

# POLITICI DE S TATE

Interviu cu  
dr. Alexandru Velicu,  
președintele Agenției  
Naționale a Medicamentului  
și Dispozitivelor  
Medicale

PENTRU  
MAI MULTE  
INFORMAȚII,  
SCANAȚI  
QR CODE-UL  
DE MAI JOS



MISIUNE (IM)POSIBILĂ

**AGENTIA**

ANMDM

SE TRANSFORMĂ

# TESTEAZA-TE HEPATITA C

SE POATE VINDECA

Mergi la medicul tau de familie

INFORMEAZA-TE  
TESTEAZA-TE  
TRATEAZA-TE **GRATIS**

Hepatita C este principala cauza pentru  
CIROZA HEPATICA si CANCERUL HEPATIC

70% dintre bolnavii infectati cu HEPATITA C  
nu prezinta simptome

Campanie de testare a hepatitei C derulata prin cabinetele medicilor de familie  
[www.echitateinsanatate.ro](http://www.echitateinsanatate.ro)

# SUMAR

## octombrie

### REFORMA SĂNĂTĂȚII

**01** **Raluca Teleanu** - „Medicina este despre ÎMI pasă” - reportaj în secția Neurologie pediatrică a Spitalului Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”

**06** **Alexandru Velicu** - ANMDM, la un pas de reorganizare

**09** 50.000 de pacienți cu epilepsie farmacorezistentă au nevoie de noi tratamente

**10** **Cecilia Radu** - „Concurența este bună, atâta vreme cât beneficiarul ei real este pacientul”

**12** **Bogdan Chirițoiu** - „Cheltuielile de marketing distorsionează modul în care medicii prescriu medicamente”

**15** **Carolina Negrei** - Patologie medicală - Note de curs. Patologie medicală - Practică medicală pentru farmaciști și domenii conexe. Exemplificări clinice

**16** Congresul Clubului Regal al Medicilor - ediția a IV-a - Inovație, multidisciplinaritate și excelență în Medicină

**18** **Cristina Petruț** - Vocea persoanelor cu diabet, la Bruxelles

**20** **Bogdan Timar** - Programul împotriva diabetului - investiții care generează economii la bugetul Sănătății

**22** **Simona Cocoș** - Fabrica din România va avea un rol-cheie în dezvoltarea Zentiva

### POLITICI NAȚIONALE

**24** **Anca Trifan** - „Dacă armata de medici ai României se coordonează corect, putem deveni un model pentru Europa”

**26** **Adriana Diaconu** - Deficitele rare de coagulare a sângelui, fără tratament

**28** **Florinel Bădulescu** - Programul Național de Cancer: la atac cu gloanțe oarbe

**30** **Roxana Stroe** - Sistemul de farmacovigilență național - de referință pentru protejarea sănătății publice în România

**32** **Laurențiu Mihai** - Când farma (chiar) plătește pentru siguranța pacientului

**34** **Anca Lupu** - „Tratamentul este scump, nu și-l poate permite nici pacientul și nici spitalul”

### EXCELENȚĂ MEDICALĂ

**36** **Anca Buzoianu** - Premieră în învățământul medical românesc: „Predarea și evaluarea profesionalismului medical”, disciplină de studiu

**38** **Maria Dorobanțu** - „Niciodată, plata egală, fără criterii profesionale, nu a dus la performanță”

**40** **Corin Badiu** - Bolile endocrine, subdiagnosticate în România

**42** **Dan Teleanu** - Nu există o cultură medicală a populației

### MANAGEMENT

**44** **Turkes Ablachim** - Rețeaua de medicină școlară, „reînviată” de ASSMB

**46** **Florentina Ioniță-Radu** - Pacienții doresc act medical de calitate occidentală, dar în același timp vor să ajungă la el prin intermediul „stilului românesc”

**48** **Radu Vlădăreanu** - Reformă în Obstetrică Ginecologie

**50** **Maria Enescu** - Echipa care face diferența

**52** **Radu Mihăilescu** - „Nu putem fi cumpărați prin salarii”

**54** **Anca Stângă** - „Pentru medicul de familie, activitatea a devenit extrem de obositoare, stresantă, neatractivă”

**56** Campanie de testare pentru o sută de mii de români - „Hepatita C se poate vindeca”

### ȘTIINȚIFIC

**58** Cutia Pandorei în neurologie

**60** **Ionel Alexandru Checheriță** - „Pentru cercetare e nevoie de infrastructură modernă, de fonduri alocate anual și de personal cu înaltă calificare și pasiune”

