



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**Dirrecția de Sănătate Publică Dâmbovița**  
Târgoviște str.T.Vladimirescu nr.15-19 cod 130095  
Tel: 0245613604, fax: 0245611067  
e-mail: dspdambovita@dsp.romwest.ro  
Cod operator de data cu caracter personal 12777  
Nr.



---

***RAPORT PRIVIND STAREA DE  
SĂNĂTATE A POPULAȚIEI  
JUDEȚULUI DÂMBOVIȚA  
ÎN ANUL 2015***

---

***DIRECTOR EXECUTIV  
Dr. Sorin Stoica***

# RAPORT PRIVIND STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI JUDEȚULUI DÂMBOVIȚA ÎN ANUL 2015

## CUPRINS:

---

1. Introducere	3
2. Aspecte generale referitoare la județul Dâmbovița	4
3. Demografie	6
3.1. <i>Statica populației</i>	7
3.2. <i>Mișcarea naturală a populației</i>	8
4. Frecvența bolilor	11
4.1. <i>Frecvența bolilor transmisibile</i>	11
4.2. <i>Frecvența bolilor netransmisibile</i>	12
5. Activitățile de prevenție și promovare a sănătății	15
5.1. <i>Prevenția bolilor transmisibile</i>	15
5.2. <i>Supravegherea și prevenția bolilor nosocomiale</i>	15
5.3. <i>Supravegherea factorilor de risc pentru sănătate din mediu și prevenția bolilor asociate</i>	16
5.4. <i>Supravegherea factorilor de risc ocupaționali (noxelor)</i>	17
5.5. <i>Supravegherea factorilor de risc și prevenția bolilor legate de alimentație</i>	17
5.6. <i>Supravegherea expunerii la radiații ionizante și prevenția bolilor asociate</i>	19
5.7. <i>Supraveghere factorilor de risc și prevenția bolilor și tulburarilor specifice copiilor și adolescenților</i>	19
5.8. <i>Supravegherea bolilor netransmisibile și promovarea sănătății</i>	20
6. Activitățile de inspecție și control	22
6.1. <i>Organizarea și funcționarea serviciului de Control în Sănătate Publică</i>	22
6.2. <i>Activitățile derulate în anul 2015</i>	25
7. Serviciile de asistență medicală	27
7.1. <i>Asistența medicală primară</i>	27
7.2. <i>Asistența medicală stomatologică</i>	27
7.3. <i>Asistența medicală ambulatorie de specialitate</i>	28
7.4. <i>Asistența medicală spitalicească</i>	29
7.5. <i>Asistența medicală de urgență</i>	29
7.6. <i>Asistența materno-infantilă</i>	30
8. Concluzii privind starea de sănătate	31

## 1. INTRODUCERE

Direcția de Sănătate Publică Dâmbovița ca instituție publică deconcentrată, cu personalitate juridică, subordonată Ministerului Sănătății, reprezintă autoritatea de sănătate publică la nivel local care implementează politicile și programele naționale de sănătate, supraveghează problemele de sănătate la nivel local și acționează în sensul prioritizării soluționării acestora prin măsuri de prevenție primară (adresate reducerii expunerii la factori de risc pentru sănătate) și de prevenție secundară (vaccinări, screening).

Aceste atribuții sunt însușite în conformitate cu legea de bază care reglementează reforma în sănătate, Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare și cu regulamentul de organizare și funcționare stabilit prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1078/2010.

O.M.S. precizează că starea de sănătate a individului reprezintă nu numai absența bolii sau a infirmității, ci starea completă de bine din punct de vedere fizic, psihic și social.

**Stabilirea problemelor de sănătate** la nivelul județului sau, în general, la nivelul unei zone geografice delimitate, are în vedere frecvența cazurilor de boală, pe patologii, evoluția în timp a acesteia și frecvența cazurilor comparativ cu alte județe sau zone geografice.

**La prioritizarea soluționării lor** se iau în calcul atât numărul de cazuri, gravitatea și impactul asupra calității vieții cât și posibilitatea de intervenție în sensul reducerii numărului de cazuri, dependentă la randul ei de resursele disponibile (financiare, umane) și de sprijinul și colaborarea altor părți implicate. Pe termen mediu și lung, prioritizarea este instrumentul care permite existența unei coerențe în planificarea acțiunilor direct adresate prevenirii îmbolnăvirilor și promovării sănătății, precum și a măsurilor necesare îndeplinirii cerințelor de desfășurare în mod eficace și eficient a acțiunilor de prevenție și promovare amintite (referitoare la resurse umane, proceduri, finanțare etc.). Din acest motiv existența și calitatea informațiilor despre factorii de risc asupra sănătății, frecvența bolilor, mortalitatea asociată, rezultatele acțiunilor de prevenție, precum și analiza acestor informații joacă un rol primordial în luarea deciziilor adecvate și eficace.

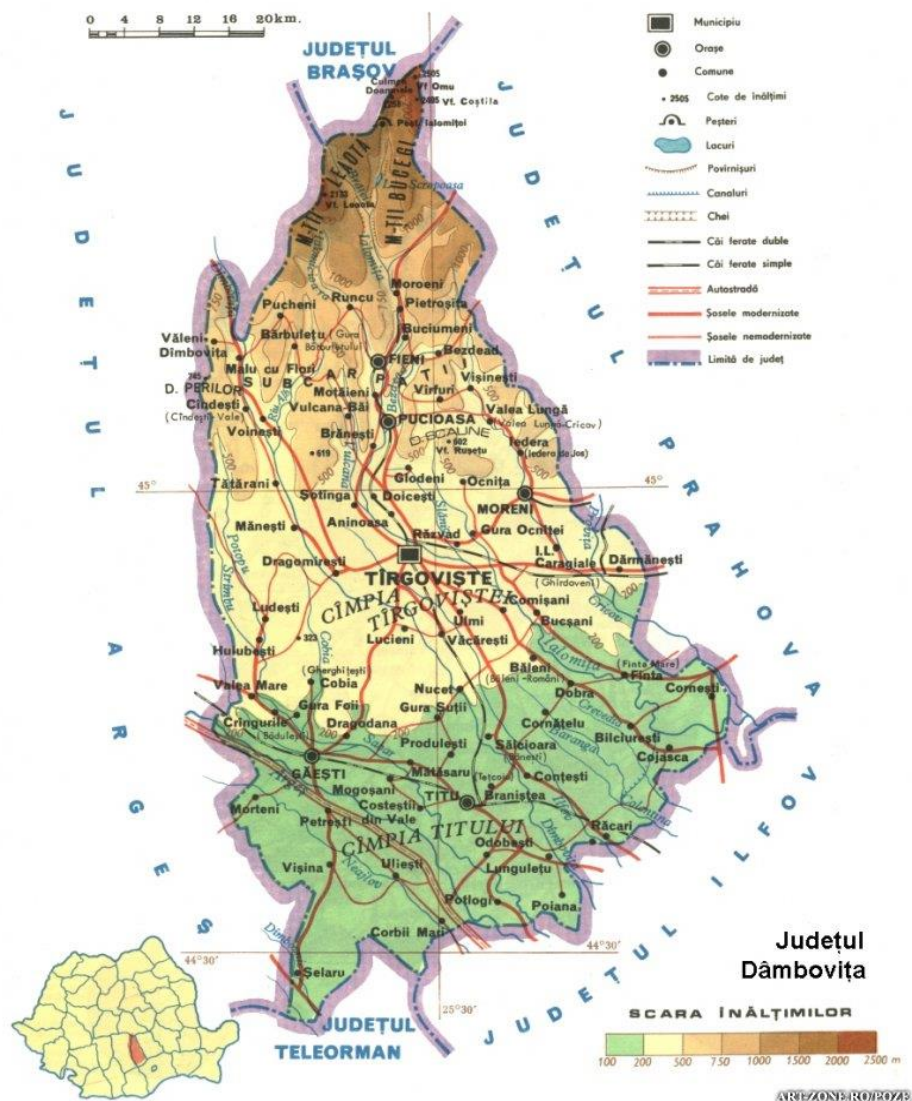
**Scopul acestei lucrări** este de a evidenția problemele de sănătate ale populației județului în raport cu care sunt luate măsuri de prevenție a acestora. Având în vedere că prevenția nu înseamnă doar prevenirea expunerii la factorii de risc, protecția față de aceștia sau depistarea în fază incipientă a bolilor, dar și prevenirea agravării bolii și recuperarea indivizilor pentru reducerea gradului de invaliditate și creșterea astfel pe cât posibil a calității vieții, este importantă și luarea în considerare a situației asigurării cu servicii medicale primare, ambulatorii și spitalicești și prezentarea ei.

**Lucrarea se adresează** atât decidenților din sănătate și structurile administrative cât și publicului general.

## 2. ASPECTE GENERALE REFERITOARE LA JUDEȚUL DÂMBOVIȚA

Județul Dâmbovița este situat în sudul Carpaților Meridionali, în zona de contact a Câmpiei Române cu Subcarpații Munteniei, la intersecția paralelei de 45° latitudine nordică cu meridianul 25,30 longitudine estică.

Cu o suprafață de 4 054 km<sup>2</sup>, este unul din Județele mici ale țării, ocupând 1,7% din suprafața României, situându-se ca întindere pe locul 37 între județele țării. Din această suprafață 61,39 este reprezentată de terenuri agricole, 29,8% păduri și 8,9% alte terenuri.



Pe raza județului Dâmbovița există:

- *2 municipii:*
  - Târgoviște, reședință de județ, în care își aveau domiciliul, la 1 iulie 2015, 94.240 de persoane,
  - Moreni, a carui populație în funcție de domiciliu, număra la 1 iulie 2015, 20.755 persoane;
- *5 orașe, în care își aveau domiciliul la 1 iulie 2015, un total de 55.657 de persoane, astfel:*
  - 15.541 în Pucioasa,
  - 15.444 în Găești,
  - 10.402 în Titu,
  - 7.739 în Fieni,
  - și 6.531 în Răcari.

82 de comune care totalizează 353 sate, având o populație rezidentă la 1 iulie 2015, de 364.268 locuitori.

Trebuie menționat că nu există date referitoare la populația rezidentă pe localități, un indicator mai fidel al numărului de persoane carora li se adresează în mod obișnuit serviciile de sănătate din județ.

Relieful dispus armonios este constituit din munți, unități de tranziție de la munte la deal (subcarpați), dealuri și câmpie. Altitudinea maximă este de 2.505m (vârful Omu), iar cea minimă de 128,9m (comuna Poiana). În ampla curbă altimetrică a reliefului predomină câmpia, care reprezintă 68% din suprafață.

Resursele de apă: teritoriul Județului Dâmbovița este inclus în 2 bazine hidrografice:

Buzău-Ialomița și Argeș-Vedea. Resursele de apă ale Județului Dâmbovița sunt constituite din apele de suprafață (râurile Ialomița, Dâmbovița, Argeș) care sunt și importante surse de alimentare cu apă pentru populație, industrie și agricultură dar și apele subterane. Apele cantonate în stratul acvifer sunt folosite ca surse locale de aprovizionare cu apă a comunităților sau în irigarea culturilor. În zona de munte, în timpul infiltrațiilor, venind în contact cu unele straturi de roci apele se pot mineraliza apărând la suprafață ca ape minerale, cum sunt cele de la Priseaca (apele sulfurate, sulfuroase, bicarbonatate, clorurosodice) sau de la Vulcana Băi (ape iodurate, bromurate).

Clima: Județul Dâmbovița are un climat temperat-continental, punându-și amprenta asupra tuturor componentelor geografice. Datorită succesiunii treptelor de relief de la nord la sud, teritoriul județului se află sub influența circulației maselor de aer de diferite tipuri: aer continental din nord și est, mediteranean din sud-vest, iar la altitudine cel oceanic.

### 3. DEMOGRAFIE

#### 3.1. Statica populației

Județul Dâmbovița în anul 2015 avea o populație de 530.745 de locuitori, ceea ce reprezenta 2.38% din totalul populației României.

