

3 aprilie 2012

Monitorul sănătății

**PREVENIREA ȘI CONTROLUL BOLILOR
NETRANSMISIBILE ÎN VIZIUNEA POLITICILOR
NUTRIȚIONALE ȘI DE ACTIVITATE FIZICĂ**

Autori:

Galina Obreja, lector, Școala de Management în Sănătatea Publică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Țurcanu, coordonator de programe, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate

Această publicație apare în cadrul proiectului „Monitorului Sănătății” implementat de Centrul PAS cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova. Informațiile și concluziile expuse în acest articol aparțin în exclusivitate autorilor și nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros-Moldova

Abrevieri

AMP – Asistența medicală primară

BCN – boli netransmisibile

BCN – boli netransmisibile cronice

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină

CNSP – Centrul Național de Sănătate Publică

CSP – centre de sănătate publică

DALY – ani de viață sănătoasă pierduți din cauza dezabilității și a decesului prematur

FAO – Organizația pentru Agricultură și Alimentație a Națiunilor Unite

MAIA – Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare

MDRC – Ministerul Dezvoltării Regionale și Construcțiilor

MEc – Ministerul Economiei

MEd – Ministerul Educației

MF – Ministerul Finanțelor

MM – Ministerul Mediului

MMPSF – Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei

MTID – Ministerul Transporturilor și Infrastructurii Drumurilor

MS – Ministerul Sănătății

NU – Națiunile Unite

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

PNS – Politica Națională de Sănătate

RCM – risc cardio-metabolic

UE – Uniunea Europeană

ȚVMM – țările cu venituri mici și mijlocii

Cuprins

1.	INTRODUCERE	5
2.	SCOPUL ȘI OBIECTIVELE	6
3.	METODOLOGIE	7
4.	POVARA BOLILOR NETRANSMISIBILE	8
	Situația la nivel global	8
	Situația la nivel european	8
	Situația la nivel național	9
5.	NUTRIȚIA ȘI ACTIVITATEA FIZICĂ CA DETERMINANTE ALE BOLILOR NETRANSMISIBILE	11
	Situația la nivel global	11
	Situația la nivel european	11
	Situația la nivel național	12
6.	POLITICILE INTERNAȚIONALE ȘI NAȚIONALE PENTRU CONTROLUL ASUPRA BOLILOR NON TRANSMISIBILE PRIN REGLEMENTAREA NUTRIȚIEI ȘI ACTIVITĂȚII FIZICE CA FIIND DETERMINANTELE MAJORE ALE ACESTORA.....	17
	Politicile Organizației Mondiale a Sănătății	17
	Politicile Uniunii Europene	20
	Politicile naționale	22
7.	ANALIZA POLITICILOR NAȚIONALE NUTRIȚIONALE ȘI DE ACTIVITATE FIZICĂ ÎN CONTEXTUL PREVENIRII ȘI CONTROLULUI BOLILOR NETRANSMISIBILE ...	26
	CONCLUZII	29
	RECOMANDĂRI	30

1. INTRODUCERE

Bolile netransmisibile (BCN) prezintă o povară tot mai mare, afectând dezvoltarea economică și socială a populației de pe glob. Liderii mondiali au recunoscut necesitatea acțiunilor de prevenire și control al BCN prin declarația la întrunirea la nivel înalt la Națiunile Unite (NU) în septembrie 2011. După această întrunire Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a pregătit Cadrul global de monitorizare, iar secretarul general al NU pregătește raportul privind căile de abordare a BCN în diferite sectoare pentru cea de-a 67-ea sesiune a Adunării Generale programată pentru septembrie 2012.

BCN majore (bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul și bolile cronice ale căilor respiratorii) au factori de risc comportamental comuni (tutunul, alimentația irațională (deficientă), inactivitatea fizică și consumul abuziv de alcool) și implică principii comune pentru prevenție.

Printre factorii de risc principali ai BCN sunt nutriția nerațională și inactivitatea fizică. Conform estimărilor, nutriția nerațională condiționează circa o treime din cazurile de deces prin boli cardiovasculare și circa o pătrime din cazurile de deces prin cancer¹. Nutriția nesănătoasă și activitatea fizică inadecvată contribuie esențial la evoluția diabetului de tip 2. De asemenea, s-a demonstrat că există o legătură strânsă între nutriția nerațională pe parcursul primelor 1000 de zile de viață (viața intrauterină și primii doi ani de viață) și dezvoltarea BCN la vârsta de adult. Dieta variată și echilibrată, completată cu un regim și activitatea fizică adecvată sunt premise esențiale pentru o sănătate bună și contribuie la reducerea riscului bolilor cronice. Suplimentar la acestea se indică promovarea nutriției antenatale sănătoase, alăptării, fortificarea alimentației complementare adecvate a sugarului și copilului mic sunt intervenții prioritare pentru îmbunătățirea stării de sănătate pe termen lung.

Eforturile lucrătorilor medicali de educație sanitară și consiliere pot consolida cunoștințele sanitare ale populației și pot modifica favorabil comportamentul sanogen. Schimbarea comportamentului igienic al populației este, însă, o problemă complexă și se poate aborda doar prin educația sanitară. Pentru menținerea comportamentului sănătos este necesar un mediu favorabil și susținător, în care politicile publice oferă alegerea sănătoasă ușoară, accesibilă și permisibilă. Astfel, sănătatea trebuie să devină componenta cheie a politicilor publice și sectoriale ample în domenii precum agricultura, educația, finanțele, transportul, comerțul, economia, asistența socială. Doar un asemenea mediu de suport poate asigura oportunități și alegeri agreeate pentru adoptarea unor obiceiuri sănătoase de alimentație, activitate fizică și pentru abandonarea viciului tabagic, alcoolic etc.

Îmbunătățirea producerii de alimente, a disponibilității și accesului la ele și creșterea nivelului activității fizice constituie un potențial important în reducerea poverii sănătății precare, în special în țările în curs de dezvoltare și printre persoanele relativ sărace. Factorii de decizie recunosc că elaborarea și implementarea politicilor alimentare și nutriționale bazate pe necesitățile populației sunt o contribuție majoră la fortificarea sănătății publice.

¹ World Health Report 2002. Reducing risk, promoting healthy life. Geneva: World Health Organisation, 2002.

2. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE

Prezentul studiu și-a propus să analizeze situația și tendințele bolilor netransmisibile în raport cu nutriția și activitatea fizică ca determinante majore ale acestora, pentru a elabora recomandări pentru reducerea impactului nutriției și activității fizice asupra poverii bolilor netransmisibile.

Obiectivele studiului au fost următoarele:

- a) analiza situației privind bolile netransmisibile și impactul nutriției și activității fizice ca două dintre cele patru determinante majore ale acestora;
- b) estimarea impactului intervențiilor de ameliorare a nutriției deficiente și a hipoactivității fizice prin tendințele bolilor netransmisibile;
- c) elaborarea recomandărilor privind direcțiile de acțiune și acțiunile de reducere a impactului nutriției și activității fizice asupra poverii bolilor netransmisibile.

3. METODOLOGIE

Au fost analizate datele statistice, rezultatele studiilor și ale screening-urilor ce au vizat bolile netransmibile în corelare cu nutriția și activitatea fizică ca determinante ale acestora - disponibile la nivel național, regional și internațional pentru perioada 1992-2011. Au fost sintetizate datele referitoare la: 1) incidența, prevalența, dezabilitatea, mortalitatea, și tendințele pentru bolile cardiovasculare, cancer, diabet, hepatitele cronice, ciroze și anemii; 2) factorii metabolici de risc: hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, supra greutatea și obezitatea; 3) furnizarea/aprovizionarea cu alimente, energie și macronutrienți.

Au fost analizate și sintetizate strategiile, planurile de acțiuni și recomandările OMS adoptate la nivel internațional și regional, legislația și politicile publice adoptate și implementate în Uniunea Europeană (UE) și actele normative naționale, documentele de politici publice aprobate în domeniul controlului bolilor netransmisibile și al factorilor de risc al acestora – nutriția și activitatea fizică.

4. POVARA BOLILOR NETRANSMISIBILE

Situația la nivel global

Șaizeci la sută din totalitatea cazurilor de deces la nivel global se datorează BCN. Alte 40% sunt condiționate de bolile transmisibile, bolile și afecțiunile materne și perinatale, de violență și traumatisme. Din 36 de milioane de decese atribuibile anual BCN, circa 80% survin în țările cu venituri mici și mijlocii (ȚVMM) pe cap de locuitor, iar 26% sunt decese premature.^{2,3}

Bolile cardiovasculare se situează constant pe primul loc ca și cauză a mortalității. OMS a stabilit, că în anul 2010 bolile cardiovasculare au fost responsabile de 17 milioane de decese, ceea ce constituie 29,8% din numărul total de decese (57 milioane) și 48% din numărul de decese (36 milioane sau 63% din total) cauzate de cele patru grupuri majore de BCN, iar proporția celor decedați în vârstă de până la 70 ani a fost de 39%. Prognosticul emis de OMS pentru următoarea decadă (până în a.2020) este unul alarmant, deoarece prevede creșterea cu 15% (până la 44 milioane) a numărului total de decese din cauza bolilor cronice netransmisibile (BCN), majoritatea afectând ȚVMM pe cap de locuitor. Circa 80% din toate decesele prognozate să survină din cauza bolilor cardiovasculare și a diabetului zaharat vor avea loc în aceste țări, unde actualmente 29% dintre cei decedați din cauza BCN au vârsta sub 60 ani, comparativ cu 13% în țările cu economii avansate.³ Cheltuielile pentru diagnosticare, metodele contemporane de tratament intens tehnologizat, precum și pentru îngrijirile pacienților în fazele tardive ale bolii și a celor cu complicații ale infarctului miocardic, accidentelor vasculare cerebrale, a persoanelor cu insuficiență cardiacă, cu arteriopatii periferice implică costuri substanțiale, ce sunt suportate cu greu de familie și de societate.

Situația la nivel european

BCN sunt cauza principală a morbidității, dizabilității și mortalității și în Europa. Cele patru grupuri majore de BCN constituie împreună cea mai ponderală povară de boli și mortalitate prematură în regiune. În Europa, BCN constituie circa 86% din toate cazurile de mortalitate și 77% din povara globală a bolilor, solicitând un efort tot mai mare de la sistemele de sănătate și devenind o povară în creștere pentru dezvoltarea economică și bunăstarea unei părți mari din populație, în special pentru persoanele cu vârsta de 50 de ani și mai mult.⁴

În același timp, BCN sunt responsabile pentru multe dintre inegalitățile crescânde în sănătate, indicând o legătură socioeconomică strânsă și importante diferențe gender, atât în interiorul țărilor, cât și între statele din Europa. Cu toate acestea, gradientul social și/sau distribuția riscului variază între diferiți factori de risc și între diferite state membre ale OMS. Preocuparea privind BCN este în ascensiune și din cauza că factorii de risc ai acestora afectează tot mai mult persoanele tinere, având consecințe sesizabile asupra tendințelor de viitor ale sănătății publice în Europa⁵.

² World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization, 2008.

³ Global Status Report on non-communicable diseases. WHO, 2010.

⁴ Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organisation, 2005.

⁵ Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. Final Report. World Health Organisation, 2008.

