

# MONITORUL SĂNĂTĂȚII

## RECOMANDĂRI PRACTICE PENTRU ASIGURAREA PACIENȚILOR CU ACCIDENTE VASCULARE CEREBRALE ACUTE CU ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE ÎNALTĂ CALIFICARE, ÎN BAZA EXPERIENȚEI LITUANIEI



Chișinău, Octombrie, 2021

Acest material apare în cadrul proiectului "Monitorul Sănătății pentru o bună guvernare în RM" implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova/Departamentul Sănătate Publică. Centrul PAS aduce mulțumiri profesorului Juozas Galdikas din Lituania și Ghenadie Țurcanu pentru realizarea acestui material. Informațiile prezentate nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros-Moldova.

# Recomandări practice pentru asigurarea pacienților cu accidente vasculare cerebrale acute cu asistență medicală de înaltă calificare, în baza experienței Lituaniei



Chișinău; Septembrie, 2021

## S U M A R

ACRONIME ȘI ABREVIERI.....	4
ACCIDENTELE VASCULARE CEREBRALE - PROVOCĂRI PENTRU SISTEMELE DE SĂNĂTATE.....	5
EXPERIENȚA LITUANIEI ÎN TRATAREA PACIENȚILOR CU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL ACUT ...	8
EFICIENȚA SISTEMULUI CLUSTER ÎN TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU AVCIA ÎN LITUANIA .....	10
FINANȚAREA CLUSTERULUI PENTRU AVCIA ÎN LITUANIA .....	13
CONCLUZII .....	14
RECOMANDĂRI.....	15
ANEXA nr.2.....	17
ANEXA nr.3.....	25
ANEXA nr.4.....	26
BIBLIOGRAFIE .....	39

## ACRONIME ȘI ABREVIERI

**AMU** – Asistența medicală urgentă prespitalicească (Ambulanța)  
**APSE** – Action plan for stroke in Europe 2018-2030  
**AVC** – Accident vascular cerebral  
**AVCIA** – Accident vascular cerebral ischemic acut  
**AVCHA** – Accident vascular cerebral hemoragic acut  
**CMAMAVCIA** – Comitet de management pentru integrarea serviciilor de asistență medicală a ictusului ischemic acut (CMAMIIA)  
**CTAVC** – Centrul de tratament al accidentului vascular cerebral  
**CSAS** – Compania de Stat de Asigurări în Sănătate  
**DNT** – Door-to-needle time  
**DRG** – Diagnostic Related Groups  
**FAST** – Face Arm Speech Test  
**FAST-t** – Intervalul temporal de la chemarea ambulanței și până la sosirea în spital – notată la completarea chestionarului FAST  
**KT-t** – Intervalul temporal de la internare până la examenul de tomografie computerizată  
**MNT** – Intervalul temporal de la internare până la puncția arterială pentru trombectomie mecanică  
**MS** – Ministerul Sănătății  
**NIHSS** - National institutes of health stroke scale  
**OCDE** – Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică  
**OMS** – Organizația Mondială a Sănătății  
**REA-t** – Intervalul temporal de la sosirea bolnavului până la prima consultație a reabilitologului  
**RMN** – Rezonanță magnetică nucleară  
**SII** – Spital care acordă îngrijiri intermediare  
**SNSU** – Sistemul național de sănătate din Ucraina  
**SS** – Sistemul de Sănătate  
**SSASM** - Serviciul de stat pentru acreditarea serviciilor medicale  
**TC** – Tomografie computerizată  
**TEM** – Trombectomia arterială mecanică  
**TEV** - Tratamentul endovascular (trombectomia) al accidentului vascular cerebral ischemic acut  
**TIV** – Tromboliză intravenoasă  
**UAH** – Hrivna ucraineană  
**UE** – Uniunea Europeană

## **ACCIDENTELE VASCULARE CEREBRALE - PROVOCĂRI PENTRU SISTEMELE DE SĂNĂTATE**

Accidentul vascular cerebral (AVC) reprezintă a doua cauză de deces la nivel mondial și o cauză frecventă de handicap pentru adulți. Anual la nivel mondial 15 milioane de persoane suferă un AVC. Cea mai mare parte (aproximativ 75%) din cazurile de accident vascular cerebral apar la persoanele cu vârsta de peste 65 de ani, și aproximativ o treime din pacienți decedează în primul an de la debut. Pe mapamond AVC este a doua cauză principală de deces la persoanele mai mari de 60 ani. În Republica Moldova incidența AVC la populația adultă a crescut de la 9.8 (10.000 populație) în 1995 la 19.2 (10.000 populație) în 2020. AVC este cauză principală de dizabilitate în rândul adulților, 33% dintre pacienții cu AVC fiind de vârstă aptă de muncă. Potrivit celor mai recente date publicate de Organizația Mondială a Sănătății privind decesele cauzate de ictusuri, în 2017 în Moldova s-au fixat 6638 de asemenea cazuri, adică 15,87% din totalul deceselor din țară. Această cifră este de 3-4 ori mai mare decât în statele Uniunii Europene. Una din cele mai esențiale cauze a poverii negative a AVC în Moldova este legată de deficiențele în organizarea și reglementarea asistenței medicale spitalicești, ceea ce implică nereușite în prevenția secundară a AVC.

Dacă nu se întreprind măsuri de prevenție primară și secundară a AVC această boală implică un tratament de lungă durată în spital și lasă sechele severe. AVC este cauza principală a unui handicap sever pe termen lung, ceea ce are consecințe negative asupra domeniului social, economic și nu în ultimul asupra calității vieții. Cheltuielile sistemului de sănătate (SS) pentru aceste îngrijiri ar putea fi reduse prin implementarea metodelor moderne integrate de diagnosticare, tratament și prevenție secundară. Până la 80% din AVC pot fi prevenite dacă sistemul de sănătate este organizat și dezvoltat pe măsura cerințelor moderne de tratament a acestei patologii. AVC este o urgență majoră care poate fi tratată cu succes prin metode contemporane doar în primele ore de la apariția primelor simptome de AVC 9 (în primele 3 ore poate fi aplicată cu succes tromboliză intravenoasă (TIV), iar în primele 4-5 ore poate fi aplicată cu succes tratamentul endovascular (trombectomia) al accidentului vascular cerebral ischemic acut (TEV) .

Diagnosticul diferențial a accidentului vascular cerebral ischemic acut (AVCIA) și accidentului vascular cerebral hemoragic acut (AVCHA) în RM este dificil în mai multe regiuni ale țării din cauza lipsei de unități Stroke în spitale dotate corespunzător pentru managementul contemporan a AVC, acestea la situația din anul 2020 fiind prezente doar în 3 spitale din Chișinău, însă și așa numărul cazurilor de AVCIA tratate prin metode contemporane este foarte mic. Conform Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în Republica Moldova în cadrul Programului special „Tratamentul intervențional în AVC ischemic acut” în anul 2019 au fost tratate 11 cazuri și în 2018 - 3 cazuri, costurile de tratament pentru un caz în acești ani fiind 143 303 lei și 149 759 lei, respectiv.

Tratamentul contemporan a AVC este o problemă majoră medicală și socială în Republica Moldova. Astfel, devine evidentă necesitatea de a consolida toate eforturile în domeniul profilaxiei și tratamentului adecvat a AVC, cu implementarea strategiilor de diagnostic oportun și tratament modern în faza acută a bolii pentru a minimaliza impactul negativ al acesteia asupra sănătății publice.

În cadrul platformei de cercetare și dialog științific eficient „Platforma de excelență în cercetarea Accidentelor Vasculare Cerebrale”, lansată de Academia de Știință a Moldovei în ziua de 28 mai 2021, academicianul Stanislav Groppa a propus crearea unei rețele de spitale/centre STROKE (anexa nr.1), care ar trebui să fie bine coordonate și concepute pentru a acorda asistență medicală de calificare înaltă pacienților respectivi în diferite regiuni ale țării. Spitalele/centrelor STROKE urmează a fi echipate adecvat, deoarece abordarea unui pacient cu accident vascular cerebral necesită tehnologii performante și un potențial medical complet și bine instruit. La rândul său academiciana Eva Gudumac a menționat că AVC constituie o reală problemă de sănătate, nu numai prin rata ridicată a mortalității, dar și prin consecințele asupra performanțelor motorii și cognitive ale supraviețuitorilor. Sechelele AVC pot avea efecte catastrofale asupra calității vieții bolnavului și a familiei acestuia.

În țara vecină, Ucraina, tratamentul AVCIA este revăzut în esență odată cu implementarea noilor metode de tratament. Dmitri Lebedinets, membru al grupului de lucru al MS din Ucraina privind AVCIA, raportează că în 2018 0,5% dintre pacienții cu AVCIA au fost tratați prin TIV, în 2019 - 1%, iar în 2020 - aproximativ 1,5% din toate cazurile de AVCIA. La rândul său, șeful interimar al Serviciului Național de Sănătate din Ucraina (SNSU), Dmitri Samohvalov, a menționat că în 2021 SNSU a semnat contracte cu 237 de instituții medicale, care au fost plătite cu 1,1 miliarde UAH pentru tratamentul pacienților cu ictus în cele 8 luni ale anului 2021. El a mai precizat, că tariful pentru tratamentul accidentului vascular cerebral fără tromboliză/trombectomie este de 15 000 UAH, pentru tratamentul prin tromboliză - 54 000 UAH, pentru tratamentul prin intervenție endovasculară cu trombectomie - 94 000 UAH. De consemnat că în anul 2020 în Ucraina au fost efectuate cca 200 trombectomii pentru AVCIA.

În anul 2013 mortalitatea medie standardizată a deceselor cauzate de AVC în Lituania a devansat dublu media UE. Este uimitor faptul că în 20 de ani de independență rata mortalității prin accident vascular cerebral în Lituania nu a scăzut cu nici un procent. În Lituania organizarea tratamentului modern și eficient al accidentului vascular cerebral acut a fost inițiat din 2013, când s-a decis implementarea sistemului de cluster ca și proces susținut și coordonat între toate părțile interesate din SS cu încadrarea diferitor specialiști și instituții sanitare, având suportul financiar adecvat din partea Companiei de Stat de Asigurări în Sănătate (CSAS) și susținerea politică din partea Ministerului Lituanian al Sănătății. Ghidarea și monitorizarea procesului au fost lăsate în seama celor mai competenți specialiști din țară.