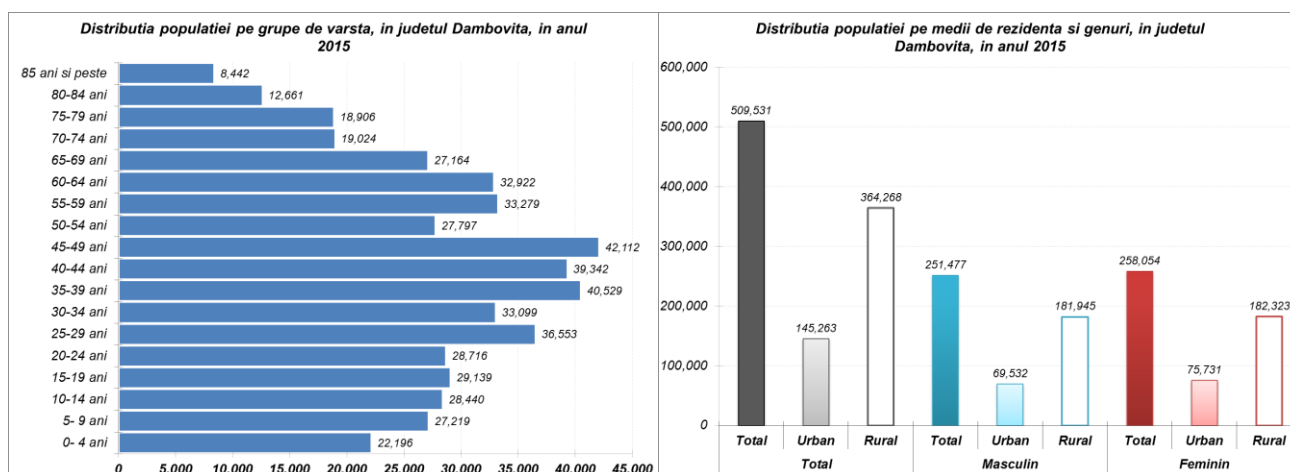
Numărul populației județului Dâmbovița este anticipat să scadă până în anul 2025 cu aproximativ 72,3 mii persoane.

Populația la 1 ianuarie 2015 în mediul urban era de 170.561 persoane, din care 81.338 bărbați și 89.223 femei iar în mediul rural de 360.184 persoane, din care 178.339 bărbați și 181.845 femei, în scădere față de anii precedenți în ambele medii. În ceea ce privește structura populației pe sexe, se constată o ușoară predominanță numerică a persoanelor de sex feminin reprezentând 51,07% din totalul populației.

Analiza structurii populației pe grupe de vârstă relevă tendința de îmbătrânire a populației care poate avea următoarele efecte negative:

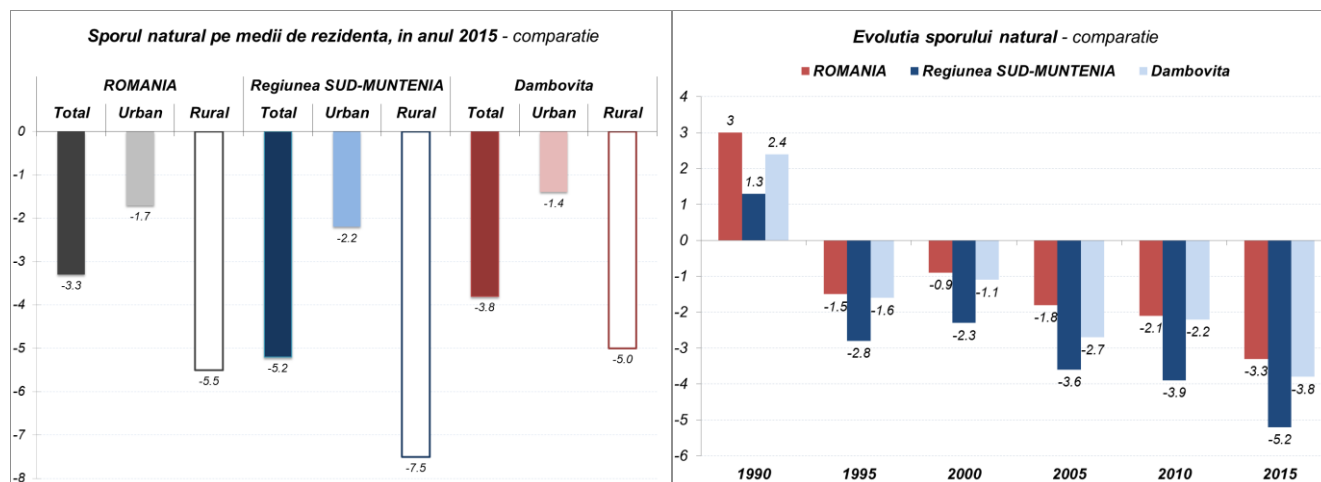
- reducerea numărului populației active,
- deteriorarea raportului de dependență economică,
- reducerea populației de vârstă școlară cu efecte negative asupra întregului sistem educational.

Îmbătrânirea populației este asociată cu creșterea morbidității cu alură de cronicitate, cu incapacitate de muncă fizică și psihică, avînd o durată din ce în ce mai lungă, terminînd cu dependența, atât în familie, cât și în societate, prin dependență înțelegînd ajutorul necesar chiar și în activitățile de bază ale vieții cotidiene.



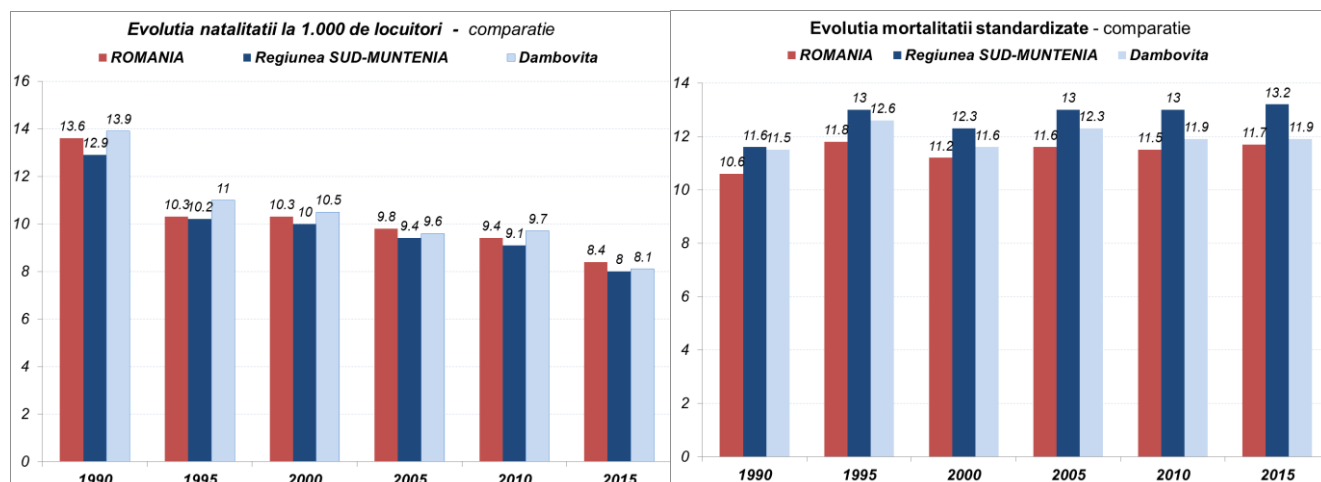
### 3.2. Mișcarea naturală a populației

Natalitatea este în scădere față de anii trecuți, iar aceasta evoluție coroborată cu o ușoară creștere a mortalității a condus la scăderea **sporului natural**, ajungând în anul 2015 la valoarea de -3,8 la nivelul județului Dâmbovița. Totuși, după cum reiese și din graficul de mai jos, *valoarea absolută a sporului natural în județul Dâmbovița este mai mare față de valoarea la nivelul țării și mai mică față de nivelul Regiunii Sud-Muntenia*. În același timp *valoarea absolută a sporului natural pentru mediul rural este mai mică decât valoarea în mediul urban în județ, țară și Regiunea Sud-Muntenia*. Sporul natural reprezintă rezultatul diferenței dintre numărul de născuți vii și persoane decedate într-un an, exprimat la 1.000 de locuitori și reflectă așadar ritmul de creștere sau scădere anuală a unei populații.



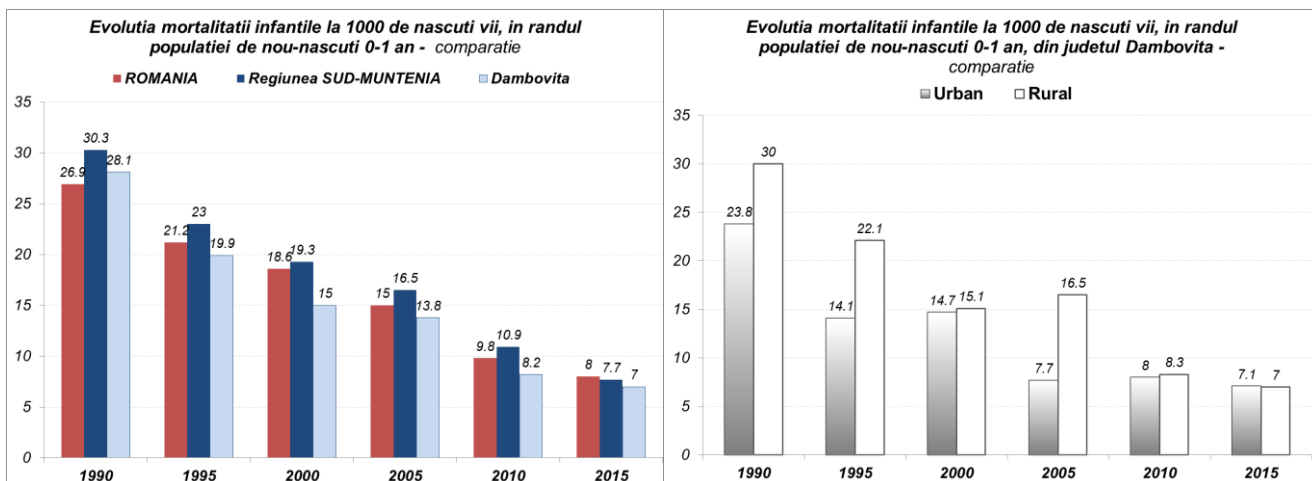
**Rata mortalității** la nivelul județului, a avut în 2015 valoarea de 11,6 decese la 1.000 locuitori, fiind ușor peste valoarea la nivel de țară și sub valoarea pentru Regiunea Sud-Muntenia. Evoluția în timp a mortalității, începând cu anul 1990, a fost una oscilantă cu variații ușoare.

**Rata natalității** în 2015 avea valoarea de 8,1 nou-născuți vii, 0-1 ani la 1.000 locuitori și după cum se constată din graficul de mai jos, este în continuă scădere. Natalitatea este un fenomen demografic supus în primul rând efectelor caracteristicilor socio-economice particulare județului și țării în ansamblu. Nu trebuie însă neglijată și influența calității și accesibilității serviciilor de sănătate, factori importanți pentru prevenirea și controlul factorilor de risc și a morbidităților asociate mortalității infantile.





**Rata de mortalitate infantilă** este în scădere în județul Dâmbovița ca și la nivelul Regiunii Sud-Muntenia, atât în mediul urban cât și în mediul rural, după cum se poate observa în graficul de mai jos.

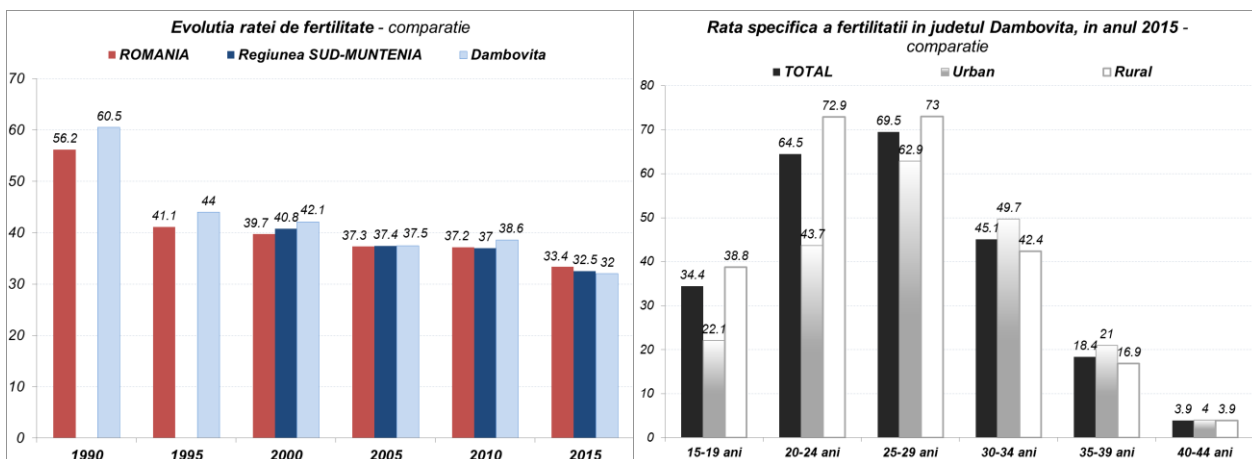


Conform ultimelor date statistice provenind din anul 2012 și care indică *cauzele mortalității infantile* la nivel național, principalele cauze de deces în rândul nou-născuților 0-1 an au fost, în ordinea frecvenței:

- afecțiunile perinatale,
- afecțiunile aparatului respirator,
- grupul malformațiilor congenitale, al deformațiilor și anomaliilor congenitale.

Alte cauze, altele decât cele menționate anterior, care concură la apariția de decese în rândul nou-născuților 0-1 an, sunt reprezentate de vârsta mamei (<15 ani sau >40 ani), nivelul socio-economic al acesteia, precum și nivelul de educație.

