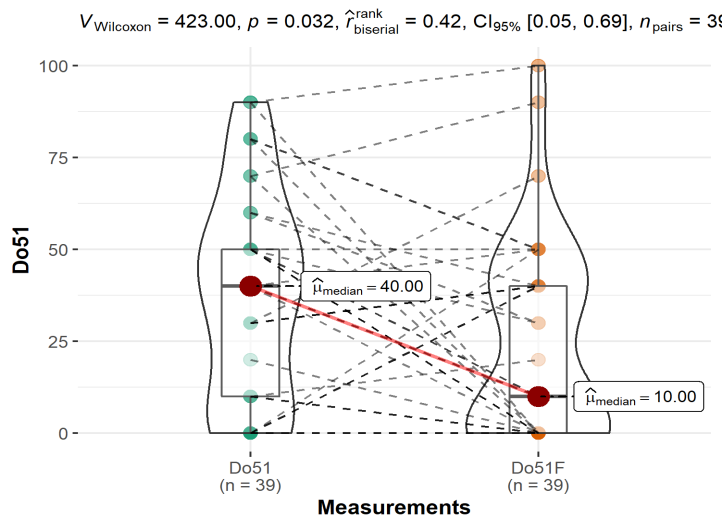


Fig. 4.14. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do51.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do6 a arătat reducerea scorului (Mediana 20,83, IQR = 33,33 comparativ cu Mediana 41,67, IQR = 28), diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test. $V = 554$, $p = 9,26e^{-5}$) (Figura 4.15.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,76 (Î 95% [0,56-0,88]) a fost estimată ca una mare. Probabil necesita timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

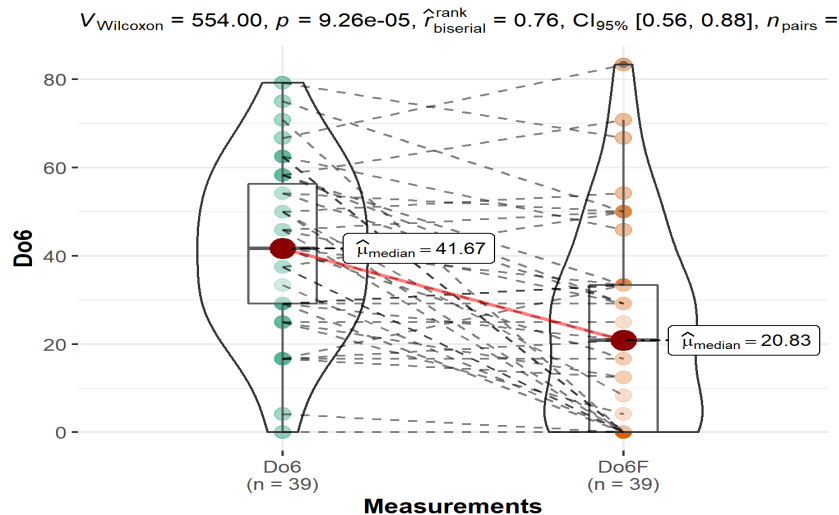


Fig. 4.15. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do6.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor st_s32 a arătat reducerea scorului (Mediana 17,39, IQR = 19,5 comparativ cu Mediana 33,7, IQR = 18). diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test. $V = 602$, $p = 0.003$) (Figura 4.16.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,54 (Î 95% [0,24-0,75]) a fost estimată ca una medie. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

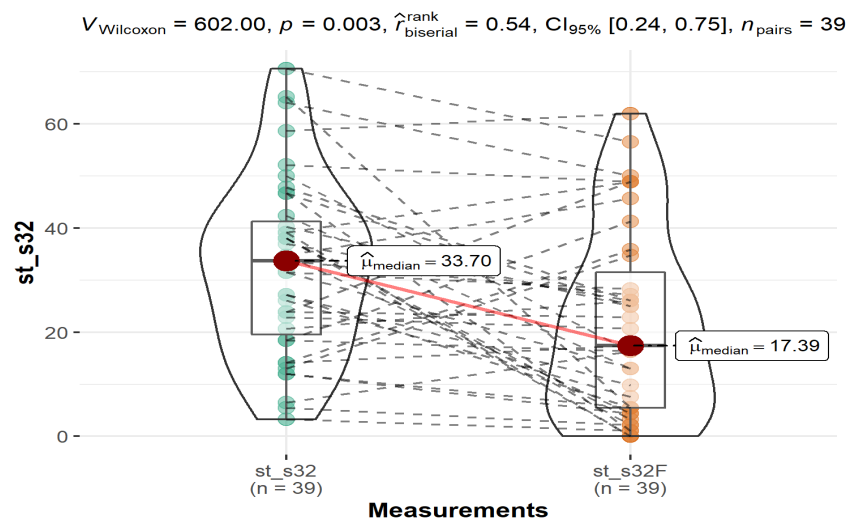


Fig. 4.16. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea st_s32.

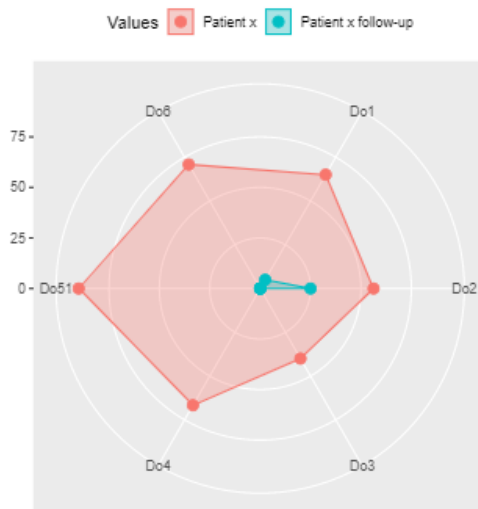


Fig. 4.17. Starea initiala (roz) și follow-up (verde) 18 luni a pacientului x după intervenție și includere în serviciul de sănătate mintală conform chestionarului Whodas.

4.5 Concluzii la capitolul 4

1. Cercetarea a inclus 49 (51%, Î 95% [41,1-60,9]) de respondenți din zona rurală și 47 (49%, Î 95% [39,1-58,9]) de respondenți din zona urbană. Evaluarea comparativă (Fisher's Exact Test) a frecvențelor relative din structura managementului în zone diferite nu evidențiat diferențe semnificative.
2. Valoarea maxima a demonstrat Diagnostic [F29] toate (n = 32) – **Psihoză non-organică nespecifică**, ceea ce a constituit practic o pătrime din toate cazurile (24,1%, Î 95% [17,4-31,8]) depistate. *Acest diagnostic de multe ori este stabilit la prima adresabilitate a unui pacient în psihoză și care nu întrunește criteriile unei TMS.* Urmează o grupă de patologii frecventă relativ, care a depășit 10%: Diagnostic [F32.x] – **Episod depresiv** - (n = 18, 13,5%, Î 95% [8,5-20,1]), Diagnostic [F20.9] – **Schizofrenie nespecificată** - (n = 16, 12,0%, Î 95% [7,3-18,4]), Diagnostic [F33.x] – **Tulburare depresivă recurentă** - (n = 14, 10,5%, Î 95% [6,2-16,6]). Frecvența relativă mai puțin de 10% a constituit Diagnosticul [F23] – **Tulburare psihotică acută polimorfă fără simptom de schizofrenie** - (n=11, 8.3%, Î 95% [4,5-13,9]) și Diagnostic [F25.0/F25.1] – **Tulburare schizoafectivă** - (n = 8, 6,0%, Î 95% [2,9-11,0]).
3. Divizarea coortei în funcție de genul biologic arata ca la femei valoarea absoluta a vârstei a fost mai mare comparativ cu bărbați (Mediana 37.5, IQR = 24 comparativ cu Mediana 36, IQR = 24), diferențele depistate nefiind semnificative (Wilcoxon rank sum test, W = 2155, p = 0,1906). Analiza distribuției unităților nosologice în funcție de genul biologic nu a evidențiat asocierile, în fond distribuția este în limitele prevalenței la nivel mondial.
4. În studiului respectiv, tratamentul medicamentos predomina, preparatele **antipsihotice** având cea mai mare frecvența (84 de cazuri din 133 de respondent, 63,2%, Î 95% [54,7-71,0]). Pe locul doi ca frecvență au fost plasate preparatele **tranchilizante** și preparate **antidepresante**, o treime din participanți beneficiind de tratamentul respectiv (33,8%, Î 95% [26,2-42,2] și 33,1%, Î 95% [25,5-41,4], respectiv). **Psiholog și Psihoterapie** au prezentat frecvențe relative scăzute (27 și 26 de cazuri din 133 de participant, locul 5-6 după valori absolute), adică fiecare al cincilea respondent beneficiază de serviciile

menționate. Ce ține de consiliere și ergoterapie, acestea au fost aplicate doar la 19 pacienți (14,3%, ÎI 95% [9,1-21,0]) și 6 pacienți (4,5%, ÎI 95% [1,9-9,1]), respectiv.

5. Dezechilibrul s-a constatat, chiar și în cadrul centrelor reformate, și ne pune să mergem spre armonizarea managementului, indicatorii optimali fiind tratament medicamentos: tratament nemedicamentos în relație de 1:1, accentul fiind pus pe psihoterapie, consiliere psihologică și ergoterapie.
6. Interiorizarea stigmatizării publice de către persoanele cu boli mintale grave poate duce la autostigmatizarea, care dăunează stima de sine, autoeficacității și împuternicirii cu Scala Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) constată **conștientizarea** stereotipului vis-a-vis de boala mintală la o medie de 25, maxima fiind 36, iar secțiunea despre **acordul** față de stigma în sănătate mintală este de 20, care la fel denotă o cifră mai sus de medie.
7. Toate acestea ne demonstrează că la nivel de comunitate stigma față de persoanele cu probleme de sănătate mintală este destul de mare și necesită intervenții comunitare pentru diminuarea fenomenului.
8. Secțiunea despre **aplicarea** stereotipurilor asupra sinelui și **vătămarea** sinelui este de 12 și 13 care sunt niște cifre mici, luând în vedere că acești pacienți sunt la prima tangentă cu serviciile de sănătate mintală.
9. Datele pe care le-am obținut prin evaluarea pacienților primari cu TMS prin chestionarul WHODAS 2.0 ne arată un nivel scăzut de dificultate, deoarece boala încă nu le-a afectat funcționalitatea socială și nu exista nici o dizabilitate motorie.
10. Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor CANSAS a arătat reducerea scorului (Mediana 36, IQR = 10 comparativ cu 33, IQR = 11.5), diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test, $V = 520,5$, $p = 0,01093$, $p = 0,6277$). Mărimea efectului prin testul r rank biserial = 0,48 (ÎI 95% [0,16-0,71]) a fost estimată ca una moderată, interpretarea fiind rezervată din cauza unui interval de încredere mare. Probabil e necesar timp pentru a modifica scorul CANSAS și mai mult. Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.
11. Evaluarea comparativă în dinamica a valorilor EQ5D a arătat stabilitatea scorului (Mediana 60, IQR = 30 comparativ cu 60, IQR = 30), diferența fiind una nesemnificativă (Wilcoxon signed rank test, $V = 280,5$, $p = 0,6277$). Mărimea efectului estimat prin testul

r rank biserial = -0,10 (Î 95% [-0,43-0,25]), intervalul de încredere include 0, efectul lipsește sau necesita un lot mai mare pentru a identificarea acestora, efectul fiind mic.

12. Respectiv, interpretarea chestionarului EQ5D este rezervată. Probabil necesită timp pentru a modifica situația și mai mult. Reieșind din datele obținute, scorul EQ5D nu a fost modificat în dinamică, sau efectul clinic este redus.
13. Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor WHODAS, adică gradul de dizabilitate a arătat reducerea scorului (Mediana 17,39, IQR = 19,5 comparativ cu Mediana 33,7, IQR = 18) diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test. $V = 602$, $p = 0,003$). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,54 (Î 95% [0,24-0,75]) a fost estimată ca una medie.
14. Este nevoie de timp pentru a modifica scorul WHODAS și mai mult. Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ și la o intervenție comunitară bazată de reabilitare dizabilitatea la un an și jumătate încă nu este pronunțată.

5. PROTOCOL DE REABILITARE ȘI INTEGRARE PSIHOSOCIALĂ A PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE SEVERE

5.1 Opțiuni de reorganizare a sistemului de sănătate mintală și intervențiilor de reabilitare la nivel de comunitate pentru persoanele cu TMS

Opțiunile noi propuse în continuare sunt în măsură să soluționeze problema, în special cauzele acesteia, să amelioreze situația nesatisfăcătoare din domeniu și să atingă obiectivele stabilite mai sus. Numărul opțiunilor noi propuse a fost limitat în baza unei analize generale a constrângerilor financiare și tehnice, după cum urmează:

- sursele financiare limitate în cadrul fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;
- resursele umane calificate și experimentate concentrate în Chișinău;
- reforma asistenței medicale primare aprobată prin Legea nr. 191 din 27.07.2018, publicată la 24.08.2018 în Monitorul Oficial nr. 321-332, și care urmează a fi reglementată definitiv până la 24 noiembrie 2018;
- experiența anterioară de succes privind delimitare/separarea asistenței medicale primare de la spitalele raionale începând cu anul 2008, prin crearea Centrelor Medicilor de Familie și a Centrelor de Sănătate autonome;
- experiența de instituire cu succes a Centrului național de asistență medicală urgentă prespitalicească în 2015, prin reorganizarea și fuziunea stațiilor zonale și dezmembrare (separare) lor de la alte instituții medico-sanitare publice, inclusiv Agenției Naționale pentru Sănătate Publică în 2017.

Reieșind din obiectivele stabilite de Organizația Mondială a Sănătății, prioritățile reformei serviciilor comunitare de sănătate mintală, cu opțiunile noi propuse și analizate mai jos, în continuare rămân a fi orientate spre: dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală; dezinstituționalizarea și reabilitarea psihosocială; schimbarea accentelor de la polul spitalicesc spre cel extra-spitalicesc; transferul de la tratament la prevenirea problemelor de sănătate mintală; etc.

Opțiunile sunt propuse pentru îmbunătățirea serviciului care are la bază modelul de management al tulburărilor mintale prin abordarea multidisciplinară - Flexible Assertive Community Treatment (FACT), implementat în Marea Britanie, Olanda și în țări cu venituri mici și medii, cum ar fi Muntenegru. Acest modelul FACT include îngrijirile orientate spre recuperare prin acordarea asistenței medicale comunitare și spitalicească integrate, aplicând medicina bazată pe dovezi. Modelul

FACT pune accent pe sprijinul reciproc, implicarea individuală și suport la angajarea în câmpul muncii și intervenții la nivel de familie.

La nivel global și în special în Europa în ultimii 30 de ani s-au înregistrat importante reforme în sectorul general de sănătate și în sectorul sănătății mintale. Descentralizarea și reformele de finanțare a sănătății reprezintă cele două schimbări esențiale, care au îmbunătățit sistemele de sănătate mintală. Aceste 2 aspecte sunt foarte importante pentru sănătatea mintală, deoarece este un imperativ al timpului necesitatea de a finanța adecvat serviciile comunitare de sănătate mintală și de a descentraliza gestionarea acestora prin transferul responsabilității pentru prestare a serviciilor calitative și sigure de la structurile centrale la cele locale.

Urmare celor menționate mai sus, ca un element comun în toate opțiunile analizate mai jos este instituirea unei instituții cu denumirea de Centrul Național de Sănătate Mintală (CNSM) autonom, ca entitate juridică separată de Spitalul Clinic de Psihiatrie, dar în subordinea Ministerului Sănătății. Astfel, va fi creat un singur organ de promovare, monitorizare, evaluare și dezvoltare a serviciului de sănătate mintală cu competențe depline pentru prezentarea intereselor centrelor comunitare de sănătate mintală.

Schema de plată pentru performanța CCSM va fi posibil de implementat doar în cazul când CNSM și CCSM nu vor mai fi subordonate altor instituții (Spitalul Clinic de Psihiatrie și instituțiile de asistență medicală primară). Pentru a achita bonusurile în baza realizării indicatorilor de performanță este necesar mai întâi de egalat șansele tuturor CCSM și de uniformizat condițiile de activitate a lor.

CNSM autonom și scoaterea CCSM din subordinea medicinei de familie va asigura implicarea activă a societății civile și sectorului privat în dezvoltarea serviciului comunitar de sănătatea mintală, care vor fi susținuți și de partenerii internaționali de dezvoltare.

În contextul celor menționate anterior, mai jos sunt prezentate cele mai bune 3 opțiuni noi de soluționare a problemei, după ce au fost analizate o multitudine de alternative posibile. Prin cele 3 opțiuni noi, se va reuși înrădăcinarea piramidei organizaționale mixte optime a serviciului de sănătate mintală, recomandată de Organizația Mondială a Sănătății, prin care demonstrează clar că cel mai mare impact și cele mai mici investiții se obțin la nivelul primar și în special în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală (Figura 5.1.)

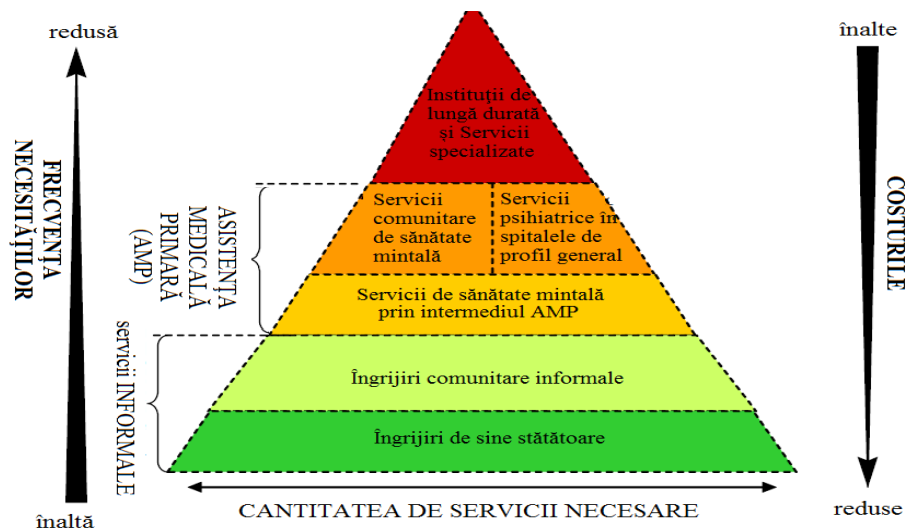


Fig. 5.1. Piramida optima de servicii de sănătate mintală recomandată de OMS (2007).

În virtutea ultimei declarații privind asistența medicală primară (AMP), de la Astana, serviciile specializate comunitare de sănătate mintală trebuie să fie integrate în AMP. Aceasta nu înseamnă integrarea organizațională și/sau managerială în interiorul instituțiilor de asistență medicală primară, dar mai cu seamă integrarea la nivelul sistemului de referire, adică toate aceste servicii sunt prestate la un nivel.

Opțiunea 1. *Instituirea Centrului Național de Sănătate Mintală ca entitate juridică separată având în componența sa toate cele 40 Centre Comunitare de Sănătate Mintală.*

Serviciile specializate comunitare de sănătate mintală rămân a fi integrate în AMP. Aceasta nu înseamnă integrarea organizațională și/sau managerială în interiorul instituțiilor de asistență medicală primară, dar mai cu seamă integrarea la nivelul sistemului de referire, adică toate aceste servicii sunt prestate la un nivel. CNSM va fi instituit în subordinea Ministerului Sănătății și va activa în aceleași spații ca și în prezent. Centrele comunitare vor face parte din CNSM, dar amplasarea fizică va rămâne neschimbată.

Instituția nou creată va fi contractată de Compania Națională de Asigurări în Medicină, din sursele financiare destinate la moment pentru CCSM din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”.

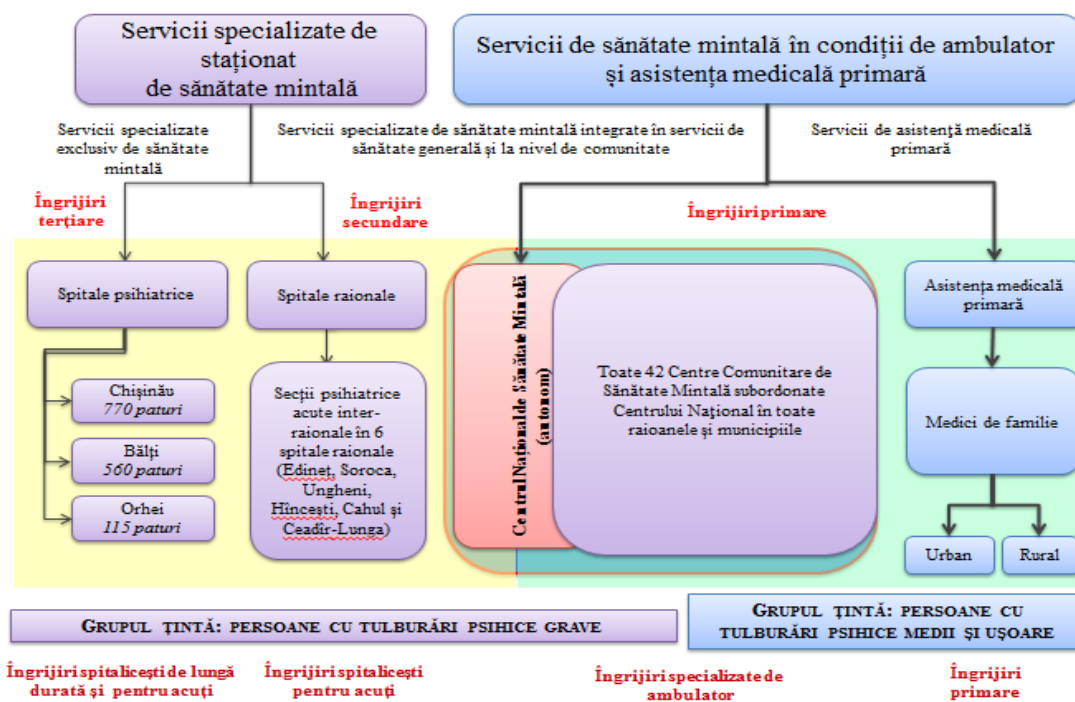


Fig. 5.2. Opțiunea nr. 1 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.

Descriere: Opțiunea dată prevede instituirea unui Centru Național de Sănătate Mintală independent de Spitalul Clinic de Psihiatrie, care va întruni împreună toate cele 40 centre comunitare de sănătate mintală din țară în cadrul său, ultimele fiind separate (dezmembrate) de la instituțiile de asistență medicală primară.

Astfel, va fi creat o structură omogenă și bine organizată la nivel național al serviciului comunitar de sănătate mintală, care va gestiona uniform pe tot teritoriul țării centrele comunitare de sănătate mintală din subordinea sa și va asigura prestarea unor servicii calitative conform necesităților reale.

Urmare a fuziunii, patrimoniul actual, statele de personal stabilite în efectivul-limită și bugetele planificate pentru CNSM și centrelor comunitare publice de sănătate mintală vor fi transmise noului centru național instituit, acesta fiind succesorul de drepturi al instituțiilor care fuzionează.

Personalul angajat la centrele care fuzionează se transferă în Centrul Național de Sănătate Mintală, cu respectarea prevederilor legislației muncii, fiind asigurată continuitatea funcționării Centrului nou-instituit.

Beneficii: Prin instituirea Centrului Național de Sănătate Mintală ca entitate juridică separată, dar în subordinea Ministerului Sănătății, va finaliza procesul de descentralizare a serviciului

comunitar de sănătate mintală și schimbarea paradigmei și accentelor de la polul spitalicesc spre cel extra-spitalicesc.

Fiind independent, CNSM va gestiona în mod autonom resurselor sale financiare, planificarea și organizarea asistenței medicale comunitare, inclusiv promovarea și dezvoltarea serviciilor integrate de sănătate mintală.

Instituirea CNSM autonom este realizată în scopul asigurării unui sistem de sănătate cost-eficient racordat la cerințele europene, în contextul reformării spitalelor, capabil să gestioneze eficient viitoarele investiții în serviciile comunitare de sănătate mintală.

Respectând principiile unei concurențe sănătoase, CNSM va intra în competiție pentru fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, având posibilitatea de a mări sursele financiare destinate serviciului comunitar de sănătate mintală din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”.

CNSM oferă un mecanism eficace de administrare a fondurilor și de planificare strategică pentru toate CCSM, indiferent dacă acestea dispun sau nu de capacități și competențe necesare.

La moment, majoritatea din cele 40 Centre Comunitare de Sănătate Mintală nu au experiență și resurse pentru a activa independent ca o entitate juridică autonomă, iar din aceste considerente și pentru a optimiza nivelul de cheltuieli, acestea vor trece din cadrul Centrelor de Sănătate de nivel raional în cadrul viitorului CNSM, care va asigura întreaga entitate cu servicii auxiliare (contabilitate, administrare, logistică, juridice, etc.).

Se va elimina abordarea neuniformă a politicilor și fragmentarea actuală a serviciului comunitar de sănătate mintală (CNSM în subordinea SCP; CCSM în cadrul CS), iar în rezultat se va reduce diferențele salariale și cheltuielile mari pentru întreținerea aparatului administrativ.

De asemenea, se vor reduce considerabil cheltuielile pentru aparatele administrative, dat fiind faptul că noua structură va avea un singur conducător, un serviciu unic de contabilitate, dar și restul serviciilor auxiliare (juridic, resurse umane, logistică, transport, etc.) comune pentru întreaga structură.

Astfel, opțiunea prevede crearea unui sistem comunitar de sănătate mintală instituțional funcțional, optimizat și consolidat, fiind încadrată perfect în reformele propuse de către comunitatea internațională și partenerii străini de dezvoltare pentru sistemul de sănătate.

Sunt respectate principiile regionalizării și optimizării instituțiilor medico-sanitare publice, care la moment se implementează în cadrul reformei sistemului de sănătate publică, fiind prevăzute și de conceptul de regionalizare a sectorului spitalicesc.

Neajunsuri: CCSM nu vor fi instituții independente, care să-și gestioneze singure patrimoniul și resursele financiare destinate prestării serviciilor comunitare de sănătate mintală.

CCSM nu vor avea contract direct cu CNAM și/sau cu alți furnizori de servicii, medicamente și consumabile medicale.

Pentru asigurarea implementării acestei opțiuni va fi necesară amendarea suplimentară a actelor normative, care reglementează aspectele de structură și activitate a Centrului național de sănătate mintală, Centrelor comunitare de sănătate mintală și celelalte acte normative care reglementează activitatea acestor instituții și care necesită a fi ajustate în conformitate cu reorganizările propuse.

Concentrarea funcțiilor administrative la nivelul CNSM practic stagnează dezvoltarea capacităților de gestionare a fondurilor și planificare strategică la nivel raional. Astfel, această opțiune nu stimulează inițiativa la nivelul CCSM, de exemplu pentru elaborarea planurilor de activitate instituțională conform necesităților reale din teritoriu, chiar și a inițiativelor comunitare.

Impact administrativ: Pentru reorganizarea propusă în această opțiune va fi nevoie de instituit prin Hotărâre de Guvern noul Centru național de sănătate mintală, ca o entitate juridică separată în subordinea Ministerului Sănătății, iar în termen de maxim 2 luni se vor realiza următoarele măsuri de rigoare:

- să se stabilească structura organizatorică și să se desemneze conducătorul;
- să se propună Guvernului spre aprobare modificările de rigoare la Regulamentul-cadrul al CCSM, aprobat prin HG nr. 55 din 30.01.2012;
- să se propună MSMPS spre aprobare: (i) structura și efectivul-limită; și (ii) regulamentul noului centru național, prin modificările necesare la Ordinul nr. 591 din 20.08.2010 “Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din RM”, precum și la celelalte acte normative, care reglementează activitatea centrului național și care necesită a fi ajustate în conformitate cu reorganizările propuse;
- să se aprobe statele de personal pentru noul centru național autonom;
- să se angajeze prin cumul și/sau transfer cât de curând posibil specialiștii non-medicali din departamentul administrativ (în jurisprudență, în contabilitate, în resurse umane, etc.) pentru a implementa în termen și corect toate măsurile ce țin de instituire noului centru național și fuziunile ce urmează;

- fuziunea Centrului național și celor 40 centre comunitare publice de sănătate mintală, conform prevederilor regulamentului cu privire la modul de transmitere a întreprinderilor, organizațiilor, instituțiilor de stat, a subdiviziunilor lor, clădirilor, edificiilor, mijloacelor fixe și altor active, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 688 din 09.10.1995. Urmare a fuziunii, patrimoniul actual, statele de personal stabilite în efectivul-limită și bugetele planificate pentru centrul național și centrelor comunitare publice de sănătate mintală vor fi transmise noului centru național instituit, acesta fiind succesorul de drepturi al instituțiilor care fuzionează;
- să se preavizeze personalul centrelor comunitare actuale cu privire la reorganizare și transfer, conform prevederilor legislației muncii. Adică, personalul angajat la moment în cadrul CNSM și CCSM, care vor fuziona se transferă în Centrul Național de Sănătate Mintală autonom nou instituit, cu respectarea prevederilor legislației muncii, fiind asigurată continuitatea funcționării Centrului nou-instituit.;
- să se organizeze ședințe de informare, privind instituirea noului centru național cu filialele sale, pentru spitalele cu paturi psihiatrice, centrele de sănătate de nivel raional, centrele comunitare de sănătate mintală, structurile teritoriale de asistență socială;
- să se negocieze și semneze contractul cu CNAM pentru finanțarea serviciilor comunitare de sănătate mintală din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”.

Monitorizarea și coordonarea întregului proces de instituire a Centrului național cu filialele sale în teritoriu urmează a fi realizată de Direcția politici în asistența medicală primară, urgentă și comunitară, cu suportul proiectului „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova”.

Impact economic și asupra emigrației: Opțiunea nu reduce disponibilitatea sau mărirea costurilor de prestare a serviciilor comunitare de sănătate mintală și va avea un efect pozitiv asupra mediului de prestări de servicii comunitare de sănătate mintală odată cu utilizare mai eficientă a resurselor limitate și micșorarea costurilor directe și indirecte, care vor micșora costurile totale suportate de prestatori. Delimitarea CCSM de medicii de familie nu va schimba negativ modul în care se oferă serviciile comunitare de sănătate mintală, gama și calitatea acestora, dar va crește chiar viabilitatea financiară a prestatorilor existenți la moment. CNSM va concura cu alte instituții medicale pentru fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, având posibilitatea de a mări sursele

financiare destinate serviciului comunitar de sănătate mintală din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”.

În cazul în care CNSM va fi entitatea direct responsabilă de promovarea și dezvoltarea serviciului comunitar de sănătate mintală atunci se va intensifica și formarea, reprofilarea și pregătirea cadrelor specializate în prestarea serviciilor comunitare de sănătate mintală din rândurile medicilor, asistentelor medicale, asistentelor sociali, etc. Acest fapt va oferi acestor specialiști oportunitatea de a rămâne și de a activa în țară și chiar în localitatea natală. Astfel se va reduce numărul de medici, asistente medicale, asistente sociale, etc. care vor pleca peste hotarele țării/localității de domiciliu în căutarea unui loc mai bine plătit. Crearea unor funcții noi în cadrul CCSM pentru a completa echipele multidisciplinare va necesita și personal nou. Astfel, necesitatea neacoperită în servicii comunitare de sănătate mintală și procesul de formarea și reprofilare a cadrelor specializate va permite acestora să beneficieze de un loc de muncă sigur și plătit sau să înceapă o activitate pe cont propriu în localitatea natală.

Impactul social: Persoane cu tulburări mintale și de comportament de cele mai dese ori fac parte din contingentul vulnerabil (ex: copii, bătrâni, săraci, etc.), iar apropierea serviciilor comunitare de sănătate mintală va crește accesibilitatea, inclusiv cea financiară, și adresabilitatea anume acestor grupuri, care din lesne motive (distanța mare, stigmatizarea, lipsa surselor financiare sau chiar a autonomiei fizice) mult mai rar apelează la servicii medicale specializate de sănătate mintală.

Nemijlocit impact asupra sărăciei nu este, pe motiv că opțiunile nu țin de creșterea bunăstării economice a regiunii sau a țării, dar dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală va avea un impact pozitiv major și asupra persoanelor sărace, care din cauza sărăciei se adresează mai rar și, respectiv, beneficiază mai puțin de servicii medicale în cadrul centrelor de sănătate.

Riscurile și incertitudinile: Rezistența și/sau viziunile opuse din partea autorităților publice centrale (Guvern, MS, CNAM, etc.), cu referire la organizarea și finanțarea sistemului de sănătate, ar putea periclita și chiar anula procesul de instituire a noului Centru național de sănătate mintală. Rezistența din partea personalului noului centru instituit, din motivul majorării volumului de lucru, ar putea reduce nivelul de ocupare a funcțiilor în cadrul viitorului centru.

Motivarea redusă și exodul personalului medical (superior și mediu) calificat ar putea crea inechitate și reduce accesibilitatea la serviciile comunitare de sănătate mintală în regiunile/raioanele respective. Rezistența a instituțiilor de asistență medicală primară ar putea prelungi procesul de dezmembrare (separare) a CCSM și de fuzionare a lor în cadrul noului centru instituit sau a alocării

de spații necesare. Rezistența și teama personalului medical din cadrul CCSM de a nu pierde din salarizare, ar putea agrava nivelul scăzut de asigurare cu cadre medicale și, respectiv, prelungirea procesul de dezmembrare (separare) a CCSM și de fuzionare a lor în cadrul noului centru instituit. În cazul transferului surselor financiare de la CNAM către CNSM, ar putea crește riscul repartizării neechitabile și nejustificate a banilor în cadrul întregii rețele comunitare de sănătate mintală.

Opțiunea 2. Instituirea Centrului Național de Sănătate Mintală și a celorlalte 40 Centre Comunitare de Sănătate Mintală ca entități juridic separate (+1 privat), iar ultimele subordonate organizator metodic primului.

Serviciile specializate comunitare de sănătate mintală rămân a fi integrate în AMP. Aceasta nu înseamnă integrarea organizațională și/sau managerială în interiorul instituțiilor de asistență medicală-primară, dar mai cu seamă integrarea la nivelul sistemului de referire, adică toate aceste servicii sunt prestate la un nivel.