**62** **Paul Sorin Pletea** - „Pe hârtie avem de toate!”

**64** **Cristiana Cordea** - „Avem nevoie de donatori de organe, dar cum îi protejăm?”

### EVENIMENT

**66** Erorile de diagnostic, examinate la nivel european

### CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

- Dr. **Cristina Gladys Al Jashi**, director medical Spitalul Clinic de Urgență Sf. Pantelimon
- Prof. univ. dr. **Petru Armean**, consilier personal - Cabinet ministru, Ministerul Sănătății
- Prof. dr. **Leonard Azamfirei**, rector Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș
- Dr. **Cristina Berceanu**, director medical Neolife Medical Center
- Dr. **Călin Boeru**, medic primar obstetrică-ginecologie
- Farm. sp. dr. **Ioana Cacovean**
- Dr. **Theodor Cebotaru**, șef secție Chirurgie cardiacă, Cardiac Center, Spitalului Monza
- Dr. **Victor Gabriel Clătici**, Spitalul Universitar de Urgență Elias
- Prof. univ. dr. **Alexandru Vlad Ciurea**, șef secție Neurochirurgie, Spitalul Sanador
- Prof. dr. **Natalia Cucu**, profesor de biochimie, epigenetică - Universitatea București, Departamentul de Genetică, Laboratorul de Epigenetică
- Conf. univ. dr. **Ion Daniel**, șef Clinică Chirurgie Generală și de Urgență III, Spital Universitar de Urgență, București
- Prof. univ. dr. **Carmen - Daniela Domnariu**, Facultatea de Medicină, Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu
- Conf. dr. **Doru Hergheliegiu**, director general Spitalul Sanador
- Dr. **Dana Ionescu**, medic specialist dermatolog
- Lect. univ. dr. **Gabriela Iorgulescu**, președinte Societatea Academică a Științelor Comportamentale din România
- Prof. asociat dr. **Dana Jianu**, copreședinte Societatea Internațională de Medicină și Chirurgie Regenerativă
- Dr. **Ștefan Jianu**, director general Centrul Medical ProEstetica
- Dr. **Dan Jinga**, medic primar oncologie medicală
- Dr. **Ion Luchian**, medic primar urologie, Spitalul Județean Ploiești
- Asist. med. gen. lic. **Doina Carmen Mazilu**, președinte OAMGMAMR - Filiala București
- Prof. univ. dr. **Florin Mihăițan**, șef secție Pneumologie III, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”
- Prof. dr. **Eugen Moța**, vicepreședinte Societatea Română de Nefrologie
- Prof. dr. **Radu Negoescu**, m.o. Academia de Științe Medicale
- Conf. dr. **Diana Loreta Păun**, consilier de stat Departamentul Sănătate Publică, Administrația Prezidențială
- Prof. **Franco Piovella**, La Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, Pavia, Italia
- Dr. **Adriana Pistol**, director Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile
- Conf. univ. dr. **Daniela Pițigoi**, vicepreședinte Societatea Română de Epidemiologie
- Prof. dr. **Doina Pleșca**, manager Spitalul Clinic de Copii „DR. V. GOMOIU”
- Conf. dr. **Radu Florin Popa**, șef Clinica Chirurgie Vasculară, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași
- Prof. dr. **Gabriel Prada**, președinte Societatea Română de Geriatrie și Gerontologie
- Prof. dr. **Vasile Pușcaș**, Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca
- Prof. dr. **Alexandru Rafila**, președinte Societatea Română de Microbiologie
- Prof. dr. **Dorel Săndesc**, prorector Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara
- Prof. dr. ing. **Lăcrămioara Stoicu-Tivadar**, președinte Societatea de Informatică Medicală
- Dr. **Daniela Vâlceanu**, Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfectionare în Domeniul Sanitar București
- **Paul Vincke**, director general European Healthcare Fraud and Corruption Network
- Acad. **Victor Voicu**, secretar general Academia Română

## POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute

**Maria Vasilescu** - publisher  
maria.vasilescu@politicidesanatate.ro  
**Alexandra Paiu** - director general  
Quinn - The Medicine Media  
alexandra.paiu@politicidesanatate.ro  
**Roxana Maticiu** - redactor-șef  
roxana.maticiu@politicidesanatate.ro  
**Valentina Grigore** - manager Școala Pacienților  
valentina.grigore@politicidesanatate.ro  
**Dr. Inga Pasecinic** - editor coordonator  
Republica Moldova  
**Bogdan Guță** - redactor  
**Colaboratori**  
Amali Teodorescu, Andreea Moțoc  
**Foto:** Mihai Adam, Adrian Nedeia  
**Marketing&publicitate**  
office@politicidesanatate.ro, 0040.723.524.837  
**Layout și prepress:** Alexandru Daniel Neculai  
**Corectură:** Evelin Ceciu / www.corectura.ro  
Adresa: str. Popa Soare nr. 20, sector 2, București

Revista Politici de Sănătate este un produs al Quinn - The Medicine Media

ISSN 2501-2576  
ISSN-L 2501-2576

Responsabilitatea pentru conținutul articolelor revine exclusiv autorilor.



# Medicina este despre ÎMI PASĂ

REPORTAJ ÎN SECȚIA DE NEUROLOGIE PEDIATRICĂ  
A SPITALULUI CLINIC DE COPII „DR. V. GOMOIU”.

DE VALENTINA GRIGORE



Raport de gardă, vizite în saloane, discuții pe caz și, apoi, fiecare medic la pacienții lui. Pare un început de zi normal din viața fiecărei secții de spital. Dar nu și în cadrul secției Neurologie pediatrică din spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”, unde ajung bebeluși de doar câteva zile care au nevoie de un diagnostic pe care nu multă lume poate să îl pună. Sau unde copiii se internează periodic, câteodată și câte trei săptămâni, și consideră echipa medicală drept familia lor, bucurându-se ori de câte ori cineva deschide ușa. O echipă medicală ce poate părea prea mică pentru numărul mare de pacienți și pentru nevoile specifice ale acestora, dar care gestionează cu profesionalism situația.

În secția de neurologie pediatrică sunt, în general, în jur de 30 de copii internați. „Copiii ajung la noi de multe ori la granița dintre epilepsie și manifestări paroxistice. Părinții văd că ei au niște mișcări mai ciudate și că își pierd pentru scurt timp conștiința, și de la medicul pediatru sunt trimiși la noi pentru a fi evaluați. Este foarte important să ai toate datele și să poți să stabilești corect diagnosticul. Și nu poți face acest lucru fără aparatură performantă”, povestește dr. Raluca Teleanu, șeful secției.



## „Fii tu schimbarea ce vrei să o vezi în lume!” Mahatma Gandhi

Iar aparatura, inclusiv cea necesară monitorizării de noapte a copiilor sau electroencefalogramelor la nou-născuți, există în cadrul secției datorită faptului că un om, sprijinit de o echipă, a decis că vrea. Și a fost ajutat să se și poată. „Când am văzut că lucrurile în zona occidentală se întâmplă altfel și că mergem la conferințe unde oamenii vin cu mărturii ale activității lor medicale documentate video EEG, ne-am gândit cum să facem și noi aceste lucruri. Era o perioadă atunci în care nu exista finanțare pentru dotarea spitalului și ideea noastră a fost să facem o asociație și să încercăm să cumpărăm aparatura. Am încercat să dotăm această secție la standardele la care doream noi să profesăm și am avut o șansă prin colaborarea Asociației Neurocare cu Fundația Vodafone România. Am făcut două proiecte de succes care ne-au permis să înregistrăm astăzi la standarde internaționale electroencefalograma”.