**Rata de fertilitate în județul Dâmbovița** a avut în anul 2015 o valoare de 32 de nou-născuți vii la 1.000 de femei de vârstă fertilă (15-49 ani) și este ușor mai mică față de valorile pe țară și regiune. În același timp se poate constata o înjumătățire a ratei de fertilitate față de anul 1990, în județul Dâmbovița.

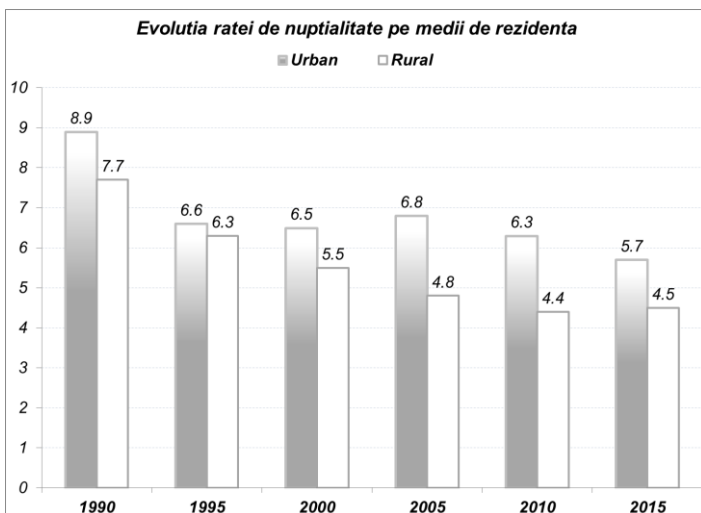




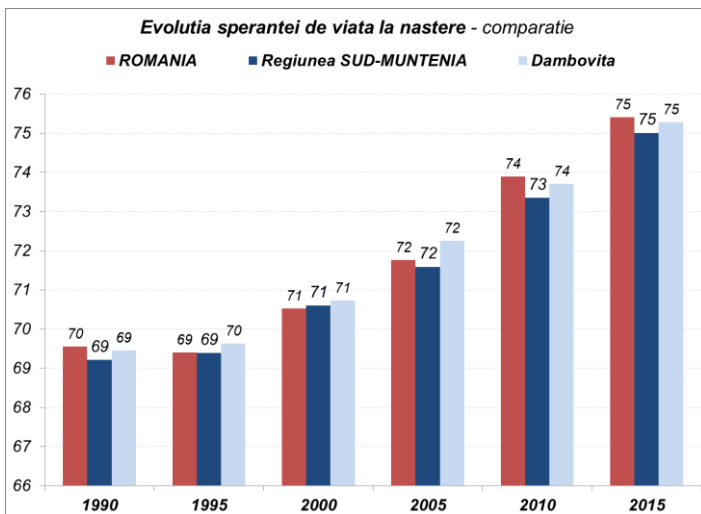
**Ratele specifice ale natalitatii in judetul Dambovita, in anul 1990**

Varsta mamei 15-19 ani	64.7
Varsta mamei 20-24 ani	160.8
Varsta mamei 25-29 ani	93.6
Varsta mamei 30-34 ani	41.8
Varsta mamei 35-39 ani	15.6
Varsta mamei 40-44 ani	5
Varsta mamei 45-49 ani	0.3

Urmărind tabelul alăturat și graficul de mai sus, se poate constata ca **rata de fertilitate specifică** a cunoscut o reducere semnificativă la grupele de vârstă tinere (mame sub 30 ani) și în principal la nivelul grupei de vârstă 20-24 ani. Astfel numărul de nou-născuți sau/și de mame din această categorie de vârstă s-a redus.

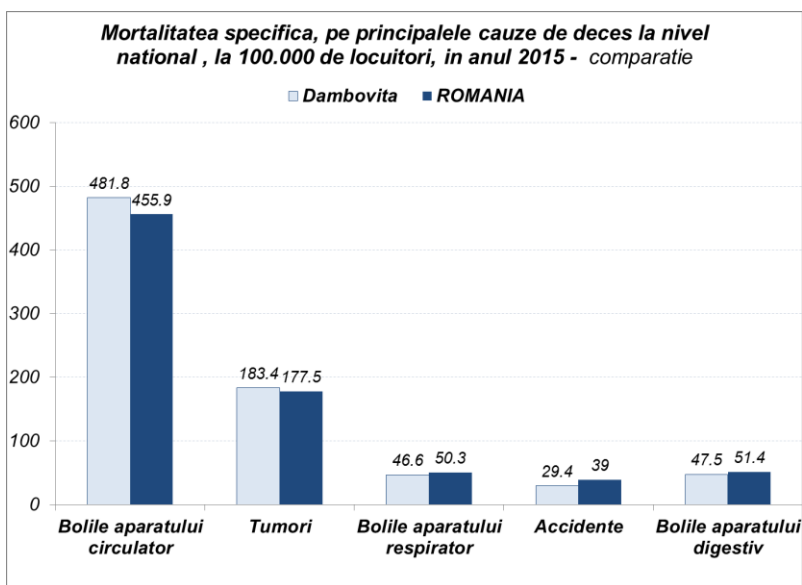


**Rata de nupțialitate** (nr. de căsătorii într-un an la 1.000 de locuitori) prezintă o evoluție descrescătoare ajungând în anul 2015 la 5,7 căsătorii/1000 locuitori în mediul urban și 4,5 căsătorii/1000 locuitori în mediul rural. Comparând ca și în cazul fertilității valorile anului 2015 cu cele ale anului 2014, putem spune că reducerea numărului de căsătorii poate fi unul dintre factorii importanți care au condus la reducerea fertilității și consecutiv a natalității.



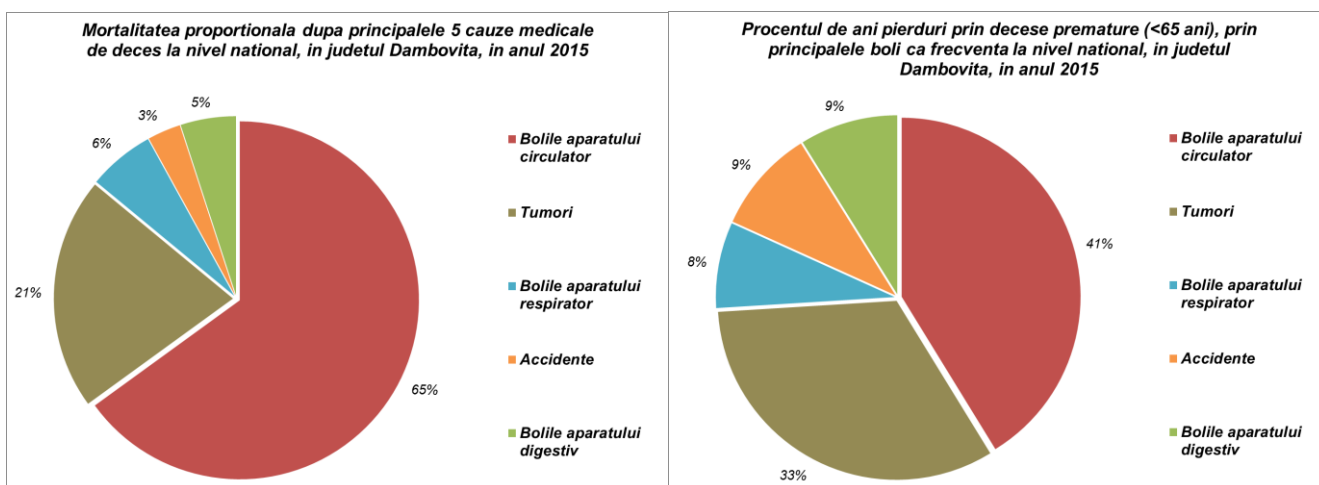
După cum se poate observa analizând graficul alăturat, **speranța de viață la naștere**, care reprezintă unul dintre indicatorii dezvoltării, este în creștere ajungând în anul 2015, în județul Dâmbovița, la valoarea de 75,28, ușor mai mare decât valoarea care caracterizează Regiunea Sud-Muntenia (75,01) și ușor mai mică față de valoarea pe țară (75,41).

Analiza **mortalității specifice pe cauze medicale** indică ca probleme majore atât la nivel național cât și la nivel local, bolile cardio-vasculare și tumorile. La nivel județean mortalitățile prin boli ale aparatului respirator, ale aparatului digestiv și accidente, aflate și ele în rândul celor mai semnificative cauze de mortalitate în România, se află sub mediile la nivelul țării, după cum se poate observa în graficul de mai jos.



Din acest motiv analiza mai aprofundată a cauzelor cât și abordarea acestor cauze prin acțiuni de prevenție trebuie să constituie alături de prevenția principalelor două cauze ale mortalității (bolile cardio-vasculare și tumorile), *priorități reflectate în obiectivele strategice județene de prevenție și promovare a sănătății*, dar fără a neglija importanța prevenirii bolilor transmisibile în rândul categoriilor de vârstă vulnerabile.

Analizând **mortalitatea proporțională** pe principalele cinci cauze medicale de deces la nivel național în paralel cu procentele de **ani pierduți prin decese premature** (<65 ani) după aceleași cauze medicale de deces, putem observa în cazul bolilor cardio-vasculare că, deși asociază un procent de 65% de decese dintre decesele prin cele cinci boli, are o contribuție mai mică, de 41% din anii pierduți prin decese premature prin cele cinci boli. Acest lucru se explică prin faptul că decesele prin boli cardio-vasculare apar în general la indivizi cu vârste mai avansate decât în cazul celorlalte patru boli, lucru semnificativ în orientarea serviciilor de prevenție, precum și în *stabilirea obiectivelor locale strategice*. Astfel, această reducere se regăsește într-o creștere semnificativă a anilor pierduți prin decese premature prin tumori, 21% decese față de 33% ani pierduți prin decese premature. Ușor cresc și procentele anilor pierduți prematur prin decese date de boli respiratorii și digestive și mai ales prin accidente.



## 4. FRECVENȚA BOLILOR

### 4.1. Frecvența bolilor transmisibile

Morbiditatea înregistrată prin boli transmisibile în anul 2015 comparativ cu anul 2014 relevă scăderea semnificativă a morbidității prin *hepatita virală de tip A* - 13 cazuri dintre care 7 apărute în colectivități școlare (față de 56 de cazuri în 2014), aspect ce indică măsurile de protecție sanitară aplicate de către D.S.P..

Se menține apariția cazurilor de îmbolnavire în comunitățile cu deficiențe elementare în igiena personală dar și a condițiilor igienico-sanitare precare privind igiena alimentației, igiena alimentării cu apă potabilă, igiena locuinței, pe fondul unor probleme socio-economice familiale în comunitățile cu procentaj de 100% populație roma.

A existat o ușoară scădere a morbidității prin *hepatita virală de tip B* - 4 cazuri (față de 8 cazuri în 2014). Cazurile s-au înregistrat la adulți care nu au beneficiat de imunizare în cadrul programului național care cuprinde vaccinarea AHB a tuturor nou-născuților din România.

În cazul *hepatitei virale de tip C*, nu s-au înregistrat cazuri în 2015.

A existat o creștere a morbidității prin *boală Lyme* - 23 dintre care 12 confirmate (față de 4 cazuri confirmate în 2014), care denotă creșterea adresabilității pacientului către furnizorii de servicii medicale și răspunsul pozitiv la investigațiile periodice impuse de metodologia în vigoare.

Se constată o creștere a numărului de cazuri de scarlatină în anul 2015 față de 2014 (180 cazuri cu 136 confirmate în 2015, față de 95 de cazuri în 2014).

Legat de *Febra Butonoasă*, se constată o ușoară scădere a cazurilor față de anul precedent - 6 cazuri dintre care 3 au fost confirmate (9 cazuri confirmate în 2014).

O scădere a numărului de cazuri de *salmonelloza* - 28 cazuri în 2015 față de 2014 (36 cazuri în 2014), poate fi pusă pe seama respectării metodologiei de supraveghere a BDA (raportare și diagnostic etiologic). Nu s-au înregistrat cazuri în unități școlare sau colectivități cu risc epidemiologic.

S-a înregistrat o scădere a morbidității prin *rujeolă* în 2015 - 3 cazuri infirmate, față de 2014 (1 caz confirmat în anul 2014).

Se constată o scădere a numărului de cazuri *gripa* în anul 2015 - 17 dintre care 12 au fost confirmate, față de anul 2014 (19 cazuri confirmate în 2014).

În cazul *SARI (infecții respiratorii acute severe)* s-au recoltat 6 probe dintre care 3 au fost pozitive.

Se constată o ușoară creștere a numărului de cazuri de *sifilis recent* - 14 cazuri în 2015, față de 9 cazuri în 2014. Nu s-au înregistrat cazuri de sifilis congenital și nici focare cu 3 cazuri.

Datorită introducerii metodologiei de supraveghere/control și a sistemului de raportare periodică, s-au declarat un număr de 137 de cazuri de îmbolnavire cu *clostridium difficile* în 2015, față de 19 cazuri în 2014.