Pentru realizările sale în diagnosticarea și tratamentul AVCIA din țară profesorul Dalius Jatužys, președintele Asociației lituaniene de Stroke, a fost distins cu Premiul “Nordic Stroke Award” în august 2021. Acest premiu este acordat o dată la doi ani în cadrul Congresului internațional nordic european pentru realizări excepționale în tratamentul accidentului vascular cerebral. Este pentru prima dată în 40 de ani când un astfel de premiu este acordat unei republici din fosta Uniune Sovietică. Premiul a mai fost acordat în trecut unor oameni de știință distinși, precum finlandezul Markku Kaste, suedezul Bo Norrving, daneza Grethe Andersen etc.

Potrivit Planului European de Acțiune privind prevenirea AVC pentru anii 2018-2030, se prevede că până în anul 2030 țările vor contribui la:

Reducerea numărului absolut de accidente vasculare cerebrale în Europa cu 10%.

Acoperirea cu tratament a 90% dintre pacienții cu accident vascular cerebral din Europa într-o unitate de AVC ca primul nivel de îngrijire.

Implementarea pe deplin a strategiilor naționale pentru intervențiile multisectoriale de sănătate publică, promovând și facilitând un stil de viață sănătos și reducând factorii de mediu (inclusiv poluarea aerului), socio-economici și educaționali care cresc riscul de accident vascular cerebral.

Experiența Lituaniei în organizarea asistenței medicale comprehensive (asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența spitalicească în faza acută a bolii și asistența de reabilitare, transportarea pacienților între diferite nivele de spitale, finanțarea cazurilor de AVC etc.) poate servi exemplu pentru Republica Moldova în organizarea asistenței medicale de calitate în cazul AVC.

Acest material, elaborat în cadrul proiectului “Monitorul Sănătății pentru o bună guvernare în RM” implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova/Departamentul Sănătate Publică, pune la dispoziția Ministerului Sănătății al RM analiza experienței Lituaniei în organizarea asistenței medicale de înaltă calificare pacienților cu AVC, precum și instrumente și proceduri practice aplicate în Lituania pentru organizarea, reglementarea, asigurarea calității și monitorizarea acesteia.

## **EXPERIENȚA LITUANIEI ÎN TRATAREA PACIENȚILOR CU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL ACUT**

În Lituania tromboliza intravenoasă (TIV) și tratamentul endovascular (TEV) pentru accidentul vascular cerebral ischemic acut (AVCIA) au fost implementate începând cu 2002 în două spitale din Vilnius. În următorii câțiva ani, alte șase spitale au introdus aceste tehnologii în lista lor de servicii medicale curente. Din 2007, Asociația lituaniană de ictus a recomandat TIV ca fiind prima procedură prioritară în cadrul AVCIA. Cu toate acestea, până în 2011, în țară nu au fost efectuate mai mult de 100 de astfel de proceduri în an. Prima trombectomie arterială mecanică (TEM) pentru AVCIA în Lituania a fost efectuată în 2012.

Tratamentul modern și eficient al AVCIA în Lituania a fost inițiat în 2013 odată cu implementarea sistemului cluster, ca și proces de activități coordonate între toate părțile interesate din SS, cu includerea diferitor specialiști și instanțe din sănătate, având susținerea financiară adecvată din partea Companiei de Stat de Asigurări de Sănătate (CSAS) și cu sprijin politic din partea Ministerului Lituanian al Sănătății. Conducerea și monitorizarea procesului au fost lăsate în seama celor mai buni specialiști în accidente vasculare cerebrale din țară. Primii pași în acest domeniu au început în 2013, iar procesul complet a fost lansat la începutul anului 2014, când ministrul sănătății a semnat Ordinul V-40 din 20.01.2014 (anexa nr.1). Acesta specifică ce specialiști și tehnologii trebuie să se afle în Centrul de tratament al accidentului vascular cerebral (CTAVC), ce responsabilități în ceea ce privește timpul de transportare a pacienților sunt atribuite serviciului de asistență medicală urgență prespitalicească; ce prevede tratamentul ulterior al pacienților în instituțiile medicale din teritoriu după perioada acută a ictusului, precum și achitarea procedurilor efectuate: TIV/TEV. Astfel, pe teritoriul Lituaniei au fost aprobate 6 CTAVC și 5 spitale care acordă îngrijiri intermediare (SII) pentru tratamentul AVC. Locațiile acestora acoperă toate regiunile țării și sunt prezentate în anexa 2.

Pentru o mai bună coordonare a diagnosticului și tratamentului pacienților cu AVCIA a fost necesară înființarea unui Comitet de management pentru integrarea serviciilor de asistență medicală a AVCIA (CMAMAVCIA). Comitetul a fost prezidat de specialiști de succes renume în accidentul vascular cerebral. Acest organism și-a asumat sarcina de analiza o dată în trimestru procedurile efectuate, rezultatele de activitate a tuturor instituțiilor medicale menționate în ordinul ministerului, urmând să propună modalități de fortificare a întregului cluster. Ca urmare, începând din 01.01.2020 a intrat în vigoare un nou Ordin al Ministerului Lituanian al Sănătății (V-1253, 04.11.2019), anexa nr.3, cu referire la acest domeniu de servicii medicale, care a luat în calcul experiența de 6 ani a medicilor lituanieni în diagnosticarea, tratamentul și reabilitarea pacienților cu AVCIA. Acesta stipulează, în particular, obligațiile tuturor instituțiilor medicale, infrastructura minimă obligatorie a acestora, competențele necesare specialiștilor medicali, tehnologiile medicale obligatorii, indicatorii rezultatelor de diagnosticare și tratament în termeni de timp, calitate și cantitate.



Punerea în aplicare a Ordinului Ministerului Sănătății este supravegheată de către Serviciul de Stat pentru Acreditarea Serviciilor Medicale (SSASM), CMAMAVCIA, CSAS și Institutul de Igienă. Lista de cerințe pentru CTAVC stipulează: acreditare în neurologie, experiență în tratarea AVCIA de cel puțin 300 de cazuri pe an, dintre care cel puțin 30 de TIV; unitate/departament de urgență activ 24h/7zile, secție de reanimare și terapie intensivă, tomograf activ, diagnostic de laborator pentru teste de coagulare; minimum 4 paturi dotate cu tehnologie adecvată pentru pacienți în primele zile ale AVC și 8 paturi pentru tratamentul ulterior al acestora; echipă multidisciplinară de reabilitare/kinetoterapie.

Cerințele pentru SII sunt aproape aceleași, doar că numărul de pacienți și de paturi este mai mic. Ordinul ministerului precizează cerințele privind timpul de transportare a pacienților la instituția medicală și de inițiere a TIV/TEV: până la 60 de minute - pentru aducerea pacientului la CTAVC/SII; până la 30 de minute - pentru inițierea efectuării tomografiei computerizate (CT); până la 60 de minute - pentru inițierea puncției vasului pentru TIV; până la 120 de minute - pentru inițierea puncția vasului pentru TEV; până la 72 de ore - pentru primul consult cu medicul reabilitolog și sub 10% de letalitate în staționar a pacienților cu AVCIA în CTAVC/SII.

Ordinul ministerului specifică denumirea protocoalelor internaționale care urmează a fi aplicate pentru a evalua starea pacienților și rezultatele curative: FAST (Face Arm Speech Test) - un chestionar prespitalicesc; NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) - o scală standardizată pentru evaluarea pacientului și scala RANKIN modificată (mRS); pe fondul anticoagulantelor orale - evaluarea riscului de ictus cerebral cardioembolic cu ajutorul scalei CHA2DS2-VASc și a scalei HAS-BLED - pentru riscul de hemoragie. TIV și TEV sunt indicații și contraindicații în general recunoscute, astfel încât acestea nu sunt specificate separat în acest ordin de ministru. Ordinul ministerului punctează competențele specialiștilor care ar trebui să fie disponibili pentru consultarea pacienților într-o anumită limită de timp, dacă este necesar; este reglementat transportul contractual al pacienților de la CTAVC spre SII și invers. Lituania s-a alăturat Planului European de Acțiune privind prevenirea AVC pentru anii 2018-2030 (APSE).

## **EFICIENȚA SISTEMULUI CLUSTER ÎN TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU AVCIA ÎN LITUANIA**

În conformitate cu Ordinul Ministerului din 2014, 6 CTAVC și 46 de secții de asistență medicală urgentă prespitalicească (ambulanță) au fost incluse imediat în clusterul de AVC. Cele 5 SII au fost incluse treptat, în funcție de disponibilitatea tehnologiei și a specialiștilor. Prin urmare, datele privind rezultatele de tratament al AVCIA în perioada celor 6 ani analizați sunt disponibile doar pentru 6 CTAVC. Rezultatele în 5 SII pot fi doar consultate, dar este prea devreme pentru a face analize și a trasa concluzii. Per total în perioada 2014-2019 în țară pentru tratamentul AVCIA s-au efectuat 5132 de TIV, dintre care 4605 în CTAVC, 483 - în SII și 44 în alte spitale; precum și 1834 de TEV: 1820, 10 și, respectiv, 4. În această perioadă numărul de pacienți cu AVCIA din țară a depășit cifra de 60.000.

Din 2013 până în 2020 TIV ca și opțiune de tratament pentru pacienții cu AVCIA în Lituania s-a practicat cu fiecare an tot mai frecvent, fiind fixată următoarea evoluție: 1,74%; 3,7; 6,22; 6,96; 9,0; 9,9; 12,48 și, respectiv, 14,5%. Conform criteriilor APSE, TIV este considerată acceptabilă la peste 15% dintre pacienții cu AVCIA. Ca procentaj din totalul pacienților cu AVCIA utilizarea TIV a crescut în această perioadă de la 5 la 20-30% în 4 CTAVC și de la 30 la 50% - în alte 2 CTAVC. În SII pentru tratamentul AVCIA această cifră a variat în ultimii ani între 5 și 20%. În cazul CTAVC datele din perioada studiată denotă rezultate ce variază considerabil. În 4 CTAVC TIV a fost aplicată pe o curbă ascensivă - de la 5% în 2014 până la 20% în 2019, în timp ce în alte 2 CTAVC intervențiile de TIV au persistat la același nivel - 32 și, respectiv, 50%. Este de la sine înțeles că activismul, experiența sau tinerețea s-au implicat în alegerea tacticilor de tratament al AVCIA.