În momentul de față, în cadrul secției Neurologie pediatrică există un sistem ambulator EEG (holter), cu care copiii care nu suportă spitalizarea pot fi monitorizați acasă, trei aparate video EEG, aparat de electromiografie. „Ne-am dorit mult să ajungem în situația în care să putem face înregistrări de foarte bună calitate. Ne mândrim cu faptul că am ajuns cu înregistrările la standarde europene. Avem copii care pleacă pentru a doua părere în afara țării și avem de acolo un feedback pozitiv, și de multe ori nu le sunt cerute investigații acolo, ci le folosesc pe cele făcute de noi aici”.

### Dar cum se desfășoară efectiv o zi din viața secției?

La raportul de gardă, se discută toate cazurile internate în secție, fiecare medic din cei cinci ai secției spune ce are. Se discută cazurile noi, unde poate fi internat fiecare copil (în funcție de sex, vârstă, patologie). Urmează vizita. Toată secția, inclusiv rezidenții și asistentele, povestește fiecare caz și discută despre el. „Pentru că părintele trebuie să vadă că noi toți știm ce se întâmplă cu copilul lui. Faptul că sunt cinci doctori plus șapte-opt rezidenți care, deodată, se uită la copil și discută cazul lui îi dă un confort extraordinar părintelui. Este un lucru la care țin foarte mult, pentru că oamenii de multe ori sunt deznădăjduiți și acest lucru le dă încredere, le oferă liniște”. După terminarea vizitei, fiecare medic merge la pacienții lui, se fac noi internări în secție, o parte din personalul medical se ocupă de înregistrarea electroencefalogramelor. Uneori, medicii de la Neurologie pediatrică sunt solicitați pentru consulturi în alte secții ale spitalului. Sau ei solicită acest lucru colegilor. Evaluarea unor copii internați în alte spitale care vin în consult în secția Neurologie face parte tot dintr-o zi normală de muncă. Foarte importantă este consemnarea tuturor informațiilor în foaia de observație, lucru la care rezidenții ajută destul de mult. Și partea de externări, în care fiecare medic se întâlnește cu părinții și îi explică toți pașii pe care trebuie să îi parcurgă în continuare. „Fiecare dintre noi discută cu părinții copilului pe care îl îngrijește în spital, își face timp pentru asta. Cred că deviza noastră este o bună comunicare cu părintele. ☑



„Vorbind din perspectiva cadrului didactic, îmi propun și reușesc în mare măsură să le transmit studenților mei din anul al V-lea importanța comunicării cu pacientul și cu familia acestuia. Încerc să le explic că profesionalismul și comunicarea sunt esența acestei meserii, iar dacă a doua parte lipsește, poți fi un foarte bun profesionist, însă omul nu a înțeles ce probleme are copilul, cât de mult te-ai străduit și nu a înțeles ce aștepti de la el ca părinte.  
Medicina este despre ÎMI PASĂ”.  
DR. RALUCA TELEANU



## Interviu cu dr. Alexandru Velicu, președintele Agenției Naționale a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale (ANMDM)

- evaluare documentație pentru includerea în lista de medicamente compensate și gratuite în mai puțin de 90 de zile, acesta fiind termenul legal în vigoare;
- avizare cu celeritate protocole terapeutice;
- și nu în ultimul rând, atenție sporită pentru asociațiile de pacienți.

Practic, vorbim despre toate atribuțiile vechi și noi, prevăzute în noul act normativ de reorganizare și funcționare.

**De obicei, reorganizarea este un proces de durată. Cât timp își permite Agenția să acorde acestor schimbări, în contextul preluării Președinției Consiliului Uniunii Europene?**

Nu avem timp de pierdut. Acest proces trebuie să înceapă cât mai curând posibil. În contextul preluării de către România a Președinției Consiliului Uniunii Europene (PRES RO), începând cu ianuarie 2019, vom organiza nouă întâlniri de profil, de care suntem responsabili, sub coordonarea Ministerului Sănătății.

Acestea sunt percepute în acest moment ca o povară pentru că implică eforturi suplimentare, mai ales în contextul deficitului de personal. Astfel, creșterea numărului de specialiști ai Agenției ar asigura posibilitatea unei distribuiri mai judicioase și mai eficiente a activităților, având în vedere că 7 din cele 9 întâlniri sunt programate în lunile mai și iunie 2019, existând practic câteva luni pentru formarea noilor specialiști și angrenarea acestora în munca de pregătire a reuniunilor din cadrul PRES RO.

În același timp, pe lângă sarcinile și atribuțiile din fișa postului, anul 2019 ne aduce și implementarea directivei de contrafacere începând cu 9 februarie, noul regulament de studii clinice, dar și un număr crescut de proceduri în urma Brexitului și a procesului de relocare a Agenției Europene a Medicamentului.

**Având în vedere că Agenția va deveni instituție independentă de fondurile venite de la Ministerul Sănătății, putem spune că trece printr-un proces de privatizare?**

ANMDM a fost și trebuie să rămână o instituție de importanță strategică națională pentru sănătatea publică, în subordinea și sub coordonarea Ministerului Sănătății, așa cum a fost și înainte de anul 2010. Ne dorim ca Agenția să se finanțeze din venituri extrabugetare și din subvenție de la bugetul de stat.

Prin venituri extrabugetare înțelegem toate veniturile realizate din activitățile desfășurate, ce ar urma să fie utilizate pentru investiții majore în cele 12 unități teritoriale de inspecție: în dotări pentru laboratoarele de control al calității medicamentelor, în participări la cursuri de perfecționare a personalului, într-o versiune nouă, dar mai ales „contemporană” a bazei de date, intitulată „Nomenclator de medicamente de uz uman”, precum și în sistemele și aparatura de determinare pentru inspecțiile de supraveghere a pieței dispozitivelor medicale și pentru inspecțiile farmaceutice.