Se constată o creștere a numărului de cazuri de *boala pertussis* în anul 2015 - 31 de cazuri dintre care 14 au fost confirmate, față de 1 caz confirmat în 2014.

În cazul *toxiinfecțiilor alimentare*, s-au înregistrat 4 focare, cu 23 de cazuri, din care s-au recoltat probe biologice și alimentare identificându-se ca agent etiologic stafilococul coagulazo-pozitiv.

În anul 2015, a fost confirmat un singur caz de *tetanos*.

A existat un caz confirmat de *listerioza*, pentru care s-a efectuat anchetă epidemiologică, în colaborare cu medicul de familie.

S-au înregistrat 31 de cazuri de *tuse convulsivă*, un număr dintre acestea provenind dintr-un focar de familie. S-au întocmit fișe de supraveghere, s-au luat măsuri profilactice cu antibioticoterapie și nu s-au identificat contacti vaccinabili.

În anul 2015 s-au înregistrat 6 cazuri de *infecție urliană* dintre care 4 au fost confirmate etiologic.

Numărul cazurilor de *SIDA*, luate în evidență în anul 2015, a scăzut față de anul precedent - 5 cazuri noi de infecție HIV în 2015, față de 12 cazuri în 2014.

Nu se constată o creștere a numărului de îmbolnăviri prin *tuberculoză pulmonară* față de anul precedent - 319 cazuri în 2015, față de 319 cazuri noi în anul 2014 și nu s-a înregistrat niciun focar cu 3 cazuri. S-au înregistrat 2 cazuri noi de *meningită TBC* față de 3 cazuri în 2014.

Au fost declarate un număr de 166 *infecții nosocomiale* în 2015 față de 93 în 2014.

<b>BOLI INFECTIOASE SI PARAZITARE</b>			
<b>Boala</b>	<b>Nr. cazuri noi</b>		
	<b>2015</b>	<b>2014</b>	
<i>Infectii nozocomiale</i>	166	93	
<i>Tuberculoza</i>	321	322	
<i>Hepatita virala</i>	de tip A	13	56
	de tip B	4	8
<i>SIDA</i>	5	12	
<i>Sifilis</i>	14	9	
<i>Gripa</i>	12	19	
<i>Scarlatina</i>	136	95	
<i>Salmonelloza</i>	28	36	
<i>Toxiinfecții alimentare</i>	23		
<i>Tetanos</i>	1		
<i>Clostridium difficile</i>	137	19	
<i>Boala Lyme</i>	12	4	
<i>Tuse convulsiva</i>	15		
<i>Parotidita epidemica</i>	7		
<i>Febra butonoasa</i>	3	9	
<i>SARI</i>	3		
<i>Boala pertussis</i>	14	1	
<i>Listerioza</i>	1		

Sintetizând informațiile de mai sus, numărul de cazuri noi înregistrate pe tip de boala se poate regăsi în tabelul alăturat. Astfel, față de anul 2014 se poate constata o reducere semnificativă a numărului de cazuri de *hepatită de tip A*. În același timp, se pot constata nivele semnificativ mai mari în 2015, pentru *scarlatină* și cazurile de infecție cu *clostridium difficile*.

Referitor la numărul de cazuri incidente de tuberculoză, acestea provin după cum urmează:

<b>Varsta</b>	<b>din randul bolnavilor noi</b>		<b>din randul bolnavi readmiși</b>	
	<b>0-14 ani</b>	<b>15+ ani</b>	<b>0-14 ani</b>	<b>15+ ani</b>
<b>TOTAL</b>	25	249	1	46
<b>Urban</b>	9	55	0	12
<b>Rural</b>	16	194	1	34

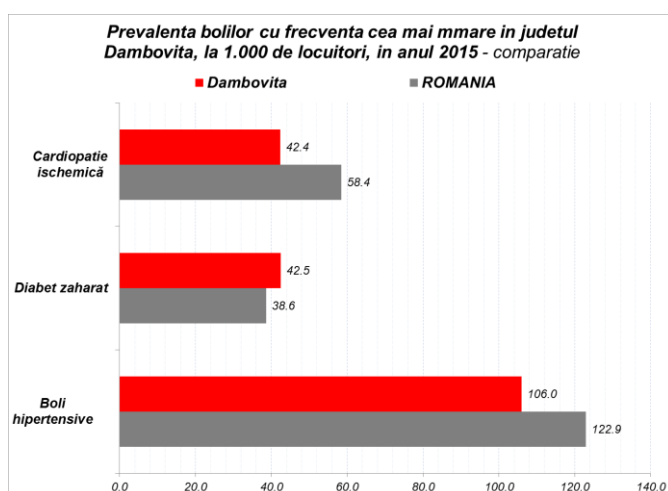
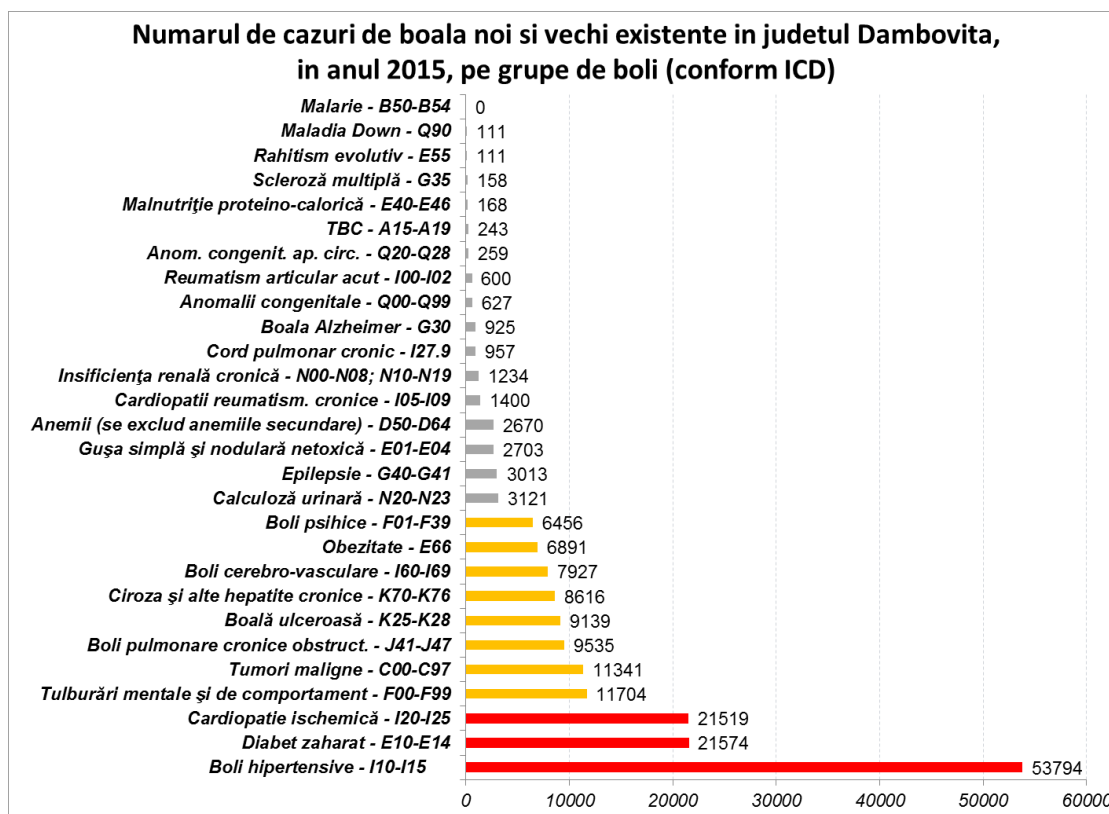
#### 4.2. Frecvența bolilor netransmisibile

După cum se constata din graficul de mai jos, bolile cu cel mai mare număr de cazuri rămase în evidență în anul 2015, în județul Dâmbovița, în ordinea frecvenței, sunt:

- bolile hipertensive (53.794 cazuri și cu o prevalență de 105,98 la 1.000 locuitori)
- diabetul zaharat (21.574 cazuri și cu o prevalență de 42,5)
- cardiopatia ischemică (21.519 cazuri și cu o prevalență de 42,39)
- tulburările mentale și de comportament (11.704 cazuri și cu o prevalență de 23,06)

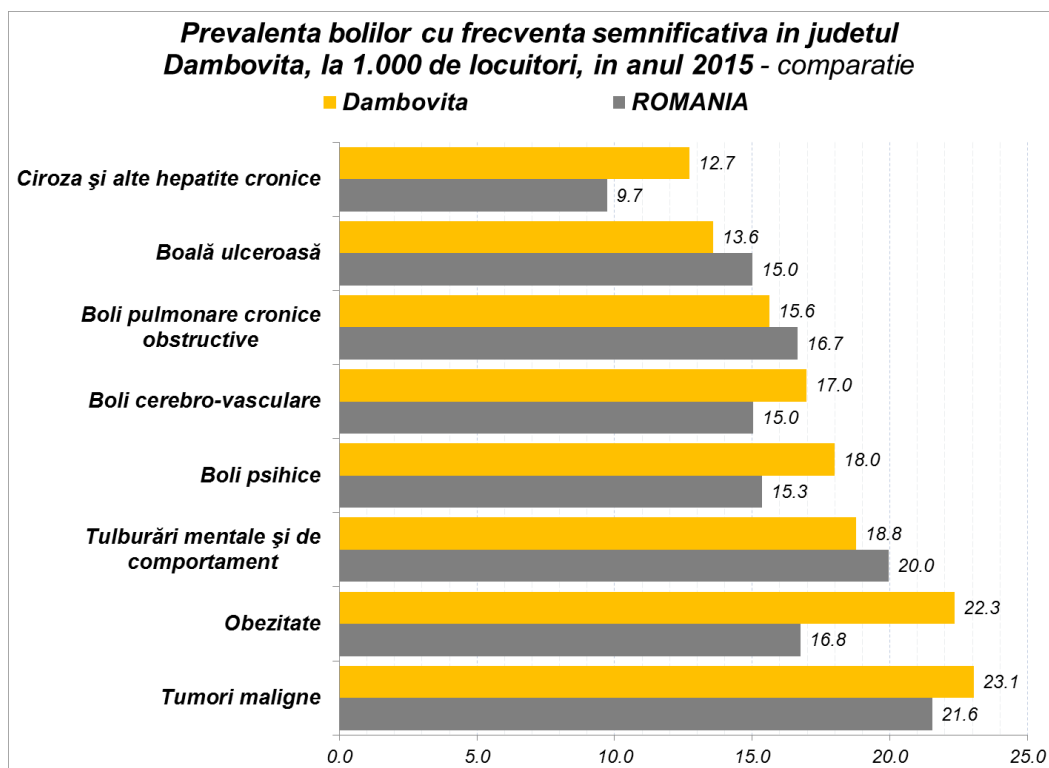
- tumorile maligne (11.341 cazuri și cu o prevalență de 22,34)
- bolile pulmonare cronice obstructive (9.535 cazuri și cu o prevalență de 18,78)
- boala ulceroasă (9.139 cazuri și cu o prevalență de 18)
- ciroza și alte hepatite cronice (8.616 cazuri și cu o prevalență de 16,97)
- obezitatea (6.891 cazuri și cu o prevalență de 13,57)
- bolile psihice (6.456 cazuri și cu o prevalență de 12,72)

Povara de boli este importantă atât pentru serviciile de sănătate curative cât și din punct de vedere al prevenției și promovării sănătății, având în vedere că aceste boli au în cea mai mare parte un determinism legat de stilul de viață (alimentație neechilibrată, sedentarism, fumat, exces de alcool și nu în ultimul rând dezechilibrul viața-muncă).



Analizând comparativ prevalența principalelor morbidități ca frecvență, se poate observa că în județul Dâmbovița, prevalența cazurilor de diabet zaharat este mai mare față de prevalența la nivel de țară. În cazul celorlalte două morbidități, ale căror prevalențe se regăsesc în graficul alăturat, situația este inversată.

Fără a pierde din vedere faptul că prevalența este direct dependentă de durata bolii, iar în cazul diabetului, de cât de timpuriu au fost diagnosticate cazurile, se poate afirma că prevenția diabetului zaharat prin reducerea expunerii la factori de risc exogeni trebuie să constituie pe termen mediu una dintre prioritățile județene în domeniul prevenției bolilor.



Dintre bolile și tulburările care prezintă o prevalență semnificativă la nivelul județului nostru, în ordinea frecvenței, tumorile maligne, obezitatea, bolile psihice, bolile cerebrovasculare, ciroza și alte hepatite cronice, acestea prezintă niveluri ale prevalenței peste nivelele medii pe țară. Din acest motiv, căutarea cauzelor și a soluțiilor pentru reducerea nivelului acestora, devine necesară pentru scăderea frecvenței acestor boli pe termen lung.



## 5. ACTIVITĂȚILE DE PREVENȚIE ȘI PROMOVARE A SĂNĂȚĂȚII

### 5.1. Prevenția bolilor transmisibile

În vederea pregătirii pentru epidemii s-a reîntregit **rezerva antiepidemică**, ținând cont și de modificările legislative benefice inițiate de M.S. (Ord.M.S. nr.386/2015).