Din 2013 până în 2020 TEV, și anume trombectomia mecanică a vasului arterial, a fost utilizată din ce în ce mai des în Lituania, procentele acestor intervenții au fost în creștere continuă: 0,09; 1,04; 1,44; 2,4; 2,99; 3,9; 5,42 și, respectiv, 7,3. Conform criteriilor APSE, intervenția de TEV este indicativă la peste 5% dintre pacienții cu AVCIA. Din analiza indicilor cantitativi ai TEV în 6 CTAVC rezultă că aceștia sporesc cu fiecare an: între 40 și 150 de intervenții în an se realizează în clinicile universitare și între 10 și 60 - în spitalele regionale. Ca procent din totalul pacienților cu AVCIA utilizarea TEV a crescut în aceeași perioadă de la 3 la 10% în 4 CTAVC și de la 3 până la 15% - în 2 CTAVC. În 5 SII s-au efectuat în cazuri unice de TEV. În 4 CTAVC TEV s-au efectuat în continuă creștere numerică - de la 3% în 2014 până la 8-12% - în 2019; în alte 2 asemenea centre - de la 3% în 2014 până la 15% - în 2019.

Timpul de la solicitarea unei ambulanțe și până la sosirea pacientului la un CTAVC sau un SII este de importanță decisivă pentru tratamentul de succes al AVC. Se consideră că termenul acceptabil este de cel de 60 de minute. Acesta este obiectivul pe care toate echipele de ambulanță din țară tind să îl atingă. Rezultatele, însă, au fost analizate numai în cazurile pentru care s-a completat chestionarul FAST. Acest indicator s-a referit ca fiind

FAST-t (FAST-time). Rezultatele au relevat că indicele FAST-t a fluctuat semnificativ pe parcurs. Unele servicii de urgență prespitalicească nu au transmis date spre analiză nici până în prezent (Lituania are un sistem de asistență medicală urgență prespitalicească complet descentralizat). În total în SS există 43 de entități juridice care oferă servicii de urgență prespitalicească și care funcționează conform principiului teritorial. Datele sumare pentru anul 2020 arată că per total FAST, ca și indicator de rigoare, a fost respectat în 6359 de cazuri din totalul de 8483 cazuri de AVCIA înregistrate în CAVC și SII, ceea ce constituie 75%. Rata FAST-t este și mai dificil de analizat, deoarece în 23% din cazuri serviciul de ambulanță nu furnizează date în acest sens, în 24% dintre cazuri datele nu depășesc 50% din totalul de AVCIA, în alte 25% datele depășesc 80%, iar în 28% acest indicator variază între 50 și 80%. Este deci prematur să analizăm și emitem careva concluzii la acest capitol.

În deciderea tratamentului importă mult timpul între accesarea bolnavului în spital și efectuarea CT sau a RMN. Acest indicator a fost numit KT-t. Încadrarea KT-t în intervalul de 30 de minute a fost obiectivul tuturor celor care au participat la cluster. Datele pentru anul 2020 sunt următoarele: în 3 CTAVC KT-t a fost atins pentru 100% dintre pacienții recepționați, într-unul din CTAVC - pentru 75%, într-un altul CTAVC - pentru 40%; în SII: în 1 - pentru 98% dintre pacienți, în 2 - pentru 80% și într-un altul - pentru 60%. Un SII nu a furnizat date pentru acest indicator. Cu toate acestea, toate CTAVC și 3 SII au efectuat câte o scanare CT sau RMN pentru 100% de pacienți cu suspiciune de AVCIA. În celelalte două SII rata acestor examinări a fost de peste 92%.

Intervalul internare  $\Leftrightarrow$  tratament trombolitic intravenos este la fel de important pentru tratamentul eficient al AVCIA. Acest interval a fost numit DNT ("Door-to-needle time"). Un DNT de 60 de minute a fost obiectivul tuturor participanților din cluster. În 4 CTAVC indicele s-a reușit încă în anul 2016, iar în restul 2 CTAVC - în 2018. Rezultatele de ansamblu denotă următoarele: pe parcursul perioadei de studiu, DNT a scăzut de la 70 până la 40min. în 4 CTAVC și până la 50min în alte 2 CTAVC; În 5 SII către anul 2019 DNT a fluctuat în limita a 70 de minute. Datele sumare pentru 2020 sunt următoarele: în CTAVC, DNT=60 minute a fost atins pentru 90% dintre pacienții cu AVCIA care au beneficiat de TIV; respectiv, în SII: la 2 spitale aceasta s-a practicat pentru 50% dintre pacienți, și în 3 spitale - pentru 93%.

Timpul de la sosirea la spital și până la puncția vasului arterial pentru a efectua o trombectomie arterială este important pentru tratamentul eficient al AVC. Acest timp este denumit *Median onset-to-needle time* (MNT) și este egal cu 120 de minute. Toți participanții din cadrul grupului de cluster au insistat să atingă această valoare. Rezultatele MNT=120 min: 4 CTAVC au reușit această performanță în 2017, alte 2 CTAVC au reușit acest lucru în 2018. În timpul perioadei de studiu MNT a scăzut la 50 de minute în 2 CTAVC și la 90 de minute - în alte 4 CTAVC. În 5 SII TEV s-a efectuat în cazuri unice. Datele pentru anul 2020 se prezintă precum urmează: în cazul CTAVC MNT=120min ca și indicator s-a reușit pentru 100% dintre pacienții cu AVCIA care au fost supuși TEV. În SII datele nu au fost analizate, TEV fiind realizat în cazuri unice.

Pentru tratamentul de succes al AVC este de mare importanță momentul inițierii reabilitării pacientului. În primele 72 de ore de spitalizare reabilitologul este obligat să consulte pacientul. Acest indicator a fost numit REA-t ("Reabilitacija-time"). Toți membrii clusterului s-au angajat să atingă acest indicator. Datele sumare pentru anul 2020 denotă următoarele: REA-t a fost atins într-un CTAVC și într-un SII pentru 100% dintre pacienții cu AVCIA. În toate celelalte CTAVC și SII REA-t a variat între 80-100 de ore.

Datele cu referire la letalitatea spitalicească în 6 CTAVC s-au diferit semnificativ. În 4 CTAVC procentul de letalitate a scăzut cu fiecare an - de la 18% în 2014 până la 8% - în 2019. În 2 CTAVC (ambele spitale regionale) rata a rămas în intervalul de 12%, cu variații de 2%, în creștere sau scădere, în diferiți ani. În 5 SII letalitatea spitalicească prin AVCIA în perioada 2014-2019 a variat între 8 și 20%, dar nu au existat tendințe de creștere sau de scădere.

În Lituania în anul 2020 mortalitatea prin AVCIA în cursul a 30 de zile a variat între 10,7 și 23,8% în cazul CTAVC (media 16,8%), în SII între 16 și 31,2% (media 23,2%) și o medie de 12,5% - în toate spitalele din țară. În comparație cu 20,9% în țările OCDE.

## **FINANȚAREA CLUSTERULUI PENTRU AVCIA ÎN LITUANIA**

Finanțarea sistemului cluster pentru AVCIA a început odată cu angajamentul Ministerului Lituanian al Sănătății la începutul anului 2014, când ministrul sănătății a semnat Ordinul V-40, 20.01.2014 (anexa nr.1). La începutul procesului, CSAS a finanțat retrospectiv CTAVC și SII pentru TIV și TEV efectuate. Serviciul de AMU nu a primit nicio alocație financiară suplimentară din partea CSAS. Nu au existat alte condiții impuse de MS și CSAS, cum ar fi niște limite financiare sau cerințe de reducere a duratei de spitalizare a pacienților cu AVCIA.

În prezent, regulile de finanțare s-au modificat esențial: CSAS finanțează anticipativ clusterul prin intermediul sistemului DRG (Diagnostic Related Groups), cu un plafon financiar clar și un stimulent special pentru instituțiile medicale care tind să reducă numărul zilelor de spitalizare a pacienților cu AVC.

Evidențele financiare au fost extrase în august 2021 din sistemul informatic SVEIDRA deținut de CSAS. Rapoartele financiare denotă evidența unui salt în finanțarea TIV în 2014 comparativ cu 2013: de la 198 064 de euro la 830 372 de euro în CTAVC și de la 5 213 euro la 17 448 de euro în SII. Numărul de TIV și TEV efectuate pacienților cu AVCIA în CTAVC și SII a crescut cu fiecare an, iar CSAS a continuat să finanțeze grupul. În 2019, cheltuielile pentru TIV în CTAVC s-au ridicat la 3.806 mii de euro, în SII acestea au ajuns la 189 mii și în alte spitale la 52 mii. CSAS a finanțat șederea în spital (diagnostic și tratament) a pacienților cu AVCIA în CTAVC și SII încadrate de cluster, iar datele exprimate în mii de euro se prezintă precum urmează: în anul 2013 - 7261 și, respectiv, 1328; în 2014 - 7457 și 1332; în 2015 - 8893 și 1639; în 2016 - 9622 și 1769; în 2017 - 10060 și 1404; în 2018 - 11875 și 1541 și în 2019 - 15244 și, respectiv, 1811 mii.

Cheltuielile pentru pacienții cu AVCIA în CTAVC și SII au crescut cu 210% și, respectiv, 136% din 2013 până în 2019. Celelalte 46 de spitale din țară în care pacienții cu AVCIA puteau fi tratați după principii clasice au primit cu 24% mai puțină finanțare de la CSAS (comparație trasată între 2013 și 2019) - 8.224.278 EUR și, respectiv, 6.272.105 EUR. Analiza situației financiare nu include procedurile TEV, deoarece acestea sunt încadrate de intervențiile chirurgicale. Este evident că costurile de implementare a clusterului de management curativ al AVC care presupune noi metode de diagnosticare (CT, RMN) și tratament (TIV, TEV) pentru pacienții cu AVCIA, sunt mult mai ponderale decât pentru vechile abordări în tratarea acestor pacienți. Indiferent de acest decalaj, este unanim recunoscut și demonstrat faptul că implementarea TIV și TEV este justificată și aduce mari beneficii atât cetățenilor, cât și societății.

## CONCLUZII

1. Deciziile Ministerului Sănătății sunt extrem de importante la etape de turnură în implementarea metodelor novatoare de diagnostic și tratament pentru pacienții cu AVCIA din întreaga țară.
2. Membrii Asociației Lituaniene de Stroke au fost personalitățile de forță care au lansat ideea și au susținut inițiativa de implementare la scară națională a sistemului de management clusterial pentru diagnosticarea și tratamentul pacienților cu AVCIA.
3. Perfecționarea continuă a cunoștințelor și a experienței personalului medical, urmărirea atentă a tendințelor și orientărilor de domeniu reprezintă componente de reper în ordonarea unor tratamente de succes pentru bolnavii ce au suportat AVCIA.