Cu vârsta, BCN devin cauza principală a morbidității, dizabilității și mortalității, astfel încât necesitățile și costurile de sănătate se acumulează în ultimii ani de viață a populației. Femeile din Europa trăiesc cu aproape 8 ani mai mult decât bărbații, dar au o cotă majoră de viață cu sănătate precară. Populația în curs de îmbătrânire și povara în creștere a BCN impun costuri substanțiale pentru societate. Menajul bolilor cronice și al factorilor de risc morbid solicită o proporție semnificativă din produsul intern brut, iar costurile de tratament, veniturile reduse, pensionarea timpurie și cererea de asistență socială sunt cu greu suportate de sistemele de asigurări medicale și sociale, pe de o parte, și de persoana bolnavă și/sau familia acesteia, pe de alta. Angajatorii și societatea au de suportat consecințele absenteismului, ale productivității scăzute și a fluctuației tot mai mari a angajaților.

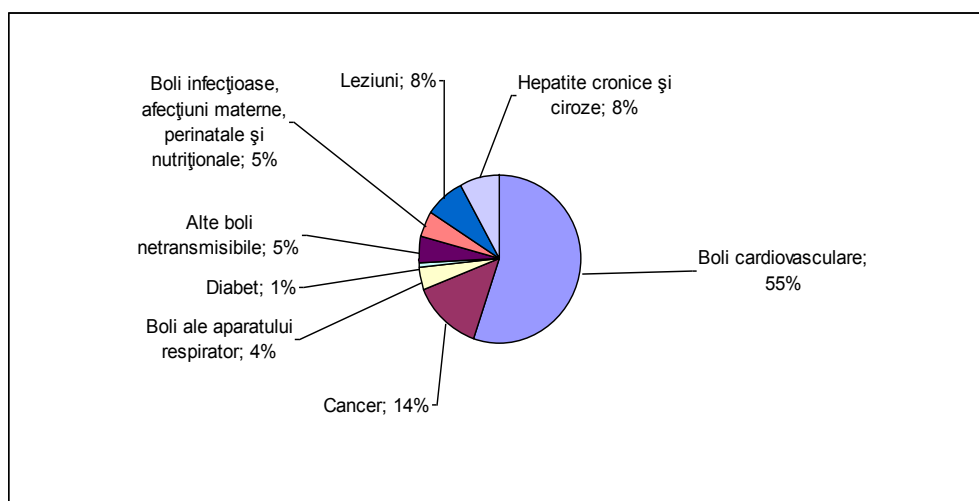
Europa se confruntă cu epidemia obezității: jumătate dintre adulți și unul din cinci copii în regiunea europeană anunță OMS este supraponderal. O altă problemă este povara dublă a malnutriției copiilor, subnutriția și obezitatea fiind constatate simultan la copii, în special în unele state din Estul Europei. Din subnutriție derivă anemia, care afectează o proporție considerabilă a copiilor de vârstă preșcolară.

În aceste condiții o abordare integrală, care ar include toate sectoarele relevante, precum agricultura, finanțele, planificarea și construcția urbană, educația, transportul este esențială pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile.

Situația la nivel național

Bolile netransmisibile, precum afecțiunile sistemului circulator, cancerul, maladiile pulmonare obstructive cronice, hepatitele cronice și cirozele, diabetul sunt principalele cauze de morbiditate, dizabilitate și mortalitate în creștere în Republica Moldova.⁶ În anul 2008 acest spectru de maladii au definit 82% din totalitatea deceselor. Este în creștere și mortalitatea la vârsta aptă de muncă.

Figura 1. Mortalitatea populației de toate vârstele din RM, prezentată funcție de maladiile cauzale (2008)



⁶ Anuar statistic, CNMS (www.cnms.md), accesat la 12 mai 2012.

Morbiditatea prin bolile sistemului circulator în Republica Moldova este cea dominantă și a crescut de circa 1,5 ori în ultimii 10 ani. Peste 70% din cazurile de boli cardiovasculare se asociază cu hipertensiune arterială. Bolile cardiovasculare se plasează constant pe primul loc printre cauzele de deces, constituind circa 56-57% din mortalitatea totală pe parcursul ultimilor 10 ani. Alarmant faptul că 25-26% din aceste decese survin la vârste socialmente productive. De altfel disabilitatea cardiovasculară a persoanelor în vârstă aptă de muncă constituie 19-20 % din totalul de persoane cu dizabilități prin maladii.

Morbiditatea prin cancer a crescut de circa 1,5 ori în ultimii 20 de ani, iar mortalitatea prin neoplasme maligne s-a dublat în aceeași perioadă. Peste 60% din cazurile de deces survin la vârsta aptă de muncă. În structura mortalității cancerul a devenit cea de a doua cauză de deces.

Actualmente, în Republica Moldova se înregistrează peste 55 mii de bolnavi cu diabet zaharat, iar morbiditatea prin acesta a crescut de peste două ori în ultimii 10 ani. De consemnat, că numărul persoanelor cu diabet „latent” este de 2-3 ori mai mare, peste 80% din pacienții cu diabet fiind persoane adulte (40+) și având diabet de tip 2⁷.

Morbiditatea prin hepatite cronice și ciroze a crescut de circa 1,7 ori în ultimii 10 ani, iar mortalitatea prin acestea constituie 8% în structura totală a mortalității. Mai grav este că circa 70% din cazurile de decese de această cauză se produc la vârsta aptă de muncă.

Concomitent, Republica Moldova se confruntă cu deficiența de iod, de fier și acid folic ca probleme de sănătate publică. Circa o treime dintre copii cu vârsta de până la 5 ani, o cincime dintre femeile de vârstă fertilă și peste 40% dintre femeile gravide suferă de anemie. Situația privind anemiile s-a înrăutățit în anul 2005 în comparație cu 1998.⁸

⁷ Programul național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat pentru anii 2011-2015, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.549 din 21 iulie 2011.

⁸ Nota informativă la proiectul hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea unor măsuri de reducere a afecțiunilor determinate de deficiența de fier și acid folic până în anul 2017.

5. NUTRIȚIA ȘI ACTIVITATEA FIZICĂ CA DETERMINANTE ALE BOLILOR NETRANSMISIBILE

Situația la nivel global

Nutriția și activitatea fizică sunt două dintre determinantele principale ale BCN care duc la decese premature și dizabilitate, contribuind substanțial la povara bolilor.

Tensiunea arterială înaltă (responsabilă pentru 13% de decese la nivel global), nivelul înalt al glicemiei (6%), inactivitatea fizică (6%), supra greutatea și obezitatea (5%) sunt principalii factori de risc pentru mortalitatea la nivel global. Acești factori de risc sunt responsabili pentru creșterea riscului bolilor netransmisibile, precum bolile cardiovasculare, diabetul și cancerul.⁹

Situația la nivel european

Peste jumătate din povara bolilor în Europa, măsurată în DALY (ani de viață sănătoasă pierduți din cauza dizabilității și a decesului prematur; 2005, OMS) se datorează la șapte factori de risc legați de nutriție: tensiunea arterială înaltă (12,8%); alcoolul (10,1%); colesterolul seric înalt (8,7%); supra greutatea (7,8%); consumul redus de fructe și legume (4,4%) și inactivitatea fizică (3,55). Diabetul este factor de risc major și declanșator pentru bolile cardiovasculare. Hipertensiunea arterială este factorul de risc principal pentru mortalitate în 37 din 52 de state europene membre ale OMS. Alcoolul este factorul principal de risc pentru dizabilitate și decese printre persoanele tinere din Europa.¹⁰

Obezitatea este una dintre cele mai mari provocări de sănătate publică a secolului 21. Prevalența ei s-a triplat în comparație cu anii '80 în țările din Europa și numărul celor afectați, în special al copiilor, continuă să crească alarmant. Obezitatea este responsabilă de 2-8% din costurile medicale și de 10-13% de decese în diferite zone ale Europei. Guvernele și societatea trebuie să intervină prompt pentru a opri epidemia. Creșterea ratelor supra greutatei și obezității este legată direct de descreșterea nivelului activității fizice. Conform estimărilor, inactivitatea fizică condiționează circa 21-25% din povara cancerului de sân și de colon, 27% din povara diabetului și 30% din povara bolilor cardiovasculare¹¹.

Consumul total de grăsimi este foarte înalt, iar aprovizionarea cu fructe și legume este sub minimul recomandat de 400 g/zi. Schimbările în sistemul alimentar modern, precum consumul mai mare de produse procesate și utilizarea crescândă a fast-food-urilor influențează negativ obiceiurile de consum alimentar.

Pe de altă parte, alimentația sănătoasă aduce beneficii importante sănătății. Pierderea doar a 10 kg din greutate de către pacienții obezi contribuie la reducerea cu 20-25% a mortalității generale printre aceștia¹². Dieta bogată în fructe și legume se asociază cu descreșterea riscului bolilor cardiovasculare. Consumul zilnic al unei porții în plus de fructe și legume descrește riscul bolilor de inimă cu 4% și a atacului cerebral cu 6%.¹³ Conform

⁹ Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organisation, 2009.

¹⁰ Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO, 2006.

¹¹ Good health starts with healthy behaviour. WHO, 2011.

¹² Jung R.T. Obesity as a diseases. British Medical Bulletin, 1997.

¹³ Joshipura K et al. The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. Annals of Internal Medicine, 2001

estimărilor, o treime din cancere pot fi prevenite prin modificarea dietei. Circa 40% din cancerele endometriale, 25% de cancere renale și 10% din cancerele sân și colon pot fi evitate prin menținerea greutateii corporale sănătoase¹⁴.

Situația la nivel național

O estimare a contribuției factorilor de risc la mortalitate arată, că din cei 10 factori de risc principali ca și cauze ale poverii bolilor, măsurată în DALY pentru Republica Moldova, 6 sunt legați de obiceiurile alimentare nesănătoase și inactivitatea fizică (Tab.1).

Tabelul 1. Principalii zece factori de risc al maladiilor din Republica Moldova (estimați prin DALY, 2002)

Bărbați		Femei	
Factorii de risc	Total DALY (%)	Factorii de risc	Total DALY (%)
Alcoolul	27,2	Hipertensiunea arterială	15,3
Tutunul	14,9	Colesterolul înalt	12,9
Hipertensiunea arterială	11,3	Alcoolul	12,8
Colesterolul înalt	8,8	Supraponderabilitatea	10,0
Supraponderabilitatea	5,6	Consumul redus de fructe și legume	6,6
Consumul redus de fructe și legume	5,3	Inactivitatea fizică	5,1
Inactivitatea fizică	3,5	Tutunul	3,2
Fumul din încăperi din cauza arderii combustibilului solid	1,3	Sexul neprotejat	2,2
Consumul abuziv de droguri	1,1	Fumul din încăperi din cauza arderii combustibilului solid	1,9
Plumbul	1,1	Manipulațiile parenterale în instituțiile medicale	1,0
Sursa: OMS (2003)			

Factorul de risc principal este consumul de alcool, care se corelează cu bolile cardiovasculare, hepatitele cronice și ciroze, cancerul și statutul de supraponderal și obez al persoanei. Consumul de alcool în Republica Moldova este unul dintre cele mai elevate în lume, constituind 18 l de alcool pur per capita (în anul 2005)¹⁵.