În ceea ce privește **vaccinarea copiilor conform calendarului național de vaccinare**, s-au asigurat și *distribuit vaccinurile necesare către furnizorii de servicii medicale* în vederea vaccinării copiilor eligibili pentru vaccinare. Periodic, se reevaluează necesarul de vaccinuri destinate copiilor, pentru fiecare tip de vaccin. *Personalul medical vaccinator a fost instruit* în vederea:

- păstrării corespunzătoare a vaccinurilor,
- administrării acestora,
- respectării intervalelor dintre vaccinări,
- recuperării restanțierilor,
- raportării periodice corecte.

S-au înregistrat *5 cazuri de reacții adverse post-vaccinale indezirabile*, după cum urmează:

- 1 caz la vaccinarea antirujeolică,
- 2 cazuri la vaccinarea diftero-tetanică,
- 2 cazuri la vaccinarea cu Tetraxim (vaccin anti-diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic).

Disfuncționalitățile înregistrate au existat (din motive obiective) la aprovizionarea cu vaccin Tetraxim (DTPa-VPI), fapt ce a dus la *nerespectarea Programului Național de Imunizări și recuperarea parțială a copiilor restanțieri la această vaccinare*.

21.787 de locuitori ai județului expuși riscului de a contracta sau transmite gripa, s-au vaccinat **antigripal**.

**Prevenția infecției HIV** a constat în:

- testarea gravidelor, a populației la risc sau în scop diagnostic la nivelul laboratorului propriu al D.S.P. Dâmbovița – 1.410 testari;
- distribuirea către maternități de teste rapide pentru testarea gravidelor înainte de naștere.

### 5.2. Supravegherea și prevenția bolilor nosocomiale

În anul 2015 se constată **o mai bună raportare a cazurilor** de infecție nosocomială, fapt ce explică numărul mai mare de cazuri monitorizate, centralizate și analizate. Acest lucru se explică printr-o mai bună respectare a procedurii specifice dar și a protocolului de colaborare cu D.S.P., prin intermediul coordonatorului județean, precum și prin introducerea metodologiei de supraveghere a infecției cu clostridium dificile.

S-a intervenit conform normelor tehnice prevăzute în Ord.M.S. 422/2013 și ulterior în Ord.M.S. 386/2015, cu **testarea periodică a salubrității** în unitățile sanitare cu paturi.



### 5.3. *Supravegherea factorilor de risc pentru sănătate din mediu și prevenția bolilor asociate*

**Supravegherea calității apei potabile** s-a adresat în anul 2015:

- sistemelor centralizate de furnizare a apei potabile care deservește un număr de 89 de localități (7 orașe și 82 de comune);
- fântânilor publice (în situații de sistare a apei potabile furnizată în sistem centralizat în zona rurală sau la solicitarea proprietarilor);
- sistemelor proprii de alimentare cu apă potabilă (societăți comerciale, spitale).

Astfel, în cadrul monitorizărilor calității apei (de tip audit și control) s-au recoltat 6.663 de probe de apă potabilă de la nivelul *sistemelor centralizate de furnizare a apei potabile*, fiind efectuate un total de 69.885 de teste de laborator, dintre care 23.835 pentru parametri microbiologici și 46.050 pentru parametri fizico-chimici. S-au înregistrat următoarele neconformități:

- legate de parametrii bacteriologici: 15 teste de laborator cu rezultate neconforme (0,063% neconforme),
- legate de parametrii fizico-chimici: 303 teste de laborator cu rezultate neconforme (0,66% neconforme).

Din analiza rezultatelor microbiologice și chimice s-a constatat că instalațiile de apă din mediul rural care sunt gestionate de către consiliile locale, prezintă cele mai multe neconformități.

Pentru supravegherea calității apei de *fântână* s-au prelevat 128 de probe iar de la *sistemele proprii de alimentare* cu apă, s-au recoltat 989 probe de apă. Din analiza rezultatelor de laborator precum și din evaluarea în teren a fântânilor reiese că majoritatea nu îndeplinesc condițiile de asigurare a unei ape potabile de calitate datorită degradării acestora, a amplasării improprii (în vecinătatea unei surse de poluare) și a întreținerii și exploatarei defectuoase (lipsă asanare periodică). Acestea se reflectă în procentul de teste cu rezultate neconforme, 29,68% în cazul celor pentru parametri microbiologici și 34,8% în cazul celor pentru parametri fizico-chimici. Direcția de Sănătate Publică Dâmbovița a procedat la informarea autorităților locale și a proprietarilor fântânilor (după caz) asupra rezultatelor necorespunzătoare precum și a măsurilor ce trebuie instituite pentru potabilizarea apei. Facem mențiunea că în anul 2015, în județul Dâmbovița nu s-a înregistrat niciun caz de methemoglobinemie acută infantilă, cauzată de poluarea apei cu nitrați și nici cazuri de epidemie hidrică.

**Supravegherea calității apei de piscină** s-a efectuat în sezonul estival prin prelevarea a 82 de probe din 33 de piscine. Nu au fost înregistrate cazuri de îmbolnăviri în relație cu calitatea apei de piscină.

**Supravegherea cazurilor de intoxicație acută neprofesională**, desfășurată conform metodologiei de implementare stabilită de I.N.S.P. a permis, în colaborare cu spitalele de pe raza județului și Serviciul de Medicină Legală Dâmbovița, identificarea a 15 cazuri care au fost analizate, evidențindu-se următoarele:

- *11 dintre acestea au fost intoxicații voluntare (tentative de suicid în marea majoritate)*, la persoane de 16-52 de ani, una dintre acestea decedând (intoxicație cu alcool etilic),
- *4 intoxicații au fost accidentale – în 3 cazuri la copii*, cu acetonă, înălbitor de rufe, lac de mobilă și într-un caz la o persoană de 48 de ani, cu piatră vânăță.

S-a realizat **evaluarea impactului asupra sănătății a poluanților din aerul ambiental în mediul urban și a aerului interior în instituțiile publice**, conform metodologiei de implementare transmisă de I.N.S.P., transmițându-se către institut informațiile referitoare la poluanții atmosferici primite de la A.P.M. și date statistice despre nivelele de morbiditate care pot fi influențate de factorii de risc din mediul atmosferic.

#### 5.4. *Supravegherea factorilor de risc ocupationali (noxelor)*

S-au efectuat **evaluări ale nivelului noxelor la locul de muncă în 262 de unități din 512 existente în evidență**, ceea ce reprezintă un procent de 50%. Evaluarea noxelor cu ajutorul specialiștilor Direcției de Sănătate Publică se face la solicitarea unităților.

*Evaluarea nivelului de zgomot* s-a efectuat în 25 dintre aceste unități, realizându-se în total peste 200 de măsurători. În 50% dintre cazuri s-au înregistrat depășiri ale valorilor maxime admise. Pentru aceste locuri de muncă s-a recomandat folosirea echipamentului individual de protecție specific pentru expunerea la zgomot (antifoane de uz extern sau intern).

S-a solicitat *evaluarea încărcăturii microbiologice pe suprafețe* (suprafețe de lucru, documente etc.) către D.S.P., pentru 23 de unități dintre cele 262 amintite mai sus, acestea fiind reprezentate în principal de spitale, centre de reeducare și penitenciare. Un număr total de aproximativ 190 de astfel de testări au fost efectuate în cele 23 de unități.

*Evaluarea nivelului de pulberi* s-a efectuat, la solicitare, pentru 24 de locuri de muncă, fiind efectuate un număr de aproximativ 70 de testări dintre care 9 au avut ca rezultat, valori peste valoarea maximă admisibilă. Unitățile unde s-au efectuat astfel de testări sunt în principal de tipul fabricilor de ciment, de prelucrare a lemnului și de confecții. Pulberile reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea unor afecțiuni respiratorii severe precum astmul bronșic, silicozele și pneumoconiozele. În cursul anului 2015 a fost declarat un caz de boală profesională, reprezentat de dezvoltarea azbestozei la un angajat al S.C. CARPATCEMENT HOLDING S.A. Fieni.

*Evaluarea expunerii la noxe chimice* a constat în aproximativ 140 de testări care au indicat în 12 dintre cazuri depășiri ale nivelelor maxim admise. Agenții chimici evaluați au fost de tipul acizilor anorganici, hidrocarburilor, oxizilor, plumbului etc. În vederea stabilirii concentrației în organism a noxelor chimice s-au mai efectuat aproximativ 650 de testări de probe biologice pentru angajați din 10 unități unde există expunere la noxe chimice, înregistrându-se valori în afara limitelor în cazul a doar 2 teste.

Ca o concluzie generală, se constată **de la an la an reducerea numărului de boli profesionale** declarate. Acest lucru poate fi explicat atât prin scăderea numărului de muncitori, cu o vechime importantă, expuși la factori de risc ocupaționali. În același timp, modernizarea proceselor tehnologice mai ales, dar și disponibilitatea echipamentelor de protecție adecvate joacă un rol important în reducerea îmbolnăvirilor ca urmare a expunerii la factori de risc ocupaționali. Totuși în lipsa unui sistem de raportare eficace a stării de sănătate a angajaților, cu participarea medicilor de medicina muncii și astfel de monitorizare din partea statului, nu poate fi exclusă posibilitatea subraportării cazurilor de îmbolnăvire profesională.

#### 5.5. *Supravegherea factorilor de risc și prevenția bolilor legate de alimentație*

**Supravegherea calității suplimentelor alimentare** (pentru copii, gravide, sportivi) s-a realizat în conformitate cu cerințele metodologiei de implementare la nivelul D.S.P., fiind evaluate din punct de vedere al compoziției 25 de produse, alese aleator și analiza a 2 dintre acestea, în vederea determinării nivelelor de plumb și cadmiu din compoziție, rezultatele fiind corespunzătoare.

**Supravegherea alimentelor tratate cu radiații** se adresează plantelor aromatice provenite în general din orient. Aleator au fost testate 2 probe de produs reprezentând plante aromatice, *una dintre acestea (produs provenind din Mexic) prezentând o încărcătură de radiații peste limita maximă admisă*, Serviciul de Control în Sănătate Publică luând măsurile prevăzute de lege pentru prevenirea comercializării produsului neconform.

**Monitorizarea alimentelor cu adaos de vitamine, minerale și alte substanțe** a constat în evaluarea conform metodologiei de implementare, a notificării acestor produse către Ministerul Sănătății. Au fost verificate un număr de 19 produse de acest tip, toate fiind notificate către minister.

**Monitorizarea nivelului de iod din sarea iodată pentru consumul uman** a constat în prelevarea aleatorie din depozite și unități de desfacere a 40 de probe de sare iodată care au fost ulterior testate în laboratorul propriu al D.S.P. pentru nivelul de iod. În 12 cazuri rezultatele de laborator, de la analiza probelor, au indicat un nivel al iodării sub nivelul minim stabilit prin lege, iar în cele mai multe cazuri a fost vorba de sare iodată provenită din import (Grecia, Turcia, Ucraina). 2 probe de sare iodată (una provenind din Grecia și cealaltă din România) au avut un nivel de iodare peste limita admisă. Serviciul de Control în Sănătate Publică a blocat stocul din care au provenit aceste produse și în funcție de rezultatele de laborator de la analiza contraprobelor și probelor de referință a scos din consum și a aplicat amenzi contravenționale unde a fost cazul. Până la sfârșitul anul 2015 a fost aplicată o singură amendă contravențională (un produs de sare iodată provenita din Grecia) și a fost scos de la vânzare stocul de proveniență, fiind așteptate rezultatele probelor de referință pentru celelalte produse.

**Evaluarea conținutului de zaharuri în unele produse alimentare destinate copiilor**, s-a derulat conform metodologiei de implementare, fiind recoltate aleator un număr de 3 probe de zaharuri. În urma analizelor de laborator s-a putut stabili că nivelul de zahăr în produsele recoltate a fost unul conform.

**Evaluarea factorilor de risc din materialele care vin în contact cu alimentele**, a constat în prelevarea aleatorie și analiza de laborator a 8 probe de materiale care ar putea expune consumatorii la un risc pentru sănătate prin migrare de componente în aliment. S-au prelevat pentru testare produse din ceramică, material plastic maleabil, material plastic rigid, policlorură de vinil iar în urma analizelor de laborator s-a stabilit ca niciuna dintre aceste probe nu pune în pericol sănătatea consumatorilor.