## RECOMANDĂRI

1. Moldova poate utiliza experiența Lituaniei în elaborarea reglementărilor pentru infrastructura minimă obligatorie, competențele necesare specialiștilor medicali, tehnologiile medicale obligatorii, indicatorii rezultatelor de diagnosticare și tratament în termeni de timp, calitate și cantitate, finanțare etc. pentru instituțiile medicale antrenate în tratamentul AVC.
2. Structură actuală centralizată a Serviciului prespitalicesc de asistență medicală urgentă din RM facilitează implementarea cu succes a sistemului de regionalizare a asistenței medicale pentru STROKE.
3. Elaborarea proiectului hotărârii Parlamentului privind sistemul de sănătate/regionalizarea serviciilor medicale, care este planificat pentru definitivare către Noiembrie 2022, precum și proiectului legii de modificare a Legii nr. 411/1995 referitoare la noua structură a serviciilor ce prevede crearea spitalelor regionale, care este planificat pentru definitivare către Decembrie 2022 (*Angajamente asumate prin Hotărârea Guvernului aprobată în 13 octombrie 2021 "Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni al Guvernului pentru anii 2021-2022"*), cu luarea în considerare a regionalizării asistenței medicale spitalicești pentru STROKE, inclusiv cu asigurarea mijloacelor financiare necesare funcționării eficiente a unităților STROKE.
4. Asigurarea Programului special „Tratamentul intervențional în AVC ischemic acut”, gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină, cu surse financiare suficiente pentru finanțarea metodelor moderne de tratament - TIV/TEV, concomitent cu disponibilitatea unităților STROKE în țară.
5. Pregătirea și instruirea continuă a specialiștilor implicați asistența medicală pentru STROKE.
6. Este imperios necesar informarea continuă a populației cu referire la problema accidentului vascular cerebral în țară și în lume, la metodele disponibile de prevenire, diagnostic și tratament, precum și la progresele atinse în acest domeniu. În acest scop este indicat să se apeleze la toate metodele accesibile de influență asupra comportamentului adecvat al populației. Astfel, orice pacient care dezvoltă brusc asimetrie a feței, scădere de forță musculară cu slăbiciune a unui braț sau/și a unui picior, tulburare de vorbire sau tulburare de coordonare a membrelor trebuie urgent, în primele secunde/minute de apariție a simptomelor trebuie să solicite ambulanța pentru a se prezenta de urgență la spital dotat cu unitate STROKE (tipul de transportare a pacientului la care au apărut primele simptome a AVC până la spitalul cu unitate STROKE trebuie să fie până la 1 oră).
7. Colaborarea MS al RM cu MS al Lituaniei în vederea preluării experienței de implementare a sistemului cluster pentru AVCIA.
8. Colaborarea cu alte țări, organizații și structuri (registre) este foarte utilă pentru evitarea erorilor la adoptarea unor noi metode de diagnostic și tratament al AVC.
9. Angajarea plenară și necondiționată a Republicii Moldova în acțiunile desfășurate sub egida Planului European de Acțiune privind prevenirea AVC pentru anii 2018-2030 (APSE).

## ANEXA nr.1



Sursa: Prezentarea academicianului Stansilav Groppa la evenimentul de lansare a Platformei de excelență în cercetarea Accidentelor Vasculare Cerebrale de către academia de Științe a Moldovei în ziua de 28 mai 2021.



**ANEXA nr.2**

**Traducere neoficială**  
**în cadrul proiectului "Monitorul Sănătății pentru o bună guvernare în RM"**  
**implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS)**  
**cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova/Departamentul Sănătate Publică.**



**MINISTRUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII LITUANIA**

**ORDIN**

**PRIVIND APROBAREA DESCRIERII PROCEDURII DE DIAGNOSTICARE ȘI TRATAMENT AL ACCIDENTULUI  
VASCULAR CEREBRAL ACUT ÎN CENTRELE DE TRATAMENT AL AVC**

20 ianuarie 2014

№ V-40

Vilnius

În cadrul implementării p. 260 din al șaisprezecelea Program al Guvernului pentru anii 2012-2016, aprobat prin Rezoluția Seimului Republicii Lituania nr. XII-51 din 13 decembrie 2012 „Cu privire la programul Guvernului Republicii Lituania”, în vederea îmbunătățirii calității și accesibilității serviciilor medicale în caz de accident vascular cerebral acut, luând în considerare propunerile grupului de lucru, creat prin ordinul ministrului Sănătății al Republicii Lituania nr. V-1185 din 18 decembrie 2013 „Cu privire la crearea unui grup de lucru pentru elaborarea unui proiect privind centrele medicale pentru tratamentul accidentului vascular cerebral acut”:

1. Se aprobă Descrierea procedurii de diagnosticare și tratament al accidentului vascular cerebral acut în centrele de tratament al AVC (se anexează).
2. Se încredințează controlul asupra executării ordinului vice ministrului în cadrul domeniului său de activitate.

Ministrul Sănătății

Vytenis Povilas Andriukaitis

APROBAT

prin Ordinul Ministrului Sănătății al  
Republicii Lituania nr. V-40 din 20  
ianuarie 2014

## DESCRIEREA PROCEDURII DE DIAGNOSTICARE ȘI TRATAMENT AL ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ACUT ÎN CENTRELE DE TRATAMENT AL AVC

### SECȚIUNEA I

#### DISPOZIȚII GENERALE

1. Descrierea procedurii pentru diagnosticul și tratamentul accidentului vascular cerebral acut în centrele de tratament al AVC (în continuare Descriere) prevede acțiuni coordonate din partea instituțiilor medicale (servicii de asistență medicală de urgență (prespitalicească), instituții care acordă asistență medicală în condiții de staționar, ambulator, secții de reabilitare medicală), tratament standardizat ce corespunde condițiilor actuale ale medicinei bazate pe dovezi, în caz de accident vascular cerebral acut.

2. Concepte utilizate în Descriere:

**Centrul de tratament al accidentului vascular cerebral** este o subdiviziune a unei instituții de asistență medicală cu servicii în condiții de staționar, unde sunt concentrate atât resurse umane, cât și resurse materiale, utilizate direct pentru a oferi îngrijire completă unui pacient cu accident vascular cerebral acut. Aici sunt tratați pacienții diagnosticați cu AVC acut, lucrează personal instruit și se oferă asistență multidisciplinară.

Abrevieri utilizate în Descriere:

IM – Instituție medicală;

TA – tensiune arterială;

ECG - electrocardiogramă;

SAMU – servicii de asistență medicală de urgență;

INR – raport internațional normalizat;

CT – tomografie computerizată;

RMN – rezonanță magnetică nucleară.

### SECȚIUNEA II

#### CERINȚE FAȚĂ DE INSTITUȚIA MEDICALĂ ÎN CARE ESTE INSTITUIT CENTRUL DE TRATAMENT AL AVC

3. În cadrul unui centru de tratament al AVC ar trebui:

3.1. să dispună de o unitate/departament de urgență care să funcționeze în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop) în IM;

3.2. să se afle un medic neurolog care va lucra în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop);

3.3. să funcționeze în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop) o unitate/secție de reanimare și terapie intensivă;

3.4. să funcționeze în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop) un serviciu radiologic și de laborator;

3.5. să dispună de o echipă multidisciplinară în reabilitarea medicală precoce.

**SECȚIUNEA III**  
**CERINȚE CU PRIVIRE LA ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA**  
**CENTRULUI DE TRATAMENT AL AVC**

4. Se va oferi anual terapie pentru cel puțin 200 de pacienți cu accident vascular cerebral acut (cel puțin 16 de pacienți anual, care beneficiază de tratament prin tromboliză).
5. Centrul ar trebui să dispună de cel puțin 4 paturi pentru pacienți cu AVC acut, fiecare dintre care să fie echipat cu un sistem de monitorizare neinvazivă (monitorizarea ritmului cardiac și ECG, măsurarea TA, monitorizarea nivelului saturației de oxigen în sânge) și de cel puțin 8 paturi pentru pacienți pentru reabilitare post-terapie.
6. Centrul ar trebui să dispună de posibilitatea, dacă este indicat, de a transfera imediat pacientul la secția de reanimare și terapie intensivă.
7. Centrul ar trebui să dispună de posibilitatea, dacă este indicat, de a aplica terapie specializată pentru tratamentul accidentului vascular cerebral ischemic acut (tromboliză).
8. În cazul în care poate fi necesar de a administra pacientului terapie specializată în caz de accident vascular cerebral ischemic acut (tromboliză intravenoasă, intraarterială și trombectomie mecanică sau tratament endovascular), ar trebui să fie disponibile în condiții de urgență și permanent (în orice zi a săptămânii, non-stop) teste de laborator (număr de trombocite, timp de protrombină, INR), analize hematologice și biochimice de bază - electroliți, echilibru acido-bazic, glicemie, hematocrit).
9. Centrul de tratament al AVC ar trebui să poată efectua următoarele:
  - 9.1. CT a capului în caz de suspiciune a accidentului vascular cerebral acut, atunci când poate fi necesar a se administra pacientului terapie specializată pentru AVC: în termen de 30 de minute de la sosirea la IM care acordă servicii în condiții de staționar;
  - 9.2. ecografie Doppler a vaselor gâtului și capului;
  - 9.3. ecocardiografie transtoracică și transesofagiană;
  - 9.4. angiografie;
  - 9.5. RMN.
10. Timpul din momentul sosirii la IM, unde se aplică terapie specializată pentru accident vascular cerebral ischemic și până la începutul trombolizei intravenoase (din engl. *door-to-needle time*, „timpul de la ușă la ac”) nu trebuie să depășească 60 minute.
11. Consultația unui neurochirurg trebuie să fie disponibilă în termen de 2 ore de la apariția necesității de asistență neurochirurgicală. În caz de necesitate, asistența neurochirurgicală ar trebui să fie oferită la fața locului sau să fie disponibilă la o altă IM, la care se poate ajunge în 30 de minute.
12. Consultația unui cardiolog trebuie să fie disponibilă timp de 24 de ore.
13. Consultația unui chirurg vascular trebuie să fie disponibilă timp de 72 de ore.
14. În absența contraindicațiilor, echipa de reabilitare medicală (fizioterapeut, kinetoterapeut, logoped, asistent social) ar trebui să înceapă reabilitarea medicală precoce cât mai devreme posibil, în termen de 24-48 de ore.