Cel de-al doilea factor de risc este hipertensiunea arterială, care are afinități directe cu obezitatea și consumul de sare. Aportul mare de sare este legat de globalizare și modificarea obiceiurilor alimentare, consumul în creștere al alimentelor fabricate industrial, care conțin cantități importante de „sare ascunsă”, dar și de consumul tradițional al unor cantități mari de murături și alte bucate cu conținut ridicat de sare.

Cincizeci și patru la sută dintre persoanele cu vârsta de peste 40 de ani, care nu au fost diagnosticate cu diabet sau boală cardiovasculară, examinate în cadrul screening-ului

¹⁴ Bianchini F., Kaoks R., Vaino H. Overweight, obesity and cancer risk. Lancet Oncology, 2002.

¹⁵ WHO European Information System on Alcohol and Health (EISAN)

cardiovascular național¹⁶, au tensiunea arterială sistolică de peste 140 mmHg, iar 48,2% au tensiunea arterială diastolică peste 90 mmHg (Tab.2).

Tabelul 2. Ponderea persoanelor cu vârsta de peste 40 de ani în funcție de valorile tensiunii arteriale sistolice și diastolice, Republica Moldova, 2010

Valorile tensiunii arteriale sistolice, mmHg	Ponderea persoanelor, %	Valorile tensiunii arteriale diastolice, mmHg	Ponderea persoanelor, %
<130	27,6	<85	48
130-139	18,2	85-89	3,9
140-159	32,3	90-99	30,6
160-179	16,7	100-109	15,4
≥180	5,2	≥110	2,2

Cel de **al treilea factor de risc** - nivelul înalt al colesterolului seric - este direct legat de aportul înalt de grăsimi saturate, inclusiv grăsimi *trans* care se conțin în alimentele fabricate industrial, fast-food, dar și de obiceiurile de consum a cărnii grase și a grăsimilor animale. Grăsimile hidrogenate (sursa principală de grăsimi trans) și uleiul de cocos (sursă de grăsimi saturate) sunt folosite pe larg în industria alimentară (panificație, patiserie, cofetărie) și alimentația publică, fiind comercializate populației sub formă de spread-uri, margarine.

Șaizeci și patru la sută dintre persoanele examinate în cadrul screening-ului cardiovascular național¹⁵ au valori elevate ale colesterolului total (> 5 mmol/l sau ~ 200 mg/dl).

Al patrulea factor de risc nutrițional este supra greutatea și obezitatea, care sunt legate de bolile cardiovasculare, diabetul de tip II și unele tipuri de cancer. Circa 50% dintre persoanele adulte din Republica Moldova sunt supraponderale, inclusiv 15% sunt obeze. Ponderea persoanelor obeze este mai mare în mediul urban (16,3%) în comparație cu mediul rural (14,7%), precum și printre femei (17,1%) în comparație cu bărbații (13,3%). Obezitatea crește proporțional cu vârsta: de la 1% în grupul de vârstă 18-24 ani până la 25% în grupul de vârstă 45-65 ani, după care descrește. Patruzeci și una la sută dintre persoanele care suferă de boli cardiovasculare sunt supraponderale și alte 31% sunt obeze. Patruzeci și una la sută dintre persoanele cu hipertensiune arterială sunt supraponderale, iar 33% sunt obeze.¹⁷

S-a determinat că pe parcursul ultimilor 20 de ani aportul zilnic mediu de energie per capita este mai mare decât necesitățile dietetice în energie, estimate la 2141 kcal/per capita/zi¹⁸. După o descreștere de la 3196,1 în 1992 la 2641,9 în 1995/97, aportul energetic dietetic a crescut până la 2907 kcal/per capita/zi în 2005/07¹⁹.

Structurarea energiei furnizate conform grupurilor de produse alimentare (2005-2007) denotă următoarele. Produsele de origine vegetală (cerealele, cartofii și alte legume ce

¹⁶ Rezultatele screening-ului pentru identificarea pacienților cu risc cardiovascular, Republica Moldova, 2010 (http://www.cnam.md/editorDir/file/rezultatele_screening/articol_screening_cv.pdf)

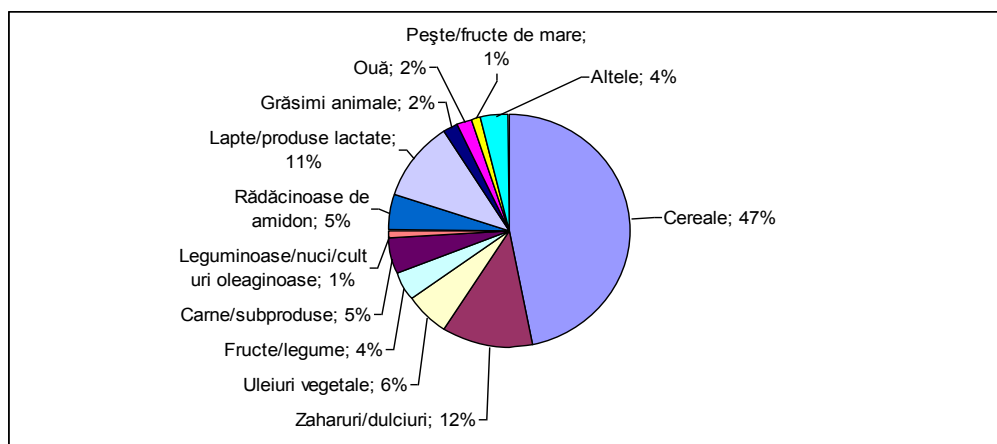
¹⁷ Rezultatele studiului asupra sănătății populației în Republica Moldova=Results of Survey of Health Status of Population in the Republic of Moldova, BNS, 2006.

¹⁸ FAO. 2004. Calculating population energy requirements and food needs. Software application. Accompanying: FAO Food and Nutrition Technical Report Series No. 1. Food and Agriculture Organisation of the United Nations. Rome.

¹⁹ FAO, FAOSTAT Database.

conțin amidon, zaharurile și dulciurile) predomină în proporția energiei furnizate zilnic, constituind 64%. Zaharurile și dulciurile (carbohidrați simpli) dețin 12% din aportul energetic total, depășind limita maximă de 10% recomandată de OMS/FAO.²⁰ Aportul energetic cu produsele de origine animală este relativ redus, constituind 19% din energia furnizată zilnic (Fig.2). Laptele, produsele lactate și ouăle constituie peste două treimi din energia furnizată de produsele de origine animală, ceea ce explică menținerea cotei înalte de anemii în populație.

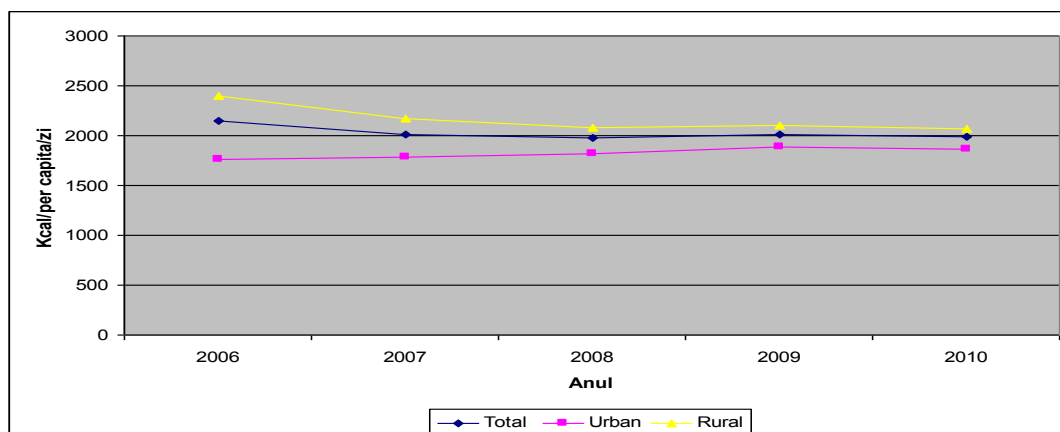
Figura 2. Ponderea energiei dietetice conform grupurilor de alimente consumate în Republica Moldova, 2005-2007



La nivel național consumul mediu de energie în gospodăriile cu copii s-a estimat a fi la nivelul necesităților în anul 2006 (2143 kcal/per capita/zi), dar s-a diminuat sub acest nivel în perioada 2007-2010. Consumul mediu de energie a fost mai mare în gospodăriile din sectorul rural în comparație cu cele din sectorul urban (Fig.3).

Consumul de energie, în anul 2010, a fost mai mare în familiile cu un copil (2024,9 kcal/capita/zi) în comparație cu familiile cu doi (1957,9) și mai mulți copii (1935,3), precum și în familiile monoparentale (2140,1) în comparație cu cele biparentale (1949).

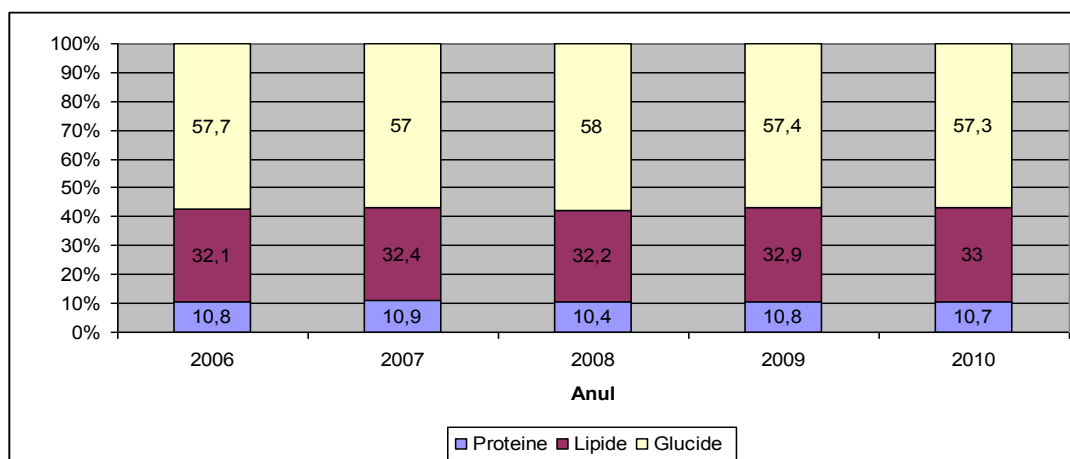
Figura 3. Tendințele consumului mediu de energie la nivel național și în funcție de zona de reședință, kcal/capita/zi



²⁰ Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World health Organisation, 2003 (WHO Technical Report Series, No.916).

Consumul mediu zilnic de energie furnizată din lipide a depășit nivelul recomandat de OMS și EURODIET (maxim 30%), având tendința de creștere în perioada 2006-2010 (Fig.4), și fost mai pronunțat în sectorul urban (34-36%) în comparație cu cel rural (31-32%)²¹.

Figura 4. Cota medie a consumului zilnic de energie provenită din proteine, lipide, glucide în gospodăriile cu copii din Republica Moldova (per capita)



Al cincilea factor de risc este consumul redus de fructe și legume, care se corelează pregnant cu bolile cardiovasculare și cancerul.

Doar 74% din populația adultă consumă zilnic legume (nu se specifică dacă în categoria legume au fost incluși și cartofii) și doar 19% consumă zilnic fructe (studiul a fost făcut în aprilie 2005). Paradoxal, dar populația din mediul rural consumă zilnic mai puține legume (68,2%) în comparație cu populația din mediul urban (82,9%). Același lucru este caracteristic și pentru consumul de fructe: 23,65 din populația urbană consumă zilnic fructe în comparație cu doar 16,0% în mediul rural¹⁵.