În conformitate cu metodologia de implementare transmisă de I.N.S.P. (Institutul Național de Sănătate Publică), în anul 2015 s-a efectuat **evaluarea stării de nutriție și a alimentației populației**, acțiune prin care, sub forma unui screening adresat unui număr de 50 de persoane înscrise pe lista unui medic de familie care și-a oferit voluntar sprijinul, se urmărește atât prin aplicare de chestionare, cât și prin evaluare clinică și paraclinică, *stabilirea obiceiurilor alimentare precum și a stării de sănătate în raport cu acestea*. Caracteristicile lotului de persoane participante la screening au fost stabilite astfel încât să reducă pe cât posibil efectele pe care genul și vârsta le pot avea asupra rezultatelor finale, rezultate prin care se dorește estimarea caracteristicilor comunității. Din tabelul de mai jos, în care se regăsesc rezultatele evaluărilor clinice și paraclinice ale participanților se poate evidenția procentul mare de persoane supraponderale și cu obezitate, participante la screening. În același timp hipertensiunea arterială a fost constatată la un procent însemnat de participanți. Aceste rezultate reflectă încă odată importanța pe care promovarea unui stil de viață sănătos și implicit conștientizarea nevoii adoptării acestuia și accesul la informații despre un comportament sanogen, îl au în prevenirea morbidităților legate inclusiv de obiceiurile alimentare.

<b>Rezultatele evaluărilor clinice și de laborator</b>		
<b>Indicator/caracteristica</b>	<b>Nr. persoane</b>	<b>% din participanți</b>
Normoponderali	16	32%
Supraponderali	13	26%
Obezi	21	42%
Tensiune arterială în limite normale	35	70%
Hipertensiune arterială	15	30%
Diabet zaharat prezent	8	16%
Diabet zaharat absent	42	84%
Sindrom metabolic prezent	5	10%
Sindrom metabolic absent	45	90%

Mai trebuie precizat că persoanele participante la acest studiu au provenit din rândul pacienților acoperiți cu servicii de medicină de familie prin cabinetul medical din satul Teiș, comuna Șotânga.

### **5.6. Supravegherea expunerii la radiații ionizante și prevenția bolilor asociate**

**Colectivul Igiena Radiațiilor din cadrul DSP Dâmbovița este arondată Laboratorului Teritorial din cadrul D.S.P. Prahova**, conform Ord. M.S. nr.431/2004, privind organizarea și funcționarea laboratoarelor și compartimentelor de igienă a radiațiilor ionizante aflate în rețeaua M.S., modificat prin Ord. M.S. nr.1.078/2009 și coordonează activitatea pe linie de igienă radiațiilor.

#### **Prevenția în domeniul igienei radiațiilor în anul 2015 a constat în:**

- *supravegherea conținutului radioactiv natural al alimentelor și al apei potabile* conform Recomandării 2000/473/EUROATOM prin prelevarea și analiza a
  - 23 probe de apă potabilă,
  - 1 probă de apă de suprafață din râului Ialomița,
  - 12 probe de depuneri atmosferice,
 pentru care nu s-au înregistrat depășiri ale dozelor maxime admise;
- *supravegherea expunerii personalului medical la radiații ionizante* (16 acțiuni);
- *supraveghere și control în unități radiologice* (73 de acțiuni în sectoarele medical și industrial);
- *monitorizarea radioprotecției pacientului în expunerea medicală la radiații ionizante* (44 acțiuni);
- *controlul aplicării normelor de securitate nucleară și de igienă radiațiilor în unitățile autorizate din sectorul medical și industrial*, în vederea protejării sănătății personalului expus la radiații ionizante, a populației și factorilor de mediu (75 acțiuni);
- *avizarea și autorizarea sanitară a unităților cu profil radiologic din sectoarele medical și industrial* (37 acțiuni);
- *monitorizarea fondului radioactiv natural* (82 acțiuni).

### **5.7. Supravegherea factorilor de risc și prevenția bolilor și tulburărilor specifice copiilor și adolescenților**

**Verificarea condițiilor igienico-sanitare din unitățile de învățământ** de toate gradele, efectuată la solicitarea conducerii unităților, a constat în verificarea a 250 de unități. 226 dintre acestea, respectiv *un procent de 90%*, îndeplineau condițiile igienico-sanitare stabilite prin lege. În celelalte 24 de cazuri, s-au descoperit neconformități legate de îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare, solicitându-se remedierea acestora pentru ca unitățile să-și poată desfășura în continuare activitatea. Tot în cursul anului 2015 au fost autorizate sanitar 20 de unități de învățământ.

**Supravegherea desfășurării examenelor de bilanț ce privesc dezvoltarea fizică** a copiilor, *a avut drept rezultat examinarea a peste 15.700* de preșcolari și școlari, urmărindu-se indicatorii de dezvoltare fizică (armonică, dizarmonică, cu supra- sau subponderalitate etc.) precum și existența unor tulburări/boli de urmărit în rândul copiilor încadrați într-unul dintre ciclurile de învățare (TBC,

hepatita virală, diabet, tumori, obezitate, sechele ale rahitismului etc.). Totodată, supravegherea *a permis colectarea de date* pe baza cărora, în funcție de prevalența anumitor tulburări/probleme de sănătate se pot stabili necesitățile legate de serviciile de prevenție și promovare a sănătății în rândul copiilor.

În plus, în cadrul **supravegherii stării de sănătate a copiilor și tinerilor** a fost monitorizată efectuarea *triajului epidemiologic* după fiecare vacanță, fiind examinați aproximativ 200.000 de preșcolari și elevi în vederea depistării eventualelor condiții de sănătate care pot duce la îmbolnavirea copiilor și tinerilor cu care intră în contact în colectivitățile de învățământ. Au fost depistate aproximativ 540 de cazuri de îmbolnavire dintre care 60% erau reprezentate de pediculoză. Personalul igienico-sanitar a asigurat izolarea cazurilor depistate, deparazitarea cazurilor de pediculoză și revenirea acestora în colectivitate în cel mai scurt timp.

În vederea completării informațiilor referitoare la **tipurile și nivelele de morbiditate** înregistrate în rândul nou-nascuților, copiilor și tinerilor (intervalul de vârstă 0-19 ani) medicii de familie raportează cazurile de boală înregistrate în rândul acestora către D.S.P., pe cele 54 de categorii de boala pentru care se face această raportare. Informațiile astfel colectate sunt de asemenea utile în prioritizarea acțiunilor de prevenție și promovare a sănătății în rândul acestor categorii de vârstă. Astfel, în rândul celor peste 31.700 de indivizi de 0-19 ani, declarați de medicii de familie, s-au înregistrat aproximativ 4.100 cazuri de boală, dintre acestea fiind reprezentate de 28% afecțiuni cronice. În ceea ce privește viciile de refracție, frecvența acestora a crescut îndeosebi la clasele a VIII-a și a XII-a și la școlile profesionale, motivele fiind: iluminatul necorespunzător în sălile de clasă, precum și programul de învățământ supraîncărcat. Frecvența deformărilor de coloana vertebrală a scăzut față de anii anteriori ca incidență datorită dotării unităților de învățământ cu mobilier corespunzător.

**Identificarea, cuantificarea și monitorizarea comportamentelor cu risc pentru sănătate**, s-a desfășurat conform metodologiei de implementare stabilită de I.N.S.P., abordând probleme legate de fumat, consumul de alcool și droguri, sedentarism, violență, precum și de comportamentul sexual în rândul copiilor și tinerilor. Astfel *au fost organizate acțiuni de informare atât a copiilor și tinerilor cât și a personalului didactic, legat de riscul și efectele nocive* asociate adicției de tutun, alcool, droguri și cafea, privind expunerea la boli cu transmitere sexuală și *de promovare a unui stil de viață sănătos*. În același timp prin aplicarea de chestionare au fost colectate date care vor orienta și fundamenta acțiuni viitoare adresate prevenției și promovării sănătății în rândul copiilor și tinerilor.

**Evaluarea profilului de risc psiho-social în comunități școlare**, implementată conform cerințelor metodologice ale I.N.S.P., a vizat identificarea factorilor de risc psihologici și sociali, specifici mediului educațional, în vederea stabilirii măsurilor necesare de reducere a riscului asociat. Acțiunea a constat în aplicarea de chestionare unui număr de 100 de elevi de liceu și a unui număr de 96 de chestionare cadrelor didactice.

## 5.8. Supravegherea bolilor netransmisibile și promovarea sănătății

**Monitorizarea implementării programelor de screening pentru cancer de col uterin** evidențiază participarea unui număr de aproximativ 2.140 de femei la testarea Babeș-Papanicolau. Față de anul 2014 se poate constata o reducere a participării cu 48%. Motiv pentru care popularizarea screeningului, conștientizarea riscului de îmbolnavire și cunoașterea beneficiilor acestuia trebuie să constituie în viitorul apropiat unul dintre *obiectivele strategice județene legate de prevenție*.

**Acțiunile de promovare a sănătății** s-au adresat atât priorităților naționale cât și celor locale după cum urmează:

- *campanii naționale:*
  - campanie adresată prevenției TBC ≈ 1.670 de participanți,



- campanie de promovare a sănătății orale ≈ 1.500 de participanți,
- campanie ocazională de celebrarea Zilei Mondiale a Sănătății ≈ 780 participanți,
- campanie adresată prevenției obezității ≈ 1.210 participanți,
- campanie adresată prevenției hipertensiunii arteriale ≈ 770 participanți,
- campanie de promovare a renunțării la fumat ≈ 3.350 participanți,
- campanie de informare asupra efectelor consumului de alcool ≈ 2.470 participanți,
- campanie de promovare a alăptării la sân ≈ 210 participanți,
- campanie de promovare a activității fizice: 790 participanți,
- campanie de informare asupra utilizării antibioticelor în vederea prevenirii dezvoltării de germeni rezistenți la antibiotice ≈ 1.090 participanți,
- campanie adresată prevenției HIV/SIDA ≈ 1.290 participanți;
- *campanii locale:*
  - campanie adresată prevenției efectelor caniculei ≈ 610 participanți,
  - campanie de promovare a unui stil de viață sănătos: 1.450 participanți,
  - campanie de promovare a igienei mâinilor și igienei orale ≈ 430 participanți,
  - campanie de promovare a alimentației sănătoase ≈ 740 participanți.

În afara campaniilor locale de promovare a sănătății amintite mai sus, tot în anul 2015, a fost organizată o campanie de sprijin pentru pacienții ce necesită transfuzie de sânge. La această campanie de promovare a donării de sânge au participat aproximativ 890 de persoane.

Așadar, campaniile de promovare s-au concentrat în anul 2015 pe conștientizarea efectelor negative, schimbarea atitudinii și comportamentului în sensul prevenirii unor boli determinate în mare măsură de stilul de viață al persoanelor și care afectează atât calitatea vieții cât și durata ei.

## 6. ACTIVITĂȚILE DE INSPECȚIE ȘI CONTROL

### 6.1. Organizarea și funcționarea serviciului de Control în Sănătate Publică

Potrivit titlului I - Sănătate Publică - din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, activitatea de control în sănătate publică este exercitată de către personalul de specialitate din cadrul Inspectiei Sanitare de Stat din Ministerul Sănătății, precum și de către personalul de specialitate al serviciilor de Control în sănătate publică din cadrul Direcțiilor de Sănătate Publică județene, desemnat de către Ministerul Sănătății.

**Activitatea de control în sănătate publică constă în** exercitarea controlului oficial cu privire la caracteristicile unităților, activităților și produselor, *în vederea stabilirii și impunerii conformării la cerințele prevăzute de normele legale de sănătate publică din domeniile:*

- a) producției, fabricării, prelucrării, depozitării, transportului, distribuției și comercializării alimentelor, inclusiv în sectorul alimentației publice și colective, conform protocoalelor semnate cu celelalte autorități din domeniu;
- b) calitatii apei pentru consum uman și a celei folosite la alte activități umane, inclusiv a celei de îmbăiere, conform protocoalelor semnate cu autoritățile competente din domeniu;
- c) gestionării deșeurilor lichide și solide și în special a celor periculoase;
- d) calității habitatului;
- e) respectării condițiilor igienico-sanitare în unitățile de învățământ și ocrotire a copiilor și tinerilor, precum și a procesului instructiv-educativ;
- f) mediului de muncă și bolilor profesionale, în relația cu mediul de muncă;
- g) activităților de îngrijiri de sănătate;
- h) prevenirii și combaterii bolilor transmisibile;
- i) furnizării de servicii care presupun riscuri potențiale pentru viață sau sănătatea populației ori a persoanelor care execută serviciile respective;
- j) unităților de producere, depozitare, desfacere a produselor cosmetice;
- k) unităților de producere, depozitare, desfacere a produselor biocide.

**Activitatea de control în sănătate publică funcționează pe baza următoarelor principii:**

- a) principiul imparțialității: inspectorii sanitari nu trebuie să fie supuși niciunei presiuni comerciale, financiare, politice sau de altă natură care le-ar putea influența raționamentul;
- b) principiul independenței: inspectorii sanitari trebuie să fie independenți în raport cu partea inspectată și nu trebuie să se angajeze în nicio activitate care să afecteze independența lor în raționament;
- c) principiul confidențialității: în exercitarea activității, inspectorii sanitari de stat vor asigura păstrarea confidențialității datelor, cu excepția situațiilor care constituie un risc pentru sănătatea publică;
- d) principiul transparenței: inspectorii sanitari au obligația să își desfășoare activitatea într-o manieră deschisă față de public, prin care accesul liber și neîngrădit la informațiile fundamentate științific de interes public să constituie regula, iar limitarea accesului la informații să constituie excepția, în condițiile legii;



e) principiul aplicării unitare: inspectorii sanitari asigură respectarea legislației din domeniul sănătății publice în mod unitar, în conformitate cu prevederile acesteia, indiferent de forma de proprietate a obiectivelor inspectate.