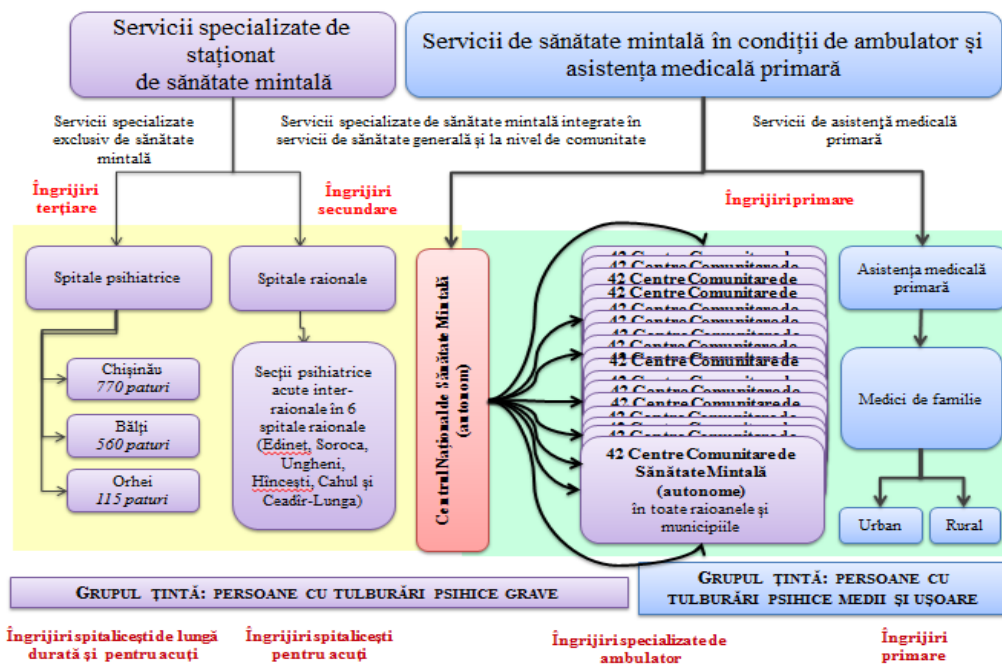


Fig. 5.3. Opțiunea nr. 2 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.

Opțiunea nr. 2 prevede instituirea unui Centru Național de Sănătate Mintală autonom, independent de Spitalul Clinic de Psihiatrie, și a altor 40 centre comunitare de sănătate mintală

autonome, ultimele fiind separate (dezmembrate) de la instituțiile de asistență medicală primară și subordonate doar organizator metodic primului.

Centrul național va fi instituit în subordinea Ministerului Sănătății și va activa în aceleași spații ca și în prezent.

Cele 40 Centre comunitare vor fi instituite în toate raioanele și municipiile țării, iar ca fondator va fi Administrația Publică Locală de nivelul II-i, fiind păstrată amplasarea în incinta spațiilor pe care le ocupă la moment. Printr-un proces asemănător s-a trecut în perioada 2007-2008 când a fost delimitată asistența medicală primară de cea spitalicească în raioane și s-au creat Centrele Medicilor de Familie în fiecare raion.

Instituțiile nou create vor fi contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină din sursele financiare ale sub-programului „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”. Astfel, va fi creat un sistem de instituții medicale autonome la nivel național pentru serviciul comunitar de sănătate mintală, care vor presta servicii medicale uniforme pe tot teritoriul țării conform necesităților reale. Urmare a fuziunii, patrimoniul actual, ștatele de personal stabilite în efectivul-limită și bugetele planificate pentru centrul național și centrelor comunitare publice de sănătate mintală vor fi transmise noului centrul național instituit și celor 40 centre comunitare autonome, acestea fiind succesorii de drepturi ale instituțiilor nou-create. Personalul angajat la moment se transferă la Centrele comunitare și Centrul național, cu respectarea prevederilor legislației muncii, fiind asigurată continuitatea funcționării lor.

Beneficii: Decentralizarea funcțiilor administrative la nivelul CCSM favorizează dezvoltarea capacităților de gestionare a fondurilor și planificare strategică la nivel raional. Această opțiune stimulează inițiativa la nivelul CCSM, de exemplu pentru elaborarea planurilor de activitate instituțională conform necesităților reale din teritoriu, chiar și a inițiativelor comunitare. Sunt condiții uniforme și fără discriminare pentru toate CCSM autonome pe întreg teritoriul țării. Sistemul indicatorilor de performanță și-ar demonstra cu adevărat eficiența sa și ar crește calitatea serviciilor comunitare de sănătate mintală.

Neajunsuri: Nu toate CCSM dispun de capacități și competențe necesare, fapt ce ar lipsi unele raioane de serviciile comunitare de sănătate mintală. Va fi nevoie de angajat un număr mare de personal non-medical, fie el prin cumul și/sau prin transfer, pentru a asigura funcționarea aparatului administrativ din toate cele 40 centre noi create. Nu se vor respecta principiile regionalizării și optimizării instituțiilor medico-sanitare publice, care la moment se implementează în cadrul reformei

sistemului de sănătate publică, fiind prevăzute și de conceptul de regionalizare a sectorului spitalicesc. Teritoriul țării nu este acoperit uniform cu specialiști medicali și non-medicali calificați pentru a asigura buna funcționare a tuturor CCSM nou create și va fi nevoie de a acorda mult mai mult timp pentru suportul organizator metodic. Statutul de Fondator al Administrației Publice Locale de nivelul II-i al unor instituții medico-sanitare publice nu asigură susținerea financiară și finanțare dezvoltării infrastructurii și dotării cu dispozitive medicale. Centrele comunitare, care nu vor corespunde criteriilor aprobate de Minister pentru delimitare, vor rămâne în componența Centrelor de Sănătate la nivel raional și, astfel, vor crea situații ambigue atât la nivelul asistenței medicale primare, cât și la nivelul serviciului comunitar de sănătate mintală.

Impact administrativ: Pentru reorganizarea propusă la nivel central va fi nevoie de instituit până la 31.10.2018 prin Hotărâre de Guvern noul Centru național de sănătate mintală, ca o entitate juridică separată în subordinea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, iar în termen de maxim 2 luni se vor realiza următoarele măsuri de rigoare:

- să se stabilească structura organizatorică și să se desemneze conducătorul;
- să se propună Guvernului spre aprobare modificările de rigoare la Regulamentul-cadrul al CCSM, aprobat prin HG nr. 55 din 30.01.2012;
- să se propună MS spre aprobare: (i) structura și efectivul-limită; și (ii) regulamentul noului centru național, prin modificările necesare la Ordinul nr. 591 din 20.08.2010 “Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din RM”, precum și la celelalte acte normative care reglementează activitatea centrului și care necesită a fi ajustate în conformitate cu reorganizările propuse;
- să se aprobe ștatele de personal pentru noul centru național autonom;
- să se angajeze prin cumul și/sau transfer cât de curând posibil specialiștii non-medicali din departamentul administrativ (în jurisprudență, în contabilitate, în resurse umane, etc.) pentru a implementa în termen și corect toate măsurile ce țin de instituire noului centru național;
- instituirea noului Centrul Național de Sănătate Mintală, conform prevederilor regulamentulului cu privire la modul de transmitere a întreprinderilor, organizațiilor, instituțiilor de stat, a subdiviziunilor lor, clădirilor, edificiilor, mijloacelor fixe și altor active, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 688 din 09.10.1995.;

- să se preavizeze personalul centrului național cu privire la reorganizare și transfer, conform prevederilor legislației muncii;
- să se organizeze ședințe de informare privind instituirea noilor centre pentru spitalele cu paturi psihiatrice, centrele de sănătate de nivel raional, centrele comunitare de sănătate mintală, structurile teritoriale de asistență socială;
- să se negocieze și semneze contractele respective cu CNAM pentru finanțarea serviciilor comunitare de sănătate mintală din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”.

Tot la nivel central va fi nevoie de ținut cont de dorința personalului de a activa în condițiile de autonomie și de a aproba Criteriile pentru delimitarea juridică a Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală cu drept de persoană juridică, care vor prevedea cel puțin: (i) includerea în nomenclator; (ii) un numărul minim existent de medici și asistente care să activeze, inclusiv și capacitățile/formarea lor managerială; (iii) un număr recomandat de locuitori deserviți; (iv) eficacitatea economică existente și prognozată; și cel mai important (v) susținerea autorităților administrației publice locale și a centrelor de sănătate din raionul dat.

Ministerul Sănătății urmează să aprobe delimitarea juridică a serviciului comunitar sănătate mintală de la instituțiile de asistență medicală primară, cu fondarea Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală cu statut de persoană juridică, în conformitate cu nomenclatorul aprobat tot de Minister și respectând criteriile pentru delimitare. Structura, personalul scriptic al instituțiilor medico-sanitare publice nou create se aprobă în limita statelor existente la moment în cadrul CCSM din subordinea Centrelor de Sănătate.

La nivel raional după aprobarea delimitării urmează a fi realizate următoarele măsuri de rigoare de către autoritățile administrației publice locale raionale:

- să fondeze Instituții Medico-Sanitare Publice Centrul Comunitar de Sănătate Mintală;
- să aprobe Regulamentele instituțiilor nou create, conform Regulamentului-cadru;
- să desemneze în funcții de conducători interimari actualii șefi de CCSM, până la desemnarea pe bază de concurs, organizat conform legislației în vigoare, cu menținerea mărimii salariului de funcție;
- să organizeze transmiterea în administrarea instituțiilor nou create a activelor și pasivelor și a patrimoniului, care se află în gestiunea IMSP Centrul de Sănătate, inclusiv a clădirilor, edificiilor, spațiilor, rețelelor ingineresti și terenurilor aferente, potrivit bilanțului de repartitie, în comodat, conform legislației în vigoare.

La rândul său conducătorii noilor instituții vor asigura aprobarea la MS și înregistrarea Regulamentelor la oficiul teritorial al Agenției Servicii Publice, atribuirea codului fiscal al instituției, deschiderea conturilor bancare, încheierea contractelor de prestare a serviciilor medicale cu Compania Națională de Asigurări în Medicină și a contractelor cu agenții economici pentru livrarea mărfurilor și serviciilor, conform prevederilor legislației în vigoare. Responsabilitatea pentru executarea sarcinilor sus-menționate în termenii și în modul corespunzător, urmează a fi pusă în sarcina conducătorului actual al centrului național și șefii actuali ai CCSM. Direcțiile MS, Catedra de psihiatrie și proiectul „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova“, finanțat de Agenția Elvețiană de Dezvoltare și Cooperare, vor acorda tot suportul consultativ metodic necesar în vederea corespunderii organizării și activității centrelor cerințelor actelor normative în vigoare. Monitorizarea și coordonarea întregului proces de instituire a Centrului național și a centrelor comunitare în teritoriu urmează a fi realizată de Direcția politici în asistența medicală primară, urgentă și comunitară, cu suportul proiectului „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova“.

Impact economic și asupra emigrației: Opțiunea nu reduce disponibilitatea sau mărirea costurilor de prestare a serviciilor comunitare de sănătate mintală și va avea un efect pozitiv asupra mediului de prestări de servicii comunitare de sănătate mintală. Delimitarea CCSM de medicii de familie nu va schimba negativ modul în care se oferă serviciile comunitare de sănătate mintală, gama și calitatea acestora. Tot o dată se vor utiliza mai puțin eficient resursele limitate și se vor mări costurile directe și indirecte suportate de fiecare CCSM autonom în parte, fiind posibilă chiar reducerea viabilității financiare a prestatorilor existenți la moment, care beneficiază de sursele financiare destinate serviciului comunitar de sănătate mintală din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”. În cazul în care CNSM va fi entitatea direct responsabilă de promovarea și dezvoltarea serviciului comunitar de sănătate mintală atunci se va intensifica și formarea, reprofilarea și pregătirea cadrelor specializate în prestarea serviciilor comunitare de sănătate mintală din rândurile medicilor, asistentelor medicale, asistentelor sociali, etc. Acest fapt va oferi acestor specialiști oportunitatea de a rămâne și de a activa în țară și chiar în localitatea natală. Astfel se va reduce numărul de medici, asistente medicale, asistente sociale, etc. care vor pleca peste hotarele țării/localității de domiciliu în căutarea unui loc mai bine plătit. Crearea unor funcții noi în cadrul CCSM pentru a completa echipele multidisciplinare va necesita și personal nou. Astfel, necesitatea neacoperită în servicii comunitare de sănătate mintală și procesul de formarea și reprofilare a cadrelor specializate va permite acestora să

beneficieze de un loc de muncă sigur și plătit sau să înceapă și o activitate pe cont propriu în localitatea natală.

Impactul social: Persoane cu tulburări mintale și de comportament de cele mai dese ori fac parte din contingentul vulnerabil (ex: copii, bătrâni, săraci, etc.), iar apropierea serviciilor comunitare de sănătate mintală va crește accesibilitatea, inclusiv cea financiară, și adresabilitatea anume acestor grupuri, care din lesne motive (distanța mare, stigmatizarea, lipsa surselor financiare sau chiar a autonomiei fizice) mult mai rar apelează la servicii medicale specializate de sănătate mintală.

Nemijlocit impact asupra sărăciei nu este, pe motiv că opțiunile nu țin de creșterea bunăstării economice a regiunii sau a țării, dar dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală va avea un în impact pozitiv major și asupra persoanelor sărace, care din cauza sărăciei se adresează mai rar și, respectiv, beneficiază mai puțin de servicii medicale în cadrul centrelor de sănătate.

Riscurile și incertitudinile: Rezistența și/sau viziunile opuse din partea autorităților publice centrale (Guvern, MS, CNAM, etc.), cu referire la organizarea și finanțarea sistemului de sănătate, ar putea periclita și chiar anula procesul de instituire a noului Centru național de sănătate mintală și a celor 40 Centre comunitare de sănătate mintală. Rezistența din partea personalului noilor centre instituite, din motivul majorării volumului de lucru, ar putea reduce nivelul de ocupare a funcțiilor în cadrul acestora. Lipsa în teritoriu a contabililor și juriștilor, inclusiv cu motivarea redusă și exodul personalului medical (superior și mediu) calificat ar putea crea situații de neinstituire a centrelor comunitare, inclusiv inechitate și reducerea accesibilității la serviciile comunitare de sănătate mintală în raioanele respective. Rezistența instituțiilor de asistență medicală primară ar putea prelungirea procesul instituirea centrelor comunitare de sănătate mintală și/sau alocarea de spații. Rezistența și teama personalului medical din cadrul CCSM de a nu pierde din salarizare, ar putea agrava nivelul scăzut de asigurare cu cadre medicale și, respectiv, prelungi procesul de dezmembrare (separare) și instituire a CCSM. În cazul transferului surselor financiare de la CNAM către fiecare din cele 40 centre în parte, ar putea crește riscul deficiențelor în valorificarea și raportarea conform cerințelor a surselor financiare.

Opțiunea 3. Instituirea Centrului Național de Sănătate Mintală și a altor 13 Centre Comunitare Regionale de Sănătate Mintală ca entități juridic separate (+1 privat), iar ultimele subordonate organizator metodic primului.

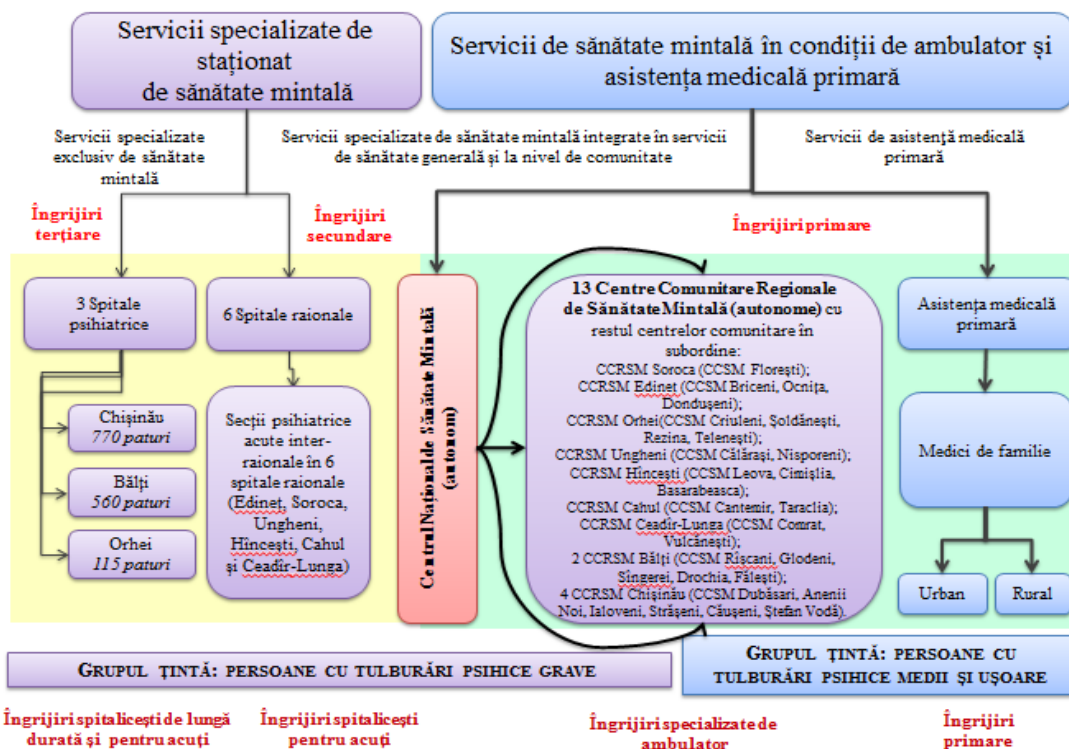


Fig. 5.4. Opțiunea nr. 3 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.

Opțiunea dată presupune instituirea unui Centru Național de Sănătate Mintală autonom, independent de Spitalul Clinic de Psihiatrie, și a altor 13 centre comunitare regionale de sănătate mintală autonome (CCRSM), ultimele fiind separate (dezmembrate) de la instituțiile de asistență medicală primară și subordonate doar organizator metodic primului. Serviciile rămân a fi integrate în AMP, dar nu organizațional și/sau managerial în interiorul CS, adică serviciile fiind prestate la un nivel. Cele 13 Centre comunitare regionale vor fi create analogic creării paturilor de psihiatrie pentru cazurile acute în spitalele raionale, iar celelalte centre comunitare, din raionale fără paturi vor intra în componența primelor. În municipiile Bălți și Chișinău numărul locuitorilor permite instituirea a 2 și, respectiv, mai multe Centre comunitare regionale.

Centrul Național va fi instituit în subordinea Ministerului Sănătății și va activa în aceleași spații ca și în prezent. Iar cele 13 Centre comunitare regionale vor fi instituite în raioanele și municipiile țării unde sunt paturi de psihiatrie și ca fondator va fi Administrația Publică Locală de nivelul II-i, fiind păstrată cu amplasarea în incinta spațiilor pe care le ocupă la moment. Printr-un proces asemănător s-a trecut în perioada 2016 când a fost reorganizată rețeaua de laboratoare a

serviciului de supraveghere de stat a sănătății publice, prin instituirea a 11 centre teritoriale cu laboratoare de performanță. Instituțiile nou create vor fi contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină din sursele financiare ale sub-programului „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu” destinate centrului comunitar regional și centrelor comunitare din subordine. Astfel, va fi creat un sistem regionalizat de instituții medicale autonome la nivel național în cadrul serviciului comunitar de sănătate mintală, care vor presta servicii medicale uniforme pe tot teritoriul țării conform necesităților reale din regiunile pe care le deservește împreună cu centrele comunitare din subordine. Urmare a fuziunii, patrimoniul actual, statele de personal stabilite în efectivul-limită și bugetele planificate pentru centrul național și centrele comunitare publice de sănătate mintală vor fi transmise noului centrul național instituit și, respectiv, celor 13 centre comunitare regionale autonome, acestea fiind succesorii de drepturi ale instituțiilor nou-create. Personalul angajat la moment se transferă la Centrele comunitare regionale și centrul național, cu respectarea prevederilor legislației muncii, fiind asigurată continuitatea funcționării lor.

Beneficii: Decentralizarea funcțiilor administrative la nivelul CCRSM favorizează dezvoltarea capacităților de gestionare a fondurilor și planificare strategică la nivel regional. Opțiunea stimulează inițiativa la nivelul CCRSM, de exemplu pentru elaborarea planurilor de activitate instituțională, conform necesităților reale din teritoriu. CCRSM oferă un mecanism eficace de administrare a fondurilor și de planificare strategică pentru câteva CCSM raionale, indiferent dacă acestea dispun sau nu de capacități și competențe necesare. Sunt respectate principiile regionalizării și optimizării instituțiilor medico-sanitare publice, care la moment se implementează în cadrul reformei sistemului de sănătate publică, fiind prevăzut și de conceptul de regionalizare a sectorului spitalicesc. La nivel regional se vor valorifica oportunitățile de colaborare cu spitalele raionale cu paturi psihiatrice și se va realiza regionalizarea deplină a serviciului comunitar de sănătate mintală. În cadrul centrului regional, care va fi amplasat în fostele centre județene, va fi ușor de angajat personal medical și non-medical calificat pentru buna funcționare a CCRSM cu celelalte centre comunitare în subordine.

Neajunsuri: Decentralizarea funcțiilor administrative doar la nivelul CCRSM stagnează dezvoltarea capacităților de gestionare a fondurilor și planificare strategică la nivelul fiecărui CCSM raional. Opțiunea nu stimulează inițiativa la nivel raional și s-ar putea axa pe centrul raional în care se află CCRSM. Nu toate CCRSM dispun în mod egal de capacități și competențe necesare, fapt ce ar crea unele avantaje și dezavantaje între regiuni, inclusiv pentru Administrația Publică Locală de nivel II-i, care va fi fondatorul instituțiilor nou create. Statutul de Fondator al Administrației Publice

Locale de nivelul II-i al unor instituții medico-sanitare publice nu asigură susținerea financiară și finanțare dezvoltării infrastructurii și dotării cu dispozitive medicale. Această situație va crea divergențe pentru unii fondatori, care vor fi nevoiți să finanțeze instituții, care deservește și alte raioane administrațiile cărora se vor eschiva de la conlucrare.

Impact fiscal: Cheltuielile totale anuale al opțiunii date constituie 30 130,8 mii MDL din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală:

Impact administrativ: Pentru reorganizarea propusă la nivel central va fi nevoie de instituit până la 31.10.2018 prin Hotărâre de Guvern noul Centru național de sănătate mintală, ca o entitate juridică separată în subordinea Ministerului Sănătății, iar în termen de maxim 2 luni se vor realiza următoarele măsuri de rigoare:

- să se stabilească structura organizatorică și să se desemneze conducătorul;
- să se propună Guvernului spre aprobare modificările de rigoare la Regulamentul-cadrul al CCSM, aprobat prin HG nr. 55 din 30.01.2012;
- să se propună MS spre aprobare: (i) structura și efectivul-limită; și (ii) regulamentul noului centru, prin modificările necesare la Ordinul nr. 591 din 20.08.2010 “Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din RM”, precum și la celelalte acte normative care reglementează activitatea centrului și care necesită a fi ajustate în conformitate cu reorganizările propuse;
- să se aprobe ștatele de personal pentru noul centru autonom;
- să se angajeze prin cumul și/sau transfer cât de curând posibil specialiștii non-medicali din departamentul administrativ (în jurisprudență, în contabilitate, în resurse umane, etc.) pentru a implementa în termen și corect toate măsurile ce țin de instituire noului centru și fuziunile ce urmează;
- instituirea noului Centru Național de Sănătate Mintală, conform prevederilor regulamentului cu privire la modul de transmitere a întreprinderilor, organizațiilor, instituțiilor de stat, a subdiviziunilor lor, clădirilor, edificiilor, mijloacelor fixe și altor active, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 688 din 09.10.1995.;
- să se preavizeze personalul centrului național cu privire la reorganizare și transfer, conform prevederilor legislației muncii;

- să se organizeze ședințe de informare privind instituirea noilor centre pentru spitalele cu paturi psihiatrice, centrele de sănătate de nivel raional, centrele comunitare de sănătate mintală, structurile teritoriale de asistență socială;
- să se negocieze și semneze contractele respective cu CNAM pentru finanțarea serviciilor comunitare de sănătate mintală din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”.

Tot la nivel central, Ministerul va fi nevoit să țină cont de dorința personalului de a activa în condițiile de autonomie regională și să aprobe delimitarea juridică a serviciului comunitar sănătate mintală de la instituțiile de asistență medicală primară, cu fondarea Centrelor Comunitare Regionale de Sănătate Mintală cu statut de persoană juridică, în conformitate cu nomenclatorul aprobat tot de Minister. Va fi necesară elaborarea și aprobarea unui regulament-cadru pentru Centrele comunitare regionale de sănătate mintală. Structura, personalul scriptic al instituțiilor medico-sanitare publice nou create se va aproba în limita statelor existente la moment în cadrul CCSM, care vor intra în componența viitorului Centru comunitar regional.

La nivel inter-raional, după aprobarea delimitării, urmează a fi realizate următoarele măsuri de rigoare a fi realizate de autorităților administrației publice locale raionale:

- să fondeze Instituții Medico-Sanitare Publice Centrul Comunitar Regional de Sănătate Mintală;
- să aprobe Regulamentele instituțiilor nou create, conform Regulamentului-cadru nou aprobat de Minister;
- să desemneze în funcții de conducători interimari actualii șefi de CCSM, până la desemnarea pe bază de concurs, organizat conform legislației în vigoare, cu menținerea mărimii salariului de funcție;
- să organizeze transmiterea în administrarea instituțiilor regionale nou create a activelor și pasivelor și a patrimoniului, care se află în gestiunea IMSP Centrul de Sănătate, inclusiv a clădirilor, edificiilor, spațiilor, rețelelor inginerești și terenurilor aferente, potrivit bilanțului de repartiție, în comodă, conform legislației în vigoare.

La rândul său conducătorii noilor instituții regionale vor asigura aprobarea la MSMPS și înregistrarea Regulamentelor la oficiul teritorial al Agenției Servicii Publice, atribuirea codului fiscal al instituției, deschiderea conturilor bancare, încheierea contractelor de prestare a serviciilor medicale cu Compania Națională de Asigurări în Medicină și a contractelor cu agenții economici pentru livrarea mărfurilor și serviciilor, conform prevederilor legislației în vigoare.

Responsabilitatea pentru executarea sarcinilor sus-menționate în termenii și în modul corespunzător, urmează a fi pusă în sarcina conducătorului actual al centrului național și șefii actuali ai CCSM. Direcțiile MS, Catedra de psihiatrie și proiectul „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova“, finanțat de Agenția Elvețiană de Dezvoltare și Cooperare, vor acorda tot suportul consultativ metodic necesar în vederea corespunderii organizării și activității centrului cerințelor actelor normative în vigoare.

Monitorizarea și coordonarea întregului proces de instituire a Centrului național și a celor regionale în teritoriu urmează a fi realizată de Direcția politici în asistența medicală primară, urgentă și comunitară, cu suportul proiectului „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova“.

Impact economic și asupra emigrației: Opțiunea nu reduce disponibilitatea sau mărirea costurilor de prestare a serviciilor comunitare de sănătate mintală și va avea un efect pozitiv asupra mediului de prestări de servicii comunitare de sănătate mintală. Delimitarea CCSM de medicii de familie nu va schimba negativ modul în care se oferă serviciile comunitare de sănătate mintală, gama și calitatea acestora.

Regionalizarea serviciului comunitar de sănătate mintală va asigura utilizarea mai eficientă a resursele limitate, dar s-ar putea mări costurilor directe și indirecte suportate de cele 13 CCRSM autonome, care au în subordine celelalte CCSM la nivel raional. CCRSM vor concura pentru fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, având posibilitatea de a mări sursele financiare destinate serviciului comunitar de sănătate mintală din „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”.

În cazul în care CNSM va fi entitatea direct responsabilă de promovarea și dezvoltarea serviciului comunitar de sănătate mintală atunci se va intensifica și formarea, reprofilarea și pregătirea cadrelor specializate în prestarea serviciilor de sănătate mintală din rândurile medicilor, asistentelor medicale, asistentelor sociali, etc. Acest fapt va oferi acestor specialiști oportunitatea de a rămâne și de a activa în țară și chiar în localitatea natală. Astfel se va reduce numărul de medici, asistente medicale, asistente sociale, etc. care vor pleca peste hotarele țării/localității de domiciliu în căutarea unui loc mai bine plătit.

Crearea unor funcții noi în cadrul CCSM pentru a completa echipele multidisciplinare va necesita și personal nou. Astfel, necesitatea neacoperită în servicii comunitare de sănătate mintală și procesul de formarea și reprofilare a cadrelor specializate va permite acestora să beneficieze de un loc de muncă sigur și plătit sau să înceapă și o activitate pe cont propriu în localitatea natală.

Impactul social: Persoane cu tulburări mintale și de comportament de cele mai dese ori fac parte din contingentul vulnerabil (ex: copii, bătrâni, săraci, etc.), iar apropierea serviciilor comunitare de sănătate mintală va crește accesibilitatea, inclusiv cea financiară, și adresabilitatea anume acestor grupuri, care din lesne motive (distanța mare, stigmatizarea, lipsa surselor financiare sau chiar a autonomiei fizice) mult mai rar apelează la servicii medicale specializate de sănătate mintală.

Nemijlocit impact asupra sărăciei nu este, pe motiv că opțiunile nu țin de creșterea bunăstării economice a regiunii sau a țării, dar dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală va avea un impact pozitiv major și asupra persoanelor sărace, care din cauza sărăciei se adresează mai rar și, respectiv, beneficiază mai puțin de servicii medicale în cadrul centrelor de sănătate.

Riscurile și incertitudinile: Rezistența și/sau viziunile opuse din partea autorităților publice centrale (Guvern, MS, CNAM, etc.), cu referire la organizarea și finanțarea sistemului de sănătate, ar putea periclita și chiar anula procesul de instituire a noului Centru național de sănătate mintală și a celor 13 Centre comunitare regionale de sănătate mintală.

Rezistența din partea personalului noilor centre instituite, din motivul majorării volumului de lucru, ar putea reduce nivelul de ocupare a funcțiilor în cadrul acestora. Iar motivarea redusă și exodul personalului medical (superior și mediu) calificat ar putea crea inechitate și reduce accesibilitatea la serviciile comunitare de sănătate mintală în regiunile respective.

Rezistența instituțiilor de asistență medicală primară ar putea prelungirea procesul instituire a centrelor comunitare regionale de sănătate mintală, în special la nivelul municipiului Chișinău, și/sau alocare de spații.

Rezistența și teama personalului medical din cadrul CCSM de a nu pierde din salarizare, ar putea agrava nivelul scăzut de asigurare cu cadre medicale și, respectiv, prelungirea procesul de dezmembrare (separare) și de instituire a CCRSM.

În cazul transferului surselor financiare de la CNAM către fiecare din cele 13 centre regionale în parte, ar putea crește riscul deficiențelor în valorificarea și raportarea conformă a surselor financiare, precum și a repartizării neechitabile a lor în cadrul rețelei comunitare regionale de sănătate mintală.

Opțiunea 4. Status Quo – Centrul Național de Sănătate Mintală subordonat Spitalului Clinic de Psihiatrie, iar Centrele Comunitare de Sănătate Mintală aflate în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară.

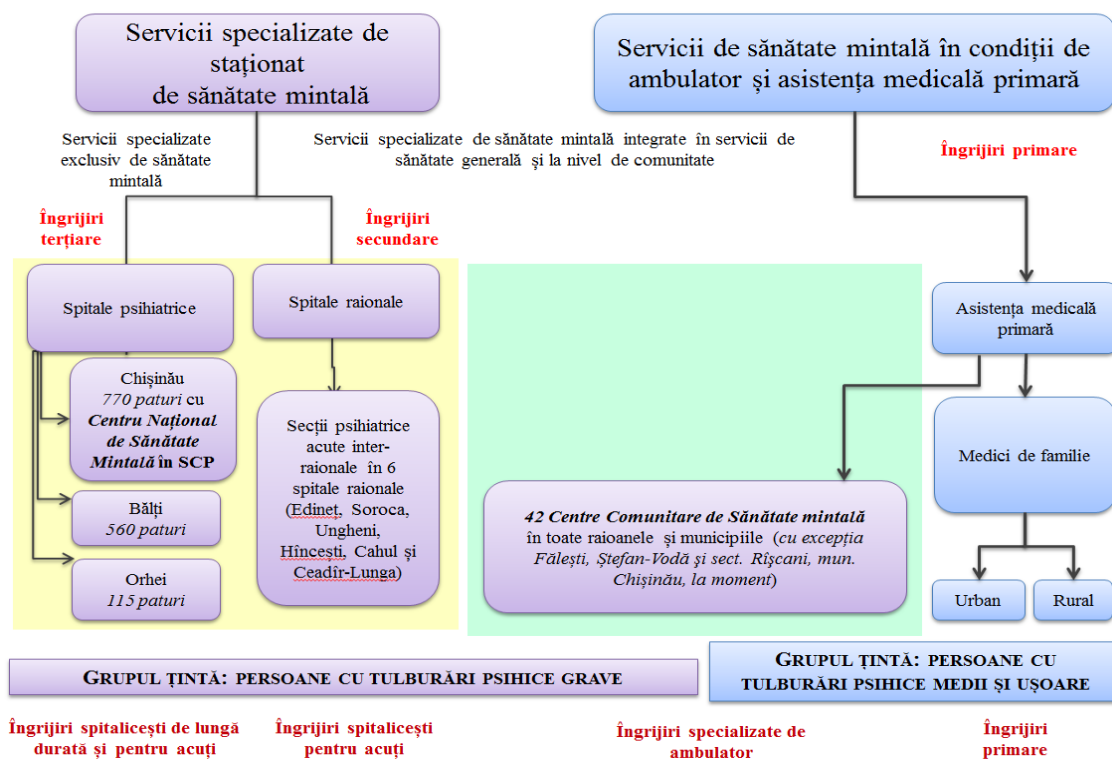


Fig. 5.5. Opțiunea nr. 4 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.

Opțiunea „Status Quo” presupune păstrarea stării actuale a lucrurilor, fără a întreprinde careva măsuri de ordin organizatoric, financiar și/sau de reglementare a activității Centrului Național de Sănătate Mintală și a Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală.

În acest caz, CNSM rămâne o entitate în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie, iar CCSM sunt și în continuare subordonate instituțiilor de asistență medicală primară de nivel raional și municipal.

Beneficii: Lipsa măsurilor și acțiunilor necesare pentru a fi întreprinse, inclusiv nu va fi necesitatea de a selecta și angaja personal non-medical nou (specialiști în jurisprudență, în contabilitate, în resurse umane, etc.) pentru instituțiile actuale, care prestează servicii comunitare de sănătate mintală.