**În afară de personal, care este resursa cea mai de preț a ANMDM, în ce ar trebui investite și reinvestite fondurile proprii?**

# ANMDM, la un pas de reorganizare

DUPĂ OPT ANI DE CÂND ANMDM ȘI-A PIERDUT INDEPENDENȚA FINANCIARĂ ȘI ZECI DE SPECIALIȘTI CU ÎNALTĂ PREGĂTIRE ÎN FAVOAREA INDUSTRIEI FARMA, A ÎNCEPUT LUPTA PENTRU REVENIREA LA O NORMALITATE NECESARĂ PENTRU O AGENȚIE EUROPEANĂ. MINISTRUL SĂNĂTĂȚII, SORINA PINTEA, A ANUNȚAT REORGANIZAREA AGENȚIEI MEDICAMENTULUI. CE ÎNSEAMNĂ ACEASTĂ REORGANIZARE, CARE ESTE STRATEGIA DE SALVARE A AGENȚIEI DIN MARELE DECLIN ÎN CARE INTRASE, CUM SE VOR SCHIMBA LUCRURILE PENTRU INDUSTRIA FARMACEUTICĂ, CE ARE DE CĂȘTIGAT PACIENTUL ROMÂN, DAR ȘI CE ȘANSE ARE AGENȚIA SĂ RĂSPUNDĂ CERINȚELOR EUROPENE, NE SPUNE PE LARG PREȘEDINTELE ANMDM, DR. ALEXANDRU VELICU. DE ROXANA MATICIUC



**ANMDM este la un pas de reorganizare. Care este impactul acestui lucru asupra Sănătății din România?**

Reorganizarea ANMDM ar însemna sfârșitul unei perioade de opt ani de declin continuu, și în același timp ar însemna startul unei perioade orientate spre construcție și echilibru.

Un management matur poate aduce, în foarte scurt timp, în contextul finanțării adecvate și al personalului de specialitate optim pentru desfășurarea activităților de profil, un impact pozitiv asupra industriei farma prin predictibilitate și respectarea termenelor legale în vigoare. Acest fapt va avea consecințe favorabile asupra pacientului român, ca beneficiar final al muncii noastre. Și mă refer aici la activitățile desfășurate în toate structurile Agenției, respectiv:

- evaluare documentație autorizare de punere pe piață și variațiile la termenii autorizațiilor în timp util;
- evaluare documentație pentru studii clinice în termen de maximum 60 zile, cu creșterea posibilității de includere în studii;

Așa cum de mai multe ori am spus-o public, am marea plăcere, bucuria să lucrez împreună cu niște oameni minunați, niște minți extraordinare, fără de care sănătatea publică din România ar fi în pericol. Este evident faptul că gradul de satisfacție a personalului poate influența semnificativ calitatea muncii. ANMDM trebuie, prin statutul său de autoritate națională competentă în cadrul rețelei de profil din Uniunea Europeană, coordonată științific de Agenția Europeană a Medicamentului, să asigure îndeplinirea atribuțiilor sale la standarde înalte de profesionalism, care pot fi atinse numai de un personal specializat adecvat și determinat, dublat de un management riguros al resurselor umane.

**De câți angajați are nevoie agenția, pentru a funcționa așa cum trebuie, și din ce domenii?**

Deficitul acut de personal se manifestă în toate structurile Agenției, fie că este vorba de evaluare-autorizare a medicamentelor, de autorizare a desfășurării studiilor clinice, de departamentul cu atribuții în evaluarea tehnologiilor medicale care primește documentația pentru includerea în Lista de medicamente compensate și gratuite, de serviciul de Farmacovigilență sau de departamentul care efectuează inspecția farmaceutică și, de asemenea, în egală măsură, de structurile care au în atribuție supravegherea și controlul pieței de dispozitive medicale. Un număr de 500 specialiști, distribuiți pe cele trei arii de competență ale ANMDM, medicamentul de uz uman, evaluarea tehnologiilor medicale și dispozitivele medicale, ar fi în măsură să asigure atingerea obiectivelor propuse.

**Ați declarat recent că au plecat peste 70 de angajați din cauză că salariile nu au putut fi competitive, mulți dintre aceștia fiind înghițiți de industria farma. La ce sume s-ar putea ridica salariile specialiștilor cu înaltă pregătire dispuși să vină în Agenție?**

După cum știți, suntem personal contractual și suntem angajați, încadrați, promovați și salariați conform Legii 153/2017 - salarizarea personalului plătit din fonduri publice. Am înaintat deja, în noua propunere de act normativ, crearea cadrului de a acorda stimulente financiare lunare, în limita a două salarii minime brute pe țară, în limita bugetului aprobat, conform Art.193, alin (61) din Legea 95 /2006, cu modificările și completările ulterioare.

Putem rivaliza cu salariile practicate în mediul privat numai investind în dezvoltarea profesională, unică în țară.

**Luați în calcul CV-rile celor care în prezent lucrează în industria farma? Am putea vorbi, în acest caz, despre un posibil conflict de interese?**

Iau în calcul atragerea tuturor specialiștilor care doresc să se implice serios în activitatea ANMDM. Cei cu experiență acumulată, ce pot să se alăture imediat echipei, precum și cei tineri, fără experiență, care vor să-și înceapă cariera aici, se pot dezvolta profesional în domeniile noastre de profil. Vor fi, desigur, respectate obligațiile de confidențialitate, precum și cele legate de declararea conflictului de interese. Nici EMA nu interzice conflictul de interese, dimpotrivă, îl dorește declarat astfel încât să știe mai departe dacă cei implicați pot, sau nu pot, să ia decizii.

**În cât timp ar putea fi funcțional, în România, un sistem integrat la nivel național de HTA?**

Este un lucru bine-cunoscut că la nivelul Uniunii Europene se discută pe marginea unui Regulament comun privind HTA. Nu știm încă dacă dezbaterile pe acest subiect se vor încheia în cadrul Președinției Austriei sau se vor continua în perioada imediat următoare, în cadrul PRES RO. Pe de altă parte, atât la nivelul Ministerului Sănătății, cât și la nivelul ANMDM se lucrează la o nouă metodologie.

Odată implementată noua metodologie, sperăm să putem oferi accesul cât mai larg al pacienților la noi molecule, la noi șanse de vindecare și, de ce să nu spunem, la noi șanse la viață.

**Care sunt prioritățile dumneavoastră?**

Prioritatea mea acum este întărirea capacității administrative a ANMDM, printr-un nou act normativ care să asigure cadrul legis-

## „PRIORITATEA MEA ESTE CA PRIN CREAREA UNEI ECHIBE CONSOLIDATE CA NUMĂR ȘI PREGĂTIRE PROFESIONALĂ, SĂ SUSȚINEM CEA MAI IMPORTANTĂ PERIOADĂ PENTRU NOI, PRES RO LA UE.“

lativ adecvat finanțării activităților ce îi revin Agenției prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul Sănătății.