Nici printre copii situația privind consumul de fructe și legume nu este mai bună: doar 62% din aceștia consumă zilnic legume și fructe și acest consum depinde mult de statutul socio-economic (numai 48,8% copii din chintilele inferioare după statutul socio-economic față de 68,8 în chintilele superioare) și iarăși, ca și în cazul adulților, doar fiecare al doilea copil al agricultorilor și mai puțini copiii din sate decât din orașe (52% față de 77,6%) consumă fructe și legume zilnic²².

Factorii care influențează alegerea alimentară sunt complecși. Obiceiurile alimentare se dezvoltă timpuriu și dieta nesănătoasă stabilită la vârsta fragedă poate persista ca obișnuință de-a lungul vieții, afectând sănătatea. Membrii gospodăriilor sărace deseori înlocuiesc alimentele proaspete cu cele procesate care sunt mai ieftine și majoritatea dintre ei au o alegere limitată din cauza accesului redus la produsele alimentare locale mai sănătoase.

²¹ Copiii Moldovei/Дети Молдовы/Children of Moldova/Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, Chișinău, 2012.

²² Studiul național „Cunoștințele, atitudinile și practicile familiilor în domeniul îngrijirii și dezvoltării timpurii a copiilor”, 2009. Raport sumar. Chișinău 2010.

Grupurile sărace de populație, în special din gospodăriile rurale, gospodăriile cu mulți copii, pensionarii și cei neangajați în câmpul muncii au un acces economic limitat la alimente suficiente și de calitate. Reducerea remitențelor este o cauză importantă în creșterea sărăciei și diminuarea aprovizionării cu alimente, în special în sectorul rural din Republica Moldova.

Al șaselea factor de risc alimentar este inactivitatea fizică care se corelează fidel cu bolile cardiovasculare, diabetul de tip II, cu unele tipuri de cancer, precum și cu supra greutatea și obezitatea. Peste 50% din populația cu vârsta de peste 25 de ani din Republica Moldova își petrece timpul liber în activități sedentare.¹⁵ Cele mai active fizic sunt persoanele tinere, cu vârsta de până la 24 de ani, 19% dintre acestea preferând să practice în timpul liber activități fizice intense sau moderate. Douăzeci și opt la sută dintre copiii cu vârsta de 3-14 ani fac sport cel puțin o dată pe săptămână și doar 32% dintre copiii cu vârsta de 10-14 ani practică activitatea fizică. Un copil privește televizorul în medie 2,2 ore pe zi, iar numărul orelor petrecute în fața televizorului crește proporțional vârstei. Un copil de 10-14 ani stă în fața televizorului în medie 2,7 ore pe zi.

Laptele matern asigură nutriția optimală pentru copilul mic și îl protejează contra bolilor. Alăptarea aduce clare beneficii și pentru sănătatea mamei, atât pe durata perioadei de alăptare, cât și în viața ulterioară. Doar 46% dintre copiii de până la 6 luni sunt alăptați exclusiv cu lapte matern, iar circa 2/3 dintre copiii de până la un an primesc alt lapte (lapte de vacă/de capră) decât laptele matern sau formulele speciale pentru sugari²³.

²³ National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine (NCPM) [Moldova] and ORC Macro. 2006. Moldova Demographic and Health Survey 2005.

6. POLITICILE INTERNAȚIONALE ȘI NAȚIONALE ÎN DOMENIUL CONTROLULUI BOLILOR NETRANSMISIBILE PRIN AMELIORAREA NUTRIȚIEI ȘI ACTIVITĂȚII FIZICE CA DETERMINANTE MAJORE ALE ACESTORA

Politicile Organizației Mondiale a Sănătății

În conformitate cu principiul OMS „Sănătate pentru Toți” și definiția sănătății din constituția OMS, care stipulează, că sănătatea este starea de bine și „nu doar absența bolii”, politica publică de sănătate cuprinde mult mai mult decât asistența medicală și se orientează în primul rând pe determinantele sănătății.

Conștientizarea impactului BCN la nivel global și a împuternicirilor/mandatului pentru acțiunile de prevenire și control asupra acestora este în creștere în ultimii ani. OMS a aprobat și a propus statelor membre strategii și planuri de acțiuni relevante pentru abordarea comprehensivă a BCN pe parcursul vieții și a determinantelor acestora, inclusiv a nutriției și activității fizice. Printre documentele OMS care abordează BCN și specifică nutriția și activitatea fizică sunt:

- Strategia globală de prevenire și control al bolilor netransmisibile, 2000;
- Strategia globală privind alimentația sugarilor și a copiilor mici, 2003;
- Strategia globală privind dieta, activitatea fizică și sănătatea, 2004;
- Strategia globală de reducere a consumului nociv de alcool, 2010;
- Planul de acțiuni pentru implementarea Strategiei globale privind prevenirea și controlul bolilor netransmisibile, 2008;
- Strategia europeană de prevenire și control al bolilor netransmisibile, 2006;
- Planurile europene de acțiuni în domeniul politicilor alimentare și nutriționale din anul 2000 și din anul 2007;
- Strategia europeană privind sănătatea și dezvoltarea copiilor și adolescenților, 2005;
- Carta europeană pentru combaterea obezității, 2006;
- Pași spre sănătate: Cadrul european de promovare a activității fizice pentru sănătate, 2007 și altele.

Viziunea documentelor menționate este „Sănătatea - ca un drept fundamental al omului”. Scopul final al politicilor de sănătate adoptate de OMS este atingerea potențialului de sănătate completă pentru fiecare individ. Printre principiile promovate în politicile OMS sunt:

- sănătatea poate fi asigurată prin adoptarea de strategii multisectoriale și investiții intersectoriale care abordează determinantele sănătății;
- responsabilitatea fiecărui sector din societate pentru impactul activităților sale asupra sănătății;
- reducerea diferențelor de sănătate între state și în interiorul acestora;
- participarea populației este crucială pentru dezvoltarea sănătății.

OMS a pus la dispoziția țărilor membre mai multe recomandări și ghiduri de implementare a politicilor la nivel național, de monitorizare și evaluare a impactului acestora, precum și rapoarte privind evoluția situației.

Astfel, OMS recomandă țărilor membre ca politicile publice în domeniul prevenirii și controlului BCN să abordeze comportamentul și obiceiurile nesănătoase ale populației, inclusiv cele legate de nutriție (dieta nesănătoasă, inactivitatea fizică) și de consumul nociv

de alcool. Aceste obiceiuri sunt influențate de nivelul de civilizație, dezvoltarea economică, de globalizare și urbanizarea neplanificată.

Politica în domeniul prevenirii și controlului BCN poate asigura coerență și poate facilita colaborarea prin acțiuni multisectoriale coordonate ale ministerelor relevante din afara sectorului sănătății, doar atunci când devine parte componentă a strategiei naționale de sănătate, iar strategia națională de sănătate este parte componentă a strategiei naționale de dezvoltare. Suplimentar, politicile publice de asistență medicală trebuie să asigure suportul necesar pentru depistarea timpurie și tratamentul factorilor de risc și a bolilor, de preferință prin asistență medicală primară, precum și echitatea sub acest aspect.

De asemenea, este important ca comunitatea medicală să înțeleagă și să cunoască bine faptul, că doar depistarea și tratamentul BCN nu sunt suficiente pentru reducerea poverii BCN și că în acest scop este necesară abordarea comprehensivă de sănătate publică. Medicii practicieni pot contribui la implementarea agendei politice largi privind prevenirea și controlul BCN prin practica clinică bazată pe dovezi, asistența medicală ținută pe pacient și utilizând în activitatea lor oportunitățile de promovare a prevenției la nivel individual și de familie.

În prezent există dovezi convingătoare privind legătura dintre consumul de grăsimi trans, consumul excesiv de sare, consumul redus de fructe și legume, consumul înalt de grăsimi saturate și zaharuri libere și riscul BCN. În acest context, politicile publice alimentare și nutriționale trebuie să susțină alimentația sănătoasă a copiilor, inclusiv în școli, etichetarea adecvată a alimentelor și informarea corectă, completă și veridică a consumatorilor, marketingul responsabil al alimentelor și băuturilor către copii, educația consumatorilor și fortificarea capacităților personalului cheie.

Strategiile de reducere a consumului de sare și grăsimi trans la nivel larg populațional s-au dovedit a fi cost eficiente. Reformularea alimentelor²⁴, educația consumatorilor, interacțiunea și negocierile cu producătorii de alimente, monitorizarea impactului și alte acțiuni multilaterale sunt fundamentale pentru succesul programelor de reducere a ingestiei saline. Politici publice de reducere a aportului salin au fost implementate cu succes în mai multe țări dezvoltate, inclusiv în Australia, Belgia, Canada, Danemarca, Finlanda, Franța, Irlanda, Italia, Japonia, Olanda, Norvegia, Elveția, Marea Britanie și SUA. Eforturi pentru implementarea strategiilor comune de reducere a consumului de sare se depun în toate țările membre ale UE. Multe țări au implementat acțiuni de reducere a grăsimilor trans în produsele alimentare fabricate industrial. Conștientizarea politică la nivel mondial referitor la importanța strategiilor de reducere a sării și a grăsimilor trans pentru sănătate devine tot mai consistentă.

Dieta cu conținut bogat de fructe și legume este importantă pentru menținerea greutății sănătoase și prevenirea BCN. Politicile publice de susținere (de ex. prin subsidii, prețuri) a legumicultorilor, pomicultorilor și vânzătorilor de fructe și legume, precum și îmbunătățirea infrastructurii drumurilor ar putea contribui simțitor la creșterea consumului acestor produse vegetale de către populație.

În unele țări dezvoltate au fost instituite consilii intersectoriale în domeniul politicilor alimentare, având ca funcție asigurarea mecanismului de elaborare a recomandărilor

²⁴ Reformularea alimentelor – revizuirea rețetelor produselor alimentare în vederea reducerii conținutului de sare, grăsimi și zahăr și eliminării grăsimilor trans.

coordonate în domeniul îmbunătățirii alimentației, nutriției și activității fizice și prezentarea acestora spre aprobare guvernelor.

Politicile de optimizare a dietei femeilor înainte de și pe parcursul gravidității sunt critice pentru prevenirea bolilor congenitale ale inimii, anomaliilor tubului neural și a altor anomalii la naștere. În acest context, OMS a aprobat și recomandă țărilor implementarea durabilă a următoarelor politici:

- promovarea utilizării universale a sării fortificate cu iod pentru prevenirea tulburărilor prin deficit de iod;
- promovarea fortificării produselor alimentare de bază cu acid folic și utilizarea suplimentară a multivitaminelor cu acid folic pentru prevenirea defectelor tubului neural și a altor malformații.

Promovarea utilizării sării iodate nu trebuie să rezulte cu un consum exagerat de sare. Politicile naționale trebuie să asigure accesul universal la sare iodată. Mesajele formulate profesionist și cu grijă maximă trebuie să furnizeze recomandări privind consumul exclusiv al sării iodate, care să îndemne mereu reducerea acestuia sub nivelul recomandat. În acest mod conflictul dintre reducerea consumului de sare și consumul sării iodate poate fi evitat.