Neajunsuri: Concentrarea funcțiilor administrative nici de cum nu dezvoltă capacitățile de gestionare a fondurilor și planificare strategică la nivel raional și sau regional. Reformarea asistenței medicale primare va afecta prestarea serviciilor comunitare de sănătate mintală și perspectivele de dezvoltarea a CCSM. Status Quo nu stimulează inițiativa la nivelul CCSM, de exemplu pentru elaborarea planurilor de activitate instituțională, conform necesităților reale din teritoriu, chiar și a

inițiativelor comunitare. Nu toate CCSM dispun de capacități și competențe necesare, fapt ce lipsește unele raioane de serviciile comunitare de sănătate mintală, iar în altele acestea sunt limitate. Greu este angajat numărul necesar de specialiști calificați, iar teritoriul țării nu este acoperit uniform cu resurse umane pentru a asigura buna funcționare a tuturor CCSM. Statutul de Fondator al Administrației Publice Locale de nivelul II-i al unor instituții medico-sanitare publice nu asigură susținerea financiară și finanțare dezvoltării infrastructurii și dotării cu dispozitive medicale. Practic la neajunsuri pot fi enumerate toate problemele menționate la analiza contextului actual din capitolele precedente.

Impact administrativ: Lipsa măsurilor și acțiunilor de întreprins nu presupune implicare agențiilor/organizațiilor (atât interne, cât și externe), care ar trebui să coopereze pentru a asigura implementarea acestei opțiuni. La moment, sunt prevăzute surse financiare disponibile în cadrul fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru implementarea opțiunii Status Quo.

Chiar și în aceste condiții va fi nevoie de mai multe resurse administrative pentru revizuirea și modificarea actelor normative ce reglementează asistența medicală primară și, respectiv, indirect serviciile comunitare de sănătate mintală. La moment sunt create mai multe grupuri de lucru multidisciplinare în acest scop, care deja muncesc la revizuirea legislației impusă de noua reformă a medicinei de familie.

Impact economic și asupra emigrației: Opțiunea nu reduce disponibilitatea sau mărirea costurilor de prestare a serviciilor comunitare de sănătate mintală, dar nu are nici efect pozitiv asupra mediului de prestări de servicii comunitare de sănătate mintală. Fără o autonomie a managementului financiar nu poate fi vorba nici de o utilizare mai eficientă a resurselor limitate cu micșorarea costurilor directe, indirecte sau totale suportate de prestatori.

Fără delimitarea CCSM de medicii de familie nu va crește viabilitatea financiară a prestatorilor existenți și s-ar putea schimba negativ modul în care se oferă serviciile comunitare de sănătate mintală, gama și calitatea acestora, în contextul dezvoltării liberei practici a medicului de familie.

Persistă tendința de intensificare a formării, reprofilării și pregătirii cadrelor specializate în prestarea serviciilor comunitare de sănătate mintală din rândurile medicilor, asistentelor medicale, asistentelor sociali, etc. Acest fapt va oferi acestor specialiști oportunitatea de a rămâne și de a activa în țară și chiar în localitatea natală. Astfel se va reduce numărul de medici, asistente medicale, asistente sociale, etc. care vor pleca peste hotarele țării/localității de domiciliu în căutarea unui loc mai bine plătit.

Crearea unor funcții noi în cadrul CCSM pentru a completa echipele multidisciplinare va necesita și personal nou. Astfel, necesitatea neacoperită în servicii comunitare de sănătate mintală și procesul de formarea și reprofilare a cadrelor specializate va permite acestora să beneficieze de un loc de muncă sigur și plătit sau să înceapă și o activitate pe cont propriu în localitatea natală.

Impactul social: Persoane cu tulburări mentale și de comportament de cele mai dese ori fac parte din contingentul vulnerabil (ex: copii, bătrâni, săraci, etc.), iar menținerea la nivelul actual al serviciilor comunitare de sănătate mintală nu va crește accesibilitatea și adresabilitatea anume acestor grupuri vulnerabile.

Însăși principiul liberei practici presupune orientarea spre contingentele mai profitabile de pacienți, fapt ce ar avea un impact negativ asupra păturilor vulnerabile ale populației.

Riscurile și incertitudinile: Menținerea status quo majorează riscul neatingerii unei situații satisfăcătoare și a obiectivelor stabilite la nivel internațional în privința sănătății mintale, fapt ce ar putea reduce încrederea și implicarea partenerilor internaționali de dezvoltare. Lipsa unui Centrului Național de Sănătate Mintală separat de Spitalul Clinic de Psihiatrie riscă să stopeze definitiv descentralizarea serviciului comunitar de sănătate mintală și fără schimbarea accentelor de la spitale spre sectorul extra-spitalicesc. Lipsa gestionării în mod autonom resurselor financiare destinate serviciilor comunitare de sănătate mintală reduce dramatic posibilele oportunități de investiții în serviciile comunitare de sănătate mintală. Iar planificarea și organizarea asistenței medicale comunitare, inclusiv promovarea și dezvoltarea serviciilor integrate de sănătate mintală, riscă să reducă cost-eficiența serviciului. Situația actuală favorizează lipsa de competiție reală între sectorul spitalicesc și serviciile comunitare pentru fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, situație care mărește riscul alocării neargumentate de surse financiare.

5.2 Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament din Republica – propunere de algoritm

Scopul Algoritmului propus este asigurarea oportunităților egale de acces la servicii de calitate și protecția drepturilor persoanelor cu probleme de sănătate mintală prin respectarea principiului de acordare etapizată a asistenței medicale în domeniul sănătății mintale.

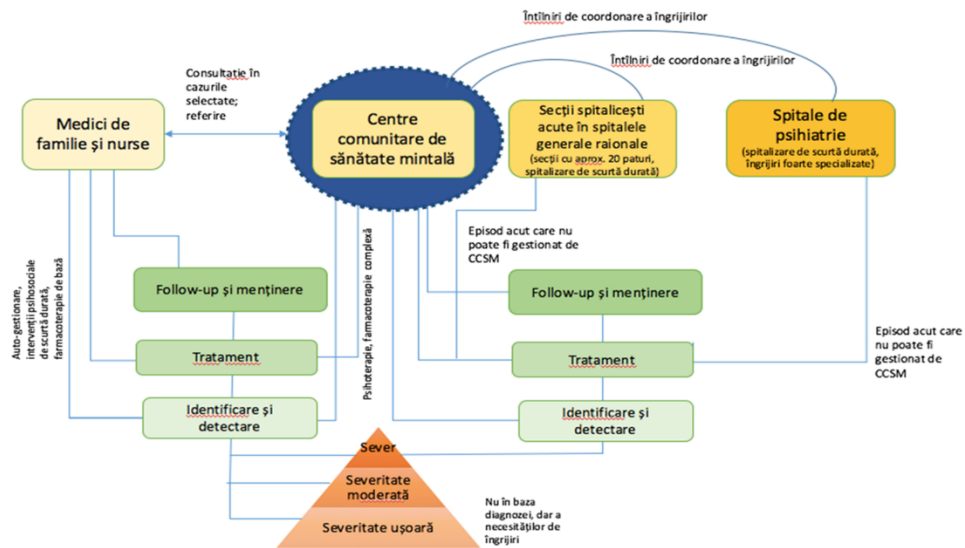


Fig. 5.6. Parcursul pacientului cu tulburări mintale și de comportament la nivelul sistemului de sănătate.

Asistența medicală ambulatorie de sănătate mintală se va acorda de către:

- 1) echipa medicului de familie (medicul de familie și asistent medical);
- 2) medicul psihiatru;
- 3) membrii echipei multidisciplinare a Centrelor comunitare de sănătate mintală;
- 4) echipa de asistență medicală urgentă prespitalicească (în cazul urgențelor psihiatrice și/sau medico-chirurgicale).

Asistența spitalicească în domeniul sănătății mintale se va acorda de către Unitățile de primire urgentă (în continuare UPU) al instituțiilor medico-sanitare (în continuare IMU), spitalele de psihiatrie și secțiile acute de psihiatrie din cadru spitalelor de profil general.

În acordarea serviciilor de sănătate mintală, indiferent de forma de organizare la etapa de ambulatoriu sau spitalicească, se asigură măsurile de comunicare eficientă și circuitul informațional în interiorul sistemului de servicii de sănătate mintală, prevăzute de actele legislative și normative în vigoare privind consecutivitatea și integritatea actului medical.

În sensul prezentului Algoritm, noțiunile utilizate semnifică: *tulburare mintală și de comportament severă (gravă) este adesea definită prin durată și dizabilitatea pe care o produce. Aceste boli includ tulburări care produc simptome psihotice cum ar fi schizofrenia și tulburarea schizoafectivă și forme severe de alte tulburări, cum ar fi depresia majoră și tulburarea bipolară* [306].

Etapele de acordare a asistenței medicale de sănătate mintală (Figura 5.7.)

Etapa I (primară):

1. Asistența medicală de ambulatoriu la etapa I (primară) a persoanelor cu probleme de sănătate mintală se acordă de către medicul de familie și echipa de asistență medicală urgentă prespitalicească.
2. Asistența medicală a persoanelor cu probleme de sănătate mintală acordată de către medicul de familie constă în: profilaxia primară, screeningul, diagnosticarea, prescrierea tratamentului în tulburările mintale și de comportament ușoare și medii, suspectarea și detectarea primului episod psihotic, referirea pentru tratament la etapa II (secundară, specializată) sau, după caz, la etapa III (terțiară, înalt specializată) cu eliberarea pacientului trimiterii-extras, supravegherea clinică, eliberarea și evidența certificatului de concediu medical, precum și organizarea trimiterii la Consiliul pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă (în continuare CDDCM), alte activități în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice naționale, standardele medicale și actele normative în vigoare.
3. Pentru asigurarea continuității actului medical, activităților de profilaxie și diminuării influenței factorilor de risc, medicul de familie este informat, referitor la necesitatea asistării indicațiilor terapeutice și măsurilor de reabilitare a pacienților cu tulburări mintale și de comportament aflați pe listă.
4. Asistența medicală psihiatrică de urgență este acordată de către echipa de asistență medicală urgentă prespitalicească și constă în: asistența medicală la locul solicitării și în timpul transportării spre UPU al IMS spitalul de profil general, spitalul de psihiatrie, precum și transportarea medicală asistată a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament (nedeplasabili) la necesitate în conformitate cu actele normative în vigoare.

5. Medicul de familie asigură accesul către serviciul specializat de sănătate mintală în mod programat a persoanelor cu eventuale tulburări mintale și de comportament la consultația medicului psihiatru.

Etapa II (secundară, specializată):

1. Asistența medicală specializată la etapa a II-a este acordată de către echipa multidisciplinară din cadrul Centrului Comunitar de Sănătate Mintală, inclusiv la domiciliu și spitalul de profil general (UPU și secția de psihiatrie de îngrijiri acute).
2. Asistența medicală specializată de ambulatoriu a persoanelor cu probleme de sănătate mintală la etapa a II-a constă în acordarea serviciilor de sănătate mintală privind screeningul tuturor persoanelor care solicită asistență medicală de sănătate mintală, evaluarea stării psihice de către echipa multidisciplinară a Centrului comunitar de sănătate mintală, confirmarea diagnosticului, selectarea tipului de intervenție, aplicarea tratamentului biologic și psihologic, supravegherea clinică continuă și întreprinderea măsurilor de reabilitare psihosocială și integrare socio-familială în conformitate cu protocoalele clinice naționale, standardele medicale și actele normative în vigoare.
3. Medicul psihiatru are misiunea de depistare precoce a tulburărilor mintale și de comportament, evaluare a etapei și tipului de îngrijire necesară, luarea deciziei de comun cu persoana cu probleme de sănătate mintală referitor la necesitatea inițierii tratamentului și asigurare a continuității tratamentului, menținerea stării de sănătate mintală și supravegherea clinică, iar la necesitate îndreptarea în termenii oportuni a pacientului în spitalul (secția) și/sau la instituția medico-sanitară publică terțiară de profil, pentru examinare și tratament în cazurile dificile din punct de vedere a diagnosticului și tratamentului.
4. Asistența medicală psihiatrică spitalicească la etapa a II-a se acordă în secțiile acute de profil psihiatric în spitalele generale, la liberul consimțământ, iar în cazurile specificate la punctul 3, cu acordul pacientului (reprezentantului legal) sau fără liberul consimțământ în modul stabilit, se îndreaptă spre etapa a III (terțiară, înalt specializată).

Etapa III (terțiară, înalt specializată):

1. Asistența medicală specializată la etapa a III-a a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament constă în acordarea unei forme înalt specializate de asistență consultativă, tratament și reabilitare a bolnavilor în condiții de ambulatoriu și de spital specializat de nivel terțiar (Spitalul Clinic de Psihiatrie, Spitalul de Psihiatrie Bălți, Spitalul de Psihiatrie și Ftiziopneumologie Orhei).
2. Centrul Național de Sănătate Mintală și Spitalul Clinic de Psihiatrie în colaborare cu Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală a USMF „Nicolae Testemițanu”, poartă responsabilitatea suportului metodic structurilor care acordă asistență medicală de sănătate mintală la toate etapele, efectuează monitorizarea, evaluarea și integrarea în sistemul de servicii medicale în domeniul sănătății mintale .
3. Centrul Național de Sănătate Mintală efectuează controlul calității prestării asistenței medicale în domeniul sănătății mintale la toate etapele de acordare, indiferent de forma de organizare (de drept public sau private), inițiază și susține colaborările științifico-practice și metodologice cu alte instituții medicale, inclusiv de peste hotare.

Continuitatea și integritatea actului medical în domeniul sănătății mintale este asigurată prin disponibilitatea informației cu caracter medical la toate etapele de intervenție cu păstrarea confidențialității și demnității umane.

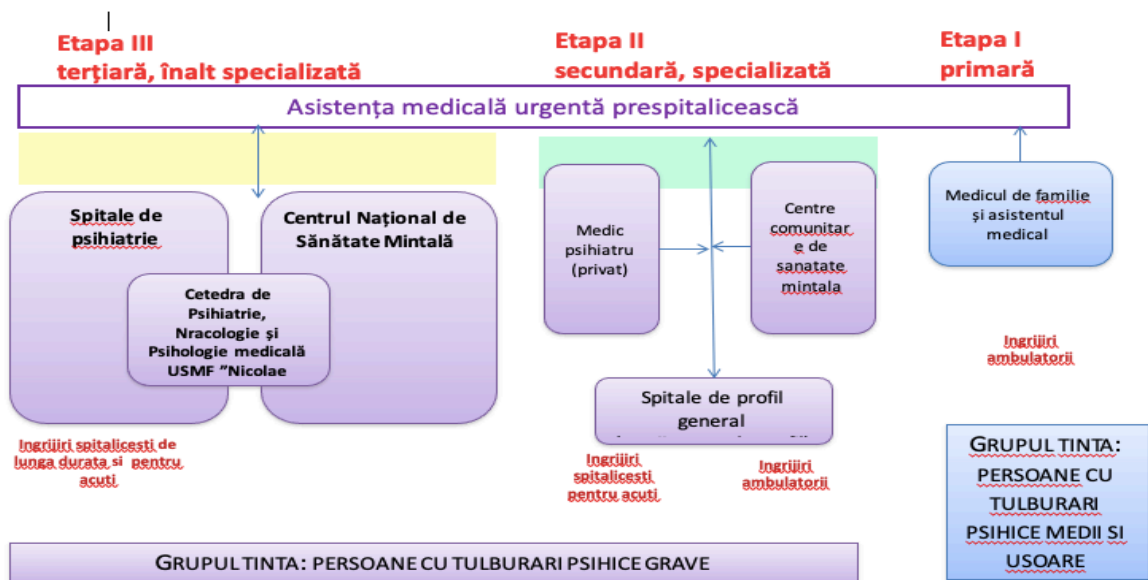


Fig. 5.7. Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament.

5.3 Concluzii la capitolul 5

1. Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament din Republica Moldova este necesar de promovat în baza unui algoritm - protocol de reabilitare și integrare psihosocială a persoanelor cu tulburări mintale severe prin prisma reorganizării serviciilor de SM comunitare.
2. Scopul Algoritmului propus este asigurarea oportunităților egale de acces la servicii de calitate și protecția drepturilor persoanelor cu probleme de sănătate mintală prin respectarea principiului de acordare etapizată a asistenței medicale în domeniul sănătății mintale: Asistența medicală ambulatorie de sănătate mintală; echipa medicului de familie; medicul psihiatru; membrii echipei multidisciplinare a Centrelor comunitare de sănătate mintală; echipa de asistență medicală urgentă; Asistența spitalicească
3. Un rol important în gestionarea și coordonarea unui sistem de sănătate mintală eficient este instituirea unui Centru Național de Sănătate Mintală.
4. Au fost analizate 4 opțiuni de organizare a sistemului de sănătate mintală prin prisma relevanței, eficienței, efectivității și durabilității acestora.
5. Relevanța a ținut în primul rând de opțiunea nr. 1 -. Instituirea Centrului Național de Sănătate Mintală ca entitate juridică separată având în componența sa toate cele 40 Centre Comunitare de Sănătate; Analiza eficienței a demonstrat măsura în care obiectivele pot fi atinse cu resursele disponibile/costuri cât mai mici;
6. Analiza efectivității a dovedit că opțiunea nr. 1 va conduce la atingerea obiectivelor și obținerea rezultatelor finale; Analiza durabilității indică că opțiunea nr. 1 cel mai puțin ar putea fi afectată de factori externi, care ar putea periclita realizarea cu succes a acesteia, precum și durata impactului pozitiv sau negativ.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI:

CONCLUZII:

1. Prevalența și incidența înregistrează o descreștere în ultimii ani, posibil ca rezultat al implementării noilor mecanisme și abordări, dar posibil și din cauza fricii pacienților de a fi în evidența psihiatrică, adresabilitate scăzută în rândul persoanelor cu probleme de sănătate medii și ușoare și a stigmatizării problemelor de sănătate mintală.
2. Lipsa serviciilor specializate și a motivației de a se adresa implică fenomenul stigmatizării și insuficiența cunoștințelor pentru depistarea precoce a patologiei psihice.
3. În Republica Moldova există acte legislative și politici în domeniul sănătății mintale, însă fără a fi detectat un mecanism cert de implementare. Aceasta duce la fragmentarea serviciilor și existența formală a unui mecanism de referire a pacientului în cadrul serviciilor de sănătate mintală.
4. Serviciile medicale și sociale sunt separate, lipsește abordarea integrală a problemei de sănătate mintală, ceea ce favorizează discontinuitatea procesului de reabilitare psihosocială și incluziune socioprofesională.
5. Analiza comparativă a rezultatelor obținute în cele 3 audieri clinice desfășurate până în prezent ne arată o evoluție pozitivă în prestarea serviciilor comunitare.
6. Intervențiile și tratamentele bazate pe dovezi, deși sunt capabile să producă rezultate specifice, cum ar fi reducerea simptomatologiei, scăderea spitalizării, mai puține recăderi sau îmbunătățirea angajării, poate varia în ceea ce privește compatibilitatea cu valorile și ingredientele de reabilitare.
7. Componentele comunitare în serviciile medicale extind acoperirea serviciilor de sănătate mintală în locurile în care există servicii de îngrijire primară și de specialitate. Ei creează un continuum de îngrijire de la domiciliu până la îngrijirea primară și apoi îngrijirea psihiatrică și psihologică specializată.
8. Concluzie preliminară a studiului pilot – structura managementului în funcție de zona de trai nu diferă, cel puțin din datele prezentate. Pentru a răspunde la întrebare este necesar de a desfășura o cercetare mai mare, în jur de 500 de respondenți.
9. Managementului unui pacient cu dereglări mintale primare este constituit din 2 tipuri de intervenție: un tip este *tratament medicamentos*, un alt tip este *tratament nemedicamentos*, care prevede adaptarea/socializarea unui astfel de pacient.

10. Interiorizarea stigmatizării publice de către persoanele cu boli mintale grave poate duce la autostigmatizarea, care dăunează stima de sine, autoeficacității și împuternicirii
11. La nivel de comunitate stigma față de persoanele cu probleme de sănătate mintală este destul de mare și necesită intervenții comunitare pentru diminuarea fenomenului.
12. Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament din Republica Moldova este necesar de promovat în baza unui algoritm - protocol de reabilitare și integrare psihosocială a persoanelor cu tulburări mintale severe prin prisma reorganizării serviciilor de SM comunitare.
13. Etapizarea asistenței medicale în domeniul sănătății mintale se propune a fi prestată în: Asistența medicală ambulatorie de sănătate mintală; echipa medicului de familie (medicul de familie și asistent medical); medicul psihiatru; membrii echipei multidisciplinare a Centrelor comunitare de sănătate mintală; echipa de asistență medicală urgentă prespitalicească; Asistența spitalicească.
14. Un rol important în gestionarea și coordonarea unui sistem de sănătate mintală eficient este instituirea unui Centru Național de Sănătate Mintală cu rol de monitorizare, colectare de date, elaborare de politici și coordonare în domeniul SM.

Recomandări pentru aplicabilitatea practică:

A. Pentru politicieni și manageri din domeniul sănătății:

1. Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament e necesar de organizat în etape: I – primară la nivelul medicului de familie; II - Asistența medicală specializată care este acordată de către echipa multidisciplinară din cadrul Centrului Comunitar de Sănătate Mintală, inclusiv la domiciliu și spitalul de profil general; III - Asistența medicală specializată la etapa a III-a a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament constă în acordarea unei forme înalt specializate de asistență consultativă, tratament și reabilitare a bolnavilor în condiții de ambulatoriu și de spital specializat de nivel terțiar.
2. Îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate mintală necesită evaluarea calității existente și măsurarea și cuantificarea acesteia, astfel încât comparațiile să poată fi fezabile în timp la nivel local, statal și transnațional.

3. Prin evaluarea și măsurarea calității vieții și profilului de funcționalitate se poate complimenta și ameliora domeniile sistemului de sănătate mintală.
4. Este important ca în planificarea și implementare serviciilor de sănătate mintală să se implice beneficiarii/persoanele cu probleme de sănătate mintală și să se documenteze mai bine acest proces pentru serviciile de sănătate mintală.

B. Pentru clinicieni

1. Este imperativ ca serviciile de sănătate mintală să fie prestate prin prisma acțiunilor de reabilitare.
2. Eficiența serviciilor prestate trebuie evaluate prin satisfacția beneficiarilor și funcționalitatea lor utilizând metoda de evaluare clinico-epidemiologice a persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală.
3. Este necesar implementarea parcursului clinico-epidemiologic a persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală pentru asigurarea continuității serviciilor de sănătate mintală la toate nivelele.
4. Intervențiile și tratamentele bazate pe dovezi, deși sunt capabile să producă rezultate specifice, cum ar fi reducerea simptomatologiei, scăderea spitalizării, mai puține recăderi sau îmbunătățirea angajării, poate varia în ceea ce privește compatibilitatea cu valorile și ingredientele de reabilitare.

C. Pentru asistenții sociali

1. În comparație cu îngrijirea standard, îngrijirile comunitare pot reduce spitalizarea și crește menținerea în societate. Asistenții sociali prin implementarea activităților de terapie ocupațională, susținere și suport social persoanelor cu TMS în serviciile de SM comunitare contribuie la integrarea socială și prevenirea instituționalizării.
2. Evaluarea continuă a funcționalității sociale și managementul de caz sunt mijloace importante în parcursul persoanei cu TMS și managementul lu clinic.

D. Pentru persoanele cu TMS

1. Îngrijirile/serviciile comunitare sunt eficiente în ameliorarea multor indicatori de funcționalitate pentru persoanele cu TMS.
2. S-a demonstrat că îngrijirea comunitară reduce spitalizarea, în special internarea mai puțin frecventă și mai scurtă și îmbunătățește funcționarea globală, în ceea ce privește autonomia personală și socială.

BIBLIOGRAFIE

1. Action plan to support response to COVID în Moldova. Disponibil: https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/sites/near/files/annexes/c_2020_4805_f1_annex2_en_v2_p1_1086159_annex_2_eu4moldova_facility_covid_crisis.pdf
2. Adults With SMI and Children/Youth With SED [citat 12.10.2020]. Disponibil: <https://www.samhsa.gov/dbhis-collections/smi>
3. AHN, J.V., SERA, F., CUMMINS, S. et al. Associations between objectively measured physical activity and later mental health outcomes în children: findings from the UK Millennium Cohort Study. In: Journal of Epidemiology Community Health. 2018, vol. 72, nr. 2, pp. 94-100.
4. AHRENFELDT, L.J., OTAVOVA, M., CHRISTENSEN, K. et al. Sex and age differences în COVID-19 mortality în Europe. Res Sq [Preprint]. 2020 Aug 19:rs.3.rs-61444. doi: 10.21203/rs.3.rs-61444/v1.
5. AKKAYA-KALAYCI, T., KOTHGASSNER, O.D., WENZEL, T. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health and psychological well-being of young people living în Austria and Turkey: A multicenter study. In: Int J Environ Res Public Health. 2020, vol. 17, nr. 23, pp. 91 101.
6. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. Arch Womens Ment Health 2020;23(6):741-748.
7. ALONSO, J., LIU, Z., EVANS-LACKO, S., et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. In: Depress Anxiety. 2018, vol. 35, pp. 195– 208.
8. ALQAHTANI, J.S., OYELADE, T., ALDHAHIR, A.M. et al. Prevalence, severity and mortality associated with COPD and smoking în patients with COVID-19: A rapid systematic review and meta-analysis. PLoS One 2020, vol. 15, nr. 5, :e0233147.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision. 5th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. text revision.

10. AMMERMAN, B.A., BURKE, T.A., JACOBUCCI, R. et al. Preliminary investigation of the association between COVID-19 and suicidal thoughts and behaviors în the U.S. In: Journal of Psychiatric Research. 2021, vol. 134, pp. 32-38.
11. ANSP. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova anul 2017. Disponibil: <http://ansp.md/index.php/statistici-rapoarte/>
12. ANTHONY, W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system în the 1990s. In: Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993, vol. 16, nr. 4, pp. 11-23.
13. ANTHONY, J., GIN, M. Evidence-based mental health services reform in Australia: Where to next?. In: The Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2013, vol. 47, pp. 693-695.
14. ANTHONY, W., ROGERS, E.S., FARKAS, M. Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. In: Commun Ment Health J. 2003, vol. 39, pp. 101–114.
15. ANTHONY, W.A., COHEN, M., FARKAS, M, GAGNE, C. Psychiatric rehabilitation, 2nd edition. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation. 2002. 432 p.
16. ANTHONY, W.A., COHEN, M., FARKAS, M. et al. Clinical care update: The chronically mentally ill. In: Community Ment Health J. 1988, vol. 24, pp. 219–228.
17. ANTONIJEVIC, J., BINIC, I., ZIKIC, O. et al. Mental health of medical personnel during the COVID-19 pandemic. In: Brain Behav. 2020, vol. 10, nr. 12, e01881.
18. ARCHER, J., BOWER, P., GILBODY, S. et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. In: Cochrane Database Syst Rev. 2012, vol. 10, CD006525.
19. ARORA, T., GREY, I., ÖSTLUNDH, L. et al. The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. In: J Health Psychol. 2020, vol. 29, 1359105320966639.
20. Atlasul Organizației Mondiale a Sănătății în sănătatea mintală 2017.
21. Audierile publice desfășurate la 28.02.2018 de către Comisia parlamentară protecție socială, sănătate și familie privind legislația în sănătate mintală. Disponibil: (<http://www.parlament.md/Actualitate/Comunicatedepresa/tabid/90/ContentId/3851/lan guage/ro-RO/Default.aspx>)

22. BACHMANN, S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. In: *Int J Environ Res Public Health*. 2018, vol. 15, nr. 7, pp. 142-151.
23. BANKS, J., XU, X. The mental health effects of the first two months of lockdown and social distancing during the Covid-19 pandemic in the UK. London: Institute of Fiscal Studies, 2020.
24. BARZILAY, R., MOORE, T.M., GREENBERG, D.M. et al. Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. In: *Transl Psychiatry* 2020, vol. 10, pp. 29-31.
25. BAUER-STAEB, C., DAVIS, A., SMITH, T. et al. Impact of COVID-19 on primary care mental health services: A descriptive, cross-sectional timeseries of electronic healthcare records. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.08.15.20175562>
26. BEAGLEHOLE, B., MULDER, R.T., FRAMPTON, C.M. et al. Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. In: *British Journal of Psychiatry*. 2018, vol. 213, nr. 6, pp. 716-722.
27. BEARD, J. H., PROPST, R. N., MALAMUD, T. J. Fountain House model of psychiatric rehabilitation. In: *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1982, vol. 5, pp. 47–53.
28. BECKER, D., DRAKE, R. A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press. 2003.
29. BECKER, D.R., DRAKE, R.E., FARABAUGH, A., BOND, G. R. Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. In: *Psychiatric Services*, 1996, vol. 47, nr. 11, pp. 1223–1226.
30. BELKIN, G.S., UNÜTZER, J., KESSLER, R.C. et al. Scaling up for the “bottom billion”: “5 x 5” implementation of community mental health care in low-income regions. In: *Psychiatr Serv*. 2011, vol. 62, nr. 12, pp. 1494–1502.
31. BELL, M.D., LYSAKER, P.H. Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. In: *American Journal of Psychiatry*. 1996, vol. 153, pp. 321-330.
32. BEVILACQUA, L., HALE, D., BARKER, E.D. et al. Conduct problems trajectories and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018, vol. 27, pp. 1239-1260.

33. BLACKWELL, B., EILERS, K., ROBINSON, D. The Consumer's Role in Assessing Quality. In: Handbook of Quality Management in Behavioral Health. Issues in the Practice of Psychology. Springer, Boston, MA. 2000
34. BOND, G., DRAKE, R., MUESER, K., LATIMER, E. Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. In: Disease Management and Health Outcomes. 2001, vol. 9, pp. 141-159.
35. BRAILOVSKAIA, J., COSCI, F., MANSUETO, G. et al. The association between depression symptoms, psychological burden caused by Covid-19 and physical activity: An investigation in Germany, Italy, Russia, and Spain. Psychiatry Res. 2021, vol. 295, 113596.
36. BROOKS, S.K., DUNN, R., AMLÔT, R. et al. Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. In: BMC Psychol. 2016, vol. 4, pp. 18-24.
37. BROWN, E., GRAY, R., LO MONACO, S. et al. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. In: Schizophr Res. 2020, vol. 222, pp. 79-87.
38. BROWN, M., PETREA, I. Report for Swiss Cooperation Office in Moldova Contract No: 81014838. 2012
39. BUENO-NOTIVOL, J., GRACIA-GARCIA, P., OLAYA, B. et al. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. Int J Clin Psychol. 2021, vol. 21, 100196.
40. BURLEA, Ș.L. et al. The impact of COVID-19 on mental health. In.: Romanian Journal of Oral Rehabilitation. 2021, vol. 13, nr. 1, pp. 129-137.
41. BURNS, T., CATTY, J., DASH, M., et al. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. In: BMJ. 2007, vol. 335, pp. 761-765.
42. CALDAS DE ALMEIDA, J., MATEUS, P., TOMÉ, G. et al. Joint Action on Mental Health and Well-being, Towards Community- Based and Socially Inclusive Mental Health Care, Situation Analysis and Recommendations for Action. 2016. Disponibil: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5Final-20151203075843.pdf>

43. CALDAS DE ALMEIDA, J., KILLASPY, H. Long Term Mental Health Care for People with Severe Mental Disorders. 2011. Disponibil: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf
44. CAMPBELL, MK, PIAGGIO, G, ELBOURNE, DR, ALTMAN, DG, CONSORT Group. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. In: BMJ. 2012, vol. 345, e5661.
45. CAMPBELL, M., SHRYANE, N., BYRNE, R., MORRISON, A.. A mental health promotion approach to reducing discrimination about psychosis in teenagers. In: Psychosis. 2011, vol. 3, pp. 41-51.
46. CAMPION, J., BHUGRA, D., BAILEY, S., MARMOT, M. Inequality and mental disorder: opportunities for action. In: Lancet. 2013, vol. 382, pp. 183-184.
47. CAMPION J, COOMBES C, BHADURI N. Mental health coverage in needs assessments and associated opportunities. J. Public Health 2017;39(4):813-820.
48. CAMPION J, HEWITT J, SHIERS D, et al. Pharmacy guidance on smoking and mental disorder – 2017 update. Royal College of Psychiatrists, National Pharmacy Association and Royal Pharmaceutical Society. 2017. Disponibil: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Pharmacy%20guidance%20smoking%20and%20mental%20health%202017%20update%20FINAL.pdf>
49. CAMPION, J., JAVED, A., MARMOT, M., VALSRAJ, K. The need for a public mental health approach to COVID-19. In: World Soc Psychiatry. 2020, vol. 2, pp. 77-83.
50. CAMPION, J., JAVED, A., SARTORIUS, N., MARMOT, M. Addressing the public mental health challenge of COVID-19. In: Lancet Psychiatry. 2020, S2215-0366(20):30240-6.
51. CAMPION, J., SHIERS, D., BRITTON, J. et al. Primary care guidance on smoking and mental disorders – 2014 update. Royal College of General Practitioners & Royal College of Psychiatrists; 2014. Disponibil: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PrimaryCareGuidanceonSmokingandMentalDisorders2014update.pdf>
52. CAMPION, J. Public mental health – key challenges and opportunities. In: BJPsych Int. 2018, vol. 15, nr. 3, pp. 51-54.

53. CAMPION, J. Public mental health briefing on COVID-19. Geneva; World Psychiatric Association; 2020. Disponibil: <https://www.wpanet.org/post/wpa-working-group-launches-public-mental-health-briefing-on-covid-19>
54. CAMPION, J. Public mental health. MindEd e-Learning Programme (469-0001). DH e-Learning for Healthcare; 2020. Disponibil: <https://www.minded.org.uk/Component/Details/632895>
55. CAMPION, J. Public mental health: Evidence, practice and commissioning. Royal Society for Public Health. 2019. 233 p.
56. CARLING, P.J. Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities. Guilford Press. 1995.
57. CATTY, J., BURNS, T., KNAPP, M. et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. In: Psychol Med. 2002, vol. 32, nr. 3, pp. 383–401.
58. CHANG, S.S., STUCKLER, D., YIP, P. et al. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study în 54 countries. In: BMJ, 2013, vol. 347, f5239.
59. CHESNEY, E., GOODWIN, G.M., FAZEL, S. Risks of all-cause and suicide mortality în mental disorders: a meta-review. In: World Psychiatry. 2014, vol. 13, nr. 2, pp. 153–160.
60. CHIHAI, J. Manuscript, Community-based Services For Patients With Psychiatric Disorders. LAP LAMBERT Academical house. 2013.
61. CHIHAI, J. Study Report „Assessing the Community Needs of Mintal Health Residential Care Service Users în the Republic of Moldova”. NOVA Medical School. 2014.
62. CHIHAI, J. Tulburările de anxietate – problema acută de sănătate mintală. In: Revista de Științe ale Sănătății din Moldova. 2020, vol. 25, nr. 3, p. 128.
63. CHIHAI, J., BODERSCOVA, L., Stresul și prevenirea lui, Chișinău 2008, ghid practic, p. 14.
64. CHIHAI, J., BODERSCOVA, L. Promovarea Sănătății Mintale, Stigma și discriminarea, Chișinău 2008, ghid pracic, p.17.
65. CHIHAI, J., BODERSCOVA, L. Sănătatea Mintală, bolală ca un model de stres în existența umană, Chișinău 2008, ghid practic, p. 7.
66. CHIHAI, J., BODERSCOVA, L. Assessment of psychiatric hospital care services în the Republic of Moldova subordinate to the MoH. 2013.