**Personalul cu atribuțiuni de control, respectiv inspectorii sanitari, au următoarele atribuțiuni:**

- a) constată și sancționează contravențiile la normele de igienă, conform legii;
- b) păstrează confidențialitatea privind iminența inspecției sanitare, înainte de începerea propriu-zisă a acesteia și confidențialitatea datelor pe care unitățile inspectate le pun la dispoziție;
- c) solicită unităților controlate orice documente necesare efectuării inspecției și, după caz, copii ale acestora;
- d) prescrie unităților controlate măsuri de remediere, cu stabilirea de termene și responsabilități în vederea înlăturării deficiențelor de igienă constatate, măsuri de remediere, cu stabilirea de termene și responsabilități;
- e) propun inspectorului șef suspendarea temporară a activității unităților și obiectivelor până la remedierea deficiențelor; în situații cu risc major și iminent de îmbolnăvire a populației, dispun suspendarea pe loc sau imediată a activității unității, obiectivului și informează operativ inspectorul sanitar șef despre măsura aplicată;
- f) propun directorului coordonator adjunct retragerea avizului sanitar sau a notificării de produs, în situația în care substanțele sau produsele sunt neconforme cu specificațiile din dosarul tehnic;
- g) opresc, denaturează sau conditionează darea în consum public a alimentelor care nu corespund normelor de igienă, precum și folosirea obiectelor, materialelor și a substanțelor care, prin natura lor sau prin modul de utilizare, periclitează starea de sănătate a populației;
- h) recoltează și sigilează probe necesare pentru identificarea și analiza riscului pentru sănătate, precum și contraprobe;
- i) dispun măsuri speciale pentru bolnavii, suspecții și contactii de boli transmisibile sau purtătorii de germeni patogeni, precum și alte măsuri cu caracter obligatoriu pentru combaterea bolilor transmisibile și a celor profesionale;
- j) verifică aplicarea legislației Uniunii Europene în domeniul sănătății publice;
- k) verifică și răspund de respectarea legislației în vigoare privind prevenirea și controlul infecțiilor nosocomiale în toate unitățile sanitare;
- l) opresc folosirea preparatelor biologice utilizate în scop diagnostic, profilactic și de tratament, care se dovedesc necorespunzătoare sau nocive sănătății;
- m) în situația în care, în timpul unei activități de control, constată existența unui conflict de interese sau deficiențe grave ce pot determina riscuri majore pentru sănătatea populației, comunică urgent directorului coordonator adjunct în vederea delegării unui alt inspector și luării măsurilor de urgență;
- n) respectă și aplică principiile de etică și deontologie profesională.

Pentru documentare, întreg personalul cu atribuțiuni de control a avut acces la legislația în domeniu, în vederea aprofundării și aplicării ei unitare.

La nivelul județului Dâmbovița, serviciul Control în Sănătate Publică a funcționat ca **structură distinctă în cadrul Direcției de Sănătate Publică**, activitatea acestuia fiind *coordonată metodologic de Inspectoria Sanitară de Stat din cadrul Ministerului Sănătății*, și a fost organizat în 2 birouri:

- inspectia și controlul factorilor de risc din mediul de viață și de muncă,
- control unități și servicii de sănătate.

Scopul general al activității de control în sănătate publică l-a constituit protejarea sănătății și creșterea calității vieții populației din județul Dâmbovița. În vederea îndeplinirii acestui scop, au fost stabilite următoarele **obiective specifice**:

*1. Pentru protejarea sănătății cetățenilor față de acțiunea factorilor de risc din mediul de viață și de muncă:*

- creșterea numărului de unități de educație, ocrotire și îngrijire a copiilor și tinerilor care întrunesc condițiile igienico-sanitare de funcționare și în care se aplică principiile unei alimentații sănătoase în rândul tinerei generații;
- scăderea numărului de locuitori expuși riscului de a consuma apa nepotabilă furnizată prin instalațiile centrale sau locale;
- îmbunătățirea calității apei de îmbăiere pentru un număr cât mai mare de piscine și/sau bazine de înot;
- îmbunătățirea condițiilor igienico-sanitare de funcționare a unităților de prestări servicii pentru populație, inclusiv de cazare turistică;
- scăderea numărului de produse cosmetice neconforme sau care conțin substanțe interzise, plasate pe piață;
- scăderea numărului de produse biocide neconforme sau care conțin substanțe interzise, plasate pe piață;
- creșterea numărului de unități în care se asigură condițiile minime de sănătate și securitate în muncă, simultan cu scăderea numărului de îmbolnăviri profesionale sau/și legate de profesiune;
- utilizarea materialelor în contact cu alimentul, aditivilor și suplimentelor alimentare avizate;
- scăderea numărului de evenimente de sănătate publică în care este implicat consumul de alimente neconforme sau nerespectarea bunelor practici la prepararea și servirea alimentelor.

*2. Pentru creșterea calității serviciilor de asistență medicală:*

- reducerea numărului de teste de salubritate/sterilitate neconforme, prelevate din unitățile care acorda asistență medicală;
- reducerea numărului de cazuri de infecții nosocomiale/an, pentru fiecare unitate sanitară cu paturi;
- reducerea numărului de cazuri de boli profesionale sau boli legate de profesie în rândul personalului medical și nemedical din unitățile sanitare;
- absența cazurilor de toxiinfecții alimentare în rândul pacienților internați în unitățile sanitare cu paturi și unitățile medico-sociale;
- reducerea numărului de reclamații privind calitatea serviciilor medicale;
- creșterea gradului de satisfacție a pacienților și/sau aparținătorilor vis-a-vis de condițiile de spitalizare și de calitatea serviciilor acordate.

*3. Pentru creșterea calității actului de control :*

- instruirea permanentă a întregului personal cu atribuțiuni de control cu privire la legislația comunitară și națională în domeniu;
- participarea unui număr cât mai mare de inspectori/asistenți inspectori la cursuri de instruire/perfecționare în utilizarea noilor tehnologii: utilizare calculator, internet și comunicare electronică, relații publice, limbi străine etc.
- reducerea numărului de sesizări la adresa activității inspectorilor/asistenților inspector.

## 6.2. Activitățile derulate în anul 2015

Pentru realizarea obiectivelor specifice stabilite, a fost întocmit și derulat Planul de activitate pentru anul 2015, pe domenii de activitate, în conformitate cu normele de organizare și funcționare și în limita competențelor stabilite prin protocoalele încheiate cu alte organisme cu atribuțiuni de control.

În conformitate cu normele de organizare și funcționare stabilite prin Ordinul Ministerului Sănătății 824 din 2006, **au fost efectuate următoarele tipuri de controale:**

a) *tematice*, când s-a inspectat un singur domeniu de activitate sau un singur tip de obiective, produse ori servicii;

b) *planificate*, când s-a inspectat periodic un singur obiectiv planificat anterior, cu o frecvență proporțională cu gradul de risc;

c) *de necesitate*, în cazul apariției unor fenomene naturale sau provocate artificial, care presupun urgențe majore în domeniul igienei, epidemiologiei și medicinei muncii;

d) *la solicitări/sesizări*: controale solicitate de către cetățeni (după identificarea acestora), de instituții și autorități centrale și locale ale administrației publice, de alte organisme și organizații, de mass-media sau la autosesizare, precum și de intervenție în cadrul Sistemului Rapid de Alertă pentru Alimente și Furaje și RAPEX;

e) *de reverificare*, la expirarea termenului de remediere a neconformităților constatate anterior.

Au fost efectuate **2.726 acțiuni de control planificate**, conform Programului de activitate întocmit și aprobat de directorul executiv al Direcției de Sănătate Publică Dâmbovița, în următoarele domenii de competență:

1. *541 controale în unități de producție, fabricare, prelucrare, depozitare, transport, distribuție și comercializare a alimentelor, inclusiv în sectorul alimentației publice și colective*, conform protocoalelor semnate cu celelalte autorități din domeniu, sistematice și conform următoarelor tematici de control, prin derularea următoarelor acțiuni de control tematic:

- privind materialele în contact cu alimentul (producători și importatori),
- pentru verificarea aditivilor speciali ry destinați consumului uman,
- privind verificarea respectării legislației în vigoare privind apele minerale special îmbuteliate și a apelor potabile îmbuteliate,
- privind mențiunile nutriționale și mențiunile de sănătate,
- privind controlul suplimentelor alimentare și al produselor cu adaos de vitamine și minerale și conformitatea alimentelor cu destinație nutrițională specială;

2. *124 controale ale calității apei pentru consum uman și a celei folosite la alte activități umane*, prin derularea următoarelor acțiuni de control tematic:

- privind condițiile de aprovizionare cu apă potabilă a localităților din mediul urban,
- privind condițiile de aprovizionare cu apă potabilă a localităților din mediul rural;

3. *82 controale în obiective de interes turistic, inclusiv a calității apei de îmbaiere* prin derularea următoarelor acțiuni de control tematic:

- pentru verificarea conformității apelor de îmbăiere,
- de control în taberele școlare și unitățile de turism cu activități similare acestora;

4. *331 acțiuni de control privind gestionarea deșeurilor lichide și solide* și, în special, a celor potențial periculoase;

5. *399 controale privind mediul de viață al populației*;

6. *344 controale privind respectarea condițiilor igienico-sanitare în unitățile de învățământ și ocrotire a copiilor și tinerilor*, precum și a principiilor pentru promovarea unei alimentații sănătoase în rândul acestora prin derularea următoarelor acțiuni de control tematic:

- în școli speciale și creșe,
- în unitățile de învățământ preuniversitar,

- în unitățile de catering care asigură masa în unitățile de învățământ,
- în unitățile de învățământ universitar;

7. 79 acțiuni de control privind asigurarea condițiilor minime de sănătate și securitate la locul de muncă, precum și a celor specifice expunerii la diverși factori nocivi profesionali, prin derularea următoarelor acțiuni de control tematic:

- în unități cu expunere profesională a lucrătorilor la agenți chimici și pulberi,
- în unități cu expunere profesională a lucrătorilor la zgomot;

8. 321 controale a activităților de îngrijiri de sănătate, a aplicării măsurilor de prevenție și combatere a bolilor transmisibile, prin derularea următoarelor acțiuni de control tematic:

- privind activitățile de îngrijire la domiciliu,
- în centrele de plasament și în centrele medico-sociale,
- în unitățile sanitare cu paturi și în UPU/CPU,
- pentru verificarea laboratoarelor de analize,
- privind verificarea cabinetelor de medicină de familie și a cabinetelor de medicină dentară,
- la centrele de transfuzie sanguină și în unitățile de transfuzie din spitale,
- a activității asistenților comunitari și mediatorilor sanitari,
- privind asistența medicală de urgență prespitalicească,
- privind verificarea ambulatoriilor și a cabinetelor de specialitate,
- privind verificarea centrelor de îngrijire a bătrânilor,
- pentru verificarea unităților acreditate în domeniul transplantului,
- în cabinetele medicale din unitățile de învățământ,
- privind verificarea centrelor de permanență;

9. 906 controale ale unităților de producere, depozitare, desfacere și utilizare a produselor biocide, prin derularea următoarelor acțiuni de control tematic, pentru verificarea produselor biocide (producători și importatori)

10. 169 controale ale unităților de producere, desfacere și utilizare a produselor cosmetice și 216 produse cosmetice inspectate, prin derularea următoarelor acțiuni de control tematic:

- privind verificarea cabinetelor de înfrumusețare, tatuaje și piercing,
- pentru verificarea dosarelor produselor cosmetice și a conformității cremelor bio fără conservanți;

11. 870 acțiuni de control privind respectarea prevederilor Legii 349/2002 – combaterea efectelor consumului de tutun;

12. 88 acțiuni de control a obiectivelor finanțate PNDR și POP;

În 289 de acțiuni de control au fost verificate aspectele semnalate prin **sesizări din partea cetățenilor sau a altor instituții**.

S-a intervenit conform competențelor în 14 acțiuni prin Sistemul Rapid de Alertă pentru Alimente și Furaje și în Sistemul de Alertă pentru Produse Cosmetice.

**În cadrul acestor acțiuni:**

- au fost aplicate 285 sancțiuni, dintre care 131 sancțiuni cu amendă contravențională în valoare de 197.500 RON și 154 avertismente pentru deficiențe igienico-sanitare;
- au fost emise 10 suspendări temporare de activitate și o anulare a Autorizației Sanitare de Funcționare în situații de identificare a unui risc crescut pentru sănătatea populației;
- a fost acordată consultanță de specialitate în vederea conformării la legislația specifică fiecărui domeniu de activitate.