Majoritatea țărilor dezvoltate implementează politici publice, care asigură un mediu fizic favorabil pentru deplasarea sigură și activă și creează condiții pentru activitățile de recreare, inclusiv acțiuni care:

- asigură accesibilitatea mersului pe jos, ciclismului și activității fizice pentru toate grupurile de vârstă, inclusiv copii și vârstnici;
- susțin programele de sănătate școlare;
- îmbunătățesc condițiile de practicare a sportului, recreare și de petrecere a timpului liber;
- creează spații și condiții sigure disponibile pentru joacă;
- promovează transportul activ și sigur.

OMS recomandă ca politicile de planificare urbană să faciliteze deplasarea activă spre/de la locul de muncă sau educație (mersul pe jos, ciclismul) și activitatea fizică în timpul liber. Politicile de transport trebuie să promoveze transportul public și să deconsilieze transportul privat. Implementarea unor asemenea politici contribuie la reducerea riscurilor pentru sănătate legate de poluarea aerului în orașele mari.

Asigurarea asistenței medicale echitabile în domeniul BCN implică existența unor politici temeinice ale sistemelor de sănătate publică. În condițiile resurselor limitate asigurarea accesului universal la toate intervențiile legate de BCN este o provocare pentru sectorul public. În asemenea situație politicile sistemelor de sănătate trebuie să asigure disponibilitatea a cel puțin unui set de intervenții cost-eficace de bază accesibil pentru toți și axat pe necesități. Acest set trebuie să includă intervenții pentru depistarea și tratamentul persoanelor cu risc înalt, tratamentul timpuriu al BCN manifeste și intervenții pentru prevenirea recurenței bolii la persoanele bolnave. Echitatea trebuie să constituie preocuparea supremă în furnizarea serviciilor medicale legate de BCN.

Tratamentul medical al BCN în condiții de spital constituie o povară tot mai mare pentru costurile de asistență medicală din toate țările, de aceea prevenția, îngrijirile comunitare, acordate populației în continuă îmbătrânire trebuie să devină primordiale pentru a reduce costurile de asistență medicală.

Din cauza costurilor înalte ale asistenței medicale pacienților, deseori, nu merg la examenele medicale de urmărire și nu aderă la tratament, cedând complicațiilor BCN, precum atacul cerebral, atacul de cord, amputațiile diabetice sau insuficiența renală. Internările frecvente în spital din cauza complicațiilor și a agravării bolii afectează considerabil bugetele de asistență medicală și așa tensionate. Cheltuielile din cont propriu constituie o povară semnificativă pentru familii și pentru sistemul de asistență socială. Succesul programelor de prevenire și control al BCN depinde foarte mult de acțiunile ample de reformare și de soluționare a constrângerilor existente în sistemele de sănătate.

Creșterea rapidă a poverii BCN în TVMM impune implementarea politicilor care să dea prioritate imediată prestării intervențiilor esențiale legate de BCN, utilizând abordarea integrată de utilizare a resurselor, organizare și prestare a serviciilor. Preluarea experienței țărilor dezvoltate și implementarea intervențiilor cost-eficace de prevenire și control asupra BCN cu potențial de reducere a complicațiilor, dizabilității și deceselor premature cauzate de BCN sunt esențiale pentru lansarea răspunsului specific la BCN în interiorul sistemelor de sănătate și pentru declinul tendințelor BCN.

Finanțarea insuficientă a sănătății este unul dintre impedimentele majore în asigurarea serviciilor de sănătate echitabile destinate controlului BCN, prevenirii îmbolnăvirilor și promovării sănătății. Pentru fortificarea finanțării sănătății sunt necesare acțiuni ample de reformare cu includerea mijloacelor convenționale și inovative. Exemple inovative în acest domeniu sunt taxele la produsele de tutun, băuturile carbogazoase și alte produse alimentare nesănătoase, aplicate în multe țări pentru facilitarea veniturilor în sănătate.

Abordarea bazată pe valori, etică și drepturile omului trebuie să stea la temelia elaborării tuturor politicilor de sănătate publică, inclusiv a celor referitoare la prevenția și controlul BCN. În acest context, implicațiile asupra sănătății ca drept al omului, trebuie să fie luate în considerare în politicile publice sectoriale, altele decât sănătatea, iar acestea din urmă trebuie să promoveze sănătatea și să nu dăuneze sănătății, în special grupurilor socialmente vulnerabile, de ex. copiilor, persoanelor vârstnice, persoanelor sărace.

Inegalitățile în statutul de sănătate al populației sunt legate de inegalitățile în statutul social. De aceea, scopul principal al politicilor de sănătate publică trebuie să fie reducerea inegalităților în sănătate referitor la BCN și abordarea necesităților tuturor grupurilor sociale. Pentru a atinge acest scop este necesară schimbarea distribuției sociale a determinantelor sănătății, în special a distribuției sociale a resurselor și accesului la oportunități și servicii.

Politicele Uniunii Europene

Preocupată de situația din țările membre ale UE și în special de impactul major al nutriției nesănătoase și inactivității fizice, Comisia a aprobat în anul 2005 două inițiative de nivel comunitar:

- *Platforma UE privind alimentația, activitatea fizică și sănătatea*, care a avut drept scop crearea unui for la nivel european, care să pledeze pentru acțiuni concrete de inversare a tendințelor actuale;

- *Cartea verde. Promovarea alimentației sănătoase și a activității fizice: dimensiunea europeană de prevenire a excesului ponderal, obezității și a bolilor cronice.*

În anul 2007 Comisia a aprobat „Cartea albă. Strategia privind nutriția, supra greutatea și obezitatea și impactul lor asupra sănătății”. Aceasta are ca ținte acțiunile de reducere a

riscului asociat cu nutriția proastă și inactivitatea fizică, care pot fi implementate la nivel local, regional, național și european, considerând inegalitățile printre statele membre.

Strategia, în special:

- cuprinde spectrul politicilor Comisiei (intersectoriale), care pot și trebuie să ducă la îmbunătățirea nutriției și prevenirea supra greutatei și obezității;
- încurajează parteneriatele orientate spre acțiuni în întreg teritoriul UE, cu implicarea părților interesate cheie, care lucrează în domeniul nutriției: sectorul privat, statele membre, Comisia Europeană și OMS;
- stabilește o serie de provocări pentru părțile interesate relevante la toate nivelele, în special industria alimentară, societatea civilă și media, chemând la o reformulare largă a produselor alimentare și la o publicitate responsabilă;
- stabilește planurile Comisiei pentru fortificarea monitorizării și raportării situației, în colaborare cu OMS, prin inițiative precum baza de date privind politicile nutriționale sau Inventarul internațional al documentelor privind promovarea activității fizice.

Acțiunile enumerate în Strategie se bazează pe dovezi științifice solide care arată legătura dintre obiceiurile alimentare și de activitate fizică și factorii de risc pentru bolile cronice. Concomitent, Strategia specifică necesitatea continuării cercetărilor în acest domeniu și subliniază rolul central al Comisiei în facilitarea parteneriatelor și rolul ei de lider în stabilirea cadrului comun pentru acțiuni.

Directoratele generale ale Comisiei sunt responsabilizate de implementarea proiectelor în următoarele domenii de politici publice:

- Directoratul general protecția sănătății și consumatorilor – etichetarea produselor alimentare, mențiunile nutriționale și de sănătate;
- Directoratul general agricultură – programele de aprovizionare a școlilor cu fructe și cu lapte; programul „Alimente gratuite pentru populația săracă”;
- Directoratul general societatea informațională – servicii media audiovizuale – legislația privind serviciile media audiovizuale, inclusiv publicitatea, promovarea alimentelor;
- Directoratul general cercetare – proiecte de cercetare în alimentație, nutriție și sănătate;
- Directoratul general transporturi – transportul urban;
- Directoratul general educație și cultură – cartea albă privind sportul.

Sistemul de reglementare al UE în domeniul siguranței produselor alimentare s-a schimbat începând cu anii 2000 și, în prezent, documentele precum cele ce se referă la etichetare și prezentarea informației pentru consumator, la mențiunile nutriționale și de sănătate, de siguranță a alimentelor în general au devenit de caracter obligatoriu în toate statele membre. Mai mult decât atât, Regulamentul nr.1169/2011 prevede înscrierea obligatorie prin etichetare a informației nutriționale referitor la conținutul de sare, zahăr și grăsimi, inclusiv grăsimi saturate²⁵.

²⁵ Regulamentul (CE) nr.1169/2011 al Parlamentului European și al Consiliului din 25 octombrie 2011 privind informarea consumatorilor despre produsele alimentare, de completare a Regulamentelor (CE) nr.1924/2006 și nr.1925/2006 a Parlamentului European și a Consiliului și de rechemare a Directivei Comisiei 87/250/CEE, Directivei Consiliului 90/496/EEC, Directivei Comisiei 1999/10/CE, Directivei 2000/13/CE a Parlamentului European și a Consiliului, Directivelor Comisiei 2002/67/CE și 2008/5/CE și Regulamentului Comisiei nr.608/2004.

Scopul final de îmbunătățire a sănătății se regăsește și în intervențiile în politica agricolă a UE. Astfel, obiectivele Politicii Agricole Comune, stabilite în 1957 prin Tratatul de la Roma, urmează să se schimbe, începând cu anul 2013, odată cu implementarea unei noi reforme care are drept scop asigurarea aprovizionării stabile a populației cu alimente sănătoase, la prețuri accesibile, iar una dintre condițiile subvenționării în UE este respectarea de către agricultori a standardelor de protecție a mediului și de siguranță a alimentelor²⁶.

Politicile naționale

Constituția Republicii Moldova declară în art.36 alin. (1) dreptul garantat la ocrotirea sănătății.

Legea ocrotirii sănătății nr.411 din 28 martie 1995 stipulează în art.3 orientarea profilactică a asigurării sănătății populației. În contextul acestei legi, profilaxia este principiul fundamental în asigurarea sănătății populației, iar „autoritățile administrației publice, unitățile economice sunt obligate să ia măsuri sociale și medicale orientate spre profilaxia primară a maladiilor, în special spre salubritatea mediului înconjurător, spre crearea și menținerea unor condiții igienice favorabile de viață și de muncă, spre menținerea și ocrotirea sănătății populației, a unor categorii ale ei (femei, copii, bătrâni), spre propagarea odihnei active și a culturii fizice de masă, spre alimentarea rațională și educația sanitară a populației”.

Politica națională de sănătate (PNS) aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.886 din 6 august 2007 este documentul strategic în domeniul controlului factorilor de risc și prevenirii BCN. Documentul a preluat recomandările OMS referitor la principiile, scopul, obiectivele și direcțiile de acțiuni în vederea prevenirii și controlului BCN și a determinantelor acestora. Angajamentul statului, cooperarea intersectorială, echitatea și solidaritatea, finanțarea durabilă, participarea comunității sunt printre principiile promovate de PNS. Printre direcțiile specifice de acțiuni se numără: promovarea sănătății și prevenirea bolilor; „raționalizarea alimentației, reducerea consumului de alcool, evitarea sedentarismului, reducerea obezității și controlul hipertensiunii arteriale, a diabetului zaharat și a dislipidemiilor” prin „elaborarea și implementarea programelor intersectoriale de prevenire a maladiilor și de diminuare a factorilor de risc; promovarea alimentației sănătoase, a consumului de fructe și legume; fortificarea produselor alimentare de bază”; creșterea activității fizice prin „lărgirea spațiilor publice verzi și amenajarea terenurilor speciale de către autoritățile administrației publice locale, revitalizarea pauzelor periodice de scurtă durată pentru exerciții fizice, promovarea culturii fizice prin programele de studii” ș.a.