67. CHIHAI, J., BODERSCOVA, L. Evaluarea Serviciului de Asistență Medicală Primară din Republica Moldova prin perspectiva integrării serviciilor de sănătate mintală în medicina primară. 2013.
68. CHIHAI, J., BODERSCOVA, L. Report „Review of the Mental Health Graduate and Residential Syllabus în the Republic of Moldova”. 2013.
69. CHIHAI, J., BODERSCOVA, L., SPINEI, L. Aspecte istorice de dezvoltare a serviciilor comunitare de sănătate mintală în Europa de Vest. In: Sanatate Publica, Economie și Management în Medicina, 2008, nr. 2 (24), p. 19-25.
70. CHIHAI, J., ROTUNDU, D., BODERSCOVA L. Study Report „Defining the package of mental health services appropriate for being integrated into primary health care”. 2012.
71. CHIHAI, J. et al. Evaluarea Centrelor Comunitare de Sanatate Mintala în Republica Moldova. Probleme actuale în Medicina Interna. În: Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Ediția a XIII-a. Chișinău, 2012, vol. 3, pp. 491-496.
72. CHIHAI, J. et al. Contextul, metodologia și rezultatele evaluării Centrelor Comunitare de Sanatate Mintala din Republica Moldova. În: Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Ediția a XIII-a, vol. 3. Probleme actuale în Medicina Interna. Chișinău, 2012. pp. 496-501.
73. CHIHAI, J. et al. Reabilitarea psihiatrică – o metoda eficienta de incluziune sociala a persoanelor cu tulburari psihice (revista literaturii). În: Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Ediția a XIII-a, vol. 3. Probleme actuale în Medicina Interna. Chișinău, 2012, pp. 501-507.
74. CHIHAI, J. et al. Evaluarea serviciilor comunitare de sănătate mintală din Republica Moldova (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 22 p.
75. CHIHAI, J. et al. Identificarea pachetului de servicii de Sănătate Mintală oportun pentru integrare în Asistența Medicală Primară. (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 10 p.
76. CHIHAI, J. et al. Evaluarea Serviciului de Asistență Medicală Primară din Republica Moldova prin perspectiva integrării serviciilor de sănătate mintală în medicina primară. (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 22 p.

77. CHIHAI, J. et al. Evaluarea activității instituțiilor rezidențiale pentru persoanele cu dezabilități mintale din Republica Moldova. (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 15 p.
78. CHIHAI, J. et al. Analiza programelor de studii unversitare și rezidentiale în domeniul Sanatatii Mintale în Republica Moldova (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 33 p.
79. CHIHAI, J. et al. Assessing the community needs of psychiatric hospital residents în the Republic of Moldova. In: Romanian Journal of Psychofarmacology. 2014, vol. 14, issue 2, Editura Medicala Universitara Craiova 2014, pp. 85-96.
80. CHIHAI, J. et al. Stigma and discrimination of people with mental health issues among adolescents. In: Romanian Journal of Psychofarmacology. 2014, vol. 14, issue 2, 2014. Editura Medicala Universitara Craiova, pp. 122-127.
81. CHIHAI, J. et al. Attitude towards people with depression în adolescents. Lucrările Conferinței II Naționale (cu participare internațională) în Sănătatea Adolescenților. Sporirea rezilienței – dezvoltarea sănătoasă în condiții de risc. În: Buletin de Perinatologie. 2016, vol. 3(71). pp. 14-17.
82. CHIHAI, J. et al. Country profile for Republic of Moldova. In: Mental Health Atlas 2017, World Health Organization 2018, p. 57. Disponibil: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/
83. CHIHAI, J. et al. Probleme psihosociale determinate de pandemia COVID-19. In: Revista de Științe ale Sănătății din Moldova. 2020, vol. 24, nr. 2, pp.161-170.
84. CHIHAI, J. et al. COVID-19 and mental health – the case of the republic of Moldova. In: InterACT Newsletter of EPA Council of National Psychiatric Associations, 2020. Disponibil: <https://mailchi.mp/europsy.net/sus2campaign-archivecomeuniqidu9b8100f19f2a9eb66f938724aidac66740c1e>
85. CHISHOLM, D., SWEENEY, K., SHEEHAN, P. et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. In: Lancet Psychiatry. 2016, vol. 3, nr. 5, pp. 415-424.
86. Clasificarea Internaționala a tulburarilor mintale și de comportament (ICD) revizuirea a 10-a a OMS, Bucuresti: All education, 1993.

87. COHEN, M. R. Integrating psychiatric rehabilitation into mental health systems. In M. D. Farkas & W. A. Anthony (Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*. Johns Hopkins University Press. 1989, pp. 162–191.
88. Convenția Organizației Națiunilor Unite din 2007 privind Drepturile Persoanelor cu Dezabilități de la New York.
89. CORRIGAN, P., STEINER, L., MCCRACKEN, S.G. et al. Strategies for Disseminating Evidence-Based Practices to Staff Who Treat People With Serious Mental Illness. In: *Psychiatr Serv*. 2001, vol. 52, nr. 12, pp. 1598–1606.
90. CORRIGAN, P.W., MICHAELS, P.J., VEGA, E. et al. Self-stigma of mental illness scale—short form: Reliability and validity. In: *Psychiatry Research*. 2012, vol. 199, nr. 1, pp. 65-69.
91. COVID-19 socioeconomic response and recovery plan – several mentions of mental health. Disponibil: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Moldova%20Covid-19_FINAL.pdf
92. CREESE, B., KHAN, Z., HENLEY, W. et al. Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: a longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. In: *Int Psychogeriatr*. 2021, vol. 33, nr. 5, pp. 505-514.
93. Da SILVA F.C.T., NETO M.L.R. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic în health professionals: A systematic review with meta-analysis. In: *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021, vol. 104, 110062.
94. DALY, M., ROBINSON, E. High-risk drinking în midlife before versus during the COVID-19 crisis: Longitudinal evidence from the United Kingdom. In: *Am J Prev Med*. 2021, vol. 60, nr. 2, pp. 294-297.
95. DAVIDSON, L., STRAUSS, J. S. Sense of self in recovery from severe mental illness. In: *British Journal of Medical Psychology*. 1992, vol. 65, nr. 2, pp. 131–145.
96. De BRIER, N., STROOBANTS, S., VANDEKERCKHOVE, P. et al. Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS One*. 2020, vol. 15, nr. 12, e0244052.

97. De SILVA, M.J., LEE, L., FUHR, D.C. et al. Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review. In: *Int J Epidemiol.* 2014, vol. 43, pp. 341-353.
98. De SOUSA, A., MOHANDAS, E., JAVED, A. Psychological interventions during COVID-19: Challenges for low and middle income countries. In: *Asian J Psychiatr.* 2020, vol. 51, 102128.
99. Declarația Europeană privind Copiii și Tinerii cu Dizabilități Mintale și familiile lor, de la București din 2010.
100. DEEGAN, P. E. Spirit breaking: When the helping professions hurt. In: *The Humanistic Psychologist*, 1990, vol. 18, nr. 3, pp. 301–313.
101. DEGENHARDT, L., GLANTZ, M., EVANS-LACKO, S. et al. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. In: *World Psychiatry*, 2017, vol. 16, pp. 299-307.
102. DEMYTTENAERE, K., BRUFFAERTS, R., POSADA-VILLA, J. et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. In: *JAMA.* 2004, vol. 291, nr. 21, pp. 2581-2590.
103. DENIKER, P., LEMPERIERE, Th., GUYOTAT, J., *Precis de psychiatrie clinique de l'adulte.* 1990. Eeditura MASSON. p. 589-601.
104. Dispoziția MS nr. 675d din 04.11.16 „Cu privire la unele măsuri de eficientizare a activității instituțiilor medico-sanitare în prestarea serviciilor de sănătate mintală”.
105. DRAKE, R.E., GOLDMAN, H.H., LEFF, H.S. et al: Implementing evidence-based practices în routine mental health service settings. In: *Psychiatric Services.* 2001, vol. 52, pp. 179-182.
106. DRAKE, R.E., BINAGWAHO, A., MARTELL, H.C., MULLEY, A.G. Mental healthcare in low and middle income countries. In: *BMJ.* 2014, vol. 349, g7086.
107. DRAKE, R.E., GOLDMAN, H.H., LEFF, H.S. et al. Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. In: *Psychiatr Serv.* 2001, vol. 52, nr. 2, pp. 179-182.
108. DUNN E.C., WEWIORSKI N.J., ROGERS E.S. A qualitative investigation of individual and contextual factors associated with vocational recovery among people with serious mental illness. In: *American Journal of Orthopsychiatry.* 2020, vol. 80, pp. 185–194.

109. DURIC, P., HARHAJI, S., O'MAY, F., et al. General practitioners' views towards diagnosing and treating depression in five South-Eastern European Countries. In: *Early Interv Psychiatry*. 2019, vol. 13, nr. 5, pp. 1155-1164.
110. ECDC. COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. 2020. Disponibil: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-August%202020.pdf>
111. ECDC. Residents of long-term care facilities and nursing homes. 2020. Disponibil <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/epidemiology>
112. ECDC. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK – ninth update. Rapid risk assessment. 2020.
113. ENACHESCU, C. *Tratat de igiena mintala – Collegium POLIROM 2004*, editia a III-a, 374 p.
114. EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing. *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*. 2016
115. *European Declaration on the Health of Children and Young People with Intellectual Disabilities and Their Families*, Bucharest, 26-27 November 2010;
116. EVANS-LACKO, S., AGUILAR-GAXIOLA, S., AL-HAMZAWI, A. et al., Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. In: *Psychological Medicine*. 2018, vol. 48, no. 9, pp. 1560-1571.
117. FARKAS, M., GAGNE, C., ANTHONY, W. Recovery and rehabilitation: a paradigm for the new millennium. In: *La rehabilitacio psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat*. 2001, vol. 1, pp. 13–16.
118. FIORITTI, A., BURNS, T., HILARIÓN, P. et al. Individual placement and support in Europe. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2014, vol. 37, nr. 2, pp. 123–128.
119. FISCHER, R., BORTOLINI, T., KARL, J.A. et al. Rapid review and meta-meta-analysis of self-guided interventions to address anxiety, depression, and stress during COVID-19 social distancing. In: *Front Psychol*. 2020, vol. 11, :563876.
120. FLENTJE, A., OBEDIN-MALIVER, J., LUBENSKY, M.E. et al. Depression and anxiety changes among sexual and gender minority people coinciding with onset of COVID-19 pandemic. In: *J Gen Intern Med*, 2020, vol. 35, nr. 9, pp. 2788-2790.

121. FLYNN, R., RICHES, E., REID, G. et al. Rapid review of the impact of COVID-19 on mental health. Edinburgh: Public Health Scotland; 2020
122. FONG, V.C., IAROCCHI, G. Child and family outcomes following pandemics: A systematic review and recommendations on COVID-19 policies. In: *J Pediatr Psychol.* 2020, vol. 45, nr. 10, pp. 1124-1143.
123. FRASCH, J.J., PETREA, I., CHIHAI, J. et al. Taking steps towards deinstitutionalizing mental health care within a low and middle-income country: A cross-sectional study of service user needs in the Republic of Moldova. In: *International Journal of Social Psychiatry.* 2020, vol. 66, nr. 1, pp. 49-57.
124. FRESE, F.J. Advocacy, recovery, and the challenges for consumerism for schizophrenia. In: *Psychiatric Clinics of North America.* 1998, vol. 21, pp. 233-249,
125. FRESE, F.J. Cruising the cosmos: part three: psychosis and hospitalization: a consumer's recollection, in *Surviving Mental Illness: Stress, Coping, and Adaptation.* Edited by Hatfield AB, Lefley H. New York, Guilford, 1993
126. GAGLIO, B., SHOUP, J.A., GLASGOW, R.E. The RE-AIM framework: a systematic review of use over time. *Am J Public Health.* 2013, vol. 103, nr. 6, e38-e46.
127. GARRIGA, M., AGASI, I., FEDIDA, E. et al. The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic. In: *Acta Psychiatr Scand.* 2020, vol. 141, nr. 5, pp. 479-480.
128. Ghid de servicii, OMS 2003, Contextul Sănătății Mentale, p. 16 - 18, 34 – 45.
129. Ghid de servicii, OMS 2003, Organizarea Serviciilor Pentru Sănătatea Mintală, p. 15 - 19, 21 - 34.
130. Ghidul metodologic pentru analiza ex-ante a impactului politicilor publice. Volumul I. Instrumente și tehnici, publicat cu asistența Departamentului pentru Dezvoltare Internațională al Marii Britanii acordată Guvernului Republicii Moldova în cadrul Proiectului „Suport pentru implementarea Strategiei Naționale de Dezvoltare”. Disponibil: http://rapc.gov.md/file/Ghid_ex%20ante_Vol%201_final.pdf
131. GILBERT, B.J., PATEL, V., FARMER, P.E. et al. Assessing development assistance for mental health in developing countries: 2007–2013. *PLoS Med.* 2015, vol. 2, nr. 6, e1001834.

132. GLASGOW, R.E., KLESGES, L.M., DZEWALTOWSKI, D.A. et al. Evaluating the impact of health promotion programs: using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. In: *Health Educ Res.* 2006, vol. 21, nr. 5, pp. 688-694.
133. GLASGOW, R.E., McKAY, H.G., PIETTE, J.D. et al. The RE-AIM framework for evaluating interventions: what can it tell us about approaches to chronic illness management? In: *Patient Educ Couns.* 2001, vol. 44, nr. 2, pp. 119-127.
134. GLOSTER, A.T., LAMNISOS, D., LUBENKO, J., et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLoS One.* 2020, vol. 15, nr. 12, e0244809.
135. GLOSTER, A., LAMNISOS, D., LUBENKO, J. et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. 2020.
136. GOLDBERG, D., Ghid de psihiatrie practica. 1997. Editura Fundatiei PRO – p. 272-294
137. GONZÁLEZ-SANGUINO, C., AUSÍN, B., CASTELLANOS, M.Á. et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. In: *Brain Behav Immun.* 2020, vol. 87, pp. 172-176.
138. GRAHAM, T., TANSELLA, M. Modelul matriceal al Sănătății Mintale – Ed. Medicala Cambridge, prima publicare 1999, p. 15-28.
139. GRANGER DA: Recovery from mental illness: a first person perspective of an emerging paradigm, în *Recovery: The New Force în Mental Health.* Columbus, Ohio, Ohio Department of Mental Health, Nov 1994
140. GÜLSEN, A., YIGITBAS, B.A., USLU, B. et al. The effect of smoking on COVID-19 symptom severity: Systematic review and meta-analysis. In: *Pulm Med.* 2020, 2020:7590207.
141. HESSAMI, K., ROMANELLI, C., CHIURAZZI, M., et al. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. In: *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020, vol. 1, pp. 1-8.
142. HOLLOWAY, F., KALIDINDI, S., KILLASPY, H., & Roberts, G. *Enabling recovery: the principles and practice of rehabilitation psychiatry (Second edi).* 2015. London: RCPsych Publications.

143. HOLLOWAY, F., KALIDINDI, S., KILLASPY, H., ROBERTS, G. Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry (2nd edn). RCPsych Publications, 2015, 496 pp.
144. HOSSAIN, M.M., SULTANA, A., PUROHIT, N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. In: Epidemiol Health. 2020, vol. 42, e2020038.
145. Hotărârea Guvernului nr. 337 din 26.05.2017 „pentru aprobarea Programului național privind sănătatea mintală pe anii 2017–2021 și a Planului de acțiuni pentru implementarea acesteia”.
146. Hotărârea Guvernului nr. 55 din 20.01.2012 „cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate”, cu modificări ulterioare.
147. ICD 10-International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 2012
148. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 September 1978;
149. IVERSEN, S.A., OGALLO, B., BELFER, M., et al. Enhancing mental health pre-service training with the WHO mhGAP Intervention Guide: experiences learned and the way forward. In: Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2021, vol. 15, nr. 1.
150. JOHN, A., PIRKIS, J., GUNNELL, D. et al. Trends în suicide during the covid-19 pandemic. In: BMJ. 2020, vol. 371, m4352.
151. JONES, P.B. Adult mental health disorders and their age at onset. In: Br J Psychiatry Suppl. 2013, vol. 54, s5-s10.
152. JONES, S.H., THORNICROFT, G., COFFEY, M., et al. A brief mental health outcome scale. Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). In: British Journal of Psychiatry, 1995, vol. 166, pp. 654–659.
153. KAVČIČ, T., AVSEC, A., ZAGER KOČJAN, G. Psychological functioning of Slovene adults during the COVID-19 pandemic: Does resilience matter? In: Psychiatr Q. 2020, pp. 1-10.
154. KEYNEJAD, R.C., DUA, T., BARBUI, C. et al. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. In: Evid Based Ment Health. 2018, vol. 21, nr. 1, pp. 30-34.

155. KRUEGER, R.A., CASEY, M.A., Metoda focus grup, ghid practic pentru cercetarea aplicata - Collegium POLIROM 2005, p. 38-41, 58 – 69, 96 - 104.
156. LEAUNE, E., SAMUEL, M., OH, H. et al. Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. In: *Prev Med.* 2020, vol. 141, 106264.
157. LEAVEY, K., HAWKINS, R. Is cognitive behavioural therapy effective în reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. In: *Cognitive Behaviour Therapy.* 2017, vol. 46, nr. 5, pp. 353-374.
158. Legea privind sănătatea mintală nr. 1402 - XIII din 16.12.1997 modificată prin Legea Nr.35 din 28.02.2008 pentru modificarea și completarea Legii nr.1402-XIII din 16 decembrie 1997 privind asistența psihiatrică. Actul legislativ a fost publicat la 04.04.2008 în Monitorul Oficial Nr. 69-71, art. Nr. 228;
159. LINDER, A., GERDTHAM, U.G., TRYGG, N. et al. Inequalities în the economic consequences of depression and anxiety în Europe: a systematic scoping review. In: *Eur J Public Health.* 2020, vol. 30, nr. 4, pp. 767-777.
160. LUND, C., BROOKE-SUMNER, C., BAINGANA, F. et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. In: *Lancet Psychiatry.* 2018, vol. 5, pp. 357-369.
161. LUND, C., De SILVA, M., PLAGERSON, S. et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle în low-income and middle-income countries. In: *The Lancet* 2011, vol 378, nr. 9801, pp. 1502-1514.
162. LUND, C., TOMLINSON, M., PATEL, V. Integration of mental health into primary care in low- and middle-income countries: the PRIME mental healthcare plans. In: *Br J Psychiatry.* 2016, vol. 208, suppl. 56, s1-s3.
163. MACMILLAN, D. Recent developments în community mental health. *Lancet*, 1963, pp. 567–571.
164. MAJUMDER, R.K., WALLS, R.T., FULLMER, S.L. Rehabilitation client involvement in employment decisions. In: *Rehabil Couns Bull.* 1998, vol. 42, nr. 2, pp. 162-173.
165. MANCA, R., De MARCO, M., VENNERI, A. The Impact of COVID-19 Infection and Enforced Prolonged Social Isolation on Neuropsychiatric Symptoms in Older Adults

- With and Without Dementia: A Review. In: *Front Psychiatry*. 2020, vol. 11, 585540. Publicat 22 oct. 2020.
166. MARSHALL, M., GRAY, A., LOCKWOOD, A. et al. Case management for severe mental disorders. 1998, Cochrane Library. Oxford: Update Software.
167. MARSHALL, M., LOCKWOOD, A., GRAY, A. et al. Assertive community treatment. 1999, Cochrane Library. Oxford: Update Software.
168. MĂNOIU, F. Asistența socială în România, București: 1997, p. 256.
169. McQUILLAN, B. My life with schizophrenia. In: Spaniol L, Koehler M, editors. *The experience of recovery*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation; 1994. pp. 7–10.
170. MENDEL, P., MEREDITH, L.S., SCHOENBAUM, M. et al. Interventions în organizational and community context: a framework for building evidence on dissemination and implementation în health services research. In: *Adm Policy Ment Health*. 2008, vol. 35, nr. 1-2, pp. 21-37.
171. Mental health action plan for Europe, Helsinki, 12-15 January 2005;
172. MERIKANGAS, K.R., HE, J.P., BURSTEIN, M. et al. Lifetime prevalence of mental disorders în U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010, vol. 49, nr. 10, pp. 980-989.
173. MILNER, A., PAGE, A., LaMONTAGNE, A.D. Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2013, vol. 8, nr. 1, :e51333.
174. MOORE, G.F., AUDREY, S., BARKER, M. et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. In: *BMJ*. 2015, vol. 350, h1258.
175. MORENO C, WYKES T, GALDERISI S, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. In: *Lancet Psychiatry*. 2020, vol. 7, nr. 9, pp. 813-824.
176. MUNDT, A.P. et al. Changes în national rates of psychiatric beds and incarceration în Central Eastern Europe and Central Asia from 1990-2019: a retrospective database analysis by Dr. Adrian P Mundt. In: *The Lancet Regional Health - Europe* 7. 2021. Disponibil: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

177. MURRAY, L.K., DORSEY, S., BOLTON, P. et al. Building capacity în mental health interventions în low resource countries: an apprenticeship model for training local providers. In: Int J Ment Health Syst. 2011, vol. 5, nr. 1, p. 30.
178. NACHMIAS D., NACHMIAS C., Research Methods în the Social Sciences, 1992, St. Martin's, New York – p. 56-65.
179. NACU, A., CHIHAI, J. Reabilitarea bolnavilor psihici în serviciile comunitare de sănătate mintală, Chisinau. 2009.
180. NACU A., SPINEI, L., CHIHAI, J., BODERSCOVA, L. Cercetarea în Sănătate Mintală, Chisinau. 2007, p. 39-48.
181. NACU, A. Psihiatrie judiciara. Tipografia Centrală, Chișinău, 1997. pp. 44-52
182. NACU A., CHIHAI, J., NASTAS, I., et BLAJIN M. Article în press „La psychiatrie en Moldavie, le parcours d'une psychiatrie totalitaire vers une psychiatrie communautaire”. ScienceDirect, 2016.
183. NACU A., SPINEI, L., BODERSCOVA, L., CHIHAI, J. Ghid pentru serviciile comunitare de sănătate mintală, 2007, p. 123-155
184. NACU, A. et al. La psychiatrie en Moldavie, le parcours d'une psychiatrie totalitaire vers une psychiatrie communautaire. în : L'Evolution Psychiatrique, 2017, vol. 82, nr. 1, pp.143-159.
185. NACU, A. et al. Tulburările de anxietate (PCN-278). Chișinău, 2017, 79 p.
186. NACU, A. et al. Depresia (PCN-255). Chișinău, 2017, 68 p.
187. NACU, A. et al. Schizofrenia, Primul Episod Psihotic (PCN-9). Chișinău, 2017. 88 p.
188. NACU, A. et al. Tulburarea afectivă bipolară (PCN- 292). Chișinău, 2017, 108 p.
189. NACU, A. et al. Tulburări din spectrul autist la copii și adulți (PCN - 348). Chișinău, 2019, 96 p.
190. NACU, A. et al. Tulburarea cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD). Protocol Clinic Național. PCN-368. Chișinău 2020, Ord. MSMPS, nr. 142 din 12 februarie 2020, 113 p.
191. NACU, A. et al. Schizofrenia și Primul Episod Psihotic, Protocol Clinic Național. PCN-9 – revizuire, iulie 2020, 112 p.
192. NACU, A. et al. Psihiatrie. Manual. Chișinău: Tipografia Bons Offices, 2021, 738 p.

193. National Institute of Mental Health. Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System. Washington, DC: NIMH. 1987
194. National Institute of Mental Health. The numbers count: Mental disorders în America. 2013. [citat 08.06.2019]. Disponibil: <http://www.lb7.uscourts.gov/documents/12-cv-1072url2.pdf>
195. National Institute of Mental Health. Mental Illness [citat 12.10.2020]. Disponibil: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part_154790
196. NOVOTNÝ, J.S., GONZALEZ-RIVAS, J.P., KUNZOVÁ, Š. et al. Risk Factors Underlying COVID-19 Lockdown-Induced Mental Distress. In: Front. Psychiatry. 2020, vol. 11, 603014.
197. NUGTER, M.A., ENGELSBEL, F., BÄHLER, M. et al. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. In: Community Ment Health J. 2016, vol.52, nr. 8, pp. 898–907.
198. O'CONNOR, D.B., GARTLAND, N., O'CONNOR, R.C. Stress, cortisol and suicide risk. In: Int Rev Neurobiol. 2020, vol. 152, pp. 101-130.
199. OECD. Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice în Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing; 2015.
200. OMS. Planul global de acțiune pentru sănătatea mintală 2013-2020. 2013;
201. OPREA N., NACU A. A., OPREA V., Psihiatrie, Manual, USMF „N. Testemitanu”, Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, Chisinau 2007, p.167.
202. OPREA N., REVENCO M., COSMOVICI N. et al. Psihologia generală și medicală, partea I, Chisinau 1993, p. 23.
203. OPREA, N., REVENCO, M., COSMOVICI, N. et al. Psihologia generală și medicală, partea II, Chisinau 1993, p.53.
204. OPREA, N., REVENCO, M., COSMOVICI, N. et al. Psihologia generală și medicală, partea III, Chisinau 1993, p.31.
205. Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1076/720A din 30.12.2016 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2017”;
206. Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1605/414A din 31.12.2013 „Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Programului unic al asigurării

- obligatorii de asistență medicală”;Prezentările Managerului Local și Consultantului în Sănătate Mintală Comunitară din cadrul proiectului „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova“, finanțat de Agenția Elvețiană de Dezvoltare și Cooperare;
207. Ordinul comun al MS și CNAM nr. 400/219A din 28.05.2015 „Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”;
208. Ordinul comun al MS și CNAM nr. 597/6405A din 21.07.2016 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2016”;
209. Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr. 1131/658A din 29.12.2017 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018”;
210. Ordinul MS nr . 415 din 31.05.2017 „Cu privire la organizarea activității secției de psihiatrie în spitalul de profil general”;
211. Ordinul MS nr . 446 din 09.06.2015 „Cu privire la unele măsuri de eficientizare a serviciilor comunitare de sănătate mintală”;
212. Ordinul MS nr. 1520 din 23.12.2013 „Cu privire la realizarea Hotărârii Colegiului Ministerului Sănătății nr. 6/3 din 14 noiembrie 2013”;
213. Ordinul MS nr. 1569 din 27.12.2013 „Cu privire la organizarea asistenței medicale psihiatrice”;
214. Ordinul MS nr. 225 din 17.03.2017 „Cu privire la aprobarea formulelor de evidență medicală primară utilizate de către Centrele Comunitare de Sănătate Mintală”;
215. Ordinul MS nr. 407 din 14.05.2014 „Cu privire la Centrele Comunitare de Sănătate Mintală”;
216. Ordinul MS nr. 474 din 15.06.2017 „Cu privire la aprobarea indicatorilor de monitorizare a activității și indicatorilor de performanță a Centrului Comunitar de Sănătate Mintală”;
217. Ordinul MS nr. 591 din 20.08.2010 „Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Sănătate Mintală din Republica Moldova”, cu modificările ulterioare;
218. Ordinul MS nr. 610 din 21.07.2017 „Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești, pentru perioada anului 2017”;

219. Ordinul MS nr. 610 din 24.05.2013 „Cu privire la Strategia de dezvoltare a serviciilor de sănătate mintală la nivel de comunitate și integrare a sănătății mintale în asistența medicală primară pentru anii 2013 - 2016”;
220. Ordinul MS nr. 71 din 03.02.2015 „Cu privire la implementarea Proiectului „Reforma Serviciilor de Sănătate Mintală din Moldova” în raioanele pilot”;
221. PAPPA, S., NTELLA, V., GIANNAKAS, T. et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis [published correction appears in *Brain Behav Immun*. In: *Brain Behav Immun*. 2020, vol. 88, pp. 901-907.
222. PATEL, V., FLISHER, A.J., HETRICK, S., MCGORRY, P. Mental health of young people: a global public-health challenge. In: *Lancet*. 2007, vol. 369, nr. 9569, pp. 1302-1313.
223. PAULY, C., SCHRÖDER, V., PAULY, L. et al. Mental health impact of the confinement measures during the COVID-19 pandemic. In: *Innov Aging*. 2020, vol. 4, nr. 1, p. 952.
224. Planul de acțiuni în sănătate mintală pentru Europa. Declarația Europeană privind Sănătatea Mintală de la Helsinki din 2005;
225. Planul European de Acțiune în Sănătate Mintală 2013–2020. Biroul regional pentru Europa a Organizației Mondiale a Sănătății, 2013;
226. PRITCAN, V., CHIHAI, J., BODERSCOVA, L., Strategie didactică pentru predarea cursului „Terapie Ocupațională și reabilitare psihosocială”, Chisinau 2009, p.15-16.
227. PRITCAN, V., CHIHAI, J., BODERSCOVA, L., Suport de curs pentru medici, asistenți medicali, managerii serviciilor medicale și sociale, psihologi și asistenți sociali, Terapie Ocupațională și reabilitare psihosocială, Chisinau 2009, p.156-165.
228. Project group severe mental illness. Crossing the bridge. A national action plan to improve care of severe mental illness in the Netherlands. Utrecht. 2014
229. PYKE, J., LANCASTER, J., PRITCHARD, J. Training for partnership. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, vol. 21, nr. 1, pp. 64–66.
230. RAMACI, T., BARATTUCCI, M., LEDDA, C. et al. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. In: *Sustainability*. 2020, vol. 12, 3834.
231. Response to COVID 10/9/20 mentioning infection control in mental health settings. Disponibil:

<https://www.covid19healthsystem.org/countries/moldova/livinghit.aspx?Section=2.2%20Workforce&Type=Section>

232. ROBERTS, M. The production of the psychiatric subject: Power, knowledge and Michel Foucault. In: *Nursing Philosophy*. 2005, vol. 6, pp. 33-42.
233. ROGERS, J.P., CHESNEY, E., OLIVER, D. et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. In: *Lancet Psychiatry*. 2020, vol. 7, nr. 7, pp. 611-627.
234. ROSEN, A., KILLASPY, H., HARVEY, C. Specialisation and marginalisation: how the assertive community treatment debate affects individuals with complex mental health needs. In: *Psychiatrist*. 2013, vol. 37, nr. 11, pp. 345-348.
235. ROSS, E.C. NAMI campaign, policy team launch Omnibus Mental Illness Recovery Act. In: *NAMI Advocate*, 1999, vol. 20, nr. 4, pp. 1-5.
236. RUGGERI, M., RIANI, M., RUCCI, P., et al. Multidimensional assessment of outcome in psychiatry: the use of graphical displays. The South Verona Outcome Project 2. In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1998, vol. 7, pp. 186–198.
237. SALARI, N., HOSSEINIAN-FAR A, JALALI R, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. In: *Global Health*. 2020, vol. 16, p. 57-64.
238. SÁNCHEZ, J., CHAN, F., YAGHMAIAN, R. et al. Assessing community functioning and independent living skills of individuals with severe mental illness. In: *J Appl Rehabil Couns*. 2016, vol. 47, pp. 6–14.
239. SÁNCHEZ J., WADSWORTH J.S., FRAIN M.P. et al. Psychiatric Symptoms, Psychosocial Factors, and Life Satisfaction Among Persons With Serious Mental Illness: A Path Analysis. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020, vol. 208, nr. 8, pp. 600-607.
240. SARACENO, B., van OMMEREN, M., BATNIJI, R. et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. In: *Lancet*. 2007, vol. 370, nr. 9593, pp. 1164-1174.

241. SAXENA, S., THORNICROFT, G., KNAPP, M., WHITEFORD, H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. In: *Lancet*. 2007, vol. 370, nr. 9590, pp. 878-889.
242. SCHINNAR, A.P., ROTHBARD, A.B., KANTER, R., JUNG, Y.S. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. In: *Am J Psychiatry*. 1990, vol. 147, nr. 12, pp. 1602-1608.
243. SCHULZ, K.F., ALTMAN, D.G., MOHER, D., CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. In: *Int J Surg*. 2011, vol. 9, nr. 8, pp. 672-677.
244. SERAFINI, G., PARMIGIANI, B., AMERIO, A. et al. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. In: *QJM*. 2020, vol. 113, nr. 8, pp. 531-537.
245. SLADE, M. The International Journal of Social Psychiatry: Index Volume 42 January—December 1996. In: *International Journal of Social Psychiatry*. 1996, vol. 42, nr. 1, pp. 1-9.
246. SLADE, M., POWELL, R. & STRATHDEE, G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1996, vol. 32, pp. 177–184.
247. SOOD, L., OWEN, A., ONYON, R. et al. Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis teams: an evaluation. In: *BJPsych Bull*. 2017, pb.bp.116.053967. Disponibil: <http://pb.rcpsych.org/content/early/2017/01/06/pb.bp.116.053967>
248. SPINEI, L., CHIHAI, J., BODERSCOVA, L. Evaluarea abilităților de incluziune socială și profesională a beneficiarilor instituțiilor de Sănătate Mintală din Republica Moldova (raportul cercetării). Chișinău, 2008.
249. SPINEI L., CHIHAI J., BODERSCOVA L. Resursele cheie ale serviciilor comunitare de SM: echipa multidisciplinară comunitară, Chisinau, 2009.
250. STANSFELD, S., CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. In: *Scand J Work Environ Health*. 2006, vol. 32, pp. 443-462.

251. SULLIVAN, P. Recovery from schizophrenia: what we can learn from the developing nations. In: *Innovations and Research in Clinical Services, Community Support, and Rehabilitation*. 1994, vol. 3, nr. 2, pp. 7-15.
252. SWILDENS, W., Van BUSSCHBACH, J.T., MICHON, H. et al. Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the oston psychiatric rehabilitation approach. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 2011, vol. 56, nr. 12, pp. 751–760.
253. TANSELLA, M. Community psychiatry without mental hospitals – The Italian experience: a review. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1986, vol. 79, pp. 664-669.
254. TANSELLA, M., AMADDEO, F., BURTI, L. et al. Community-based mental health care in Verona, Italy. In: *Mental Health in our Future Cities* (eds Goldberg, D. & Thornicroft, G.), London: Erlbaum (UK), Taylor & Francis (Psychology Press). 1998, pp. 239-262.
255. The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. In: *Lancet*. 2018, vol. 392, pp. 1553–1598.
256. THORNICROFT, G., STRATHDEE, G. How many psychiatric beds. In: *British Medical Journal*, 1994, vol. 309, pp. 970-971.
257. THORNICROFT, G., TANSELLA, M. *Mental Health Outcome Measures*. Heidelberg: Springer Verlag, 1996, p.176.
258. THORNICROFT, G., BEBBINGTON, P., LEFF, J. Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. In: *Psychiatr Serv*. 2005, vol. 56, nr. 11, pp. 1416–1422.
259. THORNICROFT, G., CHATTERJI, S., EVANS-LACKO, S. et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. In: *Br J Psychiatry*. 2017, vol. 210, nr. 2, pp. 119-124.
260. THORNICROFT, G., TANSELLA, M. *The Mental Health Matrix*. Cambridge: Cambridge University Press. 1999.
261. THORNICROFT, G., STRATHDEE, G., PHELAN, M. et al. Rationale and design. PRISM Psychosis Study I. In: *British Journal of Psychiatry*, 1998, vol. 173, pp. 363–370.