## SECȚIUNEA IV

### CERINȚE CU PRIVIRE LA MONITORIZAREA PACIENTULUI ÎN CADRUL CENTRULUI DE TRATAMENT AL AVC

15. Monitorizarea continuă a parametrilor vitali pentru paturile de terapie intensivă: ritm cardiac, ECG, TA, nivelul de saturație a oxigenului din sânge, funcția respiratorie, temperatura corpului.
16. Monitorizarea stării neurologice conform scalei standardizate (NIHSS).
17. Monitorizarea, prevenirea și tratarea urgentă a posibilelor complicații (hemoragii, tromboze și complicații infecțioase) în caz de manifestare a simptomelor acestora.

## SECȚIUNEA V

### ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII SAMU ȘI IM

18. În furnizarea serviciilor medicale în cadrul competenței lor, SAMU și IM se ghidează de:
  - 18.1. Ordinul Ministrului Sănătății al Republicii Lituania nr. V-895 din 6 noiembrie 2007 „Cu privire la aprobarea cerințelor față de furnizarea de servicii medicale de urgență”;
  - 18.2. Ordinul Ministrului Sănătății al Republicii Lituania nr. V-1131 din 27 decembrie 2010 „Cu privire la aprobarea descrierii procedurii de acordare a asistenței medicale de urgență și plata cheltuielilor”;
  - 18.3. Ordinul Ministrului Sănătății al Republicii Lituania nr. V-1234 din 20 decembrie 2013 „Cu privire la aprobarea formularului nr. 110/a „Formular de apel al asistenței de urgență” și cu privire la aprobarea regulilor de completare, depunere și clarificare a formularului nr. 110/a „Formular de apel al asistenței de urgență” și cu privire la recunoașterea ordinului Ministrului Sănătății al Republicii Lituania nr. V-461 din 7 mai 2013 „Privind aprobarea formularului de probă nr. 110/a „Formular de apel al asistenței de urgență” și cu privire la aprobarea regulilor de completare, depunere și clarificare a formularului de probă nr. 110/a „Formular de apel al asistenței de urgență” invalidat”;
  - 18.4. Ordinul Ministrului Sănătății al Republicii Lituania nr. V-110 din 11 februarie 2010 „Cu privire la aprobarea Descrierii procedurii de trimitere a pacienților către o instituție medicală de nivel corespunzător pentru furnizarea de servicii medicale urgente și planificate în condiții de staționar”, precum și de alte acte juridice și materiale metodologice necesare pentru asigurarea furnizării acestor servicii.
19. În orice caz, dacă există suspiciune de accident vascular cerebral acut, IM care acordă servicii de asistență medicală de urgență ar trebui să transporte pacientul la cea mai apropiată IM județeană care acordă asistență medicală în condiții de staționar (IP „Clinica Santariskiu a Spitalului Universitar din Vilnius”, IP „Spitalul Universitar Republican din Vilnius”, Spitalul Universității de Medicină din Lituania, IP „Kaunas Clinics”, IP „Spitalul marinarilor Klaipeda”, IP „Spitalul Republican Panevezys”, IP „Spitalul Republican Siauliai”, IP „Spitalul județean din Alytus „S. Kudirka”, IP „Spitalul Marijampole”, IP „Spitalul Taurage”, IP „Spitalul regional Telsiai”, IP „Spitalul Utena”), care se află cel mai aproape de IM cu servicii în condiții de staționar, care dispune de un centru de tratament al AVC și activează în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop). Dispeceratul de la serviciul de urgență trebuie să informeze serviciul de urgență al acestei IM cu staționar despre transportarea pacientului.
20. În cazul în care un pacient a fost transportat într-o IM județeană cu servicii în condiții de staționar, care nu furnizează serviciile necesare unui pacient cu accident vascular cerebral acut, medicul secției de urgență a acestei IM trebuie să ia o decizie privind transportarea pacientului la altă IM cu staționar, unde sunt prestate aceste servicii și, dacă există indicații, să organizeze transportarea pacientului însoțit de anestezistul-reanimatolog al acestei IM și în condiții de reanobil cu o echipă din IM județeană, care oferă SAMU.

21. Echipa de asistență medicală de urgență a IM județene, care oferă SAMU, împreună cu un anestezist-reanimatolog, ar trebui să transfere pacientul în condiții de reanimabil la IM cu staționar, unde sunt furnizate serviciile medicale necesare pentru îngrijirea completă a unui pacient cu AVC acut.

22. Indicații pentru tratamentul pacientului într-un centru de tratament al AVC:

22.1. indicații pentru tromboliză intravenoasă;

22.2. indicații pentru tratament endovascular;

22.3. indicații pentru tratament neurochirurgical sau tratament neurochirurgical planificat;

22.4. necesitatea unor investigații suplimentare, ce pot fi efectuate numai la un centru de tratament al AVC.

23. În cazul unui accident vascular cerebral acut, când este necesar să se efectueze neuroproceduri intervenționale (tromboliză intraarterială, trombectomie mecanică), asistența medicală de urgență ar trebui să fie organizată de către una dintre IM enumerate în Anexa 1:

23.1. IP „Spitalul Universitar Republican din Vilnius” (în continuare SURV);

23.2. IP „Clinica Santariskiu a Spitalului Universitar din Vilnius” (în continuare CSSUV);

23.3. Spitalul Universității de Medicină din Lituania „Kaunas Clinics” (în continuare SUMLKC);

23.4. IP „Spitalul marinarilor Klaipeda” (în continuare - Spitalul marinarilor);

23.5. IP „Spitalul Republican Panevezys” (în continuare Spitalul Panevezys) – integral, când va fi asigurată furnizarea neuroprocedurilor intervenționale;

23.6. IP „Spitalul Republican Siauliai” (în continuare Spitalul Siauliai) – integral, când va fi asigurată furnizarea neuroprocedurilor intervenționale.

24. Pacienții tratați deja cu tromboliză intravenoasă sau neuroproceduri intervenționale, după stabilizarea stării lor de sănătate, prin decizia medicului curant și după prima etapă de reabilitare medicală (dacă este indicat) pot fi transferați pentru tratament suplimentar la locul de reședință. În acest sens, Centrul de tratament al AVC trebuie să încheie contracte de transfer cu IM județene și municipale din zona deservită, indicate în Anexa 2.

25. După un accident vascular cerebral acut, pacienții vor face un examen clinic în cadrul unei IM care oferă asistență medicală primară.

26. Medicul de familie (medicul generalist) prescrie și monitorizează tratamentul simptomelor AVC și post-AVC. Tratamentul recomandat de un medic neurolog este obligatoriu pentru medicul de familie (medicul generalist).

27. După stabilizarea stării sale de sănătate, un pacient cu AVC acut ar trebui să primească consultații de la un medic neurolog o dată pe an (3 luni după AVC acut). Dacă există indicații (în caz de simptome sau complicații post-AVC noi sau dificil de remediat), pacientul poate primi consultații de la un medic neurolog și mai des.

## SECȚIUNEA VI

### DISPOZIȚII FINALE

28. Responsabilitatea pentru organizarea furnizării de servicii medicale și calitatea acestora în cazul unui AVC acut o poartă SAMU și IM care au furnizat servicii medicale în domeniul competențelor ce le revin.

Anexa 1

la Descrierea procedurii de diagnosticare și tratament  
al AVC acut în centrele de tratament al AVC

**INSTITUȚII MEDICALE CARE ACORDĂ ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ ÎN CAZ DE ACCIDENT  
VASCULAR CEREBRAL ACUT**

<b>IM cu servicii în condiții de staționar, care furnizează și acordă servicii de radiologie intervențională în caz de accident vascular cerebral acut</b>	<b>Distribuție teritorială a serviciilor acordate pe județe și municipalități</b>	<b>Condiții necesare pentru acordarea serviciilor medicale</b>
SUMLICC	Județul Kaunas Județul Marijampole Districtul municipal Jurbarka Județul Siauliai * Județul Alytus (cu excepția municipiilor Druskininkai și Varensky)	Neuroprocedurile intervenționale trebuie efectuate 24 din 24, inclusiv în zilele de sărbătoare și în weekend.  * Pentru locuitorii județului Siauliai, neuroprocedurile intervenționale în caz de accident vascular cerebral acut se efectuează la SUMLICC până la furnizarea 24 din 24 a acestor servicii la spitalul Siauliai, inclusiv în zilele de sărbătoare și în weekend.
CSSUV SURV	Județul Vilnius Județul Utena Județul Alytus (cu excepția municipiilor Alytus și Lazdijai) Județul Panevezys **	Neuroprocedurile intervenționale trebuie efectuate 24 din 24, inclusiv în zilele de sărbătoare și în weekend.  ** Pentru locuitorii din județul Panevezys, neuroprocedurile intervenționale în caz de accident vascular cerebral acut se efectuează la CSSUV sau SURV până la furnizarea 24 din 24 a acestor servicii la spitalul Panevezys, inclusiv în zilele de sărbătoare și weekend.
Spitalul marinarilor	Județul Klaipeda Județul Taurage (cu excepția municipiului Jurbarka ***) Județul Telsiai	Neuroprocedurile intervenționale trebuie efectuate 24 din 24, inclusiv în zilele de sărbătoare și în weekend.  *** Locuitorii din municipiul Jurbarka sunt transferați la SUMLICC.