## 7. SERVICIILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

### 7.1. Asistența medicală primară

A fost asigurată de 230 cabinete medicale individuale (CMI) de medicină de familie, în contract cu C.J.A.S. Dâmbovița, dintre care:

- 77 în mediul urban,
- 153 în mediul rural,
- 2 centre de permanență fixe, în localitățile Răcari și Voinești,
- 16 asistenți comunitari, în tot atâtea localități rurale,
- 16 asistenți comunitari, în tot atâtea localități rurale și 5 mediatori sanitari.

De menționat că, în toate cele 82 comune ale județului, există cel puțin un medic de familie, fapt care asigură o acoperire de 100% a populației din mediul rural cu acest tip de servicii, chiar dacă, în unele comune la nivel minimal (acolo unde există un singur medic), iar în altele la nivel optim (acolo unde există doi sau mai mulți medici). Astfel, în scopul reglării acestor diferențe, comisia constituită din reprezentanți ai D.S.P. Dâmbovița, C.J.A.S. Dâmbovița, Colegiului Medicilor Dâmbovița și Asociației Profesionale a medicilor de familie Dâmbovița, a stabilit un necesar în plus față de numărul existent, de 26 medici de familie dintre care, 10 pentru mediul rural. Din păcate, nefiind medici de familie care să dorească să înființeze cabinete medicale în mediul rural, acest necesar a rămas în continuare neacoperit.

Cele 2 centre de permanență fixe, conform normativelor în vigoare, asigură asistența medicală primară în afara programului de lucru, în regim de gardă. Numărul prezentărilor în anul 2015 a fost de 3.287. Dintre acestea, un procent de 92,33% au fost rezolvate în gărzi, doar 252 cazuri (7,7%) au fost trimise către alte specialități sau au constituit urgențe pentru care s-au solicitat echipaje de ambulanță.

Măsurile de asistență comunitară au vizat în anul 2015 un număr de aproximativ 7.000 de beneficiari. La sfârșitul anului, Ministerul Sănătății, în baza fundamentării făcute de conducerea D.S.P., a aprobat pentru județul Dâmbovița, un număr de 20 de posturi de asistenți medicali comunitari, în alte 20 de localități rurale, procedura de ocupare a acestor posturi fiind încă în desfășurare.

### 7.2. Asistența medicală stomatologică

A fost asigurată de 196 cabinete medicale individuale de medicină dentară, S.R.L.-uri și societăți civile medicale, dintre care unele sunt în relație contractuală cu C.J.A.S. Dâmbovița iar altele funcționează în sistem exclusiv privat.

Din totalul cabinetelor, 126 se află în mediul urban și doar 70 în mediul rural, în timp ce 32 de comune din totalul celor 82 ale județului fiind complet lipsite de medici stomatologi. Acest fapt, împiedică accesul populației rurale la acest tip de servicii, creează o reală dificultate în realizarea

prevenției apariției cariilor dentare la copii, lucru care se poate constitui într-o problemă de sănătate publică.

### **7.3. Asistența medicală ambulatorie de specialitate**

*În sistem public*, este asigurată prin:

- cabinetele de specialitate din structura ambulatoriilor integrate ale celor 4 spitale din județ, respectiv Spitalul Județean de Urgență Târgoviște, Spitalul Municipal Moreni, Spitalul Orășenesc Pucioasa și Spitalul Orășenesc Găești;
- cabinetele de specialitate ale Centrului Multifuncțional Titu, unitate fără personalitate juridică, din structura Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, înființat în locul fostului spital Titu.

Spitalul Județean de Urgență Târgoviște are cel mai mare portofoliu de specialități (32), capacitanș și cei mai mulți medici specialiști. Celelalte ambulatorii integrate au în structură fiecare dintre ele, cabinetele de specialitate de bază, și anume: medicină internă, chirurgie generală, pediatrie și obstetrică-ginecologie. La acestea se adaugă alte specialități, unele cabinete fiind funcționale, altele nu, din lipsă de medici specialiști. Cea mai serioasă situație din acest punct de vedere este aceea de la Spitalul Pucioasa unde, pensionarea unicului medic, a dus la închiderea secției de pediatrie și a cabinetului de specialitate omolog din ambulatoriu, astfel că zona de nord a județului este complet descoperită în ceea ce privește asigurarea populației cu servicii de pediatrie, acestea incluzând consultațiile profilactice, curative și de urgență pentru copii.

Numărul total de consultații în anul 2015 în ambulatoriu a fost de 248.313, dintre care, 103.276 (41,59%) consultații pentru locuitorii din mediul urban și 145.037 (58,40%) consultații pentru locuitorii din mediul rural.

Analiza pe specialități medicale a arătat că, primele 5 specialități din punct de vedere al numărului de consultații au fost, în ordine descrescătoare, următoarele:

- diabet zaharat, nutriție și boli metabolice,
- medicină internă,
- oncologie,
- neurologie,
- dermato-venerologie,

distribuție care urmează într-o anumită măsură și prevalența principalelor afecțiuni ale populației județului. Subliniem faptul că aceste date sunt doar cele din sistemul public. Dacă la acestea s-ar adăuga și cele de la nivelul cabinetelor private, date pe care nu le deținem, analiza ar fi și mai concludentă.

*În sistem privat*, serviciile au fost furnizate de 17 centre medicale private, 7 societăți civile medicale și 106 cabinete medicale individuale de specialitate, majoritatea funcționând în mediul urban.

Numărul redus al cabinetelor din mediul rural, care deocamdată nu este atractiv pentru medici, face dificil accesul populației la servicii. Un rol important pentru rezolvarea acestei probleme, prin atragerea medicilor specialiști în mediul rural, revine autorităților publice locale care trebuie să propună facilități în acest sens - legate de instalare, locuință, infrastructură etc.



Comisia mixtă D.S.P. - C.J.A.S. - C.M.D. despre care s-a amintit mai sus, a stabilit pentru anul 2015, la nivelul județului, un necesar de 207 de medici pentru specialitățile clinice, în plus față de cel existent, pentru acoperirea optimă a populației cu servicii.

#### **7.4. Asistența medicală spitalicească**

A fost asigurată de cele 4 spitale generale:

- Spitalul Județean de Urgență Târgoviște, categoria de clasificare III, cu 1.767 paturi pentru spitalizare continuă și 42 paturi pentru spitalizare de zi, aflat în subordinea Consiliului Județean Dâmbovița;
- Spitalul Municipal Moreni, categoria de clasificare IV, cu 190 paturi spitalizare continuă și 22 paturi spitalizare de zi, aflat în subordinea Consiliului Municipal Moreni;
- Spitalul Orășenesc Pucioasa, categoria de clasificare IV, cu 270 paturi spitalizare continuă, aflat în subordinea Consiliului Local Pucioasa;
- Spitalul Orășenesc Găești, categoria de clasificare IV, cu 140 de paturi spitalizare continuă și 16 paturi spitalizare de zi, aflat în subordinea Consiliului Local Găești.

Numărul internărilor în regim de spitalizare continuă, în anul 2015, în cele 4 spitale a fost de 60.366, ponderea cea mai mare fiind în SJU Târgoviște, urmat de Spitalul Pucioasa, Spitalul Moreni și Spitalul Găești.

#### **7.5. Asistența medicală de urgență**

*Prespitalicească*, asigurată de Serviciul Județean de Ambulanță Dâmbovița, constituit din:

- o stație centrală în Târgoviște,
- 4 substații de ambulanță în mediul urban,
- 2 în rural.

Activitatea Serviciului Județean de Ambulanță s-a desfășurat cu 61 de ambulanțe:

- 22 de tip A1 și A2,
- 31 de tip B2,
- 3 de tip C2,
- 2 de tip ACD,
- 3 neclasificate.

S-a răspuns unui număr de 58.100 solicitări de urgență și 3.910 solicitări transport dializă.

*Spitalicească*, acordată la nivelul structurilor de primiri urgențe ale spitalelor, și anume:

- Unitatea de primiri urgențe (UPU-SMURD) a Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, cu punct de lucru la Titu, înființat după închiderea spitalului Titu;
- Compartimentul de primiri urgențe (CPU) al Spitalului Orășenesc Pucioasa;
- Compartimentul de primiri urgențe al Spitalului Orășenesc Găești;
- Camera de gardă a Spitalului Municipal Moreni.

Numărul prezentărilor în urgență la nivelul acestor structuri a fost, în 2015, de 153.834, din care, 133.463 în UPU/CPU și 20.371 la camera de gardă. Din totalul prezentărilor în UPU/CPU, cele



mai multe s-au înregistrat, cum e și firesc, la UPU-SMURD Târgoviște, adică 94.042 (61%), urmat apoi de CPU Găești (16,9%) și CPU Pucioasa (8,8%).

Numărul mare al prezentărilor în UPU-SMURD Târgoviște (care include și punctul de lucru de la Titu) face ca încărcătura pe personalul medical să fie deosebită iar media prezentărilor zilnice să ajungă la 257. Această situație determină creșterea timpilor de așteptare, de la prezentarea pacientului și până la primul consult medical sau până la rezolvarea definitivă a cazului. Cauzele care generează timpii mari de așteptare sunt în principal:

- insuficiența personalului medical, numărul personalului normat fiind dublu față de cel angajat,
- afluxul deosebit de mare al prezentărilor care, de multe ori, nu sunt urgențe care să pună viața în pericol ci constituie consultații obișnuite care aglomerează unitatea și care ar putea fi rezolvate la alte nivele ale asistenței medicale,
- modelul comportamental deja format al pacienților, care, obișnuiți cu ideea că au acces facil în UPU la un set minim de analize sau investigații paraclinice, se prezintă de la bun început la acest nivel, ocolind cabinetul medicului de familie, contribuind astfel în plus la supraaglomerarea acestui serviciu.

## **7.6. Asistența materno-infantilă**

Este asistența adresată gravidelor, nou-născuților și copiilor având vârsta sub 18 ani.

Este asigurată la nivelul cabinetelor medicale individuale medicină de familie unde, medicul monitorizează sarcina, dezvoltarea nou-născutului și apoi a copilului până la 18 ani, urmărind depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/gen. Aceste consultații preventive se efectuează după un calendar stabilit prin normele care reglementează pachetele de servicii de bază acordate în asistența medicală primară, prin:

- cabinetele de specialitate de pediatrie și obstetrică-ginecologie, din ambulatoriile integrate ale spitalelor, la care se adaugă și alte specialități: ortopedie și chirurgie, recuperare neuromotorie, boli infecțioase, psihiatrie, existente la nivelul AIS al SJU Târgoviște;
- maternitățile celor 4 spitale.

Aproximativ 88% din nașterile anului 2015 au avut loc în Maternitatea Târgoviște care este cea mai bine reprezentată din punctul de vedere al încadrării cu personal medical.

La nivelul celorlalte maternități, problemele cele mai mari sunt legate de deficitul de personal, îndeosebi de medici, lipsind medicii specialiști neonatologi, pediatri și ATI.

## 7. CONCLUZII PRIVIND STAREA DE SĂNĂTATE

Analiza informațiilor statistice referitoare la **indicatorii de sănătate** pentru populația județului Dâmbovița a indicat următoarele:

- *un spor natural negativ*, de -3,8 (< nivel România, > nivel regiune, trend ▼),
- *o rata a mortalității de 11,6 decese la 1.000 locuitori* (> nivel România, < nivel regiune, trend ▲),
- *o rată a natalității de 8,1 nou-născuți la 1.000 locuitori* (< nivel România, < nivel regiune, trend ▼),
- *o rată a mortalității infantile de 7 decese la 1.000 nou-născuți, 0-1 an* (< nivel România, < nivel regiune, trend ▼),
- *o rată a fertilității de 32 nou-născuți la 1.000 de femei de vârstă fertilă* (< nivel România, < nivel regiune, trend ▼),
- *o speranță de viață la naștere de 75,28 ani* (< nivel România, > nivel regiune, trend ▲),
- *drept principale cauze medicale ale mortalității:*
  - *bolile cardio-vasculare* (> nivel România),
  - *tumorile* (> nivel România),
  - *bolile respiratorii* (< nivel România),
  - *accidentele* (< nivel România),
  - *bolile digestive* (< nivel România).
- *bolile cu cele mai multe cazuri existente în evidențe în 2015 (în ordinea frecvenței):*
  - *bolile hipertensive* (< nivel România),
  - *diabetul zaharat* (> nivel România),
  - *cardiopatia ischemică* (< nivel România),
  - *tumorile maligne* (> nivel România),
  - *obezitatea* (> nivel România),
  - *tulburările mentale și de comportament* (< nivel România),
  - *bolile psihice* (> nivel România),
  - *bolile cerebrovasculare* (> nivel România),
  - *bolile pulmonare cronice obstructive* (< nivel România).

În ceea ce privește **bolile transmisibile**, față de anul 2014 s-a constatat o creștere semnificativă a numărului de cazuri de *scarlatină* (95 în 2014/136 în 2015) și de infecție cu *clostridium difficile* (19 în 2014/137 în 2015).

În cursul anului 2015 a fost declarat un singur caz de **boală profesională** (*azbestoză*).