262. THORNICROFT, G., SZMUKLER, G., MUESER, K., DRAKE, R. Organizing the range of community mental health services. în Oxford Textbook of Community Mental Health. Oxford: Oxford University Press. 2011.
263. TOO, L.S., SPITTAL, M.J., BUGEJA, L. et. al. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. In: J Affect Disord. 2019, vol. 259, pp. 302-313.
264. TOROK, M., HAN, J., BAKER, S. et al. Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: Lancet Digital Health, 2020, vol. 2, e25-36.
265. TRIEMAN, N., LEFF, J., GLOVER, G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled în the community: prospective cohort study. In: BMJ. 1999, vol. 319, nr. 7201, pp. 13–16.
266. TSCHOPP, M.K., FRAIN, M. Psychiatric rehabilitation. In Chan F, Silva Cardoso E, Chronister JA (Eds), Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners în rehabilitation. 2009. New York, NY: Springer Publishing Company. pp 371–398.
267. TUTTY, L.M., TOTHERY, M.A., GRINNELL, R.M., Cercetarea calitativa în asistenta sociala, Faze, etape și sarcini - Collegium POLIROM. 2005, pag. 37-61, 17 – 22.
268. ȚURCANU, G., BUGA, M., DOMENTE, S., RICHARDSON, E. Republica Moldova: revizuirea sistemului de sănătate. În: Sisteme de Sănătate în Tranziție. 2012, vol. 14, nr. 7.
269. UN. Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. United Nations; 2020. Disponibil: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
270. UNDP. Insights to action: Gender equality în the wake of COVID-19. 2020. Disponibil: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19-en.pdf?la=en&vs=5142>
271. UNICEF. Supporting families and children beyond COVID-19. Social protection în Southern and Eastern Europe and Central Asia. 2020. Disponibil: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Supporting%20Families%20and%20Children%20beyond%20C>

COVID-

[19%20Southern%20and%20Eastern%20Europe%20and%20Central%20Asia.pdf](#)

272. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), New York, 30 March 2007;
273. Van der VELDEN, P. G., HYLAND, P., CONTINO, C., et al. Anxiety and depression symptoms, the recovery from symptoms, and loneliness before and after the COVID-19 outbreak among the general population: Findings from a Dutch population-based longitudinal study. *PLoS ONE*, 2021, vol. 16, nr. 1, Article e0245057.
274. van DUIN, D., FRANX, G., Van WIJNGAARDEN, B. et al. Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the Netherlands: the Schizophrenia Quality Improvement Collaborative. In: *Int J Qual Health Care*. 2013, vol. 25, nr. 6, pp. 626-632.
275. van WEEGHEL, J., van de LINDT, S., SLOOFF, C. et al. A regional assessment of the quality of care for people with schizophrenia in The Netherlands. In: *Psychiatr Serv*. 2011, vol. 62, nr. 7, pp. 789-792.
276. van WEEGHEL, J., AUDENHOVE, C., COLUCCI, M. et al. The components of good community care for people with severe mental illnesses: Views of stakeholders in five European countries. In: *Psychiatric rehabilitation journal*. 2005, vol. 28, pp. 274-281.
277. VIGO, D., THORNICROFT, G., ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. In: *Lancet Psychiatry*. 2016, vol. 3, nr. 2, pp. 171-178.
278. VINDEGAARD, N., BENROS, M.E.. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. In: *Brain Behav Immun*. 2020, vol. 89, pp. 531-542.
279. WANG P.S., AGUILAR-GAXIOLA S., ALONSO J. et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. In: *Lancet*. 2007, vol. 370, nr. 9590, pp. 841-850.
280. WANG, Y., KALA, M.P., JAFAR, T.H. Factors associated with psychological detresās during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020, vol. 15, nr. 12, e0244630.

281. WANG, C., PAN, R., WAN, X. et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in Chin. In: *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020, vol. 87, pp. 40-48.
282. WASSERMAN, D. Suicide prevention during and after the COVID-19 pandemic. Evidence-based recommendations. 2020. World Psychiatric Association.
283. WASSERMAN, I.M. The Impact of Epidemic, War, Prohibition and Media on Suicide: United States, 1910–1920. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1992, vol. 22, pp. 240-254.
284. WEINGARTEN R. The ongoing processes of recovery. In: *Psychiatry*. 1994, vol. 57, nr. 4, pp. 369-388.
285. WHO Regional Office for Europe . The European Mental Health Action Plan 2013–2020. 2013;
286. WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. 2013
287. WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva, 1948.
288. WHO. Global health estimates. YLD estimates 2000-2019. World Health Organization. 2019.
289. WHO. Long-stay mental health care institutions and the COVID-19 crisis: identifying and addressing the challenges for better response and preparedness. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
290. WHO. Mental health and COVID-19. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization. 2020.
291. WHO. Mental Health Atlas 2017. Geneva, 2018.
292. WHO. Mental health atlas 2017. World Health Organization. 2018.
293. WHO. Mental Health Atlas 2017.
294. WHO. Suicide in the world. Global health estimates. World Health Organization. 2019.
295. WHO. The European Mental Health Action Plan (2013-2020). 2015.
296. WHO. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services. World Health Organization. 2020.
297. WITTCHEN, H.U., JACOBI, F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. In: *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005, vol. 15, nr. 4, pp. 357-376.

298. WITTCHEN, H.U., JACOBI, F., REHM, J. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011, vol. 21, nr. 9, pp. 655-679.
299. WU, T., JIA, X., SHI, H. et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. In: *J Affect Disord.* 2021, vol. 281, pp. 91-98.
300. XIE, Q.W., CHAN, C., JI, Q. et al. Psychosocial effects of parent-child book reading interventions: A meta-analysis. In: *Pediatrics.* 2018, vol. 141, nr. 4, e20172675.
301. XIONG, J., LIPSITZ, O., NASRI, F. et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. In: *J Affect Disord.* 2020, vol. 277, pp. 55-64.
302. YouGov, decembrie 2020.
303. ZIMMERMAN, M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. In: *Arch Gen Psychiatry.* 1994, vol. 51, nr. 3, pp. 225-245.
304. ZORTEA, T. C., BRENNAN, C. T. A., JOYCE, M. et al. The impact of infectious disease-related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts: A systematic review. *Crisis: In: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.* 2021, vol. 42, nr. 6, pp. 474–487.
305. <http://isp.sagepub.com/cgi/alerts>
306. http://www.bhevolution.org/public/severe_mental_illness.page
307. <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/HCNA/HCNAVol2chap13sh6L.pdf>
308. http://www.gulbenkianmhplatform.com/conteudos/00/66/00/00/MH-hospital-care_-ENG_7622.pdf,
309. http://www.gulbenkianmhplatform.com/conteudos/00/66/00/00/MH-packages-of-servicves-for-PHC--professionals_based-on-FGDs_ENG_8616.pdf
310. http://www.gulbenkianmhplatform.com/conteudos/00/66/00/00/PHC-and-MH_-ENG_5243.pdf
311. http://www.gulbenkianmhplatform.com/conteudos/00/66/00/00/review-of-MH-Graduate-and-Postgraduate-syllabus_3285.pdf
312. <http://www.rjor.ro/the-impact-of-covid-19-on-mental-health/>

313. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
314. <https://doi.org/10.1111/eip.12747>
315. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.52.11.1462>
316. https://www.bcbsil.com/provider/standards/serious_vs_non_serious.html
317. <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/HCNA/HCNAVol2chap13sh6L.pdf>
318. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>
319. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240195/>
320. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
321. https://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf
322. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

ANEXE

Anexa 1. - CHESTIONAR multidimensional pentru persoanele cu tulburări mintale severe

1.	Sex	1. M 2. F
2.	Vârsta	1. <18 ani 2. 18-25 ani 3. 26-35 ani 4. 36-50 ani 5. >50 ani
3.	Situația familială	1. Celibatar(ă) 2. Căsătorit(ă) 3. Concubinaj
4.	Studiile	2. Fără studii 3. Primare 4. Medii incomplete 5. Medii generale 6. Medii de specialitate 7. Superioare incomplete 8. Superioare 9. Postuniversitare
5.	Posedați sau nu grad de invaliditate	1. Da 2. Nu
6.	Gradul de invaliditate este	1. mediu 2. accentuat 3. sever 4. Fără termen 5. Cu termen
7.	Activează în câmpul muncii (muncă plătită oficial)	1. Da 2. Nu
8.	Aveți copii	1. Da 2. Nu
9.	Locuiți cu:	1. Părinții 2. Soția/Soț 3. Copii (în grija copiilor) 4. Alte persoane 5. Întreținut de stat (Azil)
10.	Vârsta la care a fost diagnosticată boala	1. <18 ani 2. 18-25 ani 3. 26-35 ani 4. 36-50 ani 5. >50 ani

11.	De câte ori în ultimul an ați fost spitalizat(ă) în secție psihiatrie	<ol style="list-style-type: none"> 1. o dată în an 2. de două ori 3. de trei și mai mult
12.	Diagnosticul conform fișei de boală	<ol style="list-style-type: none"> 1..... 2.....
13.	Alte diagnostice comorbide	<ol style="list-style-type: none"> 1..... 2.....
14.	Tratamentul administrat în prezent	<ol style="list-style-type: none"> 2. Medicamentos în pastile 3. Medicamentos injectabil (prolong) 4. Antipsihotice 5. Antidepresante 6. Timostabilizatoare/anticonvulsivante 7. Anxiolitice 8. Tranchilizante 9. Somnifere 10. Nootrope 11. Vasculare 12. Cognitive 13. Psihoterapeutic 14. Ergoterapeutic 15. Consiliere 16. Altele 17. Nu urmez nici un tratament
15.	Cu ce vă ocupați	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sunt ocupat într-un centru terapeutic 2. Sunt ocupat cu lucrul pe lângă casă 3. Sunt angajat în câmpul muncii

Anexa 2. – M.I.N.I. MINI INTERVIU NEUROPSIHIATRIC INTERNAȚIONAL

M.I.N.I.

MINI INTERVIU NEUROPSIHIATRIC INTERNAȚIONAL

Varianta engleză 7.0.2 pentru DSM-5

© Drepturi de autor 1992-2016 Sheehan DV

Toate drepturile rezervate. Nici o parte a acestui document nu poate fi reprodusă sau transmisă sub nicio formă, prin orice mijloace electronice sau mecanice, inclusiv prin fotocopiere sau prin orice sistem de stocare sau recuperare a informațiilor, fără permisiunea scrisă din partea Dr. Sheehan. Cercetătorii individuali, clinicienii și studenții care lucrează în instituții nonprofit sau publice (inclusiv universități, spitale nonprofit și instituții guvernamentale) pot face copii pe suport de hârtie ale unui M.I.N.I. Instrument pentru utilizarea lor personală clinică și de cercetare, dar nu pentru uz instituțional sau pentru orice profit sau câștig financiar. Orice utilizare care implică câștiguri financiare necesită un acord de licență de la deținătorul drepturilor de autor și plata unei taxe de licență per utilizare.

DISCLAIMER

Scopul nostru este de a oferi suport în evaluarea și monitorizarea pacienților cu o mai mare eficiență și precizie. Înainte de a se lua măsuri pe baza datelor culese și prelucrate prin acest program, acestea ar trebui să fie revizuite și interpretate de către un clinician licențiat.

Acest program nu este conceput sau destinat a fi utilizat în locul unei evaluări medicale și psihiatrice complete de către un medic calificat, licențiat - psihiatru. Acesta este doar ca un instrument pentru a facilita colectarea de date exacte și prelucrarea simptomelor elucidate de personal instruit. Acesta nu este un test de diagnosticare.

M.I.N.I. 7.0.2 (8 August, 2016) (8/8/16)

Numele pacientului:	Numărul pacientului:
Data nașterii:	Ora la care a început interviul:
Numele intervievatorului:	Ora la care s-a finisat interviul:
Data interviului:	Timpul total:

	Module	Perioada de timp	Criteriile îndeplinite	ICD – 10 - CM	Diagnostic primar
A	EPSOD DEPRESIV MAJOR	Curent (2 săptămâni) Trecut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

		Recurent	<input type="checkbox"/>		
	TULBURARE DEPRESIVĂ MAJORĂ	Curent (2 săptămâni)	<input type="checkbox"/>	F32.X	<input type="checkbox"/>
		Trecut	<input type="checkbox"/>	F32.X	<input type="checkbox"/>
		Recurent	<input type="checkbox"/>	F33.X	<input type="checkbox"/>
B	IDEAȚIE SUICIDARĂ	Curent (ultima lună)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Pe parcursul vieții	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ușoară <input type="checkbox"/> Moderată <input type="checkbox"/> Severă	<input type="checkbox"/>
	TULBURARE DE COMPORTAMENT SUICIDARĂ	Curent În remisiunea timpurie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(În ultimul an) (1-2 ani în urmă)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C	EPISOD MANIACAL	Curent	<input type="checkbox"/>		
		Trecut	<input type="checkbox"/>		
	EPISOD HIPOMANIACAL	Curent	<input type="checkbox"/>		
		Trecut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neexplorat	
	TULBURARE BIPOLARĂ I	Curent	<input type="checkbox"/>	F31.0 – F31.76	<input type="checkbox"/>
		Trecut	<input type="checkbox"/>	F31.0 – F31.76	<input type="checkbox"/>
	TULBURARE BIPOLARĂ II	Curent	<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>
		Trecut	<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>
	ALTE MANIFESTĂRI BIPOLARE ȘI TULBURĂRI RELEVANTE	Curent	<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>
		Trecut	<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>
D	TULBURARE DE PANICĂ	Curent (ultima lună)	<input type="checkbox"/>	F41.0	<input type="checkbox"/>
		Pe parcursul vieții	<input type="checkbox"/>	F40.0	<input type="checkbox"/>
E	AGORAFOBIE	Curent	<input type="checkbox"/>	F40.0	<input type="checkbox"/>
F	TULBURARE DE ANXIETATE SOCIALĂ (Fobie socială)	Curent (ultima lună)	<input type="checkbox"/>	F40.10	<input type="checkbox"/>

G	TULBURARE OBSESIV - COMPULSIVĂ	Curent (ultima lună)	<input type="checkbox"/>	F42.2	<input type="checkbox"/>
H	TULBURARE DE STRES POST- TRAUMATIC	Curent (ultima lună)	<input type="checkbox"/>	F43.10	<input type="checkbox"/>
I	TULBURARE DATORITĂ CONSUMULUI DE ALCOOL	În ultimele 12 luni	<input type="checkbox"/>	F10.10/F10.20	<input type="checkbox"/>
J	TULBURARE DATORITĂ CONSUMULUI DE SUBSTANȚE (nu alcool)	În ultimele 12 luni	<input type="checkbox"/>	F11.10/F10.20 – F19.20	<input type="checkbox"/>
K	ORICARE TULBURARE PSIHOTICĂ	Curent	<input type="checkbox"/>	F20.81 – F29	<input type="checkbox"/>
		Pe parcursul vieții	<input type="checkbox"/>	F20.81 – F29	<input type="checkbox"/>
	TULBURARE DEPRESIVĂ MAJORĂ CU MANIFESTĂRI PSIHOTICE	Curent	<input type="checkbox"/>	F32.3/F33.3	<input type="checkbox"/>
		Trecut	<input type="checkbox"/>	F32.3/F33.3	<input type="checkbox"/>
	TULBURARE BIPOLARĂ I CU MANIFESTĂRI PSIHOTICE	Curent	<input type="checkbox"/>	F31.2/F31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
		Trecut	<input type="checkbox"/>	F31.2/F31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
L	ANOREXIE NERVOASĂ	Curent (ultimele 3 luni)	<input type="checkbox"/>	F50.01/F50.02	<input type="checkbox"/>
M	BULIMIE NERVOASĂ	Curent (ultimele 3 luni)	<input type="checkbox"/>	F50.02	<input type="checkbox"/>
MB	TULBURARE DE APETIT	Curent (ultimele 3 luni)	<input type="checkbox"/>	F50.81	<input type="checkbox"/>

N	TULBURARE DE ANXIETATE GENERALIZATĂ	Curent (ultimele 6 luni)	<input type="checkbox"/>	F41.1	<input type="checkbox"/>
O	CAUZA MEDICALĂ, ORGANICĂ, DE DROGURI, EXCLUSĂ			<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Incert	
P	TULBURARE DE PERSONALITATE DISOCIALĂ	Pe parcursul vieții	<input type="checkbox"/>	F60.2	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICAȚI DIAGNOSTICULUI PRIMAR PRIN BIFAREA CASETEI DE VERIFICARE ADECVATE.

(Care problemă vă deranjează cel mai mult sau domina asupra celorlalte sau a apărut pentru prima dată în istoria vieții?)

INSTRUCȚIUNI GENERALE

M.I.N.I. a fost conceput ca un scurt interviu structurat pentru tulburările psihiatrice majore din DSM-5 și ICD-10. Au fost realizate studii de validare și fiabilitate prin compararea modelului M.I.N.I. cu SCID-P pentru DSM-III-R și la CIDI (un interviu structurat elaborat de Organizația Mondială a Sănătății). Rezultatele acestor studii arată că M.I.N.I. are proprietăți similare de fiabilitate și validitate, dar poate fi administrat într-o perioadă mult mai scurtă de timp (medie $18,7 \pm 11,6$ minute, mediu 15 minute) decât instrumentele menționate mai sus. Clinicienii o pot folosi, după o scurtă sesiune de instruire. Intervievatorii necesită o pregătire mai extinsă.

INTERVIU:

Pentru a menține interviul cât mai scurt, informați pacientul că veți efectua un interviu clinic mai structurat decât de obicei, cu întrebări foarte precise despre problemele psihologice care necesită un răspuns de tipul da sau nu.

FORMAT GENERAL:

M.I.N.I. este împărțit în module identificate prin litere, fiecare corespunzând unei categorii de diagnosticare.

La începutul fiecărui modul de diagnoză (cu excepția modulului tulburărilor psihotice), întrebările de screening care corespund principalelor criterii ale afecțiunii sunt prezentate într-o **boxă gri**.

La sfârșitul fiecărui modul, boxa de diagnosticare permite medicului să indice dacă sunt îndeplinite criteriile de diagnosticare.

CONVENȚII:

Propozițiile scrise cu "font normal" trebuie citite exact așa cum este scrisă pacientului pentru a standardiza evaluarea criteriilor de diagnostic.

Propozițiile scrise cu «MAJUSCULE» nu trebuie citite pacientului. Acestea sunt instrucțiuni pentru interviuatorul care asistă la notarea algoritmilor de diagnosticare.

Propozițiile scrise cu "bold" indică intervalul de timp examinat. Interviuatorul ar trebui să le citească ori de câte ori este necesar. Doar simptomele care apar în intervalul de timp indicat trebuie luate în considerare la notarea răspunsurilor.

Răspunsurile cu o săgeată deasupra lor (➔) indică faptul că nu este îndeplinit unul dintre criteriile necesare diagnosticării sau diagnosticul. În acest caz, interviuatorul ar trebui să meargă la sfârșitul modulului, încercuind "NU" în toate casetele de diagnosticare și să se mute la modulul următor.

Atunci când termenii sunt separate printr-o *bară oblică (/)* interviuatorul trebuie să citească doar acele simptome cunoscute a fi prezente la pacient (de exemplu, întrebări J2b sau K6b).

Frazele din (paranteze) sunt exemple clinice ale simptomului. Acestea pot fi citite pacientului pentru a clarifica întrebarea.

INSTRUCȚIUNI DE EVALUARE/GRADARE:

Toate întrebările trebuie evaluate/gradate. Evaluarea/gradarea este făcută la dreapta fiecărei întrebări, încercuind fie DA, fie NU. Evaluarea clinică a evaluatorului trebuie utilizată în codificarea răspunsurilor. Interviuatorii trebuie să fie sensibili la diversitatea convingerilor culturale în administrarea întrebărilor și evaluarea răspunsurilor. Evaluatorul ar trebui să ceară exemple atunci când este necesar, pentru a asigura o codificare exactă. Pacientul trebuie încurajat să solicite clarificări cu privire la orice întrebare care nu este absolut clară.

Clinicianul trebuie să fie sigur că fiecare dimensiune a întrebării este luată în considerare de către pacient (de exemplu, intervalul de timp, frecvența, severitatea și / sau alternativele).

Simptome mai bine reprezentate de o cauză organică sau prin utilizarea de alcool sau de droguri nu ar trebui să fie codificate pozitiv în M.I.N.I. M.I.N.I. are întrebări care investighează aceste probleme.

Pentru orice întrebări, sugestii, necesități pentru o sesiune de instruire sau informații despre actualizările de la M.I.N.I., vă rugăm să contactați:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.

University of South Florida, Colegiul de Medicina

Tel: +1 813-956-8437

E-mail: dsheehan@health.usf.edu

Pentru licențiere, permisiuni sau întrebări, contactați davidvsheehan@gmail.com

A. EPISOD DEPRESIV MAJOR

(➔ SEMNIFICĂ: TRECI LA CASETA DE DIAGNOSTICARE, ÎNCERCUIEȘTE NU ÎN CASETA DE DIAGNOSTICARE, ȘI TRECI LA URMĂTORUL MODUL)

A	a	Ați fost <u>vreodată</u> deprimat sau a-ți lăsat mâinile în jos, sau v-ați simțit trist, pustiit sau fără speranță majoritatea timpului, aproape în fiecare zi, timp de două săptămâni?	NU	DA
1		DACĂ NU, CODIFICAȚI NU LA A1b : DACĂ DA ÎNTREBAȚI:		
	b	În ultimele două săptămâni, ați fost deprimat sau a-ți lăsat mâinile în jos, sau v-ați simțit trist, pustiit sau fără speranță în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi?	NU	DA
A	a	Ați fost <u>vreodată</u> mai puțin interesat de cele mai multe lucruri sau de mult mai puțin capabili să vă bucurați de lucrurile de care vă bucurați de cele mai multe ori, timp de două săptămâni?	NU	DA
2		DACĂ NU, CODIFICAȚI NU LA A2b : DACĂ DA ÎNTREBAȚI:		
	b	În ultimele două săptămâni, ați fost mai puțin interesat de cele mai multe lucruri sau de mult mai puțin capabili să vă bucurați de lucrurile care vă bucurau de cele mai multe ori, în majoritatea timpului?	NU	DA
		ESTE A1a SAU A2a CODIFICAT CU DA ?	➔ NU	DA
A	3	DACĂ A1b SAU A2b = DA : EXPLORAȚI EPISODUL CURENT ȘI CEL MAI SIMPTOMATIC EPISOD DIN TRECUT, ALTFEL DACĂ A1b ȘI A2b = NU : EXPLORAȚI NUMAI CEL MAI SIMPTOMATIC EPISOD DIN TRECUT.		
		De-a lungul acestei perioade de două săptămâni, când te-ai simțit deprimat sau dezinteresat:	<u>Ultimele</u> <u>2</u> <u>săptămâni</u> <u>i</u>	<u>Ultimul</u> <u>epizod</u>
	a	Apetitul a scăzut sau a crescut aproape în fiecare zi? Greutatea Dvs. s-a redus sau a crescut, fără a încerca intenționat (adică, cu ± 5% din greutatea corporală sau ± 8 lb sau ± 3,5 kg, pentru o persoană de 160 lb / 70 kg într-o lună)? DACĂ DA LA ORICARE, CODIFICAȚI DA .	NU DA	NU DA
	b	Ați avut probleme de somn aproape în fiecare noapte (dificultate la adormire, trezire la mijlocul nopții, trezirea dimineața devreme sau somn excesiv)?	NU DA	NU DA
	c	Ați vorbit sau v-ați mișcat mai lent decât în mod normal sau ați avut frică, neliniște sau ați avut probleme să stați pe loc, aproape în fiecare zi? A observat cineva asta?	NU DA	NU DA
	d	V-ați simțit obosit sau fără energie aproape în fiecare zi?	NU DA	NU DA
	e	V-ați simțit fără valoare sau vinovat aproape în fiecare zi?	NU DA	NU DA
		DACĂ DA , CERE EXEMPLE. CAUT IDEI DELIRANTE DE EȘEC, DE INADECVARE, DE RUINARE SAU DE VINA, SAU NEVOIA DE		

A FI PEDEPSIT SAU IDEI DELIRANTE LEGATE DE BOALĂ SAU DECES, NIHILISTE SAU SOMATICE.

EXEMPLELE SUNT ÎN CONCORDANȚĂ CU IDEA DELIRANTĂ.

Episod curent Nu Da

Episod anterior Nu Da

- | | | | |
|--------|--|-----------|-------|
| f | Ați avut dificultăți în concentrarea, gândirea sau luarea deciziilor aproape în fiecare zi? | NU DA | NU DA |
| g | V-ați gândit în mod repetat despre moarte (FRICA DE MOARTE NU SE IA în CONSIDERAȚIE AICI), sau aveți gânduri de sinucidere, sau o intenție sau intenționați să vă sinucideți? Ați făcut tentative de suicid? DACĂ DA LA ORICARE, CODIFICAȚI CU DA. | NU DA | NU DA |
| A
4 | Aceste simptome vă provocă disconfort sau probleme semnificative la domiciliu, la locul de muncă, la școală, pe plan social, în relațiile dvs., sau într-un alt mod important, și ele reprezintă o schimbare de la funcționarea anterioară? | NU DA | NU DA |
| A
5 | Între 2 episoade de depresie, ați avut vreodată un interval de cel puțin 2 luni, fără nici o depresie semnificativă sau o pierdere semnificativă de interes? | N/A NU DA | |

5 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI (A1-A3) SUNT CODIFICATE CU DA ȘI A4 ESTE CODIFICAT CU DA PENTRU ACEST INTERVAL DE TIMP?

ȘI

ESTE "EXCLUSĂ CAUZA ORGANICĂ (REZUMATUL O2)" CODIFICAT **DA**?

DACĂ **A5** ESTE CODIFICAT **DA**, CODIFICAȚI **DA** PENTRU RECURENT.

<p>NU DA</p> <p>EPIZOD DEPRESIV MAJOR</p> <p><input type="checkbox"/> CURENT</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> TRECUT</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> RECURENT</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
--

- A a Câte episoade depresive a-ți avut în timpul vieții? _____
- 6 Între fiecare episod trebuie să existe cel puțin 2 luni fără nici o depresie semnificativă.

B. IDEAȚIE SUICIDARĂ

		Punctaj:	
În ultima lună Dvs.:			
B1	Ați avut vreun accident? Aceasta include administrarea accidentală a prea multor medicamente. DACĂ NU LA B1 , TRECI LA B2 . DACĂ DA , ÎNTREABĂ B1a :	NU	DA 0
B1a	Planificați sau intenționați să vă răniți în orice accident, fie ne-evitând un risc, fie provocând accidentul în mod intenționat? DACĂ NU LA B1a , TRECI LA B2 . DACĂ DA , ÎNTREABĂ B1b :	NU	DA 0
B1b	Intenționați să muriți, ca urmare a unui accident?	NU	DA 0
B2	Vă gândiți (chiar și acum) că ar fi mai bine să fiți mort sau să vă doriți să fiți mort sau credeți că trebuia deja să fiți mort?	NU	DA 1
B3	V-ați gândit (chiar și acum) să vă faceți vreun rău, durere sau să vă răniți - cu cel puțin o mică intenție sau conștientizare a faptului că ai putea muri ca rezultat ale acestei răniri - sau să te gândești la sinucidere (adică să te omori)? DACĂ NU LA B2 + B3 , TRECI LA B4 . ÎN CAZ CONTRAR ÎNTREABĂ: Frecvența Intensitatea Ocazional <input type="checkbox"/> Ușor <input type="checkbox"/> Des <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Foarte des <input type="checkbox"/> Sever <input type="checkbox"/>	NU	DA 6
B4	Auziți o voce sau voci care vă spune să vă sinucideți sau aveți vise cu orice conținut referitor la suicid? DACĂ DA , marchează una sau ambele: <input type="checkbox"/> a fost o voce sau voci? <input type="checkbox"/> a fost un vis?	NU	DA 4
B5	Aveți o metodă de suicid în minte (adică, cum anume)?	NU	DA 8
B6	Aveți un mijloc de suicid în minte (adică, cu ce)?	NU	DA 8
B7	Aveți un loc în minte pentru tentativa de suicid (adică, unde)?	NU	DA 8
B8	Aveți în minte o dată/zi / interval de timp pentru a încerca suicidul (adică, când)?	NU	DA 8
B9	Vă gândiți la vreo acțiune pe care doriți să o finalizați înainte de a încerca să vă omorâți?	NU	DA 8

	(de exemplu să scrie-ți o scrisoare de sinucidere)			
B10	Vreți să puneți în practică gândurile pe care le aveți cu privire la suicid? DACĂ DA , marchează una sau ambele: <input type="checkbox"/> intenționați să acționați acum? <input type="checkbox"/> intenționați să acționați cândva în viitor?	NU	DA	8
B11	Intenționați să muriți, ca urmare a unui act suicidal? DACĂ DA , marchează una sau ambele: <input type="checkbox"/> intenționați să acționați acum? <input type="checkbox"/> intenționați să acționați cândva în viitor?	NU	DA	8
B12	Ați simțit nevoia sau impulsul să vă sinucideți sau de a planifica să vă omorâți mai degrabă acum decât mai târziu? DACĂ DA , marchează una sau ambele: <input type="checkbox"/> a fost asta pentru a vă sinucide? <input type="checkbox"/> a fost asta pentru a planifica să vă sinucideți? DACĂ DA , marchează una sau ambele: <input type="checkbox"/> a fost în mare măsură neprovocată? <input type="checkbox"/> a fost provocat? PENTRU A EVALUA DACĂ ACEST LUCRU A FOST ÎN GENERAL NEPROVOCAT ÎNTREBAȚI: "Cu 5 minute înainte de acest impuls, ați fi putut să vă gândiți că acest lucru se va întâmpla la acel moment?" DACĂ NU LA B12 , TRECI LA B14	NU	DA	8
B13	Aveți dificultăți în a rezista acestor impulsuri?	NU	DA	8
B14	Ați făcut pași activi pentru a vă pregăti pentru o încercare de sinucidere în care vă așteptați sau intenționați să muriți (includeți orice ați făcut sau intenționat nu ați făcut ca să vă apropiați de a face o încercare de suicid)? Acestea includ momente când a-ți încercat să vă ucideți, dar a-ți fost întrerupt sau oprit, înainte de a vă răni. DACĂ NU LA B14 , TRECI LA B15	NU	DA	8
B14a	Faceți pași activi pentru a vă pregăti să vă omorâți, dar nu ați început încercarea de sinucidere?	NU	DA	9
B14b	Faceți pași activi pentru a vă pregăti să vă omorâți, dar v-ați oprit chiar înainte de a vă răni pe sine însuși ("abandonat")?	NU	DA	10
B14c	Faceți pași activi pentru a vă pregăti să vă omorâți, dar cineva sau ceva v-a oprit chiar înainte de a vă răni ("întrerupt")?	NU	DA	11
B15	V-ați rănit intenționat, fără intenția de a vă sinucide? (B15 NU ESTE CONSIDERAT CA COMPORTAMENT SUICIDAL)	NU	DA	0
B16	Ați încercat să comiteți suicid (să vă omorâți)? DACĂ NU LA B16 , TRECI LA B17	NU	DA	

B16a	Începeți o tentativă de sinucidere (pentru a vă ucide), dar a-ți decis să vă opriți și nu ați finalizat încercarea?	NU	DA	12
B16b	Începeți o tentativă de sinucidere (pentru a vă ucide), dar ați fost întrerupt și nu ați finisat încercarea?	NU	DA	13
B16c	Ați trecut printr-o încercare de sinucidere (să vă omorâți), complet așa cum ați vrut? O încercare de sinucidere înseamnă că ați făcut ceva în care ați putea fi rănit, cu cel puțin o ușoară intenție de a muri. DACĂ NU LA B16c, TRECI LA B17 Sperând să fiți salvat / supraviețuiți <input type="checkbox"/> Așteptând / intenționând să muriți <input type="checkbox"/>	NU	DA	14
B17	TIMP PETRECUT PE ZI CU ORICE IMPULS, GÂNDURI SAU ACȚIUNI SUICIDARE: Timpul petrecut de obicei pe zi: ____ ore ____ minute. Cel mai puțin timp petrecut pe zi: ____ ore ____ minute. Cea mai mare parte a timpului petrecut pe zi: ____ ore ____ minute. Pe parcursul vieții:			
B18	Ați făcut vreo dată o încercare de sinucidere (să încercați să vă omorâți)? Dacă DA , de câte ori? _____ Dacă DA , când a fost ultima tentativa de suicid? Curent: în ultimele 12 luni <input type="checkbox"/> In remisiune timpurie: între 12 și 24 de luni în urmă <input type="checkbox"/> În remisiune: cu mai mult de 24 de luni în urmă <input type="checkbox"/> „O tentativă de suicid este orice comportament autodistructiv, cu cel puțin o intenție (> 0) pentru a muri ca urmare a actului. Dovada că individul intenționează să se omoare, cel puțin într-o anumită măsură, pot fi explicate sau deduse din comportament sau circumstanțe. De exemplu, este definit ca o tentativă de suicid în cazul în care nu este în mod clar un accident sau în cazul în care persoana crede că actul ar putea fi letal, chiar dacă neagă intenție.“ (FDA Guidance for Industry Suicidal Ideation and Behavior Document 2012 and C-CASA definition). Posner K et al. Am J Psychiatry 2007; 164 (7): 1035-1043 & http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/default.htm	NU	DA	4
B19	Cât de probabil este să încerci să te omori în următoarele 3 luni pe o scară de 0-100% _____ % ORICE POSIBILITATE > 0% pe B19 ar trebui să fie codificată DA	NU	DA	13

DACĂ ESTE CEL PUȚIN 1 DIN CELE DE MAI SUS (CU EXCEPȚIA **B1**) CODIFICAȚI CU **DA**?