Spitalul Panevezys	Județul Panevezys	<p>Neuroprocedurile intervenționale trebuie efectuate 24 din 24, inclusiv în zilele de sărbătoare și în weekend.</p> <p>Pentru locuitorii din județul Panevezys, neuroprocedurile intervenționale în caz de accident vascular cerebral acut se efectuează la CSSUV sau SURV până când IP Spitalul Republican din Panevezys va avea posibilitatea să asigure astfel de servicii 24/24, inclusiv în zilele de sărbătoare și weekend.</p>
Spitalul Siauliai	Județul Siauliai	<p>Neuroprocedurile intervenționale trebuie efectuate 24 din 24, inclusiv în zilele de sărbătoare și în weekend.</p> <p>Pentru locuitorii din județul Siauliai, neuroprocedurile intervenționale în caz de accident vascular cerebral acut se efectuează la SUMLICC până la furnizarea 24/24 a astfel de servicii la spitalul Siauliai, inclusiv în zilele de sărbătoare și în weekend.</p>

-----

Anexa 2

la Descrierea procedurii de diagnosticare și tratament  
al AVC acut în centrele de tratament al AVC

**INSTITUȚII MEDICALE CU CARE CENTRUL DE TRATAMENT AL AVC ÎNCHEIE ACORDURI PRIVIND  
TRATAMENTUL ULTERIOR**

SUMLICC	IM din județul Kaunas IM din municipiul Kaunas IM din județul Siauliai IM din județul Marijampole IM din districtul Jurbarka IM din județul Alytus
CSSUV SURV	IM din județul Vilnius IM din municipiul Vilnius IM din județul Utena IM din județul Panevezys IM din județul Alytus
Spitalul marinarilor	IM din județul Klaipeda (cu excepția municipiului Klaipeda) IM din județul Taurage IM din județul Telsiai
Spitalul Panevezys *	IM din județul Panevezys (cu excepția municipiului Panevezys)
Spitalul Siauliai *	IM din județul Siauliai (cu excepția municipiului Siauliai)

\* când IM specificată va putea asigura non-stop neuroproceduri intervenționale în caz de accident vascular cerebral acut, inclusiv în zilele de sărbătoare și weekend.

-----



ANEXA nr.3

SPITALELE ÎNCADRATE ÎN PROGRAMELE CLUSTER PENTRU AVCIA



*Traducere neoficială  
în cadrul proiectului "Monitorul Sănătății pentru o bună guvernare în RM"  
implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS)  
cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova/Departamentul Sănătate Publică.*



**ORDINUL**

**MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII LITUANIA**

**CU PRIVIRE LA MODIFICAREA ORDINULUI MINISTRULUI SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII LITUANIA NR. V-40  
DIN 20 IANUARIE 2014 „PRIVIND APROBAREA DESCRIERII PROCEDURII DIAGNOSTICĂRII ȘI  
TRATAMENTULUI ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ACUT ÎN CADRUL CENTRELOR DE TRATAMENT  
AL AVC”**

04 noiembrie 2019

Nº V-1253

Vilnius

1. Se aduc modificări la Ordinul ministrului sănătății al Republicii Lituania nr. V-40 din 20 ianuarie 2014 „Cu privire la aprobarea descrierii procedurii de diagnosticare și tratament al accidentului vascular cerebral acut în Centrele de tratament al AVC” și se prezintă în noua redactare:

**„MINISTRUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII LITUANIA**

**CU PRIVIRE LA APROBAREA DESCRIERII PROCEDURII DE FURNIZARE A SERVICIILOR MEDICALE ÎN CAZ DE  
SUSPICIUNE SAU DIAGNOSTICARE A ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ACUT**

În baza p. 6 al Art. 10 din Legea Republicii Lituania „cu privire la instituțiile de asistență medicală”:

1. Se aprobă descrierea procedurii de furnizare a serviciilor medicale în caz de suspiciune sau diagnosticare a accidentului vascular cerebral acut (se anexează).
2. Se încredințează controlul asupra executării ordinului vice ministrului în cadrul domeniului său de activitate.”
2. Ordinul va intra în vigoare la 01 ianuarie 2020.

Ministrul Sănătății

Aurelius Veriga

APROBAT

prin Ordinul Ministrului Sănătății al Republicii Lituania nr. V-40 din 20 ianuarie 2014 (modificare a ordinului Ministrului Sănătății al Republicii Lituania nr. V-1253 din 4 noiembrie 2019)

## DESCRIEREA PROCEDURII DE FURNIZARE A SERVICIILOR MEDICALE ÎN CAZ DE SUSPICIUNE SAU DIAGNOSTICARE A ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ACUT

### SECȚIUNEA I

#### DISPOZIȚII GENERALE

1. Descrierea procedurii de furnizare a serviciilor medicale în caz de suspiciune sau diagnosticare a accidentului vascular cerebral acut (denumită în continuare Descriere) prevede acțiuni coordonate din partea instituțiilor medicale în cazul pacienților cu accident vascular cerebral acut suspectat sau diagnosticat, care, conform Clasificării statistice internaționale a bolilor și problemelor de sănătate, Revizia 10 „Lista sistemică a bolilor” (Modificare australiană, ICD-10-AM) (în continuare - ICD-10-AM) este codificat prin codurile I60, I61, I62, I63 , I64.

2. Dacă după finalizarea evaluării FAST (din engl. *face, arm, speech, time* „față, braț, vorbire, timp”), se suspectă accident vascular cerebral acut, pacientul trebuie transportat la un centru de tratament al AVC sau la un spital care acordă îngrijiri intermediare, specificat în Anexele 1 și 2 la Descriere.

3. Dacă este indicat, tratamentul specializat al unui pacient diagnosticat cu accident vascular cerebral ischemic acut (cod ICD-10-AM: I63) se efectuează numai într-un centru de tratament al AVC sau într-un spital care acordă îngrijiri intermediare.

4. Concepte și definiții utilizate în descriere:

4.1. **Centru de tratament al accidentului vascular cerebral** (în continuare CTAVC) este o instituție medicală (în continuare IM) inclusă în lista centrelor de tratament al AVC (Anexa 1 la Descriere), care oferă servicii medicale neurologice în condiții de staționar, unde o echipă multidisciplinară de specialiști asigură în permanență (în orice zi a săptămânii, non-stop) îngrijirea medicală de urgență a pacientului cu accident vascular cerebral acut și aplică tratamentul specializat aferent.

4.2. **Tratamentul specializat al accidentului vascular cerebral ischemic acut** - tromboliză intravenoasă și/sau trombectomie mecanică a pacientului cu accident vascular cerebral ischemic acut.

4.3. **Spital care acordă îngrijiri intermediare** (în continuare SII) este o instituție medicală inclusă în Lista spitalelor care acordă ajutor intermediar (Anexa 2 la Descriere) și care oferă servicii medicale neurologice în condiții de staționar, unde o echipă multidisciplinară de specialiști asigură în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop) asistență medicală de urgență pacienților cu accident vascular cerebral acut, iar în caz de accident vascular cerebral ischemic acut aici se efectuează tromboliză intravenoasă.

### SECȚIUNEA II

#### CERINȚE FAȚĂ DE UN CENTRU DE TRATAMENT AL AVC

5. IM care poate acționa ca CTAVC:

5.1. trebuie să fie autorizată să ofere servicii medicale neurologice în condiții de staționar;

5.2. trebuie să ofere anual terapie pentru cel puțin 200 de pacienți cu accident vascular cerebral acut (cel puțin 30 de pacienți anual, care beneficiază de tratament prin tromboliză);

5.3. IM trebuie să dispună de o unitate/departament de urgență care să funcționeze în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop).

6. În cadrul CTAVC trebuie:

6.1. să se afle un medic neurolog care va lucra în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop);

6.2. să funcționeze în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop) o unitate de reanimare și terapie intensivă;

6.3. să existe un computer tomograf care să permită efectuarea continuă (în orice zi a săptămânii, non-stop) a tomografiei computerizate a creierului și evaluarea rezultatelor;

6.4. să fie furnizate în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop) serviciile de diagnosticare de laborator, necesare administrării tratamentului de reperfuzie al pacienților;

6.5. să dispună de cel puțin 4 paturi, fiecare dintre care să fie echipat cu un sistem de monitorizare neinvazivă (monitorizarea ritmului cardiac și electrocardiografie (în continuare ECG), măsurarea tensiunii arteriale (în continuare TA), monitorizarea nivelului saturației de oxigen în sânge) pentru tratamentul pacienților cu accident vascular cerebral acut în primele zile ale maladiei și de cel puțin 8 paturi pentru pacienți pentru reabilitare post-terapie;

6.6. să dispună de posibilitatea, dacă este indicat, de a transfera imediat pacientul la secția de reanimare și terapie intensivă;

6.7. să dispună de posibilitatea, dacă este indicat, de a aplica terapie specializată pentru tratamentul accidentului vascular cerebral ischemic acut;

6.8. să dispună de o echipă multidisciplinară în reabilitarea medicală precoce.

### **SECȚIUNEA III**

#### **CERINȚE FAȚĂ DE SPITALUL CARE ACORDĂ ÎNGRIJIRE INTERMEDIARĂ**

7. IM care poate acționa ca un SII:

7.1. trebuie să fie autorizată să ofere servicii medicale neurologice în condiții de staționar;

7.2. trebuie să ofere anual terapie pentru cel puțin 100 de pacienți cu accident vascular cerebral acut;

7.3. IM trebuie să dispună de o unitate/departament de urgență care să funcționeze în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop).

8. În cadrul SII trebuie:

8.1. să se afle un medic neurolog care va lucra în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop);

8.2. să funcționeze în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop) o unitate de reanimare și terapie intensivă;

8.3. să existe un computer tomograf care să permită efectuarea continuă (în orice zi a săptămânii, non-stop) a tomografiei computerizate a creierului și evaluarea rezultatelor;

8.4. să fie furnizate în mod constant (în orice zi a săptămânii, non-stop) servicii de diagnosticare de laborator;

8.5. să dispună de cel puțin 2 paturi, fiecare dintre care să fie echipat cu un sistem de monitorizare neinvazivă (monitorizarea ritmului cardiac și ECG, măsurarea TA, monitorizarea nivelului saturației de oxigen în sânge) pentru tratamentul pacienților cu accident vascular cerebral acut;

8.6. să dispună de posibilitatea, dacă este indicat, de a transfera imediat pacientul la secția de reanimare și terapie intensivă;

8.7. să dispună de posibilitatea, dacă este indicat, de a efectua procedura de tromboliză intravenoasă;

8.8. să dispună de o echipă multidisciplinară în reabilitarea medicală precoce.