Avem suficiente OMS-uri vechi ce pot și trebuie să fie actualizate la cerințele și exigențele din prezent, fie că vorbim de tarife, evaluare/autorizare, legislația caracteristică nevoilor speciale, import paralel, norme pentru inspecțiile din farmacii și, cel mai important, alinierea legislației naționale la ghidurile științifice și procedurale europene, pentru că menirea ANMDM este de a oferi pacienților din România aceleași standarde de calitate, eficacitate și siguranță ca în toate țările UE.

**Ce responsabilități are ANMDM pentru perioada ianuarie – iunie 2019?**

De a reprezenta România la cel mai înalt nivel posibil. Așa cum am menționat deja, ANMDM va susține nouă întâlniri în cadrul PRES RO 2019. Pregătirile au fost deja demarate încă din luna iunie a acestui an, când, la întâlnirea șefilor de Agenții de la Viena, am prezentat calendarul acestor evenimente. Organizarea, dar mai ales agenda acestora, este stabilită de comun acord cu HMA Management Group. Această colaborare strânsă cu forurile decizionale din domeniul nostru este necesară, mai ales ca PRES RO se va derula într-un context istoric unic și delicat, mai precis ieșirea unei țări din UE, începând cu martie 2019. Prin urmare, prioritatea mea este ca prin crearea unei echipe consolidate ca număr și pregătire profesională, ca urmare a adoptării actului normativ despre care vorbeam, să susținem cea mai importantă perioadă pentru noi, PRES RO la UE. Facem parte dintr-o rețea a agențiilor medicamentului din Europa și acum este momentul să demonstrăm cum și cât putem face.

**Și am toată încrederea că o vom face bine! 🇷🇴**

# 50.000 de pacienți cu epilepsie farmacorezistentă au nevoie de noi tratamente

DE ROXANA MATICIUC



Revista Politici de Sănătate, în parteneriat cu Agenția Națională a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale (ANMDM) și cu Ministerul Sănătății, a organizat dezbaterile „Colaborarea interinstituțională în vederea îmbunătățirii calității îngrijirii pacienților cu epilepsie din România. Autorități – medici – pacienți”. În condițiile în care în acest an statul român a făcut pași importanți pentru asigurarea tratamentului atât de necesar pacienților, atât medicilor specialiști, cât și pacienților au cerut să se acorde prioritate moleculelor vitale pentru a ține sub control această boală. Nevoia este cu atât mai mare cu cât de 12 ani, pe piața din România, nu a mai intrat niciun medicament inovativ pentru pacienții cu epilepsie farmacorezistentă.

„Din perspectiva medicului neurolog pediatru, pot să vă spun că ne confruntăm cu dispariția unor medicamente pe care le-am avut și fără de care nu avem gura de aer pentru copiii cu spasme infantile. Dincolo de faptul că eu i-am oprit crizele, aș vrea să îl întorc la școală, nu să fie somnolent, să se îngreșe, să aibă hipertrofie gingivală sau multe alte reacții adverse”, a explicat medicul neurolog pediatru Raluca Teleanu, șefa secției Neurologie pediatrică de la Spitalul de Copii „Victor Gomoiu”.

„În acest moment, se lucrează la o corecție de prețuri care cel mai probabil va fi gata, din informațiile pe care le am, până la sfârșitul acestei luni. Avem un ordin de ministru care spune că ANMDM, prin departamentul de HTA evaluează, dar nu evaluează cu predilecție unele medicamente în detrimentul altora, ci le evaluează pe toate. Ulterior, le supune atenției ministerului care, prin politicile de sănătate pe care le are, hotărăște ca în aceeași punguță pe care o are să introducă sau nu aceste medicamente”, a explicat președintele ANMDM, dr. Alexandru Velicu.



Moleculele noi nu vizează însă și epilepsia, au subliniat medicii, motiv pentru care pacienții merg în alte țări pentru a face rost de medicamente.

„Pacientul care merge pentru o a doua opinie în afara țării este consultat și, pe un ghid internațional, primește recomandarea unui medicament pe care noi nu îl avem în țară, dar pe care pacientul și-l cumpără din afară. Însă eu, ca medic curant, trebuie să îl administrez și să îl supraveghez, eu nefiind acoperită deloc din punct de vedere legal”, a completat dr. Raluca Teleanu.

Ileana Ștefan, președintele Asociației Pacienților cu Epilepsie din România (ASPERO), a spus că din punctul de vedere la pacientului român, problema majoră este asigurarea accesului la noile terapii.