DACĂ **DA**, ADĂUGAȚI PUNCTELE TOTALE PENTRU RĂSPUNSURILE (**B1-B19**) BIFATE "DA" ȘI SPECIFICAȚI CATEGORIA SCORURILOR DE SUICIDALITATE MENȚIONATĂ ÎN CASETA DE DIAGNOSTIC:

INDICAȚI DACĂ SUICIDALITATEA ESTE CURENTĂ (LUNA PRECEDENTĂ) SAU O ÎNCERCARE PE PARCURSUL VIEȚII PRIN MARCAREA CĂSUȚELOR CORESPUNZĂTOARE, FIE PRIN NEMARCAREA UNEIA SAU AMBELOR.

CURRENT = ORICE RĂSPUNS POZITIV ÎN **B1a** PRIN **B16c** (CU EXCEPȚIA **B15**) SAU ORICE TIMP PERMIS ÎN **B17**.

ÎNCERCARE PE PARCURSUL VIEȚII = **B18** CODIFICATĂ CU **DA**.

PROBABIL ÎN VIITORUL APROPIAT = **B19** CODIFICATĂ CU **DA**.

FACEȚI ORICE COMENTARIU SUPLIMENTAR PRIVIND EVALUAREA SUICIDALITĂȚII ACESTUI PACIENT ÎN PREZENT ȘI ÎN VIITORUL APROPIAT, ÎN SPAȚIUL DE MAI JOS:

ESTE **B18** CODIFICAT CU **DA**?

ȘI UN RĂSPUNS **DA** LA

A FOST ACTUL DE SUICID FĂCUT FĂRĂ SCOP POLITIC SAU RELIGIOS?

DACĂ **DA**, SPECIFICAȚI DACĂ TULBURAREA ESTE CURENTĂ, ÎN REMISIUNEA TIMPURIE SAU ÎN REMISIUNE.

NU DA IDEAȚIE SUICIDARĂ 1-8 puncte Jos <input type="checkbox"/> 9-16 puncte Moderat <input type="checkbox"/> > 17 puncte Înalt <input type="checkbox"/> CURRENT <input type="checkbox"/> ÎNCERCARE PE PARCURSUL VIEȚII <input type="checkbox"/> PROBABIL ÎN VIITORUL APROPIAT <input type="checkbox"/>

NU DA TULBURĂRI DE COMPORTAMENT SUICIDAL Curent <input type="checkbox"/> În remisiune timpurie <input type="checkbox"/> În remisiune <input type="checkbox"/>

C. EPIZOADE MANIACALE ȘI HIPOMANIACALE

(⇒ ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC MANIACAL ȘI HIPOMANIACAL ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR)

Aveți vreun istoric familial de tulburare depresivă sau tulburare bipolară sau orice membru al familiei care a suferit modificări ale dispoziției tratate cu medicamente precum litiu, valproat de sodiu (Depakote) sau lamotrigină (Lamictal)?

NU

DA

ACEASTA ÎNTREBARE NU ESTE UN CRITERIU PENTRU TULBURAREA BIPOLARA, DAR ESTE PUSĂ ÎN VEDEREA CREȘTERII VIGILENȚEI CLINICIANULUI CU PRIVIRE LA RISCUL DE TULBURARE BIPOLARA.

DACĂ DA, VĂ RUGĂM SĂ SPECIFICAȚI CINE:

- C1 a Ați avut vreodată o perioadă când v-ați simțit "excesiv de vesel" sau "cu prea multă energie" sau "euforic" și atât de activ sau plin de energie sau plin de sine însăși, încât să intrați în necazuri - sau că alți oameni au crezut că nu sunteți dvs. cel obișnuit? (Nu lua în considerare momentele când ai fost în stare de ebrietate sau sub influența drogurilor.)

DACĂ PACIENTUL ESTE NECLAR SAU NEDUMERIT DESPRE "EXCESIV DE VESEL" SAU "CU PREA MULTĂ ENERGIE" SAU "EUFORIC", CLARIFICAȚI URMĂTOARELE:

Prin "excesiv de vesel" sau "cu prea multă energie" sau "euforic" vreau să spun: cu starea de spirit euforic; energie sau activitate crescută; ai nevoie de mai puțin somn; având gânduri rapide; fiind plin de idei; având o creștere a productivității, motivație, creativitate, sau comportament impulsiv; telefonând sau lucru excesiv sau să cheltuiți sume exagerat bani.

DACĂ NU, CODIFICAȚI CU NU LA C1b: DACĂ DA ÎNTREBAȚI:

- b În prezent, aveți senzație că sunteți "excesiv de vesel" sau "cu prea multă energie" sau "euforic" sau plin de energie? NU DA
- C2 a Ați fost vreodată persistent iritabil, timp de mai multe zile, astfel încât ați avut certuri sau conflicte verbale sau fizice, sau ați strigat la oameni din afara familiei tale? Ați observat sau alții au observat că ați fost mai iritabil sau ați reacționat exagerat, în comparație cu alte persoane, chiar și în situații v-ați simțit că este justificat? NU DA

DACĂ **NU**, CODIFICAȚI CU **NU LA C2b**: DACĂ **DA** ÎNTREBAȚI:

b Te simți în prezent permanent iritabil? NU DA

→

ESTE **C1a** SAU **C2a** CODIFICATĂ CU **DA**?

NU DA

C3

DACĂ **C1B** SAU **C2B** = **DA**: EXPLICAȚI EPISODUL ACTUAL ȘI, CEL MAI SIMPTOMATIC EPISOD TRECUT, ALTFEL DACĂ **C1B** ȘI **C2B** = **NU**: EXPLORĂM DOAR EPISODUL SIMPTOMATIC DIN TRECUT

CÂND EXAMINAȚI EPISODUL CURENT, ÎNCEPEȚI FIECARE ÎNTREBARE DUPĂ CUM URMEAZĂ:

De-a lungul ultimele zile, inclusiv astăzi, când te-ai simțit te-ai simțit excesiv de vesel, euforic și plin de energie sau iritabil, ai făcut:

CÂND EXPLORAȚI EPISODUL TRECUT, ÎNCEPEȚI FIECARE ÎNTREBARE DUPĂ CUM URMEAZĂ:

Pe parcursul unei perioade de câteva zile în trecut, atunci când te-ai simțit excesiv de vesel, euforic și plin de energie sau mai iritabil, ai făcut:

Epizodul Curent Epizodul Trecut

a Simțiți că ați putea face lucrurile pe care alții nu le-ar fi făcut sau că ați fost o persoană deosebit de importantă? NU DA NU DA

DACĂ **DA**, CERE EXEMPLE.

EXEMPLELE SUNT în CONCORDANTA CU O IDEA DELIRANTĂ.

Epizodul curent NU DA

Epizodul trecut NU DA

b Aveți nevoie de mai puțin somn (de exemplu, vă simțiți odihnit după doar câteva ore de somn)? NU DA NU DA

c Vorbești prea mult fără să te oprești sau ai simțit o presiune pentru a continua să vorbești? NU DA NU DA

d Observați că gândurile dvs. merg foarte repede sau toate împreună sau cursează sau se mișcă foarte repede de la un subiect la altul? NU DA NU DA

e Sunteți ușor de abătut de la o activitate curentă, astfel încât orice întrerupere mică să vă distragă atenția? NU DA NU DA

f Aveți o creștere semnificativă a activității sau inițiativei, la serviciu, la școală, sociale sau sexuale sau ați devenit fizic sau psihic neliniștit? Această creștere a activității poate fi cu sau fără un scop. NU DA NU DA

g Ați dorit atât de mult să vă angajați în activități plăcute, încât ignorați riscurile sau consecințele (de exemplu, cheltuirea banilor, condusul cu viteză sau comportamente sexuale excesive)? NU DA NU DA

C3 SUMAR: CÂND EVALUAȚI EPISODUL CURENT: NU DA NU DA
DACĂ C1b ESTE NU, SUNT 4 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI C3, INCLUSIV LA C3f CU DA?
DACĂ C1B ESTE DA, SUNT 4 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI C3, INCLUSIV LA C3f CU DA?

CÂND EVALUAȚI EPISODUL TRECUT:
DACĂ C1B ESTE NU, SUNT 4 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI C3, INCLUSIV LA C3f CU DA?
DACĂ C1B ESTE DA, SUNT 4 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI C3, INCLUSIV LA C3f DA?
CODIFICAȚI CU DA DOAR DACĂ MAI MULT DE 3 SAU 4 SIMPTOME AU APĂRUT ÎN CURSUL ACELEIAȘI PERIOADE DE TIMP.
REGULA: EXALTARE / EXPANSIVITATE NECESITA DOAR 3 DIN SIMPTOMELE C3, ÎN TIMP CE DISPOZIȚIA IRITABILĂ NECESITĂ DOAR 4 DIN SIMPTOMELE C3.

- C4 Care este cea mai lungă perioadă de timp când aceste simptome au durat (cea mai mare parte a zile, aproape în fiecare zi)?
 EVALUAȚI ACEASTA DURATA DE LA APARIȚIA ÎNȚIALĂ A SIMPTOMELOR PÂNĂ LA DISPARIȚIE ACESTORA , NU DOAR VÂRFUL.

 a) 3 zile consecutive sau mai puțin
 b) 4, 5 sau 6 zile consecutive sau mai mult
 c) 7 zile consecutive sau mai mult
- C5 Ați fost spitalizat pentru aceste probleme? NU DA NU DA
DACĂ DA, ÎNCERCUIȚI CU DA ÎN EPISOD MANIACAL PENTRU ACEASTĂ PERIOADĂ DE TIMP ȘI TRECEȚI LA C7.
- C6 Aceste simptome au provocat probleme semnificative la domiciliu, la serviciu, în societate, în relațiile dvs., la școală sau într-un alt mod important? NU DA NU DA
- C7 Au fost aceste simptome asociate cu o schimbare clară în modul în care ați funcționat anterior și acesta a fost diferit de modul în care funcționați de obicei? NU DA NU DA
SUMARUL C3 ȘI C7 ȘI (C4c SAU C5 SAU C6 SAU ORICE MANIFESTARE PSIHOTICĂ ÎN K1 PRIN K8) SUNT CODIFICATE CU DA?
ȘI
ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)”, CODIFICATĂ CU DA?
 SPECIFICAȚI DACĂ EPIZODUL ESTE ȘI/SAU TRECUT
NU DA
EPIZOD
MANIACAL
 Curent
 Trecut

	ESTE SUMARUL C3 CODIFICAT CU DA ȘI C5 ȘI C6 CU NU ȘI C7 CODIFICAT CU DA ȘI ESTE SAU C4b SAU C4c CODIFICAT CU DA ?		
	ȘI ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)”, CODIFICATĂ CU DA ?		
	ȘI SUNT TOATE MANIFESTĂRILE PSIHOTICE ÎN K1 PRIN K8) SUNT CODIFICATE CU NU ?		
	SPECIFICAȚI DACĂ EPIZODUL ESTE PREZENT ȘI/SAU TRECUT DACĂ ESTE DA PENTRU EPISODUL MANIACAL CURENT, CODIFICAȚI EPISODUL HIPOMANIACAL CURENT CA NU . DACĂ ESTE NU PENTRU EPISODUL MANIACAL TRECUT, CODIFICAȚI EPISODUL HIPOMANIACAL TRECUT CA NEEXPLORAT .		
	ESTE SUMARUL C3 ȘI C4a CODIFICAT CU DA ȘI C5 CU NU ?		
	DACĂ ESTE DA PENTRU EPISODUL MANIACAL SAU HIPOMANIACAL CURENT, CODIFICAȚI SIMPTOMELE HIPOMANIACALE CURENTE CA NU . DACĂ ESTE DA PENTRU EPISODUL MANIACAL TRECUT ȘI DA PENTRU EPISODUL HIPOMANIACAL, CODIFICAȚI SIMPTOMELE HIPOMANIACALE TRECUTE CA NEEXPLORAT .		
		EPIZOD HIPOMANIACAL Curent <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA Trecut <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NEEXPLORAT	
			SIMPTOMATICĂ HIPOMANIACAL Curent <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA Trecut <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NEEXPLORAT
C8	a) DACĂ EPISODUL MANIACAL ESTE POZITIV PENTRU PREZENT SAU TRECUT, ÎNTREBAȚI: Ați avut 2 sau mai multe dintre aceste episoade (maniacale) cu o durată de 7 zile sau mai mult (C4c), în timpul vieții (inclusiv episodul curent dacă este prezent)?	NU	DA
	b) DACĂ EPISODUL MANIACAL SAU HIPOMANIACAL ESTE POZITIV PENTRU PREZENT SAU TRECUT, ÎNTREBAȚI: Ați avut 2 sau mai multe dintre aceste episoade (hipomaniacale) cu o durată de 4 zile sau mai mult (C4c), în timpul vieții (inclusiv episodul curent dacă este prezent)?	NU	DA
	c) DACĂ SIMPTOMATICA HIPOMANIACALĂ ANTERIOARĂ ESTE CODIFICATĂ POZITIV, ÎNTREBAȚI: Ați avut aceste episoade <u>hipomaniacale</u> cu o durată de numai 1-3 zile (C4a), în timpul vieții (inclusiv episodul curent dacă este prezent)?	NU	DA

D. TULBURARE DE PANICĂ

(⇒ ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR)

D1	a	Ați avut una sau mai multe perioade sau atacuri când v-ați simțit brusc anxios, foarte înspăimântat, neplăcut sau neliniștit chiar și în situațiile în care majoritatea oamenilor nu ar simți așa.	⇒ NU	DA
	b	Au crescut stările la cel mai înalt nivel de intensitate în decurs de 10 minute de la începere?	⇒ NU	DA
D2		În orice moment, în trecut, ați avut oricare dintre aceste stări sau atacuri, care apar pe neașteptate sau apar într-un mod imprevizibil sau neprovocat?	⇒ NU	DA
D3		Ați avut vreodată un astfel de atac urmat de o lună sau mai mult de îngrijorare persistentă cu privire la un alt atac sau vă faceți griji cu privire la consecințele atacului - sau ați modificat semnificativ comportamentul dvs. din cauza atacurilor (de exemplu, evitând situații necunoscute, sau să nu lăsați casa sau să mergeți la cumpărături singur, sau de a face lucruri pentru a evita un atac de panica sau de a vizita medicul dumneavoastră sau departamentul de urgență mai frecvent)?	NU	DA
D4		In timpul celui mai grav atac pe care vi-l puteți aminti:		
	a	Ai avut inima bătând tare, sărind din piept?	NU	DA
	b	Ai avut mâinile umede sau transpirate?	NU	DA
	c	Ai tremurat sau te-ai scuturat?	NU	DA
	d	Ai avut stopări de respirație sau dificultăți de respirație sau senzație de sufocare?	NU	DA
	e	Ai avut o senzație de sufocare sau un nod în gât?	NU	DA
	f	Ai avut dureri în piept, presiune sau disconfort?	NU	DA
	g	Ai avut greață, probleme de stomac sau diaree bruscă?	NU	DA
	h	Te-ai simțit amețit, instabil, sau ai avut stări de leșin?	NU	DA
	i	Ai avut bufeuri de căldură sau frisoane?	NU	DA
	j	Ai avut furnicături sau amorțeală în anumite părți ale corpului?	NU	DA
	k	Lucrurile în jurul Dvs. par ciudate, ireale, detașate sau necunoscute, sau v-ați simțit în afara sau detașat de o anumită parte a copului sau de întregul corp?	NU	DA
	l	Te-ai temut că pierzi controlul sau că înnebunești?	NU	DA
m	Te-ai temut că mori?	NU	DA	
D5		SUNT AMBELE D3 , ȘI 4 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI D4 , CODIFICATE CU DA ?	⇒ NU	DA Tulburare de panică pe parcursul vieții

D6	În ultima lună ați avut îngrijorări persistente în legătură cu un alt atac sau vă faceți griji cu privire la consecințele atacurilor sau ați schimbat comportamentul dvs. în vreun fel din cauza atacurilor?	NU	DA Tulburare de panică curentă
	ESTE D6 SAU D5 CODIFICAT CU DA ?		
	ȘI		
	ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)”, CODIFICATĂ CU DA ?		
	SPECIFICAȚI DACĂ EPIZODUL ESTE CURENT ȘI/SAU PE PARCURSUL VIEȚII		

NU DA TULBURARE DE PANICĂ Curent <input type="checkbox"/> Pe parcursul vieții <input type="checkbox"/>

E. AGORAFOBIA

(⇒ ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR)

E1	Vă simțiți anxios sau neliniștit în locuri sau situații în care ajutorul ar putea să nu fie disponibile sau evacuarea ar putea fi dificilă, dacă ați avea un atac de panică sau panică sau simptome jenante, cum ar fi: fiind într-o mulțime, sau în picioare într-o linie (coadă), fiind într-un spațiu deschis sau la traversarea unui pod, fiind într-un spațiu închis, când ești singur departe de casă, sau singur acasă, sau călătorind într-un autobuz, tren sau cu mașina sau cu transportul în comun?	⇒ NU	DA
	SUNT 2 SAU MAI MULTE DIN SITUAȚIILE DE MAI SUS DIN E1 CODIFICAT CU DA ?	⇒ NU	DA
E2	Aceste situații produc aproape întotdeauna frică sau anxietate?	⇒ NU	DA
E3	Te temi atât de mult de aceste situații încât le eviți sau suferi prin ele, sau ai nevoie de un însoțitor pentru a le face față?	⇒ NU	DA
E4	Este frica sau anxietate excesivă sau disproporționată în raport cu pericolul real a situației?	⇒ NU	DA
E5	Această evitare, frică sau anxietate persista timp de cel puțin 6 luni?	⇒ NU	DA

- E6 Aceste simptome provoacă primejdie sau probleme semnificative la domiciliu, la serviciu, în societate, la școală sau în alt mod important? ➡ NU DA
 ESTE E6 CODIFICAT CU DA?

<p>NU DA AGORAFOBIA CURENT</p>

F. TULBURAREA DE ANXIETATE SOCIALĂ (fobia socială)

(➡ **ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR**)

- F1 În ultima lună, ați avut frică persistentă și anxietate semnificativă de a fi privit, a fi în centrul atenției sau a fi umilit sau jenat sau respins? Aceasta include lucruri cum ar fi vorbitul în public, mâncatul în public sau cu alte persoane, scriind în timp ce cineva urmărește, activități desfășurate în fața altora sau de a fi în situații sociale. ➡ NU DA

EXEMPLE DE ACEST SITUAȚII SOCIALE INCLUD TIPIC

- INIȚIEREA SAU MENȚINEREA A CONVERSAȚIEI,
- PARTICIPAREA ÎN GRUPURI MICI,
- DATING (ÎNTÂLNIRI),
- ADRESÂNDU-VĂ PERSOANELOR CU AUTORITATE,
- PARTICIPARE LA PETRECERI,
- DISCURS PUBLIC,
- A MÂNCA ÎN FAȚA ALTORA,
- PERFORMANȚĂ ÎN FAȚA ALTORA,
- URINAT ÎNTR-O BAIE PUBLICĂ, ETC.

- F2 Aceste situații sociale provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate? ➡ NU DA
- F3 Te temi atât de mult de aceste situații sociale pe care le eviți sau suferi prin ele, sau ai nevoie de un partener pentru a le face față? ➡ NU DA
- F4 Este frica socială sau anxietate excesivă sau nerealistă în aceste situații sociale? ➡ NU DA
- F5 Această evitare socială, frică sau anxietate persista timp de cel puțin 6 luni? ➡ NU DA
- F6 Aceste temeri sociale provoacă primejdie semnificativă sau interferează cu capacitatea dvs. de a funcționa la locul de muncă, la școală sau în plan social sau în relațiile dvs. sau într-un alt mod important? ➡ NU DA

ESTE F6 CODIFICAT CU DA?

<p>NU DA</p>

ȘI

ESTE "CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)",
CODIFICATĂ CU **DA**?

NOTĂ PENTRU CLINICIAN: VĂ RUGĂM SĂ SPECIFICAȚI
DACĂ FRICILE SUBIECTULUI RESTRICTIONEAZĂ LA
GESTIUNEA SAU PERFORMANȚĂ ÎN PUBLIC.

**TULBURAREA
DE ANXIETATE
SOCIALĂ (fobia
socială)
CURENT
RESTRICTIONAT
LA
PERFORMANȚĂ
TRIST DOAR**

G. TULBURARE OBSESIV-COMPULSIVĂ

(→ **ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU
ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR**)

G1a	În ultima lună, ați fost deranjat de gânduri recurente, impulsuri sau imagini care au fost nedorite, dezagreabile, nepotrivite, intruzive sau dureroase? - (De exemplu, ideea că ați fost murdar, contaminat sau ați avut germeni sau frica de a contamina pe alții sau teama de a vătăma pe cineva, care vă deranjează sau vă sau vă temeți că veți acționa în urma unor impulsuri sau frici sau superstiții de care ar fi responsabil pentru lucrurile greșite sau obsesiile cu gânduri, imagini sau impulsuri sexuale sau obsesii religioase).	NU	DA
		↓ TRECI LA G3a	
G1b	În ultima lună, ați încercat să suprimați aceste gânduri, impulsuri sau imagini sau să le neutralizați sau să le reduceți cu alte gânduri sau acțiuni?	NU	DA
		↓ TRECI LA G3a	
	(NU INCLUDE RĂSPUNSURI LEGATE DE ÎNGRIJORĂRI EXAGERATE DESPRE PROBLEMELE DIN VIAȚĂ REALĂ) NU INCLUDE OBSESIILE DIRECT LEGATE DE RUPEREA PĂRULUI, RĂNIREA PIELII, TULBURAREA DISMORFICĂ A CORPULUI, TULBURĂRILE DE ALIMENTAȚIE, DEVIAȚIILE SEXUALE, JOCURI DE NOROC PATOLOGICE SAU ABUZUL DE ALCOOL SAU DROGURI, DACĂ PACIENTUL POATE PRIMI PLĂCERE DIN ASTA ȘI AR PUTEA DORI SĂ REZISTE NUMAI DIN CAUZA EFECTELOR NEGATIVE ALE ACESTORA.)		
G2	Au continuat să se întoarcă în mintea ta, chiar și atunci când ai încercat să ignori sau să scapi de ele?	NU	DA
			<input type="checkbox"/>

obsesii

G3a	În ultima lună, te-ai simțit nevoit să faci ceva în mod repetat, ca răspuns la o obsesie sau ca răspuns la o regulă rigidă, cum ar fi spălarea sau curățarea excesivă, numărarea sau verificarea lucrurilor de mai multe ori, repetarea sau aranjarea lucrurilor sau alte ritualuri superstițioase ?	NU	DA
G3b	Sunt aceste ritualuri făcute pentru a preveni sau a reduce anxietatea sau suferința sau pentru a preveni ceva rău și sunt excesive sau nerezonabile?	NU	DA

compulsi

SUNT (G1a ȘI G1b G2) SAU (G3a ȘI G3b) CODIFICATE CU DA?		➔	NU	DA
G4	În ultima lună, aceste gânduri obsesive și / sau comportamente compulsive au provocat o primejdie semnificativă sau interferează cu capacitatea dvs. de a funcționa acasă, la locul de muncă, la școală sau în plan social sau în relațiile dvs. sau într-un alt mod important sau au luat mai mult de o oră pe zi? ȘI ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)”, CODIFICATĂ CU DA? (VERIFICĂ PENTRU ORICE SIMPTOME OBSESIV-COMPULSIVE FIECARE INFECȚIE CARE DUREAZĂ MAI MULT DE 3 SĂPTĂMÂNI) SPECIFICAȚI NIVELUL CONȘTIENTIZĂRII ȘI DACĂ EPISODUL ESTE TIAT.	➔	NU	DA

NU DA
TOC
CURRENT
CONȘTIENTIZARE:
E:
BUNĂ SAU
SATISFĂCĂTOARE
E
JOASĂ
ABSENTĂ
DELIRANTĂ
TIAT

H. TULBURARE DE STRES POST-TRAUMATIC

(➔ ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR)

H1	Ați experimentat sau a asistat vreodată sau au avut de a face cu un eveniment extrem de traumatic, care a inclus moartea reală sau amenințate sau rănirea gravă sau violență sexuală față de tine sau altcineva? EXEMPLE DE EVENIMENTE TRAUMATICE INCLUDE: ACCIDENTE GRAVE, AGRESIUNE SEXUALĂ SAU FIZICĂ, UN ATAC TERORIST, OSTATICI, RĂPIREA, FOC, DESCOPERIREA UN CORP, RĂZBOI SAU CATASTROFE NATURALE, ASISTARE LA MOARTE VIOLENTĂ SAU DINTR-O DATA CINEVA APROAPE MOARE, SAU BOALA CARE AMENINȚĂ VIAȚA.	➔	NU	DA
----	--	---	----	----

H2	Pornind de la evenimentul traumatic, memoriile despre eveniment au reapărut în mod repetat într-un mod nedorit, tulburător din punct de vedere mental (cum ar fi vise recurente legate de eveniment, amintiri intense sau amintiri sau flashback-uri sau ca și cum evenimentul a fost recurent), reacții fizice sau psihice intense, atunci când vă amintiți despre eveniment sau sunteți expus la un eveniment similar?	➔ NU	DA
H3	În ultima lună		
a	Ați încercat în mod constant să evitați să vă gândiți sau să vă amintiți detalii sau sentimente dureroase legate de eveniment?	NU	DA
b	Ați încercat în mod constant să evitați oamenii, conversațiile, locurile, situațiile, activitățile sau lucrurile care aduc înapoi amintirile dureroase ale evenimentului?	NU	DA
	SUNT 1 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI H3 CODIFICATE CU DA?	➔ NU	DA
H4	În ultima lună		
a	Ați avut probleme în a vă aminti o parte importantă a traumei? (Dar nu din cauza sau legate de un traumatism cranian, alcool sau droguri).	NU	DA
b	Erați în mod constant și nejustificat negativ în legătură cu DVS., cu ceilalți sau cu lumea?	NU	DA
c	V-ați învinuit în mod constant pe sine înșivă sau pe alții în mod nerezonabil pentru traumă?	NU	DA
d	Sentimentele dvs. au fost mereu negative (cum ar fi frica, groaza, furie, vinovăție sau rușine)?	NU	DA
e	Ați devenit mai puțin interesați să participați la activități care au fost semnificative pentru dvs. înainte?	NU	DA
f	Te-ai simțit detașat sau înstrăinat de la alții?	NU	DA
g	Nu ați fost în stare să simțiți sentimente bune (cum ar fi fericirea, satisfacția sau sentimente de iubire)?	NU	DA
	SUNT 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI H4 CODIFICATE CU DA?	➔ NU	DA
H5	În ultima lună		
a	Erați în mod special iritabil sau ați avut izbucniri de furie, cu o puțină provocare sau deloc?	NU	DA
b	Ai fost mai nesăbuit sau mai auto-distructiv?	NU	DA
c	Erai mai nervos sau în permanență în gardă?	NU	DA
d	Ai fost ușor speriat?	NU	DA
e	Ai avut mai multe dificultăți de concentrare?	NU	DA
f	Ai avut mai multe dificultăți de somn?	NU	DA
	SUNT 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI H5 CODIFICATE CU DA?	➔ NU	DA
H6	Au apărut toate aceste probleme după evenimentul traumatic și au durat mai mult de o lună?	➔ NU	DA
	În ultima lună, aceste probleme au provocat o primejdie semnificativă sau interferează cu capacitatea dvs. de a lucra	NU DA	

H7 acasă, la serviciu, la școală sau în plan social sau în relațiile dvs. sau într-un alt mod important?
ȘI
 ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)”,
 CODIFICATĂ CU **DA**?
 SPECIFICAȚI DACĂ CONDIȚIA ESTE ASOCIATĂ DE
 DEPERSONALIZARE, DEREALIZARE SAU CU
 EXPRESIE ÎNTÎRZIATĂ.

<p>TULBURARE DE STRES POST-TRAUMATIC CURENT CU</p> <p><input type="checkbox"/> DEPERSONALIZARE</p> <p><input type="checkbox"/> DEREALIZARE</p> <p><input type="checkbox"/> EXPRESIE ÎNTÎRZIATĂ</p>

I. TULBURAREA DATORATĂ CONSUMULUI DE ALCOOL

(⇒ **ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR**)

I1	În ultimele 12 luni, ați avut 3 sau mai multe doze/unități de alcool - în decurs de 3 ore - în 3 sau mai multe ocazii?	⇒ NU	DA
I2	În ultimele 12 luni:		
a	Atunci când ați băut alcool, ați sfârșit prin a bea mai mult decât ați planificat la început?	NU	DA
b	V-ați dorit în mod repetat să reduceți sau să controlați consumul de alcool? Ați încercat să reduceți sau să controlați consumul de alcool, dar ați eșuat? DACĂ DA LA ORICARE, CODIFICAȚI CU DA.	NU	DA
c	În zilele în care ați băut, timpul pe care l-ați petrecut pentru a face rost de alcool, a consuma sau a-ți reveni după a fost considerabil?	NU	DA
d	Ai dorit sau ai o dorință puternică de a folosi alcoolul?	NU	DA
e	Ați petrecut mai puțin timp pentru a-ți îndeplini responsabilitățile la serviciu, la școală sau la domiciliu, din cauza consumului de alcool repetat?	NU	DA
f	Dacă consumul de alcool a cauzat probleme cu familia sau cu alte persoane, ai continuat să bei?	NU	DA
g	Ați fost intoxicat de mai multe ori în orice situație în care dumneavoastră sau alți ați fost fizic expuși riscului, de exemplu, conducerea unei mașini, mersul cu motocicletă, folosirea mașinilor, plimbarea cu barca etc.?	NU	DA
h	Ați continuat să consumați alcool, chiar dacă a fost clar că alcoolul a provocat sau a agravat probleme psihologice sau fizice?	NU	DA
i	Ați redus sau renunțat la activități importante, activități sociale sau recreative din cauza consumului de alcool?	NU	DA

- j Ați avut nevoie să beți mult mai mult pentru a obține același efect pe care l-ați primit când ați început să beți sau ați avut un efect mult mai redus cu utilizarea în continuare a aceleiași cantități? NU DA
- k1 Când reduceți consumul de alcool considerabil sau prelungit, aveți oricare din următoarele manifestări: NU DA

1. transpirație crescută sau frecvență cardiacă crescută
2. tremurul mâinii
3. probleme cu somnul
4. greață sau vomă
5. auzind sau văzând lucrurile pe care alte persoane nu le-au putut vedea sau au auzit sau au senzații în piele, fără nici un motiv aparent
6. agitație
7. anxietate
8. convulsii

DACĂ DA LA 2 SAU MAI MULTE DINTRE CELE 8, CODIFICAȚI k1 CA DA.

- k2 Ați consumat alcool pentru a reduce sau a evita simptomele de sevraj sau pentru a evita mahmureala? NU DA

SUMAR I2k: DACĂ DA LA I2k1 SAU I2k2, CODIFICAȚI CA NU DA

SUNT 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI I2 DE LA I2a PRIN SUMARUL I2k CODIFICATE CU DA?

(I2k1 și I2k2 împreună se consideră ca una dintre aceste alegeri)

**NU DA
TULBURAREA
DATORITĂ
CONSUMULUI
DE ALCOOL
ÎN ULTIMELE
12 LUNI**

SPECIFICĂRI PENTRU TULBURAREA DATORITĂ CONSUMULUI DE ALCOOL

UȘOARĂ = 2-3 din simptomele I2

MEDIE = 4-5 din simptomele I2

SEVERĂ = 6 și mai multe din simptomele I2

ÎN REMISIUNEA TIMPURIE = CRITERIILE CARE NU SE REGĂSESC ÎNTRE 3 ȘI 12 LUNI

ÎN REMISIUNEA DURABILĂ = CRITERIILE CARE NU SE REGĂSESC TIMP DE 12 LUNI SAU MAI MULT

(ȘI CU EXCEPȚIA CRITERIULUI d- (POFTE) DE MAI SUS).

ÎNTR-UN MEDIU CONTROLAT = DACĂ ACCESUL ALCOOLULUI ESTE RESTRICȚIONAT.

**SPECIFICAȚI
DACĂ:
UȘOARĂ
MEDIE
SEVERĂ
ÎN
REMISIUNEA
TIMPURIE
ÎN
REMISIUNEA
DURABILĂ
ÎNTR-UN
MEDIU
CONTROLAT**

J. TULBURARE DATORITĂ CONSUMULUI DE SUBSTANȚE (NU ALCOOL)

(⇒ ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR)

J1	a	<p>Acum vă voi arăta / vă voi citi o listă cu substanțe narcotice sau medicamente.</p> <p>În ultimele 12 luni, ați luat mai multe dintre aceste medicamente de mai multe ori, pentru a vă ridica dispoziția, pentru a vă simți amețit, pentru a obține un o stare de bine sau a vă schimba dispoziția?</p>	⇒ NU	DA
J2		<p>ÎNCERCUIȚI FIECARE DROG LUAT:</p> <p>Stimulante: amfetamine, "crack", Ritalin</p> <p>Cocaina:</p> <p>Opiacee: heroină, morfină, Dilaudid, opium, metadonă, codeină, Percodan, Vicodin, tramadol, promedol.</p> <p>Halucinogene: LSD, mescalina, psilocibina, ciuperci, „ecstasy“.</p> <p>Droguri disociative: PCP (fenclidină, " praf de înger ") sau ketamină.</p> <p>Inhalante: „clei“, clorură de etil, „papură“, protoxidul de azot („gaz ilariant“), amil sau bază de azotat de butil, diclofos, clorofos, benzina, lac de păr, acetona.</p> <p>Canabis: marijuana, hașiș, THC, "iarba", "buruieni", plan, kat.</p> <p>Sedative, hipnotice sau anxiolitice: diazepam, xanax, alprazolam, tazepam, nozepam, dimedrol.</p> <p>Diverse: steroizi, pastile de somn fără prescripție medicală sau pilule de dietă, spice/sare. Medicament pentru tuse? Oricare altele?</p> <p>A SE PRECIZA CELE MAI UTILIZATE DROGURI (S): _____</p> <p>CARE DROGURI PROVOCĂ CELE MAI MARI PROBLEME? _____</p> <p>PRIMELE EXPLOREAZĂ CRITERIILE PENTRU CLASA DE DROGURI CARE CAUZEAZĂ CELE MAI MARI PROBLEME ȘI CEL MAI PROBABIL PENTRU ÎNDEPLINEȘTE CRITERIILE PENTRU TULBURARE DATORITĂ CONSUMULUI DE SUBSTANȚE. DACĂ MAI MULTE CLASE DE MEDICAMENTE AU FOST UTILIZATE ÎN MOD ABUZIV, EXAMINAȚI CÂT DE MULTE SAU CÂT DE PUȚINE AȘA CUM ESTE CERUT PRIN PROTOCOLUL.</p> <p>Având în vedere utilizarea de către dvs. a (NUMĂRUL DROGURILOR / CLASEI DE DROGURI SELECTATE), în ultimele 12 luni:</p>		

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a | În timpul perioadelor în care ați utilizat drogul, ați finisat prin a utiliza mai mult (NUMĂRUL DROGURILOR / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ) decât ați planificat când ați început? | NU | DA |
| b | V-ați dorit în mod repetat să reduceți sau să controlați utilizarea (NUMĂRUL DROGURILOR / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ)?
Ați încercat să reduceți sau să controlați utilizarea (NUMĂRUL DE DROGURI / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ), dar ați eșuat?
DACĂ DA LA ORICARE, CODIFICAȚI CU DA. | NU | DA |
| c | În zilele în care ați folosit mai mult (NUMĂRUL DROGURILOR / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ), ați cheltuit un timp considerabil (NUMĂRUL DROGURILOR / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ), utilizând sau recuperând efectele sale? | NU | DA |
| d | V-ați dorit sau ați avut o dorință puternică de a utiliza (NUMELE DROGULUI / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ)? | NU | DA |
| e | Ați petrecut mai puțin timp pentru a-ți îndeplini responsabilitățile la serviciu, la școală sau la domiciliu, din cauza utilizării repetate (NUMELE DROGULUI / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ)? | NU | DA |
| f | Dacă utilizarea dvs. (NUMELE DROGULUI / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ) a cauzat probleme cu familia sau alte persoane, ați continuat să utilizați? | NU | DA |
| g | Ați folosit drogul de mai multe ori în orice situație în care dumneavoastră sau alți ați fost fizic expuși riscului, de exemplu, conducerea unei mașini, călătoria cu motocicletă, folosirea mașinilor, plimbarea cu barca etc.? | NU | DA |
| h | Ați continuat să utilizați drogul, chiar dacă a fost clar că el (NUMELE DROGULUI / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ) a provocat sau a agravat probleme psihologice sau fizice? | NU | DA |
| i | Ați redus sau renunțat la activități importante, activități sociale sau recreative din cauza utilizării (NUMELE DROGULUI / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ)? | NU | DA |
| j | A trebuit să folosiți mult mai mult (NUMELE DROGULUI / CLASA DE DROGURI SELECTATĂ) pentru a obține același efect pe care l-ați primit atunci când ați început să-l utilizați sau ați obținut un efect mult mai redus cu utilizarea în continuare a aceleiași cantități?
ACEST CRITERIU ESTE CODIFICAT CU NU DACĂ MEDICAȚIA ESTE PRESCRISĂ ȘI UTILIZATĂ SUB SUPRAVEGHERE MEDICALĂ ADECVATĂ. | NU | DA |
| k1 | Când reduceți consumul de droguri sever sau prelungit, ați avut oricare dintre următoarele simptome de sevraj: | NU | DA |

DACĂ **DA** PENTRU NUMĂRUL CERINȚELOR DE REMEDIERE PENTRU FIECARE CLASĂ, CODIFICAȚI **J2k1** CA **DA**.