## SECȚIUNEA IV

### CERINȚE FAȚĂ DE ACTIVITATEA CENTRULUI DE TRATAMENT AL AVC ȘI A SPITALULUI CARE ACORDĂ ÎNGRIJIRE INTERMEDIARĂ

9. În CTAVC și SII, dacă este indicat, se efectuează următoarele:

9.1. tomografie computerizată a creierului - cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 1 oră din momentul în care un pacient cu suspiciune de accident vascular cerebral acut ajunge la CTAVC sau SII, sau în caz de accident vascular cerebral acut survenit în IM care asigură servicii medicale în condiții de staționar, în termen de 1 oră de la momentul suspiciunii accidentului vascular cerebral acut la pacient;

9.2. USG a vaselor sangvine la nivelul gâtului și capului;

9.3. USG a inimii;

9.4. teste de laborator (număr de trombocite, timp de protrombină, raportul internațional normalizat (în continuare INR), analize hematologice și biochimice de bază - electroliți, glicemie, hematocrit);

9.5. tromboliză intravenoasă (dacă este indicat și dacă nu există contraindicații), cât mai curând posibil, după confirmarea diagnosticului de accident vascular cerebral ischemic acut;

9.6. consultare de către o echipă de reabilitare medicală (medic fizioterapeut, kinetoterapeut, logoped, asistent social) și de reabilitare medicală precoce, atunci când starea de sănătate a pacientului o permite (în absența contraindicațiilor).

10. În afară de acțiunile specificate în p. 9 din Descriere, dacă este indicat, în cadrul CTAVC se efectuează suplimentar următoarele:

10.1. trombectomie mecanică (în absența contraindicațiilor);

10.2. rezonanță magnetică nucleară (poate fi efectuată în baza unui contract cu o altă IM) (în absența contraindicațiilor);

10.3. angiografia vaselor de sânge din creier și gât (în absența contraindicațiilor);

10.4. consultația unui neurochirurg (poate fi asigurată în baza unui acord cu o altă IM);

10.5. consultația unui cardiolog;

10.6. consultația unui chirurg vascular.

11. Cerințe cu privire la monitorizarea stării de sănătate a pacienților care beneficiază de tratament în cadrul CTAVC sau SII:

11.1. monitorizarea constantă a parametrilor vitali la paturile de terapie intensivă (până la 3 zile sau la necesitate, în funcție de starea de sănătate a pacientului): ritm cardiac, ECG, TA, nivelul de saturație a oxigenului din sânge, funcția respiratorie, temperatura corpului;

11.2. monitorizarea stării neurologice și funcționale a pacienților, în conformitate cu scala standardizată NIHSS (din engl. *National Institutes of Health Stroke Scale*) și scala Rankin modificată (mRS);

11.3. monitorizarea, prevenirea și tratamentul de urgență al posibilelor complicații (sângerări, tromboze și complicații infecțioase);

11.4. înainte de a prescrie pacientului anticoagulante orale, este necesar să se evalueze riscul de accident vascular cerebral cardioembolic și hemoragie conform scalei CHA2DS2-VASc (scala riscului de accident vascular cerebral cardioembolic) și scalei HAS-BLED (scala riscului de hemoragie).

## SECȚIUNEA V

### ORGANIZAREA PRESTĂRII SERVICIILOR MEDICALE

12. Un angajat al IM furnizor de servicii medicale de urgență prespitalicească, care a răspuns la apelul de asistență medicală prin telefon, trebuie să completeze testul FAST.

13. Dacă un lucrător medical al echipei de asistență medicală de urgență a IM, care oferă servicii medicale de urgență prespitalicească, suspectează că pacientul are un accident vascular cerebral acut, pacientul trebuie transportat la cel mai apropiat CTAVC sau SII.

14. IM, care prestează servicii medicale de urgență prespitalicească, trebuie să informeze unitatea/departamentul de urgență al CTAVC sau SII, unde este transportat pacientul, cu privire la transportarea pacientului la CTAVC sau SII.

15. Diagnosticul „accident vascular cerebral acut” poate fi pus numai de un medic neurolog care lucrează în cadrul CTAVC sau SII, după o evaluare cuprinzătoare a stării pacientului și interpretarea rezultatelor investigațiilor.

16. Un medic neurolog care lucrează în cadrul CTAVC sau SII decide dacă există indicații pentru a prescrie un tratament specializat pentru accident vascular cerebral ischemic acut pacientului.

17. Dacă, în unitatea de asistență medicală de urgență a CTAVC sau SII se decide că nu există indicații pentru tratamentul pacientului în CTAVC sau SII, pacientul este transportat pentru tratament la IM la locul de reședință, unde se prestează servicii de asistență medicală în condiții de staționar și unde este staționar pentru tratamentul bolilor neurologice sau interne.

18. Dacă pacientul a fost internat în CTAVC sau SII, acesta poate fi transferat din CTAVC sau SII pentru tratament ulterior la locul de reședință în IM cu staționar pentru tratamentul bolilor neurologice sau interne:

18.1. după stabilizarea stării de sănătate a pacientului, prin decizia unui medic neurolog, când nu a fost administrat tratament specializat al accidentului vascular cerebral ischemic acut;

18.2. după administrarea tratamentului specializat al accidentului vascular cerebral ischemic acut, la sfârșitul perioadei accidentului vascular cerebral ischemic acut (primele 3 zile) și după stabilizarea stării de sănătate a pacientului cu menținerea indicațiilor privind tratamentul ulterior în condiții de staționar;

18.3. după prima etapă de reabilitare medicală, dacă, prin decizia medicului fizioterapeut, sunt indicate servicii ale etapei următoare de reabilitare medicală sau terapie și (sau) îngrijire medicală de întreținere.

19. Dacă există indicații pentru tratament în CTAVC după tromboliză intravenoasă, SII trebuie să organizeze transportarea pacientului la cel mai apropiat CTAVC.

20. Pentru transportarea pacienților, în cazurile specificate în p. 17, 18 și 19 din Descriere, CTAVC sau SII trebuie să încheie contracte cu IM care oferă servicii medicale de urgență și cele specificate în Anexa 3 la Descriere.

21. În cazul unei suspiciuni de accident vascular cerebral acut în timpul examinării unui pacient în IM care oferă servicii medicale în condiții de staționar sau ambulator, furnizarea de servicii medicale pentru tratamentul accidentului vascular cerebral acut se efectuează în modul prevăzut în punctele 12-19 din Descriere.

## SECȚIUNEA VI

### DISPOZIȚII FINALE

22. Responsabilitatea pentru organizarea furnizării de servicii medicale și calitatea acestora în caz de suspiciune sau diagnosticare de accident vascular cerebral acut revine IM corespunzător, care a prestat serviciile medicale aferente.

23. Calitatea serviciilor medicale furnizate în caz de suspiciune sau diagnosticare de accident vascular cerebral acut este evaluată în funcție de indicatorii calității serviciilor medicale furnizate în caz de suspiciune sau diagnosticare a accidentului vascular cerebral acut (Anexa 4 la Descriere). Evaluarea este efectuată de Comisia medicală integrată pentru AVC.

24. În cazul în care Serviciul de stat pentru acreditarea activităților în domeniul sănătății din cadrul Ministerului Sănătății dezvăluie că furnizarea serviciilor medicale unui anumit pacient în caz de suspiciune sau diagnosticare a accidentului vascular cerebral acut a avut loc fără a se respecta cerințele din Descriere, concluzia este expedită Fondului teritorial de asigurări în sănătate cu care IM are încheiat contractul, pentru verificare ulterioară.

-----

## Anexa 1

la Descrierea procedurii de furnizare a serviciilor medicale în caz de suspiciune sau diagnosticare a accidentului vascular cerebral acut

### **CENTRE DE TRATAMENT AL AVC**

1. Instituția publică (în continuare IP) „Clinica Santariskiu a Spitalului Universitar din Vilnius”;
  2. Spitalul Universității de Medicină din Lituania, IP „Kaunas Clinics”;
  3. IP „Spitalul Universitar Republican din Vilnius”;
  4. IP „Spitalul marinarilor Klaipeda”;
  5. IP „Spitalul Republican Siauliai”;
  6. IP „Spitalul Republican Panevezys”.
-



Anexa 2

la Descrierea procedurii de furnizare a serviciilor medicale în caz de suspiciune sau diagnosticare a accidentului vascular cerebral acut

**SPITALE CARE ACORDĂ ÎNGRIJIRE INTERMEDIARĂ**

1. Instituția publică (în continuare IP) „Spitalul județean din Alytus „S. Kudirka”;
  2. IP „Spitalul Marijampole”;
  3. IP „Spitalul regional Telsiai”;
  4. IP „Spitalul Taurage”;
  5. IP „Spitalul Utena”.
-

Anexa 3

la Descrierea procedurii de furnizare a serviciilor medicale în caz de suspiciune sau diagnosticare a accidentului vascular cerebral acut

**INSTITUȚII MEDICALE CARE PRESTEAZĂ SERVICII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ, CU CARE CENTRELE DE TRATAMENT AL AVC ȘI SPITALELE CARE ACORDĂ ÎNGRIJIRE INTERMEDIARĂ ÎNCHEIE CONTRACTE DE TRANSPORTARE A PACIENȚILOR**

Nr d/o	Centre de tratament al AVC (în continuare CTAVC) și spitale care acordă îngrijire intermediară (în continuare SII)	Instituții medicale (în continuare - IM), care prestează servicii de asistență medicală de urgență, cu care CTAVC și SII încheie contracte de transportare a pacienților
1.	Instituția publică (în continuare IP) „Clinica Santariskiu a Spitalului Universitar din Vilnius”;  IP „Spitalul județean din Alytus „S. Kudirka”	IM din județul Vilnius  IM din județul Panevezys  IM din municipiile Druskininkai și Varensky din județul Alytus  IM din județul Utena
2.	Spitalul Universității de Medicină din Lituania, IP „Kaunas Clinics”  IP „Spitalul județean din Alytus „S. Kudirka”  IP „Spitalul Marijampole”	IM din județul Kaunas  IM din județul Siauliai  IM din or. Alytus, municipiile Alytus și Lazdijai din județul Alytus  IM din județul Marijampole  IM din municipiul Jurbarka din județul Taurage
3.	IP „Spitalul Universitar Republican din Vilnius”  IP „Spitalul județean din Alytus „S. Kudirka”  IP „Spitalul Utena”	IM din județul Vilnius  IM din județul Panevezys  IM din municipiile Druskininkai și Varensky din județul Alytus  IM din județul Utena
4.	IP „Spitalul marinarilor Klaipeda”  IP „Spitalul regional Telsiai”  IP „Spitalul Taurage”	IM din județul Klaipeda  IM din județul Telsiai  IM din județul Taurage
5.	IP „Spitalul Republican Siauliai”	IM din județul Siauliai  IM din municipiul Telsiai, județul Telsiai
6.	IP „Spitalul Republican Panevezys”	IM din județul Panevezys  IM din municipiul Anyksciai din județul Utena

Anexa 4

la Descrierea procedurii de furnizare a serviciilor medicale în caz de suspiciune sau diagnosticare a accidentului vascular cerebral acut