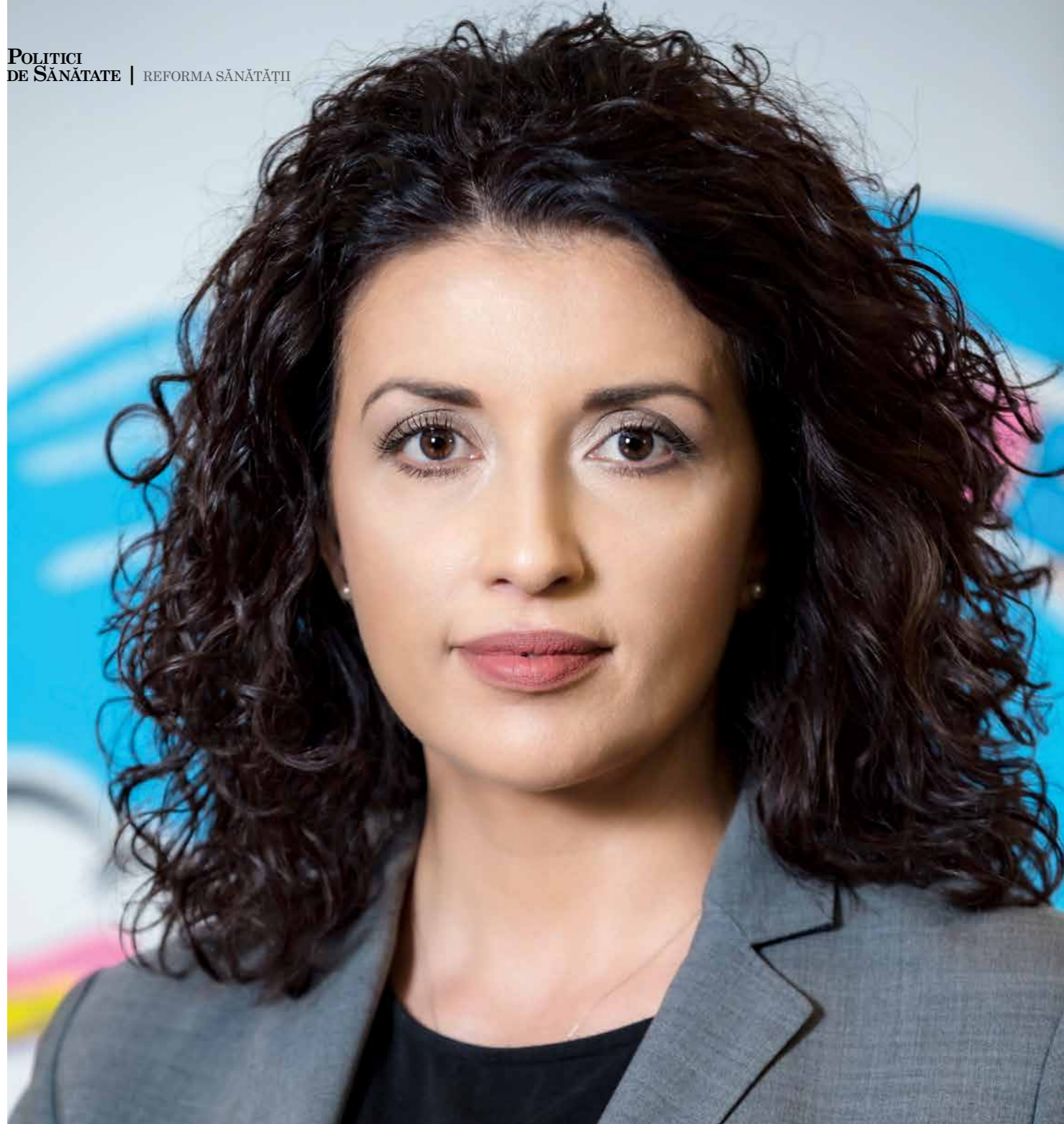
„Din 2016, ASPERO și comunitatea științifică au inițiat o serie de demersuri în vederea facilitării dialogului cu autoritățile în care se discută oportunitatea modificării legislației în sensul definirii unui program de epilepsie care să permită alocarea de fonduri pentru tratamentul epilepsiei cu medicație care nu este inclusă în lista medicamentelor compensate”, a completat Ileana Ștefan.

„Noi discutăm despre o situație absolut critică: nu avem niciun fel de mecanisme noi de acțiune pentru această boală de 12 ani. Nu mai putem să facem față acestei boli. Efectiv, există o categorie de pacienți care a încercat tot, de câteva ori, unii dintre ei. Medicația vine cu mecanisme noi de acțiune, vine cu combinații noi care cresc gradul terapeutic, vine cu un nou profil de siguranță și cu o reinscriere a acestei populații în populația activă, deci și cu beneficiile care ni se întorc în economie”, a explicat dr. Ioana Mândruță, medic primar neurologie, coordonatorul Subprogramului Național de Epilepsie Farmacorezistentă.

La eveniment au participat și părinți ai unor copii care au fost diagnosticați cu epilepsie încă de la primele luni de viață. Acești părinți au vorbit despre moleculele pe care le cumpără din Canada sau din diferite țări europene, printre care și Bulgaria, și pe care ar fi dispuși în continuare să le plătească din buzunarul propriu, dacă le-ar putea găsi în farmaciile din România.

„România are între 130.000 și 150.000 de persoane cu epilepsie activă. Din punctul de vedere al epilepsiei farmacorezistente, pentru copii, un studiu de incidență a arătat că în jur de 25% sunt copii cu epilepsie farmacorezistentă, iar dacă adăugăm la calcul și adulții, ajungem la aproximativ 50.000 de persoane cu epilepsie farmacorezistentă în România”, a argumentat dr. Catrinel Mihaela Iliescu, medic primar neurologie pediatrică, secția Neurologie Pediatrică II – Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia”.

Pentru a veni în sprijinul pacienților și al medicilor neurologi și pentru a le oferi un răspuns prompt la întrebări, în cadrul dezbaterii au participat toți șefii de departamente din cadrul Agenției Naționale a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale. 🇷🇴



**„Concurența este bună,  
atâta vreme cât beneficiarul ei  
real este pacientul”**

DEROXANA MATICIUC



**Ce oferă pacienților români cel mai mare producător de insulină la nivel mondial?**

Soluții terapeutice care, dincolo de eficiența medicală, aduc un beneficiu direct asupra calității vieții de zi cu zi. Anul acesta, spre exemplu, am adus în România noi produse inovatoare care ne întregesc astfel gama variată de medicamente și de dispozitive medicale din portofoliul NovoNordisk și care completează opțiunile terapeutice disponibile pacienților români.

**Compania dumneavoastră este recunoscută nu doar în ceea ce privește insulina, ci și pentru terapii în deficitele de factor de coagulare sau în tulburări de creștere. Au acces pacienții români la aceste terapii?**

NovoNordisk a intrat în această arie terapeutică datorită unei întâmplări fericite: o cercetătoare suedeză inventase un tratament pentru hemofilie, însă nu avea fonduri pentru a-l patentă, iar NovoNordisk i-a finanțat cercetările. Ulterior și-a extins implicarea în acest domeniu. În România, NovoNordisk are în portofoliu un produs adresat hemofiliei și un hormon de creștere destinat copiilor.

**Care ar fi modelul ideal de comunicare între Minister, Casă, ANMDM și industria farma?**

Trebuie să plecăm de la premisa că toți suntem parteneri, cu obiective comune și obiective individuale. Nu cred că ar trebui să absolutizăm un model de comunicare, ci să tindem către o comunicare funcțională, care să asigure cadrul necesar pentru un sistem de sănătate eficient. Ministerul, pentru că este cel care face politica de sănătate, ar trebui să fie coordonatorul acestui proces și să-l intensifice. Un model ideal de comunicare este fundamentat pe transparență deplină, atât din partea autorităților statului, cât și din partea industriei, dar și pe predictibilitate și pe prezumția reciprocă de bună-credință.