Legea nr.9 din 3 februarie 2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice stipulează în art. 38 direcțiile de acțiuni întru asigurarea sănătății nutriționale, inclusiv:

- promovarea alăptării;
- reformularea produselor alimentare în vederea reducerii conținutului de sare, zahăr și grăsimi, în special saturate;
- reducerea presiunii comerciale a produselor alimentare cu densitate energetică înaltă, în special asupra copiilor;

²⁶ Moldova 2009: Raport de stare a țării, Chișinău 2010. Expert Grup. Centru analitic independent.

- reducerea consumului de produse alimentare cu densitate energetică înaltă și valoare nutrițională joasă;
- asigurarea accesului populației la produse alimentare sănătoase, în special la fructe și legume;
- informarea corectă și adecvată a consumatorului despre valoarea nutrițională a produselor alimentare prin etichetare, prezentare și publicitate;
- promovarea cunoștințelor și formarea deprinderilor de alimentație rațională;
- asigurarea accesului grupurilor vulnerabile de populație la produse alimentare de primă necesitate;
- fortificarea produselor alimentare,
- modificarea determinantelor sociale, economice și de mediu ale stilului de viață și creșterea activității fizice;
- asigurarea unei alimentații adecvate și a educației fizice în instituțiile de educație și învățământ;
- monitorizarea statutului nutrițional al populației.

Cu referire la direcțiile de acțiuni specifice în domeniul nutriției și activității fizice ca determinante majore ale sănătății, prevăzute în Politica Națională de Sănătate și Legea nr.10/2009, Guvernul a aprobat:

- Programul național de eradicare a tulburărilor prin deficit de iod până în anul 2015 (continuitate a două programe naționale precedente) și Regulamentul sanitar privind sarea alimentară (Hotărârea Guvernului nr.596 din 3 august 2011);
- Programul național de reducere a afecțiunilor determinate de deficiența de fier și acid folic până în anul 2017 (Hotărârea Guvernului nr.171 din 19 martie 2012);
- Programul național de profilaxie și combatere a diabetului zaharat pentru anii 2011-2015 (continuitate a două programe precedente; Hotărârea Guvernului nr.549 din 21 iulie 2011);
- Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015 (Hotărârea Guvernului nr.658 din 12 iunie 2007);
- Regulamentul sanitar privind mențiunile nutriționale și de sănătate înscrise pe produsele alimentare (Hotărârea Guvernului nr. 196 din 25 martie 2011);
- Regulamentul sanitar privind formulele de inițiere și formulele de continuare a preparatelor pentru sugari și copii mici (Hotărârea Guvernului nr. 338 din 11 mai 2011);
- Normele privind etichetarea produselor alimentare (Hotărârea Guvernului nr. 996 din 20 august 2003).

De asemenea este la etapa de definitivare și examinare la Guvern proiectul Programului național privind controlul alcoolului în Republica Moldova pe anii 2012-2020.

Normele sanitare privind etichetarea nutrițională, etichetarea produselor alimentare cu destinație dietetică specială, etichetarea produselor alimentare modificate genetic sau provenite din organisme modificate genetic au fost aprobate de Ministerul Sănătății la 31 mai 2004, nr.01-04.

Prin Hotărârea medicului sanitar de stat al Republicii Moldova nr.13 din 31 iulie 2007 a fost interzisă comercializarea în interiorul instituțiilor pentru copii a produselor alimentare cu densitate energetică înaltă, cu conținut sporit de grăsimi și sărace în nutrimente.

Regulamentele și normele menționate mai sus au transpus legislația comunitară în vigoare în legislația națională la momentul aprobării acesteia.

În aprilie 2012 Parlamentul a modificat și completat Legea nr. 78 din 18 martie 2004 privind produsele alimentare, interzicând prepararea, comercializarea și distribuirea produselor alimentare nerecomandate preșcolarilor și elevilor în instituțiile de învățământ și pe teritoriul din preajma acestora.

Recent Parlamentul Republicii Moldova a adoptat Strategia de control al bolilor netransmisibile, urmând să se elaboreze un plan de acțiuni prin care să se asigure implementarea acesteia.

Strategia națională de dezvoltare durabilă a complexului agroindustrial al Republicii Moldova (2008-2015) (Hotărârea Guvernului nr.282 din 11.03.2008) are ca obiectiv general asigurarea creșterii durabile a sectorului agroindustrial, precum și ameliorarea consecventă a calității vieții în mediul rural, prin sporirea competitivității și productivității sectorului.

Programul de dezvoltare a infrastructurii de piață pentru produsele agroalimentare (Hotărârea Guvernului nr.741 din 17.08.2010) are ca obiectiv specific asigurarea aprovizionării pieței pe tot parcursul anului cu produse proaspete de calitate înaltă. Direcțiile de acțiuni întru realizarea ambelor documente de politici publice sunt ghidate de interesele sectorului agricol.

Subvenționarea în agricultură se efectuează în conformitate cu legea bugetului de stat adoptată anual și Regulamentul de utilizare a fondului de subvenționare, aprobat anual. Printre subvențiile acordate sunt cele de stimulare a investițiilor pentru înființarea livezilor, pentru producerea legumelor pe teren protejat, pentru procurarea tehnicii și utilajului agricol și a echipamentului de irigare, utilarea și renovarea fermelor zootehnice, de dezvoltare a infrastructurii de procesare postrecoltare. Concomitent, sunt subvenționate pesticidele, iar în perioada 2006-2007 a fost subvenționată cultivarea sfeclei de zahăr.

Legea nr.330 din 25.03.99 cu privire la cultura fizică și sport stipulează în art.1 alin. (1), că „Cultura fizică este un domeniu al culturii societății, orientată spre menținerea și fortificarea sănătății, dezvoltarea calităților fizice, morale și intelectuale ale omului”.

Art.10 alin.(1) stipulează că „Autoritățile centrale și locale de specialitate, asociațiile, cluburile și federațiile naționale de cultură fizică și sport, în comun cu agenții economici interesați și asociațiile obștești, organizează, prin intermediul mass-media, propagarea la scară largă a culturii fizice și sportului în rândurile populației”.

Art. 12 stipulează principiile educației fizice în instituțiile de învățământ:

(1) Menținerea și fortificarea sănătății copiilor, adolescenților și tineretului studios, formarea necesităților de perfecționare fizică și de practicare a unui mod de viață sănătos constituie una din sarcinile de bază ale instituțiilor de învățământ.

(2) Instituțiile de învățământ își determină de sine stătător formele și mijloacele de practicare a culturii fizice și sportului, bazându-se pe programele instructiv-educative de stat și normativele pregătirii fizice pentru elevi. Educația fizică este o disciplină obligatorie, cu un număr de ore diferențiat astfel:

- a) 5 ore pe săptămână în învățământul preșcolar și primar;
- b) 4 ore pe săptămână în învățământul secundar;
- c) 3 ore pe săptămână în învățământul superior pe parcursul anilor de studii.

Art.13 conține prevederi referitor la cultura fizică la locul de muncă, de trai și de odihnă a populației. Astfel, conform alin.(1) „Agenții economici vor prevedea mijloace destinate culturii fizice și sportului în cadrul acțiunilor de asanare a angajaților și vor crea condiții pentru realizarea dreptului cetățenilor la practicarea culturii fizice și sportului. Cheltuielile pentru dezvoltarea culturii fizice și sportului vor constitui cel puțin 1% din venit și vor fi incluse în prețul de cost al producției sau al prestărilor de servicii”.

Alin. (2) stipulează că „Crearea bazei materiale pentru organizarea acțiunilor de cultură fizică și sport, individuale și colective, la locul de muncă, utilizarea rațională, finanțarea și asigurarea cu specialiști a acestora se prevăd în contractele colective și programele de dezvoltare a culturii fizice”.

Conform alin. (3) „Mijloacele necesare pentru practicarea culturii fizice și sportului la locul de trai, de odihnă și de agrement se alocă din bugetele unităților administrativ-teritoriale, din contul agenților economici și sponsorilor”, iar conform alin. (4) „Autoritățile administrației publice locale vor crea condiții pentru practicarea culturii fizice și sportului la locul de trai și de odihnă a populației”.

Educația fizică este parte obligatorie a curriculei școlare.

7. ANALIZA POLITICILOR NAȚIONALE NUTRIȚIONALE ȘI DE ACTIVITATE FIZICĂ ÎN CONTEXTUL PREVENIRII ȘI CONTROLULUI BOLILOR NETRANSMISIBILE

Prin aprobarea Politicii naționale de sănătate – document strategic în sănătate, Legii nr.10 din 3 februarie 2009 cu privire la supravegherea de stat a sănătății publice au fost puse bazele implementării principiilor OMS „Sănătate în toate Politicile” și „Sănătate pentru toți”, echității și solidarității, cooperării, precum și acțiunilor intersectoriale în domeniul sănătății publice în politica guvernării din Republica Moldova.

Alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică și consumul de alcool sunt comportamente nesănătoase și schimbarea acestora în vederea adoptării comportamentului sănătos este esențială pentru prevenirea și controlul BCN. Prevenirea și controlul BCN și a factorilor lor de risc nutrițional sunt parte componentă a Politicii Naționale de Sănătate, facilitând astfel, colaborarea și acțiunile intersectoriale coordonate ale ministerelor relevante, altele decât sănătatea.

Cea mai mare provocare este legată de transformarea unei politici naționale scrise în acțiuni practice. Deseori, o politică scrisă nu implică obligatoriu implementarea sa, precum s-a întâmplat și în cazul PNS și Legii nr.10/2009.

Documentele menționate nu au fost urmate de aprobarea și implementarea politicilor specifice, care să asigure transformarea principiilor prevăzute în acestea în practică. Politicile publice sectoriale adoptate în domeniile agriculturii, finanțelor, educației, transportului, comerțului, urbanismului nu au considerat sănătatea ca componentă cheie și nu asigură un mediu favorabil pentru menținerea comportamentului sănătos referitor la dietă, activitatea fizică și consumul de alcool. Astfel, eforturile Ministerului Sănătății de educație sanitară și de promovare a comportamentului sănătos nu sunt susținute de un mediu favorabil și nu fac alegerea sănătoasă una ușoară, accesibilă și permisibilă. Documentele de politici în domeniul agriculturii, alimentației și al comerțului cu produse alimentare sunt dominate de interesele economice și, respectiv, interesele business-ului. Adoptarea politicilor publice și a legislației se efectuează în condițiile primatului intereselor întreprinzătorului²⁷.

Monitorizarea și evaluarea implementării legislației adoptate nu a devenit o normă în Republica Moldova, fapt caracteristic și pentru Legea nr.330/99 și Legea nr.78/2004. De asemenea, nu sunt clar definite autoritățile responsabile de implementarea legislației.

Politicile nutriționale adoptate până în prezent s-au redus în special la eliminarea deficienței de iod prin iodarea sării alimentare și mai recent - la reducerea deficienței de fier și acid folic prin fortificarea făinii.