ACEST CRITERIU ESTE CODIFICAT CU **NU** DACĂ MEDICAȚIA ESTE PRESCRISĂ ȘI UTILIZATĂ SUB SUPRAVEGHERE MEDICALĂ ADECVATĂ.

Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice (2 sau mai multe simptome de sevraj):

1. transpirație crescută sau frecvență cardiacă crescută
2. tremurul mâinii
3. probleme cu somnul
4. greață sau vomă
5. auzind sau văzând lucrurile pe care alte persoane nu le-au putut vedea sau au auzit sau au senzații în piele, fără nici un motiv aparent
6. agitație
7. anxietate
8. convulsii

Opiacee (3 sau mai multe simptome de sevraj):

1. stare depresivă
2. greață și vomă
3. durere musculară
4. nas înfundat sau lăcrimarea
5. pupile dilatate, piele de găină sau păr ridicat sau transpirație
6. diaree
7. căscat
8. bufeuri
9. probleme de somn

Stimulanți și cocaina (2 sau mai multe simptome de sevraj):

1. oboseală
2. vise intense sau neplăcute
3. dificultatea de a dormi sau dormit prea mult
4. creșterea apetitului
5. sentimentul sau aparența că fizic sau mental sunteți încetinit

Canabisul (3 sau mai multe simptome de sevraj):

1. iritabilitate, furie sau agresivitate
2. nervozitate sau anxietate
3. probleme cu somnul
4. pierderea apetitului sau în greutate
5. neliniște

6. stare depresivă
7. Disconfort semnificativ datorat uneia dintre următoarele:
 „dureri de stomac“, tremurături sau „scuturături“,
 transpirații, bufeuri, frisoane, dureri de cap.
- K2 Ați folosit (NUMELE DROGULUI / CLASA DE DROGURI NU DA
 SELECTATĂ) pentru a reduce sau a evita simptomele de sevraj?
 SUMAR **J2K**: DACĂ **DA** LA **J2k1** SAU **J2k2**, CODIFICAȚI NU DA
 CU **DA**.

SUNT 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI **J2** DIN **J2a** PRIN
 SUMARUL **J2k** CODIFICATE CU **DA**?
 (**J2k1** ȘI **J2k2** ÎMPREUNĂ SE CONSIDERĂ CA O ALEGERE
 DINTRE ACESTE ALEGERI.)

NU DA
TULBURARE
DATORITĂ
CONSUMULUI
DE SUBSTANȚE
ÎN ULTIMELE 12
LUNI

SPECIFICĂRI PENTRU TULBURAREA DATORITĂ
 CONSUMULUI DE SUBSTANȚE
 UȘOARĂ = 2-3 din simptomele **J2**
 MEDIE = 4-5 din simptomele **J2**
 SEVERĂ = 6 și mai multe din simptomele **J2**
 ÎN REMISIUNEA TIMPURIE = CRITERIILE CARE NU SE
 REGĂSESC ÎNTRE 3 ȘI 12 LUNI
 ÎN REMISIUNEA DURABILĂ = CRITERIILE CARE NU SE
 REGĂSESC TIMP DE 12 LUNI SAU MAI MULT
 (ȘI CU EXCEPȚIA CRITERIULUI d- (POFTE) DE MAI SUS).
 ÎNTR-UN MEDIU CONTROLAT = DACĂ ACCESUL LA
 SUBSTANȚE/DROGURI ESTE RESTRICȚIONAT.

SPECIFICAȚI
DACĂ:
 UȘOARĂ
 MEDIE
 SEVERĂ
 ÎN REMISIUNEA
 TIMPURIE
 ÎN REMISIUNEA
 DURABILĂ
 ÎNTR-UN MEDIU
 CONTROLAT

K. TULBURĂRI PSIHOTOTICE ȘI TULBURĂRI DE DISPOZIȚIE CU MANIFESTĂRI PSIHOTICE

CEREȚI UN EXEMPLU LA FIECARE ÎNTREBARE CU RĂSPUNS POZITIV. CODIFICAȚI CU
DA, DOAR, DACĂ EXEMPLUL EXPRIMĂ ÎN MOD CLAR O DISTORSIUNE DE GÂNDIREA
 SAU DE PERCEPȚIE SAU DACĂ NU SUNT ADECVATE PENTRU CONTEXTUL CULTURAL.
 SCOPUL ACESTUI MODUL ESTE DE A EXCLUDE PACIENȚII CU TULBURĂRI PSIHOTICE.
 ACEST MODUL NECESITĂ PREZENȚA EXPERIENȚEI.

		Acum vă voi întreba despre experiențele neobișnuite pe care le au unele persoane.		
K1	a	Ați crezut vreodată că oamenii v-au spionat sau că cineva a complotat împotriva dvs. sau a încercat să vă rănească? NOTĂ: CEREȚI EXEMPLE DE DEPISTARE A HĂRȚUIRII ADEVĂRATE.	NU	DA
	b	DACĂ DA: credeți și în prezent în aceste lucruri?	NU	DA
K2	a	Ai crezut vreodată că cineva ți-a citit mintea sau că a auzit gândurile tale sau că ai putea să citești mintea cuiva sau să auzi ce gândea altă persoană?	NU	DA
	b	DACĂ DA: credeți în prezent aceste lucruri?	NU	DA
K3	a	Ați crezut vreodată că cineva sau o anumită forță din afara dvs. a pus gânduri în mintea voastră, care nu erau ale dvs. proprii, sau v-a făcut să acționați într-un mod care nu era cel obișnuit? V-ați simțit vreodată că ați fost posedat? CLINICIANUL: CEREȚI EXEMPLE ȘI IGNORAȚI EVENIMENTE CARE NU SUNT PSIHOTICE.	NU	DA
	b	DACĂ DA: credeți în prezent aceste lucruri?	NU	DA
K4	a	Ați crezut vreodată că ați primit mesaje speciale prin televizor, radio, internet, ziare, cărți sau reviste sau că o persoană pe care nu ați știut-o personală a fost deosebit de interesată de tine?	NU	DA
	b	DACĂ DA: credeți în prezent aceste lucruri?	NU	DA
K5	a	Rudele sau prietenii consideră careva dintre convingerile dvs. ciudate sau neobișnuite? CLINICIANUL: CERE EXEMPLE. CODIFICAȚI CU DA DOAR DACĂ EXEMPLELE SUNT CLAR IDEILE DELIRANTE NEEXPLORATE ÎN ÎNTREBĂRILE K1-K4. DE EXEMPLU, DELIR RELIGIOS, DE MOARTE, DE BOALĂ SAU DELIR SOMATIC, DELIR DE GRANDOARE, DE GELOZIE SAU DE VINOVĂȚIE SAU DE DEFICIENȚĂ, INADECVARE, RUINĂ SAU DESTITUIRE SAU IDEI DELIRANTE NIHILISTE.	NU	DA
	b	DACĂ DA: ei în prezent consideră că convingerile dvs. sunt ciudate sau neobișnuite?	NU	DA
K6	a	Ați auzit vreodată lucruri pe care alte persoane nu le-au auzit, cum ar fi vocile? DACĂ DA LA HALUCINAȚIILE VOCALE: Vocea a comentat gândurile sau comportamentul dvs. sau ați auzit două sau mai multe voci care vorbesc între ele?	NU	DA
	b	DACĂ DA LA K6a: ați auzit sunete / voci în ultima lună? DACĂ DA LA HALUCINAȚIILE VOCALE: Vocea a comentat gândurile sau comportamentul dvs. sau ați auzit două sau mai multe voci care vorbesc între ele?	NU	DA
K7	a	Ați avut vreodată vedenii când erați treaz sau ați văzut vreodată lucruri pe care alții nu le-au putut vedea? CLINICIANUL: VERIFICAȚI DACĂ ACESTEA SUNT INADECVATE PENTRU CONTEXTUL CULTURAL.	NU	DA

	b	DACĂ DA: ați văzut aceste lucruri în ultima lună? APRECIEREA CLINICIANULUI	NU	DA
K8	a	A AVUT PACIENTUL ÎN TIMPUL EXPUNERII ULTERIOARE, DISCURSUL DEZORGANIZAT, INCOERENT SAU DISCONTINUU, SAU O PIERDERE MARCATĂ A ASOCIAȚIILOR?	NU	DA
K8	b	ESTE PACIENTUL LA MOMENT DEZORGANIZAT, INCOERENT SAU DISCONTINUU, SAU PREZINTĂ O PIERDERE MARCATĂ A ASOCIAȚIILOR	NU	DA
K9	a	A AVUT PACIENTUL ÎN TRECUT PRESTAȚIE DEZORGANIZATĂ SAU COMPORTAMENT CATATONIC?	NU	DA
K9	b	ESTE PACIENTUL LA MOMENT DEZORGANIZAT SAU CU COMPORTAMENT CATATONIC?	NU	DA
K10	a	A AVUT PACIENTUL ÎN TRECUT VREUN SIMPTOM NEGATIV, DE EXEMPLU: REDUCEREA SEMNIFICATIVĂ A EXPRESIEI EMOȚIONALE SAU APLATIZARE AFECTIVĂ, EXPUNERE SĂRACĂ (ALOGIA) SAU LIPSA ABILITĂȚILOR DE A INIȚIA SAU MENȚINE ACTIVITĂȚILE CU UN SCOP ANUME (AVOLIȚIE)?	NU	DA
K10	b	SUNT SIMPTOMELE NEGATIVE ALE SCHIZOFRENIEI, DE EXEMPLU: REDUCEREA SEMNIFICATIVĂ A EXPRESIEI EMOȚIONALE SAU APLATIZARE AFECTIVĂ, EXPUNERE SĂRACĂ (ALOGIA) SAU LIPSA ABILITĂȚILOR DE A INIȚIA SAU MENȚINE ACTIVITĂȚILE CU UN SCOP ANUME (AVOLIȚIE) PROEMINENTE ÎN TIMPUL INTERVIULUI?	NU	DA
K11	a	SUNT 1 SAU MAI MULTE ÎNTREBĂRI «a» DE LA K1a LA K7a , CODIFICATE CU DA ? ȘI ESTE SAU: EPISODUL DEPRESIV MAJOR, (CURENT, RECURENT SAU TRECUT) SAU EPISOD MANIACAL SAU HIPOMANIACAL, (CURENT SAU TRECUT) CODIFICAT CU DA ? ȘI CÂT DE MULT A DURAT ACEST EPIZOD DE DISPOZIȚIE?	NU	DA
		CÂT DE MULT A DURAT EPISODUL PSIHOTIC?		
		DACĂ UN ASTFEL DE EPISOD DE DISPOZIȚIE ESTE PREZENT, CODIFICAȚI CU DA LA K11a NUMAI DACĂ TULBURREA DE DISPOZIȚIE ESTE PREZENTĂ PENTRU MAJORITATEA DURATEI TOTALE A PERIOADELOR ACTIVE ȘI REZIDUALE ALE SIMPTOMELOR PSIHOTOTICE. ALTFEL CODIFICAȚI CU NU .		

K13
↓

DACĂ ESTE **NU** LA **K11a** ȘI DURATA TOTALĂ A EPISODULUI DE DISPOZIȚIE ESTE MAI MIC DECÂT DURATA TOTALĂ A EPISODULUI PSIHOTIC, ÎNCERCUIȚI **NU** ÎN AMBELE CĂSUȚE DE DIAGNOSTIC A TULBURĂRILOR DE DISPOZIȚIE CU MANIFESTĂRI PSIHOTICE DIAGNOSTIC PENTRU ȘI TRECEȚI LA **K13**.

b Mi-ai spus mai devreme că ai avut perioade când te-ai simțit (depresiv / exaltat / permanent iritat).

Au fost convingerile și experiențele pe care tocmai le-ați descris (SIMPTOME CODIFICATE CU **DA** DE LA **K1a** LA **K7a**) restricționate exclusiv la momentele în care v-ați simțit depresiv / exaltat / permanent iritat?

DACA PACIENTUL A AVUT O PERIOADA DE CEL PUTIN 2 SĂPTĂMÂNI CU ACESTE CONVINGERI SAU EXPERIENȚE (SIMPTOME PSIHOTICE), ATUNCI CÂND ACESTA NU AU FOST DEPRESIV / EXALTAT / PERMANENT IRITAT, CODIFICAȚI CU **NU** LA ACEASTĂ TULBURARE.

DACĂ RĂSPUNSUL ESTE **NU** LA ACEASTĂ GRUPARE DE TULBURĂRI, ÎNCERCUIȚI **NU** PÂNĂ LA **K12** ȘI TRECEȚI LA **K13**.

NU DA
TULBURĂRI
DE
DISPOZIȚIE
CU
MANIFESTĂRI
PSIHOTICE
PE
PARCURSUL
VIETII

K12 a SUNT 1 SAU MAI MULTE ÎNTREBĂRI «b» DE LA **K1b** LA **K7b** CODIFICATE CU **DA**?

ȘI ESTE SAU:

EPISODUL DEPRESIV MAJOR, (CURENT, RECURENT SAU TRECUT)

SAU

EPISOD MANIACAL SAU HIPOMANIACAL, (CURENT SAU TRECUT) CODIFICAT CU **DA**?

ȘI

SUNT 2 SAU MAI MULTE ÎNTREBĂRI «b» DE LA **K1b** LA **K10b** CODIFICATE CU **DA**?

ȘI CELE MAI MULTE MANIFESTĂRI ALE SIMPTOMELOR PSIHOTOTICE APAR ÎN TIMPUL PERIOADEI DE 1 LUNĂ?

ȘI

ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)”, CODIFICATĂ CU **DA**?

NU DA
TULBURARE
PSIHOTICĂ
CURENTĂ

K13 ESTE **K13** CODIFICAT CU **DA**?
SAU

NU DA

SUNT 1 SAU MAI MULTE ÎNTREBĂRI «a» DE LA K1a LA K10a CODIFICATE CU DA?

ȘI

SUNT 2 SAU MAI MULTE ÎNTREBĂRI «a» DE LA K1a LA K10a CODIFICATE CU DA?

ȘI

ȘI CEL PUȚIN 2 SIMPTOME PSIHOTOTICE APAR ÎN TIMPUL PERIOADEI DE 1 LUNĂ?

ȘI

ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)”, CODIFICATĂ CU DA?

**TULBURARE
PSIHOTICĂ
PE
PARCURSUL
VIETII**

L. ANOREXIA NERVOASĂ

(⇒ ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR)

L1	a	Cât de înalt ești?	<input type="checkbox"/> ft	<input type="checkbox"/> in
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cm
	b	Cât ai pierdut din greutate în ultimele 3 luni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lb
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kg
	c	GREUTATEA PACIENTULUI ESTE EGALĂ SAU APROPIATĂ NORMELOR CARE CORESPUND ÎNĂLȚIMII SALE? (VEZI TABELUL DE MAI JOS.)	⇒ NU	DA
		În ultimele 3 luni:	⇒ NU	DA
L2		În ciuda acestei greutăți scăzute, ați încercat să nu luați în greutate sau să restricționați consumul de alimente?	⇒ NU	DA
L3		Te-ai temut foarte mult să adaugi în greutate sau să devii gras, chiar dacă ai fost subponderal?	NU	DA
L4	a	Te-ai considerat prea mare / gras sau că o parte din corpul tău era prea mare / grasă?	NU	DA
	b	Are greutatea sau forma corpului dumneavoastră influență în mare măsură la felul în care vă simțiți despre dvs.?	NU	DA
	c	Te-ai gândit că greutatea actuală scăzută a corpului este normală sau excesivă?	NU	DA
L5		SUNT 1 SAU MAI MULTE PUNCTE DIN L4 CODIFICATE CU DA?	⇒ NU	DA

ESTE L5 CODIFICAT CU DA?

**NU DA
ANOREXIE
NERVOASĂ**

TABELA DE ÎNĂLȚIME / GREUTATE CORESPUNZĂTOARE CU NORMELE BMI 17,0 KG / M²

Înălțime/Greutate												
ft/in	4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8
lb	79	82	84	87	90	93	96	99	102	106	109	112
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173
kg	36	37	38.5	39.5	41	42.5	43.5	45.5	46.5	48	49	51
52	54											
Înălțime/Greutate												
ft/in	5'11	6'0	6'1	6'2	6'3							
lb	122	125	129	133	136							
cm	180	183	185	188	191							
kg	55	57	58.5	60	62							

Pragurile de greutate de mai sus se calculează utilizând un indice de masă corporală (IMC) egal sau mai mic de 17,0 kg/m² pentru înălțimea pacientului, utilizând Calculatorul BMI pentru Centrul de Control și Prevenire a Bolilor. Aceasta este orientarea normelor sub care o persoană este considerată subponderal de DSM-5 pentru Anorexia Nervosă.

M. BULIMIA NERVOASĂ

(⇒ ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC PENTRU BULIMIA NERVOSA ȘI ÎN ANOREXIA NERVOSA, TULBURARE DE APETIT EXCESIV SAU DE CURĂȚIRE. DAR DACĂ ANOREXIA NERVOASĂ (ÎN MODULUL L) ESTE CODIFICATĂ CU DA, CONTINUĂ CU ÎNTREBĂRILE CA SĂ POȚI CODIFICA TIPUL RESTRICTIV AL ANOREXIEI NERVOASE.)

M1	În ultimele trei luni, ați avut apetit excesiv ori când ați mâncat o cantitate foarte mare de hrană într-o perioadă de 2 ore?	⇒	NU	DA
M2	În timp ce aveți acest apetit exagerat, ați simțit că mâncatul dvs. era în afara controlului?	⇒	NU	DA
M3	În ultimele 3 luni, ați mâncat excesiv cu periodicitate de o dată pe săptămână?	⇒	NU	DA
M4	Ați făcut ceva pentru a compensa sau pentru a preveni creșterea în greutate, cum ar fi vomă, post/înfometare, exerciții sau utilizarea laxativelor, clismele, diureticele (pastilele de scoatere a lichidului	⇒	NU	DA

- din organism) sau alte medicamente? Ai făcut acest lucru cu periodicitate de o dată pe săptămână?
- M4a Numărul de episoade de comportamente neadecvate sau compensatorii pe săptămână? _____
 Numărul de zile de comportamente neadecvate sau compensatorii pe săptămână? _____
- M5 Are greutatea sau forma corpului dumneavoastră influență în mare măsură la felul în care vă simțiți despre dvs.? ➡ NU DA
- M6 SIMPTOMELE PACIENTULUI ÎNDEPLINESC CRITERIILE PENTRU ANOREXIA NERVOASĂ? NU DA
- M7 Acest apetit exagerat apare numai când tu ești sub (_____ lb/kg)? CLINICIANULUI: SCRIE ÎN PARANTEZELE DE MAI SUS NORMELE PENTRU ÎNĂLȚIMEA ȘI GREUTATEA PACIENTULUI DIN TABELUL DIN MODULUL ANOREXIEI NERVOASE. Treci la M8 NU DA

M8 ESTE M5 CODIFICAT CU DA ȘI ESTE SAU M6 SAU M7 CODIFICAT CU NU?

NU DA
BULIMIE
NERVOASĂ
CURENTĂ

DACĂ M7 ESTE CODIFICAT CU DA.

NU DA
ANOREXIE
NERVOASĂ
Tulburare de
apetit/tip de curățare
CURENTĂ

SIMPTOMELE PACIENTULUI ÎNDEPLINESC CRITERIILE PENTRU ANOREXIA NERVOASĂ?

ȘI

M2 SAU M4 SUNT CODIFCATE CU NU?

NU DA
ANOREXIE
NERVOASĂ
Tip restrictiv
CURENTĂ

SPECIFICAȚII PENTRU TULBURĂRILE DE ALIMENTAȚIE:
 UȘOARĂ = **1-3** EPISOADE DE COMPORTAMENTE
 COMPENSATORII NEPOTRIVITE
 MODERATĂ = **4-7** EPISOADE DE COMPORTAMENTE
 COMPENSATORII NEPOTRIVITE
 SEVERĂ = **8-13** EPISOADE DE COMPORTAMENTE
 COMPENSATORII NEPOTRIVITE
 EXTREMĂ = **14** SAU MAI MULTE EPISOADE DE
 COMPORTAMENTE COMPENSATORII NEPOTRIVITE

**SPECIFICAȚII
 DACĂ:**
 UȘOARĂ
 MEDIE
 SEVERĂ
 EXTREMĂ

MB. TULBURAREA DE APETIT

(⇒ **ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU
 ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR**)

MB1	ÎNDEPLINESC SIMPTOMELE PACIENTULUI CRITERIILE PENTRU ANOREXIA NERVOASĂ?	NU	DA
MB2	ÎNDEPLINESC SIMPTOMELE PACIENTULUI CRITERIILE PENTRU BULIMIA NERVOASĂ?	NU	DA
MB3	ESTE M2 CODIFICAT CU DA ?	NU	DA
MB4	ESTE M3 CODIFICAT CU DA ?	NU	DA
MB5	ESTE M4 CODIFICAT CU DA ?	NU	DA
	În ultimele 3 luni, în timpul acestor poftes exagerate, dvs. ați făcut:		
MB6a	Ați mâncat mai repede decât de obicei?	NU	DA
MB6b	Ați mâncat până v-ați simțit inconfortabil de plin?	NU	DA
MB6c	Ați mâncat cantități mari de mâncare când nu vă era foame?	NU	DA
MB6d	Ați mâncat singur, deoarece vă era rușine cât de mult mâncați?	NU	DA
MB6e	V-ați simțit vinovat, deprimat sau dezgustat de sine după ce ați mâncat exagerat?	NU	DA
	SUNT 3 SAU MAI MULTE ÎNTREBĂRI MB6 CODIFICATE CU DA ?	NU	DA
MB7	Apetitul dvs. exagerat vă stresează enorm?	NU	DA
MB8	Numărul de episoade de apetit exagerat pe săptămână? <hr/> Numărul de zile de apetit exagerat pe săptămână? <hr/>		

ESTE MB7 CODIFICAT CU DA?

**NU DA
TULBURARE DE
APETIT
CURENTĂ**

SPECIFICAȚII PENTRU TULBURĂRILE DE ALIMENTAȚIE:
UȘOARĂ = **1-3** EPISOADE DE COMPORTAMENTE
COMPENSATORII NEPOTRIVITE
MODERATĂ = **4-7** EPISOADE DE COMPORTAMENTE
COMPENSATORII NEPOTRIVITE
SEVERĂ = **8-13** EPISOADE DE COMPORTAMENTE
COMPENSATORII NEPOTRIVITE
EXTREMĂ = **14** SAU MAI MULTE EPISOADE DE
COMPORTAMENTE COMPENSATORII NEPOTRIVITE

**SPECIFICAȚI
DACĂ:**

UȘOARĂ
MEDIE
SEVERĂ
EXTREMĂ

N. TULBURARE DE ANXIETATE GENERALIZATĂ

**(⇒ ÎNSEAMNĂ: DUCEȚI-VĂ LA CĂSUȚELE DE DIAGNOSTIC, ÎNCERCUIȚI NU
ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRECEȚI LA MODULUL URMĂTOR)**

N1	a	Ați fost extrem de îngrijorat sau anxios de câteva lucruri de rutină, în ultimele 6 luni? IN ENGLEZĂ, DACA PACIENTULUI NU ÎI ESTE CLAR DESPRE CE ÎNTREBAȚI, ÎNCERCAȚI SĂ ÎNTREBAȚI (Alții nu cred că sunteți un îngrijorător sau un "ghem de griji") ȘI PRIMIȚI EXEMPLE	⇒ NU	DA
	b	Aceste anxietăți și îngrijorări sunt prezente în cele mai multe zile?	⇒ NU	DA
		CREDEȚI CĂ ANXIETATEA SAU ÎNGRIJORĂRILE PACIENTULUI SUNT LIMITATE LA SAU EXPLICATE MAI	⇒ NU	DA

BINE DE ALTE TULBURĂRI, ANTERIOARE ACESTUI PUNCT?

N2	Vi se pare că este dificil de controlat grijile?	➔	NU	DA
N3	PENTRU URMĂTOARELE, CODIFICAȚI CU NU DACĂ SIMPTOMELE SUNT CONFIRMATE PRIN MANIFESTĂRI ALE ALTOR TULBURĂRI EXPLORATE ANTERIOR ACESTUI PUNCT.			
	Când ai fost anxios în ultimele 6 luni, ai făcut, de cele mai multe ori:			
a	V-ați simțit neliniștit, tulburat sau pe muchie de cuțit?		NU	DA
b	Aveți tensiune musculară?		NU	DA
c	Vă simțiți obosit, slab sau epuizat cu ușurință?		NU	DA
d	Te-ai confruntat cu dificultăți în a te concentra sau de a avea mintea liberă?		NU	DA
e	Vă simțiți iritabil?		NU	DA
f	Aveți dificultăți de somn (dificultate la adormire, trezire la mijlocul nopții, trezirea dimineața devreme sau somn excesiv)?		NU	DA
	ARE MAI MULT DE 3 RĂSPUNSURI LA N3 CODIFICATE CU DA?	➔	NU	DA
N4	Această anxietate și aceste îngrijorări vă pot perturba în mod semnificativ abilitatea de a lucra, de a funcționa în mediul social sau în relațiile dvs. sau în alte domenii importante ale vieții dvs. sau de a vă provoca o suferință semnificativă?			

<p>NU DA TULBURARE DE ANXIETATE GENERALIZATĂ CURENTĂ</p>

O. EXCLUDEREA CAUZELOR MEDICALE, ORGANICE SAU DE ABUZ DE DROGURI PENTRU TOATE TULBURĂRI

DACĂ PACIENTUL RĂSPUNDE POZITIV PENTRU ORICARE DINTRE TULBURĂRILE CURENTE SAU EPIZOD DE DEPRESIE SEVERĂ SAU EPIZOD HIPOMANIACAL SAU MANIAC:

Chiar înainte ca aceste simptome să apară:

O1a	Ați luat careva droguri sau medicamente sau ați avut sevraj din cauza acestora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NU	DA	INCERT
O1b	Aveți vreo boală?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NU	DA	INCERT
O2	DACĂ O1a ȘI O1b SUNT CODIFICATE CU DA, CONFORM APRECIERII CLINICIANULUI, EXISTĂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NU	DA	INCERT

PROBABILITATEA SĂ FIE ACEASTA CAUZA DIRECTĂ A TULBURĂRII PACIENTULUI?

SUMARUL O2: A FOST EXCLUSĂ CAUZA MEDICALĂ/ORGANICĂ/UTILIZARE DE DROGURI? NU DA INCERT
 DACĂ O2 ESTE DA, ATUNCI SUMARUL O2 ESTE NU.
 DACĂ O2 ESTE NU, ATUNCI SUMARUL O2 ESTE DA. ÎN ALT CAZ, ESTE INCERT.

P. TULBURĂ DE PERSONALITATE DISOCIALĂ

(⇒ ÎNSEAMNĂ: SARI PESTE TOATE ÎNTREBĂRILE DIN P2 ȘI ÎNCERCUIȚI NU ÎN BOXELE DE DIAGNOSTIC)

- P1 **Înainte de a împlini vârsta de 15 ani, tu ai practicat:**
- | | | | |
|---|---|---------|----|
| a | să renunți în mod repetat la școală sau să fugi de acasă peste noapte sau să stai noaptea împotriva regulilor părintelui tău? | NU | DA |
| b | să minți în mod repetat, să înșeli alții sau să spargi casa sau în mașina cuiva? | NU | DA |
| c | să te cerți sau să intimidezi, să amenințe sau să hărțuiești pe alții? | NU | DA |
| d | să distrugi în mod deliberat lucrurile sau să dai foc? | NU | DA |
| e | să rănești deliberat animale sau oameni? | NU | DA |
| f | să forțezi pe cineva să întrețină relații sexuale? | NU | DA |
| | SUNT 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI P1 CODIFICATE CU DA? | ➔
NU | DA |
| | NU CODIFICAȚI CU DA COMPORTAMENTE CARE ȚIN SAU SUNT MOTIVATE DE POLITICĂ SAU RELIGIE. | | |
- P2 **După împlinirea vârstei de 15 ani, ați practicat:**
- | | | | |
|---|--|----|----|
| a | Ați făcut lucruri ilegale sau care ar fi motive pentru a fi arestat, chiar dacă nu ați fost prinși (de exemplu distrugerea proprietății, furtul, jaf, vânzarea de droguri sau săvârșirea unei infracțiuni)? | NU | DA |
| b | Adesea ați mințit sau "înșelat" alte persoane pentru a obține bani sau de plăcere, sau ați mințit doar pentru distracție? | NU | DA |
| c | Ați fost impulsiv și nu-i păsat de planificarea lucrurilor? | NU | DA |
| d | Ați fost implicat în bătăi în mod repetat sau ați atacat pe alții (inclusiv luptele fizice cu soțul / soția sau copiii)? | NU | DA |
| e | Ați expus pe alții sau pe dvs. însuși la pericol fără să vă pese? | NU | DA |
| f | V-ați comportat în mod repetat într-un mod pe care alții l-ar considera iresponsabil, cum ar fi faptul că nu ați plătit pentru lucrurile, în mod deliberat impulsiv sau în mod deliberat nu lucrați pentru a vă asigura? | NU | DA |

EPIZODUL HIPOMANIACAL A FOOST CODIFICAT CU NU (CURENT SAU TRECUT)

ȘI

ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)”, CODIFICATĂ CU DA?

Specificare

• DACĂ EPIZODUL DEPRESIV ESTE CURENT SAU TRECUT SAU AMBELE

• CU MANIFESTĂRI PSIHOTICE CURENTE: DACĂ 1b SAU 2a (CURENT) = DA

CU MANIFESTĂRI PSIHOTICE ÎN TRECUT: DACĂ 1a SAU 2a (ÎN TRECUT) = DA

d

ESTE EPIZODUL MANIACAL CODIFICAT CU NU (CURENT SAU TRECUT)

ȘI

ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL O2)”, CODIFICATĂ CU DA?

Specificare

• DACĂ TULBURAREA BIPOLARĂ I ESTE CURENTĂ SAU TRECUTĂ SAU AMBELE

• CU UN SINGUR EPISOD MANIACAL: DACĂ EPIZODUL MANIACAL (CURENT SAU TRECUT) = DA ȘI EPIZODUL DEPRESIV SEVER (CURENT SAU TRECUT) = NU

• CU MANIFESTĂRI PSIHOTICE CURENTE: DACĂ 1b SAU 2a (CURENT) = DA

CU MANIFESTĂRI PSIHOTICE ÎN TRECUT: DACĂ 1a SAU 2a (ÎN TRECUT) = DA

Trecut

TULBURARE BIPOLARĂ I

Curent Trecut

tulburare bipolară I

episod maniacal unic

Cu manifestări psihotice

Curent

Trecut

Cel mai recent episod

Maniacal

Depresiv

Hipomaniacal

Cel mai recent episod

cu manifestări mixte

cu manifestări anxioase

Cel mai recent episod

- DACĂ EPIZODUL CEL MAI RECENT ESTE MANIACAL, DEPRESIV SAU HIPOMANIACAL (SE EXCLUD RECIPROC)
- DACĂ CEL MAI RECENT EPIZOD LEGAT DE DISPOZIȚIE ESTE MIXT, ANXIOS SAU CU MANIFESTĂRI PSIHOTICE HIPO/MANIACAL CU MANIFESTĂRI MIXTE = HIPO/MANIACAL + CEL PUȚIN 3 SIMPTOME DIN **A3** DEPRESIV CU MANIFESTĂRI MIXTE = EPIZOD DEPRESIV SEVER + CEL PUȚIN 3 SIMPTOME DIN **C3** CU MANIFESTĂRI DE ANXIETATE = CEL PUȚIN 3 SIMPTOME DIN **N4**

e ESTE EPIZODUL DEPRESIV SEVER CODIFICAT CU **DA** (CURENT SAU TRECUT)
ȘI
 ESTE EPIZODUL HIPOMANIACAL CODIFICAT CU **DA** (CURENT SAU TRECUT)
ȘI
 ESTE EPIZODUL MANIACAL CODIFICAT CU **NU** (CURENT SAU TRECUT)
ȘI
 ESTE “CAUZA ORGANICĂ EXCLUSĂ (SUMARUL **O2**)”, CODIFICATĂ CU **DA**?