**Cum ar putea fi îmbunătățită această comunicare?**

În principal, dacă s-ar reconsidera criteriile după care sunt luate deciziile

din sănătate. Ca o paralelă, atunci când mergi să cumperi ceva, trebuie să fii înțelept și să faci alegeri care aduc un plus de valoare nevoilor tale nu doar pe termen scurt, ci și pe termene mediu și lung. Pe de altă parte, există multe percepții de ambele părți care influențează calitatea dialogului, percepții superficiale, și din concentrarea pe probleme, în loc de concentrarea pe soluții.

**Organizațiile de pacienți reprezintă voci puternice. Ce proiecte derulați cu și pentru asociațiile de pacienți?**

În România, avem mai multe proiecte educaționale și de sprijin cu asociațiile de pacienți cu diabet, respectiv cu hemofilie. De câțiva ani susținem diverse asociații de pacienți, asociații care printre altele promovează sportul atât în rândul persoanelor diagnosticate, cât și în rândul publicului larg; în plus, de un an de zile angajații NovoNordisk România și familiile lor participă la Maratonul București alături de membrii acestor asociații. Apoi, sprijinim activități de educație a pacienților, dar și de profesionalizare a asociațiilor de pacienți, pentru a-și dezvolta capacitățile de fundraising, advocacy și organizatorice.

Cu o altă asociație de pacienți sprijinim organizarea de tabere și de întâlniri educaționale ale pacienților și familiilor acestora cu medici, psihologi și alți profesioniști din domeniul sănătății, în cadrul cărora schimbul de experiență între pacienți, precum și între aceștia și medici contribuie la creșterea calității vieții și la o mai bună gestionare a afecțiunilor.

**Cum este afectată compania Novo Nordisk de aceste schimbări dese la nivelul conducerii instituțiilor din sănătate? Cum este văzut acest aspect de către colegii din Danemarca?**

Sigur că un mediu cu schimbări dese la nivel decizional afectează predictibilitatea, care este un element foarte important în dezvoltarea unei companii. Noi avem însă datoria morală față de partenerii noștri să privim aceste schimbări ca pe un proces menit

să ne consolideze relațiile. În calitate de companie daneză, ne-am luat angajamentul să fim prezenți în România nu numai prin produsele companiei noastre, ci și asumându-ne un rol semnificativ în dezvoltarea societății, prin proiectele noastre de CSR.

**Pe o piață în care există concurență, cât este de important să aduci produse care se diferențiază de restul?**

Concurența este bună, atâta vreme cât beneficiarul ei real este pacientul. Zilele trecute, a fost lansat un raport de consens între Asociația Americană de Diabet și Asociația Europeană pentru Studiul Diabetului, în care se recunoaște că pacientul cu diabet zaharat tip 2 trebuie să beneficieze de îngrijire continuă, adaptată și personalizată pe toată durata vieții. Obiectivele care stau la baza principiului terapeutic integrat sunt de a preveni complicațiile bolii și de a optimiza calitatea vieții, iar acestea sunt și principiile esențiale care stau la baza produselor pe care Novo Nordisk își pune amprenta prin inovație. Obiectivul nostru, în România, este să facem

posibil accesul pacienților români

la aceste medicamente

inovatoare dezvoltate de

Novo Nordisk, pentru

că pacienții români au

dreptul să beneficieze

de aceleași standarde

terapeutice ca în restul

țării din regiune și din

Europa.

**Care sunt prioritățile și planurile pe care le aveți pentru viitorul apropiat?**

NovoNordisk România are în plan facilitarea accesului pacienților la medicamente inovative care pot preveni complicațiile, la prețuri accesibile sistemului de sănătate din România, însă e nevoie de îmbunătățirea managementului costurilor totale ale diabetului. Mă refer în mod special la costurile complicațiilor cardiovasculare, care, conform unui studiu realizat în anul 2017 la nivelul Europei de Sud-Est, se ridică pentru sistemul de sănătate din România la 584 de milioane de euro (costuri care includ spitalizarea, medicația și serviciile medicale conexe și nu includ concediile medicale, pensionările anticipate sau scăderea productivității muncii). ■

**Interviu cu  
dr. Cecilia Radu,  
director general  
Novo Nordisk  
România**

➔ **Interviu cu Bogdan Chirițoiu, președintele Consiliului Concurenței**

# „Cheltuielile de marketing distorsionează modul în care medicii prescriu medicamente”

DE ROXANA MATICIUC

➔ **Ați propus, nu demult, limitarea cheltuielilor de marketing pentru anumite categorii de activități, respectiv o mai bună definire a cheltuielilor care pot fi înregistrate pentru fiecare tip de activitate de marketing sau promovare. Ați urmărit dacă lucrurile s-au schimbat sau dacă sunt în schimbare?**

Pornind de la investigația sectorială pe care am finalizat-o în anul 2011, am reluat analiza pe piața farmaceutică, după câțiva ani, și am constatat că problemele sesizate în 2011 nu au fost rezolvate. În sensul că, față de alte state din UE, la noi se prescriu și se consumă mai multe medicamente scumpe, deci mai multe inovative comparativ cu genericele. În urma investigației sectoriale în domeniul farmaceutic din anul 2011, Consiliul Concurenței a recomandat Ministerului Sănătății elaborarea, în legislația secundară, a unor norme care să definească sintagmele cadouri, avantaje în bani sau în natură care au o valoare simbolică și care nu sunt costisitoare. Ca urmare a recomandărilor, în cadrul Normelor a fost introdusă o limitare a valorii obiectelor promoționale care pot fi primite de către medici și alți profesioniști din domeniul Sănătății; acestea nu trebuie să depășească 150 de lei înainte de personalizare și trebuie să fie relevante pentru practica medicinei sau a farmaciei.