Legea nr.1227 din 27 iunie 1997 cu privire la publicitate nu restricționează publicitatea produselor alimentare nesănătoase și a inactivității fizice. Mai mult, chiar copiii sunt implicați în promovarea produselor alimentare nesănătoase prin intermediul publicității, inclusiv la televiziune.

Educația nutrițională nu este parte componentă obligatorie a curriculei școlare.

Nu este promovată alimentația sănătoasă în școală și la locul de muncă.

Legislația în vigoare privind etichetarea (Normele sanitare nr.01-04/2004) nu asigură informarea completă și veridică a consumatorului referitor la valoarea nutrițională a

²⁷ Legea nr.235 din 20.07.2006 cu privire la principiile de bază de reglementare a activității de întreprinzător.

produsului alimentar (etichetarea nutrițională este opțională) și nu prevede menționarea prin etichetare a cantității de sare, zahăr, grăsimi, grăsimi saturate, grăsimi trans. Prevederile nu au fost revizuite și actualizate în consonanță cu noua legislație comunitară.

Programele de profilaxie a diabetului zaharat implementate până în anul 2011 au fost mai puțin eficiente și nu au contribuit la îmbunătățirea situației, întrucât nu s-au axat pe intervenții cost-eficace de reducere a consumului alimentar de energie și creștere a nivelului de activitate fizică.

Intervențiile cost-eficace de prevenire a BCN la nivel populațional, precum reducerea consumului de sare, zahăr și grăsimi, înlocuirea grăsimilor saturate și a grăsimilor trans din produsele alimentare cu grăsimi polinesaturate, promovarea consumului alimentar sănătos prin aplicarea taxelor/impozitelor și a politicii prețurilor, promovarea transportului activ, restricționarea marketingului produselor alimentare nesănătoase, în special pentru copii, crearea condițiilor pentru activitate fizică la locul de muncă și prin planificarea urbană au rămas doar la nivel de declarații.

Implementarea actelor normative aprobate este deficientă. Astfel, deși este clar reglementată, informația de pe etichetă este, de regulă, nelizibilă, neclară și neinteligibilă, iar ingredientele nu sunt înscrise în ordinea descrescătoare a cantității lor, astfel încât să furnizeze informația adecvată pentru consumator. Mențiunea „hidrogenat” nu însoțește indicarea uleiului hidrogenat (grăsimi trans) prezent în produs ca ingredient.

Produsele alimentare sunt incredibil de scumpe pentru o țară cu „tradiții agrare”. Fructele și legumele în stare proaspătă sunt comparativ mai accesibile în sezon în comparație cu cealaltă perioadă a anului. Indicele procentual al prețurilor de consum la fructe a crescut până la 747,1 în anul 2009 în comparație cu 100 în anul 1999.²⁸

Măsurile de subvenționare se modifică de la an la an, ceea ce face imposibil procesul normal de planificare, în special pentru pomicultori și legumicultori. Creșterea accesibilității la fructe și legume pentru populație nu este o prioritate a programelor și politicilor de subvenționare în agricultură.

Încercările autorităților administrației publice locale de creare a condițiilor pentru activitatea fizică sunt afectate de legislația permisivă referitor la publicitatea și sponsorizarea alcoolului. Astfel, terenurile de sport, amenajate în parcuri (de ex. mun. Chișinău) promovează 2 obiceiuri contradictorii, pe de o parte – activitatea fizică, pe de alta – consumul de alcool (pe aparatele de sport este menționat sponsorul – producător de bere).

Asigurarea utilizării informației referitor la factorii de risc ai BCN, morbiditate și mortalitate la formularea politicilor publice de control a acestora constituie cheia pentru urmărirea poverii BCN, precum și pentru evaluarea impactului documentelor de politici publice adoptate. În prezent supravegherea BCN și a factorilor lor de risc constă din studii efectuate de o singură dată, iar realizarea lor depinde de donațiile externe care se fac în acest scop. Deși au fost întreprinse unele acțiuni în vederea fortificării sistemului de supraveghere a bolilor netransmisibile și a determinantelor lor, acestea au fost foarte modeste. Prin ordinul MS nr.869 din 27.12.2010 a fost stabilită lista BCN prioritare pentru supraveghere, mecanismul supravegherii acestora urmând să fie elaborat și implementat. Prin ordinul nr.252 din 01.04.2011 Ministerul Sănătății a decis intensificarea activităților

²⁸ Moldova 2009: Raport de stare a țării, Chișinău 2010. Expert Grup. Centru analitic independent.

profilactice în asistența medicală primară. Ordinul stabilește lista parametrilor care trebuie măsurați la persoanele înscrise pe lista medicului de familie, printre care și datele referitor la statutul nutrițional și factorii metabolici de risc (antropometria, tensiunea arterială, glicemia, colesterolul seric, trigliceridele). Colectarea primară a datelor nu este urmată de raportarea și analiza cantitativă și calitativă a datelor colectate în vederea evaluării performanțelor în statutul de sănătate al populației. Sistemul sănătății nu dispune de un sistem informațional în format electronic integrat, fapt ce face dificilă raportarea și analiza datelor.

Capacitatea Ministerului Sănătății de elaborare a politicilor publice, de implementare și evaluare a lor este esențială în prevenirea și controlul BCN. Sinteza sistematică a dovezilor și a inputului lor asupra procesului de luare a deciziilor este de importanță fundamentală. Consecințele deciziilor politice luate la întâmplare pot fi destul de periculoase.

Din 2010 Centrul Național de Medicină Preventivă a fost transformat în Centrul Național de Sănătate Publică (CNSP), acestuia fiindu-i atribuite funcțiile de supraveghere fermă și durabilă a BCN și determinantelor acestora. La nivel teritorial aceste funcții au fost puse în sarcina centrelor de sănătate publică teritoriale (CSP teritoriale). Până în prezent aceste funcții sunt realizate de manieră foarte modestă. Supravegherea și monitorizarea BCN nu a fost instituționalizată practic în interiorul sistemului de sănătate, cu specificarea funcțiilor și a atribuțiilor instituțiilor medico-sanitare de diferit nivel (CSP, AMP, spitalele raionale și cele republicane, CNSP, CNMS etc.). În prezent Centrul Național de Management în Sănătate (CNMS) asigură colectarea datelor privind BCN și factorii metabolici de risc a lor (cotele populației supuse examenului medical respectiv din lista pacienților înscrși la medicul de familie). Indicatorii nu sunt bine definiți, astfel încât să asigure comparabilitatea în timp și spațiu, nici nu sunt dezagregați conform gradientului social. Asemenea date nu pot fi utilizate pentru evaluarea performanțelor politicilor aprobate sau evidențierea problemelor de sănătate publică care necesită soluționare.

Insuficiența de personal și fluctuația mare a acestuia în cadrul Ministerului Sănătății (ca și în alte ministere) reduce capacitatea umană a ministerului de elaborare a politicilor publice. În asemenea condiții elaborarea politicilor publice în domeniul controlului bolilor netransmisibile și a determinantelor lor este pusă în sarcina instituțiilor medico-sanitare de profil (de ex.: Institutul Cardiologic, Institutul Oncologic). Astfel, prevenția, în special primară și detecția timpurie a statusului de risc înalt sunt neglijate în favoarea tratamentului BCN și a complicațiilor definite de acestea, din care considerente au puțin impact asupra sănătății populației, determină costuri inutile și rezultă cu utilizarea ineficientă a resurselor în dauna sănătății.

Cercetările în domeniul BCN și determinantelor acestora nu sunt prioritizate, astfel încât să producă cel mai mare impact asupra sănătății publice, iar fondurile publice pentru cercetare nu sunt alinate la aceste priorități.

CONCLUZII

Bolile netransmisibile constituie o provocare majoră pentru sănătatea publică și o povară crescândă pentru dezvoltarea economică și socială a Republicii Moldova. Factorii de risc comportamental, precum alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică și consumul de alcool sunt printre principalii factori de risc ai BCN, contribuind anual cu mai mult de 2/3 din toate decesele înregistrate. Adoptarea comportamentului sănătos este esențială pentru prevenirea și controlul BCN. Pentru schimbarea comportamentului este necesar un mediu de trai, de muncă, odihnă, recreare și de educație favorabil și susținător, care să facă alegerea sănătoasă ușoară, accesibilă și permisibilă.

Majoritatea BCN au o perioadă de incubatie lungă și necesită implementarea unor politici publice durabile. Perioadele de incubatie lungi asigură oportunități pentru controlul factorilor metabolici de risc ai BCN, precum obezitatea, hipertensiunea, hiperlipidemia și pentru prevenirea complicațiilor BCN, precum atacul de cord, atacul cerebral, insuficiența cardiacă, orbirea, amputațiile diabetice și în faza finală - bolile renale.

Adoptarea Politicii naționale de sănătate ca document strategic în sănătate și a Legii nr.10/2009 au pus bazele implementării principiilor OMS „Sănătate în toate Politicile” și „Sănătate pentru toți” în politica guvernării din Republica Moldova.

Prevenirea și controlul BCN și a factorilor lor de risc nutriționali sunt parte componentă a PNS și Legii nr.10/2009, care facilitează colaborarea și acțiunile intersectoriale coordonate ale ministerelor relevante.

Adoptarea PNS și a Legii nr.10/2009 nu au fost, însă, urmate de aprobarea și implementarea politicilor publice specifice sectoriale care să asigure mecanismele de implementare a principiilor prevăzute în acestea. Politicile publice sectoriale adoptate în domeniile agriculturii, finanțelor, educației, transportului, comerțului, urbanismului nu au considerat sănătatea ca componentă cheie și nu asigură un mediu favorabil pentru menținerea comportamentului sănătos referitor la dietă, activitatea fizică și consumul de alcool. Impactul asupra sănătății nu este, ca regulă, considerat la aprobarea politicilor publice sectoriale, ignorându-se astfel aplicarea în practică a principiului „Sănătate în toate politicile”. Sănătatea (boala) continuă să fie considerată ca domeniu de competență exclusivă a Ministerului Sănătății.

Politicile de sănătate continuă să fie axate prioritar pe tratamentul bolnavilor, iar comunitatea medicală nu cunoaște și nu promovează măsurile cost-eficace de control al factorilor de risc, de prevenție primară și screening la nivelul asistenței medicale primare și de promovare a sănătății.

Sistemul existent de supraveghere a BCN și a determinantelor acestora nu permite evidențierea problemelor și urmărirea tendințelor distribuției factorilor de risc în diferite grupuri populaționale și nici monitorizarea și evaluarea impactului politicilor aprobate asupra sănătății și calității vieții.

RECOMANDĂRI

Politicile de sănătate publică sunt necesare pentru a demonstra că opțiunile necesare pentru un mod de viață sănătos sunt accesibile pentru toți, în special pentru grupurile de populație cu venituri mici și cele vulnerabile. Alegerea sănătoasă trebuie să fie cea mai ușoară alegere pentru toți. Doar atunci când politicile alimentare și de mobilitate activă sunt adoptate și implementate se poate afirma că „alimentația sănătoasă” este cu adevărat un subiect al alegerii personale și responsabilitatea individuală a fiecăruia.