Specificări

- DACĂ TULBURAREA BIPOLARĂ ESTE CURENTĂ SAU TRECUTĂ SAU AMBELE
- DACĂ EPIZODUL CEL MAI RECENT ESTE MANIACAL, DEPRESIV SAU

ușor
 moderat
 sever

TULBURARE BIPOLARĂ II
 Curent Trecut
tulburare bipolară II
 epizod maniacal unic
Cel mai recent epizod
 Hipomaniacal
 Depresiv
Cel mai recent epizod
 cu manifestări mixte
 cu manifestări anxioase
Cel mai recent epizod
 ușor
 moderat
 sever

HIPOMANIACAL (SE EXCLUD
RECIPROC)

• DACĂ CEL MAI RECENT
EPIZOD LEGAT DE DISPOZIȚIE
ESTE MIXT, ANXIOS SAU CU
MANIFESTĂRI PSIHOTICE
HIPO/MANIACAL CU
MANIFESTĂRI

MIXTE = HIPO/MANIACAL +
CEL PUȚIN 3 SIMPTOME DIN
A3

DEPRESIV CU MANIFESTĂRI
MIXTE = EPIZOD DEPRESIV
SEVER + CEL PUȚIN 3
SIMPTOME DIN **C3**

CU MANIFESTĂRI DE
ANXIETATE = CEL PUȚIN 3
SIMPTOME DIN **N4**

f ESTE EPIZODUL DEPRESIV
SEVER CODIFICAT CU **NU**
(CURENT SAU TRECUT)?

ȘI
ESTE EPIZODUL
HIPOMANIACAL CODIFICAT
CU **DA** (CURENT SAU
TRECUT)?

ȘI
C4b CODIFICAT CU **DA** (ÎN
PERIOADA DE TIMP
ADECUVATĂ)?

ȘI
C8b CODIFICAT CU **DA** ?

SAU
ESTE EPIZODUL MANIACAL
CODIFICAT CU **NU** (CURENT
SAU TRECUT)?

ȘI
ESTE EPIZODUL
HIPOMANIACAL CODIFICAT
CU **NU** (CURENT SAU
TRECUT)?

ȘI

**ALTE
TULBURĂRI
BIPOLARE
SAU
RELEVANTE
SPECIFICATE**

Curent Trecut
alte
tulburări
bipolare
sau
relevante
specificate

5	Relații personale și sociale	
6	Abilitatea de a te înțelege și a comunica cu alții	
7	Abilitatea de a avea grijă de tine (spălare, dușurile, baie, de a te îmbrăca în mod corespunzător, spălatul pe dinți, spălarea hainelor, pieptănare / periaj de păr, mâncat în mod regulat)	
8	Devii perturbat și agresiv față de ceilalți	
9	Financiar (abilitatea de a planifica cheltuielile)	
10	Abilitatea de a fi aproape de cineva	
11	Viața spirituală sau religioasă	
12	Impactul stării tale asupra altor membri ai familiei	

Anexa 3. - CHESTIONAR de autoevaluare a nevoilor - CANSAS

Nume:	informație	Rata greutăților:
Altă (ex. data nașterii)		0 = lipsa greutăților
Data completării:		1 = greutăți întâmpinate 2 = greutăți neîntimpinate 9 = nu se știe

Instrucțiuni: Bifați

n spațiu din fiecare rând (22 în total)

Lipsa greutăților = aceasta nu reprezintă o problemă pentru mine

Întâmpin greutăți = aceasta nu reprezintă o problemă pentru mine datorită ajutorului pe care îl primesc

Greutăți nesatisfăcute = aceasta rămâne o problemă gravă pentru mine, în ciuda oricărui ajutor care mi-a fost oferit

Numărul chestionarului	1	2	3	4
Încercuiți cine este interviuat U=utilizator, P=personal medical, Î=îngrijitor	U/P/Î	U/P/Î	U/P/Î	U/P/Î
Data				
Numele Prenumele evaluatorului				

	Lipsa greutăților	Întâmpin greutăți	Greutăți nesatisfăcute	Refuz să răspund
1. Locuința				
Cum apreciați locul în care locuiți?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2. Alimentarea				
Vă alimentați suficient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. Lucrul casnic				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Sunteți capabil să îngrijiți locuința de sine stătător?

4. Grija de sine

Întâmpinați dificultăți să vă mențineți curat și îngrijit ?

5. Activități zilnice

Cu ce vă ocupați ziua?

6. Starea fizică?

Cum apreciați starea Dvs. fizică?

7. Simptome psihotice

Ași auzit ”voci” sau ați avut ”gânduri stranii”

8. Informația despre tratament

Primiți informația deplină asupra tratamentului Dvs.?

9. Epuizare psihologică

Va-ți simțit recent trist sau indispus

10. Siguranța proprie

Ați avut gânduri de a vă răni sau de a vă vătăma?

11. Siguranța pentru persoanele din jur

Ați avut gânduri că prezentați pericol pentru oamenii din jur?

12. Alcool

Consumul de alcool vă cauzează probleme?

13. Medicamente

Primiți careva medicamente cu excepția celor prescrise?

14. Societate

Sunteți mulțumit de viața socială pe care o duceți?

15. Relații intime

Aveți un partener stabil?

16. Satisfacția sexuală

Sunteți mulțumit de viața sexuală?

17. Copii

Aveți copii sub 18 ani ?

18. Educația

Întâmpinați dificultăți la citire, scriere sau în vorbire?

19. Telefon

Cunoașteți cum să folosiți un telefon?

20. Transport

Întâmpinați dificultăți în utilizarea transportului public?

21. Bani

Cum apreciați starea Dvs. financiară?

22. Venit

Primiți toții banii ce vi se cuvin?

A - Întâmpin greutăți (calculați numărul cifrelor de 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B – Greutăți nesatisfăcute (calculați numărul cifrelor de 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nivelul total al greutateilor (sumați A+B)				
---	--	--	--	--

EQ-5D CHESTIONARUL SĂNĂTĂȚII

Nume Prenume	
Alt (ex. data nașterii)	informație
Data	

Vă rugăm să indicați ce declarații descriu cel mai bine starea Dvs. de sănătate astăzi bifând o casetă din fiecare grup de mai jos

Mobilitate

- Nu întâmpin probleme cu mersul pe jos
- Am careva probleme cu mersul pe jos
- Sunt ținut la pat

Grija de sine

- Nu am probleme cu îngrijirea personală
- Întâmpin probleme când trebuie să mă spăl și să mă îmbrac
- Nu sunt capabil să mă spăl și să mă îmbrac

Activități cotidiene(ex. serviciul, studiile, lucrul casnic, familia și activități de agrement)

- Nu întâmpin greutăți în efectuarea activităților obișnuite
- Am careva dificultăți cu efectuarea activităților obișnuite
- Nu sunt capabil să efectuez activitățile obișnuite

Durere / Disconfort

- Nu am dureri sau disconfort
- Am durere și disconfort moderat
-

Am durere și disconfort sporit

Anxietate / Depresie

- Nu sunt nerăbdător sau deprimat
- Sunt moderat anxios sau deprimat
- Sunt foarte anxios sau deprimat

Scala analogică vizuală

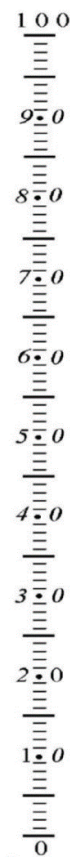
Vă rugăm să indicați pe scală cât de bună sau rea este starea Dvs. de sănătate astăzi

Cea mai bună stare de sănătate este marcată cu 100 și cea mai rea stare de sănătate este marcată cu 0.

Vă rugăm să trageți o linie de la pătratul negru până la punctul care indică cât de bună sau rea este starea Dvs. de sănătate astăzi



**Cea mai bună stare de
sănătate**



Cea mai rea stare de sănătate

Acum, vă rugăm să indicați numărul pe care l-ați marcat pe scală în spațiul de mai jos

Sănătatea Dvs. astăzi =

**Anexa 5. – Scala de măsurare a nivelului de auto-stigmatizare în problemele de sănătate
mintală (varianta scurtă)– SSMIS-SF**

Numele _____ Data _____

Persoanele din jur (publicul) au diverse păreri asupra persoanele cu probleme de sănătate mintală, inclusiv careva păreri care pot fi considerate ofensive. Noi am vrea să cunoaştem părerea Dvs. despre ce cred persoanele din jur, considerându-le un întreg, sau despre majoritatea oamenilor la general referitor la problemele de sănătate mintală.

Vă rugăm să răspundeți la itemii de mai jos utilizând scala de 9 puncte oferită.

Total	Nici	acord	Total
dezacord	nici dezacord		de acord

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Secțiunea 1:

Cred că oamenii din jur consideră că....

1. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală sunt de vină pentru problemele lor
2. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală sunt imprevizibili
3. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală nu se vor recupera.
4. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală sunt periculoși .

5. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală nu sunt capabili să aibă grijă singuri de ei

Secțiunea 2:

Vă rugăm să răspundeți la următorii 5 itemi folosind următoarea scală

Total dezacord	Nici nici dezacord	acord	Total de acord
-------------------	-----------------------	-------	-------------------

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Eu cred că ...

1. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală sunt de vină pentru problemele lor
2. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală sunt imprevizibili
3. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală nu se vor recupera.
4. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală sunt periculoși .
5. _____ majoritatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală nu sunt capabili să aibă grijă singuri de ei

Secțiunea 3

Vă rugăm să răspundeți la următorii 5 itemi folosind următoarea scală

Total	Nici	acord	Total
dezacord	nici dezacord		de acord

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Deoarece am o boală mintală ...

1. _____ Nu sunt capabil să am grijă de mine.
2. _____ Nu mă voi recupera sau mă voi face mai bine.
3. _____ Sunt de vină pentru problemele mele.
4. _____ Sunt imprevizibil.
5. _____ Sunt periculos.

Secțiunea 4

Vă rugăm să răspundeți la următorii 5 itemi folosind următoarea scală

Total	Nici	acord	Total
dezacord	nici dezacord		de acord

1 2 3 4 5 6 7 8 9

La moment, mă respect mai puțin pentru că ...

1. _____ nu sunt capabil să am grijă de mine.

2. _____ nu mă voi recupera sau mă voi face mai bine.

3. _____ sunt de vină pentru problemele mele.

4. _____ sunt imprevizibil.

5. _____ sunt periculos.

SSMIS-SF Fișa de calcul

Nume _____ Data _____

Sumarea itemilor din fiecare secție.

_____ Conștientizare: (Suma itemilor din **secția 1**).

_____ Acord: (Suma itemilor din **Secția 2**).

_____ Aplicare: (Suma itemilor din **Secția 3**).

_____ Autovătămarea: (Suma itemilor din **Secția 4**).



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36 itemi, autoevaluare

Acest chestionar evaluează greutățile datorită problemelor de sănătate. Probleme de sănătate includ afecțiuni sau boli, care pot fi de scurtă durată sau de lungă durată, leziuni, probleme psihice, psihologice sau emoționale și probleme cu alcoolul sau drogurile.

Gândiți-vă la ultimele 30 de zile și răspundeți la aceste întrebări, gândindu-vă cât de greu ați efectuat următoarele activități. Pentru fiecare întrebare, vă rugăm să încercuiți un singur răspuns.

În ultimele 30 zile, cât de greu v-a fost să:							
Înțelegere și comunicare							
D1.1	Vă concentrați pentru 10 minute pentru a face ceva ?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D1.2	Țineți minte să faceți lucruri importante?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D1.3	Analizați și găsiți soluții pentru problemele cotidiene ?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D1.4	Învățați o sarcină nouă, spre exemplu cum să ajungeți într-un loc nou ?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D1.5	Înțelegeți la general despre ce vorbesc oamenii ?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D1.6	Începeți și mențineți o conversație?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
Deplasare							
D2.1	Stați în picioare pentru perioade îndelungate, de exemplu 30 minute?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D2.2	Vă sculați în picioare din poziție așezată?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D2.3	Vă mișcați prin casă?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D2.4	Ieșiți din casă?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D2.5	Parcurgeți pe jos distanțe mari, cum ar fi kilometri?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau

Vă rugăm să continuați la pagina următoare...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36 itemi, autoevaluare

În ultimele 30 zile, cât de greu v-a fost să:							
Îngrijire personală							
D3.1	Vă spălați întreg corpul ?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D3.2	Vă îmbrăcați?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D3.3	Mîncăți?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D3.4	Stați singur pentru cîteva zile?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
Înțelegerea cu oamenii							
D4.1	Vă înțelegeți cu persoanele pe care nu le cunoașteți?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D4.2	Prietenii cu cineva (mențineți o prietenie)?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D4.3	Vă înțelegeți cu persoanele apropiate?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D4.4	Faceți / întocmiți prietenii noi ?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D4.5	Aveți relații sexuale?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
Activități cotidiene							
D5.1	Aveți grijă de locuință / gospodărie?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D5.2	Vă descurcați bine la cele mai importante activități casnice?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D5.3	Faceți tot lucrul prin casă care trebuie făcut?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau
D5.4	Faceți tot lucrul prin casă la timp?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil imposibil	sau

Vă rugăm să continuați la pagina următoare ...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36 itemi, autoevaluare

Dacă lucrați (lucru plătit, neplătit, sau sunteți profesionist neangajat) sau mergeți la studii, completați întrebările D5.5–D5.8 de mai jos. Dacă nu, treceți la D6.1.

Datorită stării Dvs. de sănătate, în ultimele 30 zile, câte greutăți ați întâmpinat în :						
D5.5	Aveți activități de zi cu zi la școală sau serviciu?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D5.6	Puteți efectua bine sarcini importante la școală sau serviciu?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D5.7	Puteți efectua activitățile necesare?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D5.8	Puteți efectua activitățile necesare la timp?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
Participarea la activități în societate						
În ultimele 30 de zile:						
D6.1	Cât de problematic a fost să vă încadrați în activitățile comunității (festivități, activități religioase, altele) în felul în care oricare altă persoană o face?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D6.2	Cât de mult v-au împiedicat barierele și obstacole din mediul înconjurător să participați la viața comunității?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D6.3	Cât de greu v-a fost să trăiți cu demnitate din cauza atitudinii și acțiunilor altor persoane ?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D6.4	Cât timp ați acordat stării Dvs. de sănătate sau consecințelor acesteia?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D6.5	Cât de afectat ați fost datorită problemei Dvs. de sănătate?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D6.6	Cât de mult a afectat sănătatea dvs. resursele financiare proprii sau ale familiei dvs.?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D6.7	Cât de problematică este viața familiei Dvs. din cauza stării Dvs. de sănătate ?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil
D6.8	Cât de dificil vă este să faceți lucruri pentru sine însuși și pentru plăcerea Dvs.?	Deloc	Ușor	Moderat	Sever	Dificil sau imposibil

Vă rugăm să continuați la pagina următoare ...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

H1	În general, ultimele 30 de zile, câte zile au fost prezente cu dificultăți?	Înregistrați numărul zilelor _____
H2	În ultimele 30 zile, pentru câte zile nu ați fost capabil să efectuați activitățile obișnuite datorită oricărei probleme de sănătate?	Înregistrați numărul zilelor _____
H3	În ultimele 30 zile, neluând în calcul zilele când ați fost total incapabil, pentru câte zile ați redus activitățile obișnuite sau lucrul din cauza oricărei probleme de sănătate?	Înregistrați numărul zilelor _____

Vă mulțumim.

Interpretarea WHODAS

În „scor simplu”, scorurile atribuite fiecăruia dintre itemi - „nici unul” (1), „ușor” (2) „moderat” (3), „sever” (4) și „extreme” (5) - sunt însumate. Această metodă este denumită scor simplu, deoarece scorurile din fiecare dintre elemente sunt pur și simplu adăugate fără recodarea sau restrângerea categoriilor de răspuns; astfel, nu există ponderare a articolelor individuale. Această abordare este practică de utilizat ca punctaj manual abordare și poate fi metoda de alegere în medii clinice ocupate sau în situații de interviu cu hârtie-creion.

Scorul simplu al WHODAS este specific eșantionului la îndemână și nu trebuie presupus a fi comparabile între populații. Proprietățile psihometrice ale WHODAS 2.0 permit acest calcul aditiv. În psihometric classic analiza (75), structura WHODAS 2.0 s-a dovedit a fi unidimensională și a nivelului intern ridicat consistență (76). Ca rezultat, suma simplă a scorurilor articolelor din toate domeniile constituie a statistică care este suficientă pentru a descrie gradul de limitări funcționale.

Anexa 7. – Aviz favorabil de la Comitetul de Etica a USMF.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”
DIN REPUBLICA MOLDOVA

NICOLAE TESTEMITANU STATE UNIVERSITY
OF MEDICINE AND PHARMACY
OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

MD-2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, tel.: (+373) 22 205 701, fax: (+373) 22 242 344, rector@usmf.md, www.usmf.md

26.06.2017 nr. 98

la nr. 804 din _____

Aviz favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării

La Proiectul științific instituțional „Evaluarea complexă medicală, psihologică și socială a pacienților din raioanele Orhei, Soroca, Cimișlia și Cahul care primesc îngrijiri spitalicești și comunitare de sănătate mintală în vederea determinării principalelor nevoi ce trebuie acoperite ale acestora”, investigatorul principal Chihai Jana – doctor în științe medicale, conferențiar universitar.

Comitetul de Etică a Cercetării USMF „Nicolae Testemițanu”, examinând la ședința din 19 iunie 2017 următoarele documente:

1. Forma de solicitare pentru evaluare etică a cercetării.
2. Protocolul proiectului.
3. Acordul informat.
4. Fișa de informare a participantului.
5. Chestionarul studiului.
6. CV-ul investigatorului principal.

A decis că proiectul de cercetare „Evaluarea complexă medicală, psihologică și socială a pacienților din raioanele Orhei, Soroca, Cimișlia și Cahul care primesc îngrijiri spitalicești și comunitare de sănătate mintală în vederea determinării principalelor nevoi ce trebuie acoperite ale acestora”, corespunde exigențelor etice.

Lista nominală a membrilor CEC prezenți în ședință: Nacu Viorel, Spinei Larisa, Diug Eugen, Guțu Luminița, Caproș Natalia, Uncuța Diana, Groppa Liliana, Vovc Victor, Chesov Ion, Parii Sergiu.

Președintele
Comitetului de Etică a Cercetării

Nacu Viorel



20.05.2021 nr. 2
la nr. 30 din 26.03.2021

Aviz favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării

La proiectul de cercetare cu titlul: „Evaluarea complexă medicală, psihologică și socială a pacienților din raioanele Orhei, Soroca, Cimișlia și Cahul care primesc îngrijiri spitalicești și comunitare de sănătate mintală în vederea determinării principalelor nevoi ce trebuie acoperite ale acestora”, investigator principal: **Chihai Jana**, dr. șt. med., conf. univ., Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”.

Comitetul de Etică a Cercetării al USMF „Nicolae Testemițanu”, examinând la ședința din 23 aprilie 2021 următoarele documente:

1. Formularul de solicitare pentru evaluarea etică a cercetării;
2. Protocolul cercetării;
3. Formularele de informare a pacientului pentru participare la studiu și de acceptare (acordul informat al pacientului);
4. Avizul CEC, nr. 98 din 26.06.2017;
5. Amendament la proiectul de cercetare cu Avizul CEC, nr. 98 din 26.06.2017;
6. Chestionar de autoevaluare a nevoilor CANSAS, în limba română;
7. Chestionar de autoevaluare a nevoilor CANSAS, în limba rusă;
8. Chestionarul sănătății EQ-5D, în limba română;
9. Chestionarul sănătății EQ-5D, în limba rusă;
10. Chestionarul TiC-P, în limba română;
11. Chestionarul TiC-P, în limba rusă;
12. Chestionarul WHODAS 2.0, în limba română;
13. Chestionarul WHODAS 2.0, în limba rusă;
14. Dispoziția nr. 2 din 11.01.2021 cu privire la ședințele de suport metodologic, supervizare și mentorat CCSM;
15. Ordinul nr. 101 din 30.01.20- Indicatori de performanță în cadrul CCSM;
16. Ordinul nr. 391 din 27.03.19- Cu privire la colectarea și raportarea datelor în domeniul sănătății mintale;
17. Ordinul nr. 1168 din 16.10.19-Indicatorii de performanță pt pilotarea finanțării în baza performanței în CCSM;
18. Ordinul nr. 32 din 14.01.2020 cu privire la organizarea ședințelor de suport, monitorizare și mentorat CCSM;
19. CV-ul investigatorului principal,

IMPORTANT! Vă atenționăm că, în caz de inițiere a unor modificări în design-ul cercetării, în special în metodologie și în procedura recrutării, selectării, informării și siguranței participanților la cercetare, prezentul Aviz nu este valabil, iar cercetătorul urmează să aplice proiectul de cercetare modificat pentru evaluare repetată din partea Comitetului de Etică a Cercetării, înainte de a aplica în practică modificările respective.

a decis că proiectul de cercetare cu titlul: „Evaluarea complexă medicală, psihologică și socială a pacienților din raioanele Orhei, Soroca, Cimișlia și Cahul care primesc îngrijiri spitalicești și comunitare de sănătate mintală în vederea determinării principalelor nevoi ce trebuie acoperite ale acestora” corespunde exigențelor etice.

Lista nominală a membrilor Comitetului de Etică a Cercetării prezenți în ședință: Gavriliuc Mihail, Paladi Adriana, Caproș Nicolae, Tcaciuc Eugen, Dumbrăveanu Ion, Casian Dumitru, Raba Tatiana, Ojovan Vitalie, Foca Ecaterina, Guțu Luminița, Gramma Rodica, Mostovei Andrei, Sagaidac Irina.

Președintele
Comitetului de Etică a Cercetării
dr. hab. șt. med., prof. univ.



Gavriliuc Mihail

IMPORTANT! Vă atenționăm că, în caz de inițiere a unor modificări în design-ul cercetării, în special în metodologie și în procedura recrutării, selectării, informării și siguranței participanților la cercetare, prezentul Aviz nu este valabil, iar cercetătorul urmează să aplice proiectul de cercetare modificat pentru evaluare repetată din partea Comitetului de Etică a Cercetării, înainte de a aplica în practică modificările respective.

Anexa 8. – Certificat de titular de drepturi patrimoniale nr. O 7253.

Seria: O

Numărul de înregistrare: 7253

Data înregistrării: 30.03.2022

Numărul cererii: 2036

Denumirea obiectului: „EVALUARE CLINICO-EPIDEMIOLOGICĂ
A PERSOANELOR CU TMS DIN SERVICIILE
DE SĂNĂTATE MENTALĂ SPITALICEȘTI ȘI
COMUNITARE ÎN REPUBLICA MOLDOVA”

Autor: Chihai Jana **IDNP:** 0960607564892

Titularul drepturilor patrimoniale:

Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae
Testemițanu" din Republica Moldova **IDNO:** 1007600000794

EXTRAS

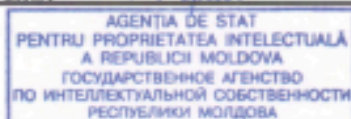
din Legea nr. 139/2010 privind dreptul de autor și drepturile conexe:

Art. 5 alin. (6): Protecția dreptului de autor se extinde asupra formei de exprimare, dar nu se extinde asupra ideilor, teoriilor, descoperirilor științifice, procedeelelor, metodelor de funcționare sau asupra conceptelor matematice ca atare și nici asupra invențiilor cuprinse într-o operă, oricare ar fi modul de preluare, explicare sau de exprimare.

L.S.

R. Petruș

Sef Directie Drept de Autor



DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Eu, Jana CHIHAI, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Numele, prenumele

Semnătura

Data

CV-UL AUTORULUI

Informație personală Jana Chihai



📍 str. Andrei Doga 28/7, MD 2024 Chișinău (Moldova)

☎ (+373) 79455708

✉ jana.chihai@usmf.md, jchihai@gmail.com

Sex Feminin | Data nașterii 22/01/1972 | Naționalitatea Republica Moldova

TITLU DEȚINUT

Doctor în Științe Medicale, seria diplomei DR nr. 1421 din 05.10.2011 Profesor Asociat, seria diplomei cu nr. 0960 din 03.10.2013 Cu dreptul de a supraveghea doctoratul, seria certificatului CD nr. 2192 din 07.07.2015, specialitatea 321.06 – Psihiatrie

EXPERIENȚA DE MUNCĂ

2020 iunie-decembrie

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) – CONSULTANT - EMERGENCY CONTRACT

2018 – Prezent

Coordonator la Programul Național de Sănătate Mintală 2017-2021 și specialist principal al MSMPS în domeniul psihiatriei

Membru a Comisiei ministeriale de specialitate în domeniul psihiatriei

2016–Prezent

▪ Președinte

▪ Societatea de psihiatri, neurologi, psihoterapeuți și psihologi clinici din Republica Moldova, Chișinău (Moldova)

2015–Prezent

Consultant Superior în sănătate mintală, IP Trimbos, Chișinău (Moldova)

▪ Contribuie la procesul de revizuire a legislației privind sănătatea mintală și a cadrului legal, inclusiv a protocoalelor clinice care să permită funcționarea

adecvată a serviciilor de sănătate mintală;

- Coordonarea procesului de consolidare și capacitate profesioniștilor din domeniul sănătății mintale în vederea oferirii îngrijirilor medicale la nivel național, prin formare și alte activități conexe ;
- Coordonarea la nivel național a procesului de revizuire și / sau elaborare a curriculei în domeniul sănătății mintale pentru specialiștii în domeniul sănătății mintale (medici, nurse, psihologi, asistenți sociali) în conformitate cu noul model de îngrijire propus de proiect;

2011–Prezent Conferențiar universitar, șef de studii, catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ” N. Testemitanu, Chisinau (Moldova)

- Predarea cursurilor universitare - *Psihiatrie generală, Reabilitare psiho-socială, Servicii comunitare de sănătate mintală, Psihoterapie* în limbile română, rusă, engleză, franceză .

2002–Prezent Catedra de Psihologie, Pedagogie și Asistență Socială

Universitatea de Stat “A. Russo”, Bălți (Moldova)

- Predarea cursului universitar – expertiză psihologică criminalistică, servicii pentru persoanele cu dependențe, servicii pentru persoanele cu dizabilități, servicii pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală; elemente de psihoterapie; psihoterapie de familie.

1999–Prezent Președinte

AO ”SOMATO”, Bălți (Moldova)

www.somato.md

- Managementul Asociației, elaborarea propunerilor de proiecte și implementarea proiectelor din domeniul sănătății mintale

2010–2013 Director, Psihiatru

Centrul Comunitar pentru Copii și Adolescenți cu dizabilități mixte severe ”Danco”

- Gestiunea financiară și administrativă a serviciului; Consilier al metodologiilor de sănătate mintală

Sectorul de activitate Instituție Publică

Director, Psihiatru

2000–2000 Centrul de Sănătate Mintală ”SOMATO”, Bălți (Moldova)

- Gestiunea financiară și administrativă;
- Consilier în metodologiile de sănătate mintală

Sectorul de activitate Instituție Publică

1996–1999 Psihiatru

Spitalul de Psihiatrie N5, Bălți (Moldova)

- Tratarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală

EDUCAȚIE ȘI FORMARE

10/2012–10/2014 Masterat Internațional în politica și serviciile de sănătate mintală

Diploma CS
nr. 4593 din
15.05.2015

Universitatea NOVA, Facultatea de Științe Medicale, Lisabona (Portugalia)

- **Cercetare și statistică în sănătate mintală**
- **Epidemiologie și sănătate mintală**
- **Dezvoltarea politicilor de sănătate mintală la scară mondială**

2005–2006 Masterat on-line în Advocacy și Politici Publice

Diploma GA
nr. 25 din
15.09.2006

CReDO

- Advocacy
- Politici sociale și publice
- Sectorul necomercial.

1989–1996 Medicină Generală

Diploma GA
nr. 25 din
15.09.2006

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ” N. Testemitanu, Chisinau (Moldova)

- Medicină, psihiatrie

1992–2002 Școala Europeană de Psihoterapie, Socio- și Somato-Analiză

Strasbourg (Franța)

- 07/2006 Administrarea și Gestionarea serviciilor Sanitare
Universitatea d'Ete Ascona, Ascona (Elveția)
- 08/2009 Universitatea d'Ete Lugano, Școală de Vara de Politici Publice în
Sănătate, Economie și Management
Institutul Tropical Elvețian, Lugano (Elveția)
- Evaluarea sănătății: concepte și metode
- 2012–2014 Seminarul de cercetare: Serviciile socioeconomice de sănătate
mentală din Europa de Sud-Est
Universitatea Californiană, Berkeley (SUA)
- 03/2002–04/2002 Program în “Managementul organizațional”
Centrul Educațional PRO DIDACTICA
84 de ore
- 16/06/2003–20/06/2003 MDAP/MSP „Îmbunătățirea serviciilor pentru persoanele cu
dizabilități mintale,; Proiectul site-ului Estuar model; Mod. II
Open Society Institute
- 12/06/2003–14/06/2003 Instruirea „ Managementul conflictelor ”
Centrul Educațional PRO DIDACTICA
- 20/06/2003–22/06/2003 „Campaniile media și advocacy”
Open Society Institute și Centrul pentru Jurnalism Independent
- 09/2003 „Relațiile externe de parteneriat”; Proiectul site-ului Estuar model;
Mod. III
Open Society Institute; MDAP/MSP
- 11/2003 Cursul de instruire – „ Abordarea holistică a copiilor cu diverse
dizabilități”

Zenit Internațional, FISM, Universitatea Stockholm

120 ore, Moldova

- 07/12/2010–09/12/2010 Atelierul de Lucru I: Metodologia de monitorizare a instituțiilor de îngrijire psihiatrică și socială și o introducere în reforma legii cu privire la instituția tutelei
MDAC
- 17/10/2011–19/10/2011 Seminar în Neuro-psiho-farmacologie
ECNP
- 26/03/2012–29/03/2012 Atelierul de Lucru II: Metodologia de monitorizare a instituțiilor de îngrijire psihiatrică și socială și o introducere în reforma legii cu privire la instituția tutelei
MDAC
- 06/06/2012–09/06/2012 Servicii de sănătate mintală în Europa Centrală, Cercetare în Sănătatea Mintală
Fogarty Fellowship, Universitatea Californiană, Universitatea Berkeley and Partner, Berkeley (SUA)
- 01/03/2015–07/03/2015 Instruirea : Sistemul comunitar de sănătate mintală în Elveția
Luzerne Psihiatrie , Luzerne (Elveția)
- 26/05/2015–31/05/2015 Instruire de cercetare: Furnizarea socioeconomică a serviciilor de sănătate mintală în Europa de Sud-Est
Universitatea Berkley, Berkeley (SUA)

ABILITĂȚI PERSONALE

Limba maternă(s) Română

Alte limbi(s)

	ÎNȚELEGERE		VORBIRE		SCRIERE
	Ascultare	Citire	Interacțiune dialog	Exprimare	
Rusă	C2	C2	C2	C2	C2

Franceză	C1	C1	C1	C1	C1
Engleză	C1	C1	C1	C1	C1

Nivele: A1 și A2: Utilizator elementar - B1 și B2: Utilizator independent - C1 și C2: Utilizator experimentat

[Cadrul European Comun de Referință pentru Limbi Străine](#)

Aptitudini organizatoriale / manageriale

- Capacitatea de analiză și sinteză
- Responsabilitate
- Management financiar și administrativ etc.
- Profunzime și corectitudine profesională
- Asertivitate și perseverență
- Aptitudini de comunicare și soluționare a conflictelor

Competențe legate de locul de munca

- O bună cunoaștere a proceselor de control al calității (în prezent fiind responsabilă pentru auditul calității) Buna gestionare a procesului didactic și științific.

Competență digitală

AUTO-EVALUARE				
Procesarea informației	Comunicare	Crearea de conținut	Securitate	Soluționarea problemelor
Utilizator independent	Utilizator independent	Utilizator elementar	Utilizator independent	Utilizator independent

[Competențe digitale, grilă de auto-evaluare](#)

Windows, aplicațiile MS Office: Word, Excel, Power Point; Internet, SPSS, Adobe Photoshop, Adobe Acrobat.

INFORMAȚIE ADIȚIONALĂ

Activitate științifică

Postdoctorat – 2021-2023, Ordin nr. 25-PC din 22.12.2020, Agenția Națională pentru Cercetare și Dezvoltare.

321.06. Psihiatrie;

Psihiatrie și management

Argumentarea științifică pentru serviciile comunitare de sănătate mintală

1.	Assessment of professional skills and social inclusion of beneficiaries of social institutions Republic of Moldova, research report	Chișinău, 2008
2.	Hospital emergency departments doctors attitude and sensitivity towards mental health patients	Romania, Moldova, Serbia, Albania, Bulgaria – 2013-2014
3.	Causes of under-diagnosis of depression in South-Eastern European countries	Romania, Moldova, Serbia, Albania, Bulgaria – 2013-2014
4.	Mental Illness Stigma in South Eastern Europe – The Present and The Future in Terms of Research Priorities	Romania, Moldova, Serbia, Albania, Bulgaria – 2013-2014
5.	„Stigmatizarea față de persoanele cu probleme de sănătate mintală în rândul adolescenților”, “Stigma towards people with mental health issues in adolescents”, CHIHAI Jana, dr. șt . med., conf. univ.	2015-2016
6.	„Expunerea la experiențe abuzive în perioada copilăriei” „Exposure to abusive experiences during childhood”, CHIHAI Jana, dr. șt . med., conf. uni.	2016-2017
7.	„Evaluarea complexă medicală, psihologică și socială a pacienților din raioanele Orhei, Soroca, Cimișlia și Cahul care primesc îngrijiri spitalicești și comunitare de sănătate mintală în vederea determinării principalelor nevoi ce trebuie acoperite ale acestora”, CHIHAI Jana, dr. șt . med., conf. univ.	2017-2020

8.	„RECOVER-E: Large-scale implementation of community based mental health care for people with severe and enduring mental ill health in Europe”, CHIHAJ Jana, dr. șt . med., conf. univ.	2018-2021
----	--	-----------

Proiecte 2000 - 2016 Peste 45 de proiecte, manager și consultant

Alte activități Relevante

2006 – prezent Consultant la Organizația Mondială a Sănătății (OMS)
2007 - prezent Consultant al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, specialist principal in psihiatrie, membru a Comisiei de specialitate a ministerului.
2012 – prezent Coordonator a Programului Național de Sănătate Mintală
2007 – MERITUL CIVIC - distincție
2021 – Diploma d Onoare a Academiei de Științe a Moldovei , HPAȘM nr. 159 din 22 octombrie 2020.

- **61 articole și disertații, 44 articole în ultimii 5 ani;**
- **7 Manuale pentru studenți, rezidenți și specialiști în domeniul farmaceutic ;**
- **13 Ghiduri metodologice pentru studenți, medici și populație, din ele 5 in ultimii 5 ani;**
- **8 Protocoale Clinice Naționale;**