**INDICATORI AI CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE FURNIZATE ÎN CAZ DE SUSPICIUNE SAU DIAGNOSTICARE A ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ACUT**

Nr d/o	Denumire indicator	Descriere indicator	Valoarea dorită a indicatorului	Furnizor de date
1.	Perioada din momentul înregistrării de către un lucrător al serviciului de asistență medicală de urgență (în continuare SAMU) (din momentul în care angajatul IM care furnizează servicii de asistență medicală de urgență răspunde la un apel telefonic de ajutor medical și completează testul FAST) a unei chemări la un anumit pacient și, dacă medicul specialist al echipei de asistență medicală de urgență suspectează un accident vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60 - I64), până când pacientul este transferat la un centru de tratament al accidentului vascular cerebral (în continuare CTAVC) sau la un spital care acordă îngrijire intermediară (în continuare SII): <b>nu mai mult de 1 (una) oră.</b>	Numărul pacienților înregistrați care s-au adresat la SAMU, pentru care a fost îndeplinit testul FAST și la care medicul specialist al echipei de asistență medicală de urgență prespitalizează a suspectat un accident vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60 - I64), după care aceștia au fost transferați la CTAVC sau la SII nu mai târziu de 1 (una) oră din momentul înregistrării chemării, din numărul total de pacienții transferați de echipa SAMU la SII sau la CTAVC cu suspiciune de accident vascular cerebral acut (Coduri ICD-10-AM: I60 - I64).	100 %	SAMU
2.	Efectuarea în cadrul CTAVC sau a SII a unei tomografii computerizate a creierului (în continuare CT) sau imagisticii prin rezonanță magnetică (în continuare IRM) și evaluarea rezultatelor testului	Numărul de pacienți transferați la CTAVC sau SII cu suspiciune de accident vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60 - I64) care au beneficiat de CT sau IRM cu evaluarea rezultatelor, din numărul total de pacienți internați la	100 %	CTAVC, SII

	pentru un anumit pacient cu suspiciune de accident vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60 - I64)	CTAVC sau SII cu suspiciune de accident vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60 - I64)		
3.	Perioada din momentul sosirii unui anumit pacient cu suspiciune de accident vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60 - I64) la CTAVC sau SII până în momentul efectuării și evaluării rezultatelor CT la CTAVC sau SII: <b>nu mai mult de 30 minute.</b>	Numărul pacienților internați la CTAVC sau SII cu suspiciune de accident vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60 - I64) care au fost supuși CT cu o evaluare a rezultatelor CT nu mai târziu de 30 de minute după sosire, din numărul total de pacienți transferați la CTAVC sau SII cu suspiciune de accident vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60 - I64), care au beneficiat de CT.	100 %	CTAVC, SII
4.	Perioada din momentul sosirii la CTACV sau SII a unui anumit pacient, care a fost diagnosticat cu accident vascular cerebral ischemic acut în CTAVC sau SII (cod ICD-10-AM: I63), până la efectuarea procedurii de tromboliză intravenoasă (înainte de puncția venoasă): <b>nu mai mult de 60 de minute.</b>	Numărul pacienților cu accident vascular cerebral ischemic acut diagnosticat la CTAVC sau SII (cod ICD-10-AM: I63) și pentru care s-a efectuat procedura de tromboliză intravenoasă în decurs de 60 de minute de la sosire la CTACV sau SII, din numărul total de pacienți cărora li s-a diagnosticat accident vascular cerebral ischemic acut (I63) în CTAVC sau SII și care au fost supuși procedurii de tromboliză intravenoasă.	100 %	CTAVC, SII  (de la data creării fișei statistice a persoanei care urmează tratament în condiții de staționar până la data începerii procedurii - Fondul de stat de asigurări de sănătate din cadrul Ministerului Sănătății (în continuare FSA))
5.	Perioada din momentul sosirii la CTACV a unui anumit pacient, care a fost diagnosticat cu accident vascular cerebral ischemic acut în CTAVC sau SII (cod ICD-10-AM: I63), până la efectuarea procedurii de trombectomie mecanică (înainte de puncția venoasă): <b>nu mai mult</b>	Numărul pacienților cu accident vascular cerebral ischemic acut diagnosticat la CTAVC sau SII (cod ICD-10-AM: I63) și pentru care s-a efectuat procedura de trombectomie mecanică nu mai târziu de 2 ore după sosirea la CTACV, din numărul total de pacienți diagnosticați cu accident vascular cerebral ischemic acut (cod ICD-10-AM: I63) în	100 %	CTAVC  (de la data creării fișei statistice a persoanei care urmează tratament în condiții de staționar până la data începerii procedurii - FSA)

	<b>de 2 ore.</b>	CTAVC sau SII și cărora li s-a efectuat procedura de trombectomie mecanică în CTAVC.		
6.	Perioada din momentul în care un anumit pacient ajunge la CTAVC sau SII, care a fost diagnosticat cu accident vascular cerebral acut la CTAVC sau SII (coduri ICD-10-AM: I60 - I64), până la consultarea echipei de reabilitare medicală și începutul reabilitării medicale precoce (în absența unor contraindicații): <b>nu mai mult de 72 de ore.</b>	Numărul pacienților cărora li s-a diagnosticat accident vascular cerebral acut la CTAVC sau SII (coduri ICD-10-AM: I60 - I64) și care, nu mai târziu de 72 de ore după sosirea la CTAVC sau SII, au fost consultați de echipa medicală de reabilitare și au început reabilitarea medicală precoce (în absența unor contraindicații), din numărul total de pacienți cărora li s-a diagnosticat accident vascular cerebral acut la CTAVC sau SII (coduri ICD-10-AM: I60-I64 ) și care au început reabilitarea medicală precoce.	100 %	CTAVC, SII
7.	letalitatea în staționar în rândul pacienților care au fost tratați în CTAVC sau SII contra accidentului vascular cerebral ischemic acut (cod ICD-10-AM: I63).	Numărul pacienților care au decedat în CTAVC sau SII în timpul tratamentului accidentului vascular cerebral ischemic acut (cod ICD-10-AM: I63), din numărul total de pacienți care au fost tratați în CTAVC sau SII contra accidentului vascular cerebral ischemic acut (cod ICD - 10-AM: I63).	Nu mai mult de 10%	FSA
8.	Mortalitatea în decurs de 30 de zile a pacienților care au fost tratați contra accidentului vascular cerebral acut în CTAVC sau SII (coduri ICD-10-AM: I60, I61, I63 (în mod corespunzător pentru fiecare dintre coduri)).	Numărul pacienților care au fost supuși tratamentului contra accidentului vascular cerebral acut în CTAVC sau SII (coduri ICD-10-AM: I60, I61, I63 (în mod corespunzător pentru fiecare dintre coduri)) și care au decedat în termen de 30 de zile după tratament în CTAVC sau SII (în orice IM și în afara IM), din numărul total de pacienți care au fost tratați în CTAVC sau SII contra accidentului vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60, I61, I63 (în mod corespunzător pentru	Nu este fixată	Institutul de Igienă

		fiecare dintre coduri )).		
9.	Mortalitate în decurs de 90 de zile a pacienților care au fost tratați contra accidentului vascular cerebral acut în CTAVC sau SII (coduri ICD-10-AM: I60, I61, I63 (în mod corespunzător pentru fiecare dintre coduri)).	Numărul de pacienți care au fost tratați contra accidentului vascular cerebral acut în CTAVC sau SII (coduri ICD-10-AM: I60, I61, I63 (în mod corespunzător pentru fiecare dintre coduri)) și care au decedat în termen de 90 de zile după tratamentul în CTAVC sau SII (în oricare dintre IM și în afara IM), din numărul total de pacienți care au fost tratați în CTAVC sau SII contra accidentului vascular cerebral acut (coduri ICD-10-AM: I60, I61, I63 (în mod corespunzător pentru fiecare dintre coduri ))	Nu este fixată	Institutul de Igienă

## BIBLIOGRAFIE

1. Protocolul clinic național (PCN-13) „Accidentul vascular cerebral ischemic”, aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecție Sociale al Republicii Moldova din 21.12.2020, proces verbal nr.4 și prin Ordinul Ministerului Sănătății, Protecție Socială al Republicii Moldova nr. 1247 din 23.12.2020 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Accidentul vascular cerebral ischemic”.
2. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova anul 2020, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, Agenția Națională pentru Sănătate Publică.
3. Raport anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, 2019, Compania Națională de Asigurări în Medicină.
4. Academia de Științe a Moldovei: Prezentarea și lansarea unei noi platforme de cercetare și dialog științific eficient „Platforma de excelență în cercetarea Accidentelor Vasculare Cerebrale”, coordonată de academicianul Stanislav Groppa. 28 mai 2021.
5. В Украине увеличивается количество пролеченных методом тромболизиса случаев инсульта – эксперты. Информация 16.09.2021., [interfax.com.ua](http://interfax.com.ua).
6. Изменения в догоспитальной и стационарной помощи пациентам с острым инсультом в Литве. Dalius Jatužis, Rytis Masiliūnas. Презентация. Vilnius, 2019.
7. Discursul profesorului Stanislav Groppa în cadrul evenimentului care a avut loc la Chișinău în perioada 16-18 septembrie 2019, organizat de Asociația Stroke din Moldova.
8. Avan A, Digaleh H, Mario di Napoli, Stranges S, et al. Socio-economic status and stroke incidence, prevalence, mortality, and worldwide burden: an ecological analysis from the global burden of disease study 2017. *BMC Med.* 2019;17(1):191.
9. Ciobanu G, Groppa S. Acute stroke. *Arch Balk Med Union.* 2016;51(1Suppl):122-131.
10. Ciobanu G. et al. The morbidity rate of acute stroke among adult population in both Moldova and India. *Moldovan Medical Journal.* November 2020;63(5):39-44.
11. Dennis M, Caso V, Kappelle LJ, Pavlovic A, Sandercock P. European Stroke Organization (ESO) guidelines for prophylaxis for venous thromboembolism in immobile patients with acute ischaemic stroke. *Eur Stroke J.* 2016;1(1):6-19.
12. Implementation of Stroke Action Plan in eastern Europe (Lithuania). Dalius Jatužis, Aleksandras Vilionskis. Presentation. Lithuania Stroke Association. Vilnius, 2019.
13. Powers WJ, Rubenstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, et al. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2018;49(3): e46-e110.