Intervențiile prioritare în prevenția și controlul BCN și a factorilor lor de risc nutrițional trebuie să fie următoarele:

- 1) Promovarea strategiilor coordonate de protecție a sănătății publice prin alimentație, nutriție și activitate fizică;
- 2) Promovarea consumului sănătos prin politici fiscale și de marketing;
- 3) Eliminarea grăsimilor trans din alimente (și înlocuirea lor cu grăsimi polinesaturate);
- 4) Reducerea consumului de sare;
- 5) Asigurarea unui început de viață sănătos/asigurarea sănătății în primele 1000 de zile;
- 6) Evaluarea și managementul riscului cardio-metabolic;
- 7) Promovarea mobilității active;
- 8) Promovarea sănătății la locul de trai, de muncă, de educație și de odihnă;
- 9) Fortificarea capacităților și a colaborării intersectoriale.

1) Promovarea strategiilor coordonate de protecție a sănătății publice prin alimentație, nutriție și activitate fizică

Direcția de acțiune - utilizarea legislației și a politicilor de sănătate publică, agro-alimentare, fiscale, comerciale, prețurilor, de educație și de mediu pentru promovarea și susținerea obiceiurilor sănătoase de alimentare și activitate fizică.

Pentru realizarea direcției de activitate este necesară implementarea următoarelor acțiuni:

- examinarea și revizuirea legislației și a politicilor publice sectoriale în vederea asigurării protecției sănătății publice prin prevenirea BCN definite de alimentația nesănătoasă și inactivitatea fizică, *responsabili: toate ministerele și alte autorități ale administrației publice centrale;*

- considerarea principiului “Sănătate în toate politicile” și a sănătății ca prioritate la elaborarea și implementarea documentelor sectoriale de politici publice și la evaluarea impactului politicilor publice aprobate, *responsabili: Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare (MAIA), Ministerul Transporturilor și Infrastructurii Drumurilor (MTID), Ministerul Economiei (MEC), Ministerul Finanțelor (MF), Ministerul Educației (MEd), Ministerul Dezvoltării Regionale și Construcțiilor (MDRC).*

- revizuirea legislației și a actelor normative în vigoare privind etichetarea, promovarea și publicitatea produselor alimentare în vederea conformării cu legislația comunitară și asigurării informării complete și veridice a consumatorilor despre produs, inclusiv conținutul de sare, zaharuri, grăsimi, grăsimi saturate și grăsimi trans, *responsabili: MS, MAIA, MEC;*

- elaborarea și implementarea recomandărilor privind aportul zilnic recomandat de energie și nutrimente pentru diferite grupuri de populație, *responsabil: MS;*

- elaborarea și implementarea recomandărilor și a ghidurilor privind alimentația în bază de produse alimentare pentru diferite grupuri populaționale, *responsabili: MS, MAIA, MEd*;
- incorporarea alimentației și a nutriției, inclusiv a preparării bucatelor și a formării deprinderilor de preparare a lor în curricula școlară de bază obligatorie - *MEd*;
- interzicerea amplasării automatelor comerciale care oferă gustări cu conținut sporit de zahăr, grăsimi sau zahăr și băuturi răcoritoare cu adaos de zaharuri și alte produse cu densitate energetică înaltă sau *fast food*-uri în instituțiile de educație și învățământ, *responsabili: MEd, MS, autoritățile administrației publice locale (APL)*;
- asigurarea alimentației sănătoase/la standarde nutriționale înalte în instituțiile de educație și la locul de muncă, *responsabili: APL, MEd, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei (MMPSF)*;
- elaborarea și implementarea programelor de asigurare a copiilor cu fructe și lapte în școli, *responsabili: MAIA, APL*;
- promovarea și susținerea, inclusiv prin politici de subvenționare durabilă, a cultivării fructelor și legumelor destinate desfacerii pe piața internă, *responsabili: MAIA, MF*;
- promovarea și susținerea grădinăritului individual și a cultivării fructelor și legumelor pentru consum propriu pe loturile de pământ individuale, atât în sectorul rural, cât și în cel urban, *responsabili: MAIA, MF*;
- asigurarea durabilă a disponibilității și accesibilității fructelor și legumelor prin politicile fiscală, a prețurilor și de asistență socială pentru toate grupurile populaționale, *responsabili: MF, MEC, MMPSF*;
- cooperarea cu mass-media, cu media de reclamă și publicitate în vederea asigurării informării corecte a populației, inclusiv despre mesajele sau campaniile care pot induce în eroare sau care promovează dieta nesănătoasă, inactivitatea fizică, supra greutatea, *responsabil: MS*;
- planificarea și menținerea unui mediu urbanistic care să promoveze mersul pe jos, ciclismul și să descurajeze utilizarea transportului motorizat privat; să asigure spații sigure pentru joacă, recreare activă și activitate fizică, *responsabili: MTID, MDRC, Ministerul Mediului (MM), APL*.

2) Promovarea alimentației sănătoase prin politicile fiscale și de marketing

Direcția de acțiune - utilizarea maximă a politicilor fiscale și de control pe piață pentru reducerea cererii la produsele alimentare nesănătoase - cu conținut sporit de grăsimi saturate, grăsimi trans, sare și zahăr.

Pentru realizarea direcției de activitate este necesară implementarea următoarelor acțiuni:

- elaborarea și implementarea mecanismelor fiscale și de prețuri adecvate susținerii alegerii sănătoase și de utilizare a veniturilor pentru finanțarea durabilă a promovării sănătății, *responsabili: MF, MEC*;
- limitarea expunerii copiilor și a adolescenților la marketingul produselor alimentare cu conținut sporit de sare, grăsimi și zaharuri și băuturi îndulcite cu zaharuri, *responsabili: MEC, Consiliul Național al Audiovizualului (CNA)*;
- crearea unui fond special de promovare a sănătății, completat cu taxele/impozitele aplicate produselor alimentare nesănătoase, *responsabil: MF*.

3) Eliminarea grăsimilor *trans* din produsele alimentare și înlocuirea lor cu grăsimi polinesaturate

Directia de acțiune - eliminarea acizilor grași *trans* din produsele alimentare procesate și înlocuirea lor cu grăsimi polinesaturate.

Pentru realizarea direcției de activitate este necesară implementarea următoarelor acțiuni:

- elaborarea și implementarea prevederilor reglementative și a programului de eliminare a grăsimilor *trans* din produsele alimentare și înlocuirea lor cu grăsimi polinesaturate, precum și de reducere a conținutului total de grăsimi în produsele alimentare, *responsabili: MS, MAIA, industria alimentară.*

4) Reducerea consumului de sare

Directia de acțiune - reducerea consumului alimentar de sare la mai puțin de 5 g (2000 mg de sodiu) în zi.

Pentru realizarea direcției de activitate este necesară implementarea următoarelor acțiuni:

- elaborarea și implementarea strategiei de reducere a consumului de sare în baza recomandărilor OMS și a experienței țărilor din regiune, *responsabili: MS, MAIA, industria alimentară.*

5) Asigurarea unui început de viață sănătos/asigurarea sănătății în primele 1000 de zile

Directia de acțiune – asigurarea unei sănătăți mai bune a femeii, femeii gravide, sugarului și copilului mic ca suport pentru o viață sănătoasă la etapa de adult.

Pentru realizarea direcției de activitate este necesară implementarea următoarelor acțiuni:

- implementarea și susținerea durabilă a programelor de fortificare a sării cu iod și a făinii cu fier și acid folic, *responsabili: MAIA, MS, MEC;*
- toate maternitățile să fie susținute durabil pe poziția de “Spital – prieten al copilului”, *responsabili: MS, APL;*
- implementarea deplină a Codului privind substituenții laptelui matern și a legislației comunitare relevante, *responsabili: MS, MAIA, MEC;*
- promovarea alimentației adecvate a sugarului și copilului mic, *responsabili: MS, MEC, MF, MMPSF;*
- crearea condițiilor adecvate de alăptare la locul de muncă, *responsabili: MMPSF, MDRC, industria construcțiilor.*

6) Evaluarea și managementul riscului cardio-metabolic

Directia de acțiune - evaluarea și reducerea scorului riscului cardio-metabolic absolut.

Pentru realizarea direcției de activitate este necesară implementarea următoarelor acțiuni:

- generarea dovezilor și asigurarea AMP cu ghiduri, recomandări și cu resursele necesare pentru furnizarea serviciilor comprehensive de evaluare, modificare și urmărire a riscului cardio-metabolic (RCM), *responsabili: MS, Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM);*

- fortificarea capacităților AMP în vederea evaluării, monitorizării și managementului RCM, *responsabili: MS, CNAM*.

7) Promovarea mobilității active

Dirrecția de acțiune - creșterea activității fizice prin modificarea mediului urban.

Pentru realizarea direcției de activitate este necesară implementarea următoarelor acțiuni:

- elaborarea și implementarea planului național de acțiuni privind transportul, sănătatea și mediul, *responsabili: MIDT, MM, MS, APL*;
- participarea la rețelele regionale din Europa, schimbul de experiență, identificarea și transferul dovezilor privind eficacitatea intervențiilor în transport și planificarea urbană pentru reducerea riscului BCN, *responsabili: MIDT, MS, MDRC, MEc, APL*;
- elaborarea și aplicarea bazelor de date, a recomandărilor și instrumentelor pentru estimarea efectelor transportului asupra sănătății, inclusiv în termeni economici, *responsabili: MTID, MM, MS, MEc*;
- elaborarea și implementarea instrumentelor de integrare a sănătății în politicile publice privind transportul, *responsabili: MIDT, MS*.

8) Promovarea sănătății la locul de trai, de muncă, de educație și de odihnă

Dirrecția de acțiune - transformarea școlilor și a locurilor de muncă în locuri care promovează sănătatea.

Pentru realizarea direcției de activitate este necesară implementarea următoarelor acțiuni:

- implementarea politicilor și a legislației, care să asigure un loc de trai, de muncă, de educație și de odihnă mai sănătos și să reducă riscul expunerii la bolile netransmisibile, *responsabili: MDRC, MMPSF, MEc, MTID, APL, MS*;
- elaborarea și implementarea instrumentelor de prevenție și control al BCN legate de locul de muncă aliniate la recomandările OMS, Organizației Internaționale a Muncii (OIM), legislația comunitară și asigurarea conformității angajatorilor cu legislația relevantă, *responsabili: MMPSF, MS*;
- angajarea în rețelele relevante, precum Școlile pentru Sănătate în Europa și Rețeaua Europeană a Angajaților din Sănătate pentru fortificarea capacităților interne, a mediului care promovează sănătatea și prevenția primară a BCN, *responsabil: MS*.

9) Fortificarea capacităților și a colaborării intersectoriale

- fortificarea capacităților autorităților responsabile de implementarea, monitorizarea și evaluarea politicilor publice și a actelor normative, *responsabili: MS și toate ministerele și alte autorități ale administrației publice centrale și locale*;

- fortificarea capacităților Ministerului Sănătății și a instituțiilor subordonate de supraveghere a bolilor netransmisibile și a factorilor lor de risc, *responsabil: MS*;

- delimitarea funcțiilor și a atribuțiilor și responsabilizarea autorităților privind implementarea, monitorizarea și evaluarea politicilor publice și a actelor normative adoptate, *responsabil: MS, alte autorități ale administrației publice centrale de resort*;

- îmbunătățirea colaborării intersectoriale, *responsabili: toate autoritățile*.