Au trecut 6 ani și nu vedem mari schimbări: în continuare inovativele au o pondere substanțială față de generice. Analiza sectorială a evidențiat faptul că bugetele pentru promovarea medicamentelor inovative sunt mult mai mari față de cele pentru generice. Sunt situații în care chiar dacă un medicament iese de sub patent, nu îi scade cota. Deci unul dintre motive îl reprezintă

cheltuielile de marketing și de aici ideea că acestea ar putea fi excesive. Ele distorsionează modul în care medicii prescriu medicamente, iar un mod de a corecta aceste exagerări este acela de a se limita cheltuielile de marketing pe care le pot avea companiile.

În urma investigației sectoriale în domeniul farmaceutic din anul 2017, Consiliul Concurenței a recomandat reformularea articolului 35 alin 3) din Norma din 23 februarie 2015 pentru evaluarea și avizarea publicității la medicamentele de uz uman, pentru a include definiția „altor cheltuieli” pentru care există obligația de raportare a producătorilor. Definiția acestor cheltuieli ar putea consta în enumerarea tuturor tipurilor de activități și servicii care sunt efectuate în cadrul relațiilor dintre actorii de pe lanțul de aprovizionare cu medicamente și profesioniștii în domeniul Sănătății, respectiv diverse organizații din același domeniu, precum și medicamentele pentru care aceste servicii sunt realizate. Această definiție suplimentară va permite verificarea tuturor acestor cheltuieli realizate în legătură cu publicitatea pentru medicamente.



**Respectă companiile farma indicațiile pe care le dați? Ați impus sancțiuni pentru încălcarea acestor reguli?**

Am dedicat destul de multe resurse acestui domeniu și am colaborat foarte bine cu cei de la ANMDM. Ei au un ghid în care au introdus câteva modificări de care suntem foarte mulțumiți. În același timp, utilizăm și alte mijloace pe care le avem la dispoziție. Astfel, am deschis anul trecut o investigație în urma unei sesizări privind implementarea unei strategii cu presupus efect de excludere de pe piață a variantei generice a unui medicament inovativ prin activități de promovare și comercializare. Nu am mai dat sancțiuni pe așa ceva până acum. Această investigație, care se referă la comportamentul companiei Roche, se va finaliza în lunile următoare și atunci vom vedea dacă suspiciunile noastre se confirmă și dacă genul acesta de practici ajunge să fie considerat anticoncurențial.

**Un fost ministru al Sănătății a exprimat ideea cumpărării de medicamente împreună cu Bulgaria, Ungaria și cu alte țări, cu scopul de a obține prețuri mai mici. Vi se pare o idee fezabilă?**

Ideea este interesantă pentru că volume mai mari înseamnă și prețuri mai mici. Noi nu ne descurcăm, însă, foarte bine nici cu achiziții în România. Nu știu cum am reuși să armonizăm legea românească și legea bulgărească.

**Ați început o analiză privind producția și comercializarea medicamentelor eliberate fără prescripție medicală și a suplimentelor alimentare. Aveți informații sau ați primit sesizări că ar fi nereguli în aceste domenii?**

Este zona din sectorul farma unde nu ne-am uitat până acum. De ani buni, ne uităm cu mai multă atenție pe RX-uri. Acum ne-am gândit să analizăm mai detaliat și restul pieței, care este importantă din punctul de vedere al volumului cheltuielilor cu medicamentele. La finalul analizei, vom vedea dacă prețurile sunt mai mari la noi decât în alte state, dacă există anumite obstacole în calea unor importuri mai ieftine, dacă există anumite practici anticoncurențiale în relațiile dintre distribuitor și farmacia.

Tendința ascendentă a vânzărilor reliefează interesul crescut al românilor privind întreținerea sănătății pe termen lung și grija față de sănătatea proprie și a familiei și interesul producătorilor în diversificarea gamei de produse disponibile, dezvoltarea unor produse noi și creșterea calității acestora. În cazul în care vor fi identificate disfuncționalități care afectează mediul concurențial, Consiliul Concurenței va putea propune modificarea sau revizuirea

reglementărilor existente, va putea emite clarificări sau atenționări către mediul de afaceri sau administrația publică, cu scopul de a îmbunătăți eficiența economică a sectorului și de a proteja interesele consumatorilor.

**Care sunt cele mai recente practici anticoncurențiale pe care le-ați depistat în domeniul sănătății și la ce făceau ele referire, mai exact? Și ce alte investigații aveți în derulare?**

Recent, în primăvara acestui an, am sancționat cu 1,22 milioane lei 5 centre medicale (Medicover Hospitals, Med Life, Arcadia Hospital, Genesys Medical Clinic și Rur Medical) și 2 bănci de celule stem (Stem Sure Solutions și CBC Laboratories) pentru încheierea unor înțelegeri anticoncurențiale pe piața serviciilor medicale furnizate de maternități private.

Practic, fiecare maternitate avea o relație contractuală de exclusivitate cu o bancă de celule stem spre care își îndruma pacienții. În cazul în care pacienții optau pentru banca agreată, serviciile de prelevare, procesare și stocare a celulelor stem erau gratuite. În cazul în care optau pentru altă bancă, erau nevoite să plătească un tarif stabilit de maternitate și banca agreată. În aceste condiții, pacienților li s-a redus accesul la o altă sursă alternativă de furnizare de servicii stem în funcție de calitatea și prețul acesteia, iar costul final plătit de pacienți era mult mai mare decât nu alegeau banca agreată de maternitate.

În urma investigației, Consiliul Concurenței a făcut o serie de recomandări atât maternităților private, cât și băncilor de celule stem, în sensul în care maternitatea este cea care ar trebui să aibă o relație cu pacienta atât în ceea ce privește nașterea propriu-zisă, cât și recoltarea de sânge din cordonul ombilical și/sau țesut de cordon ombilical, iar banca ar trebui să aibă o relație cu pacienta în ceea ce privește activitatea de prelevare, procesare și stocarea de celule stem.

În privința cazurilor în desfășurare, așa cum v-am spus, avem în derulare o investigație privind o posibilă înțelegere pe piața imunoglobulinei, precum și două investigații privind un posibil abuz de poziție dominantă al companiei Roche România. Prima investigație vizează un posibil comportament anticoncurențial

ce constă în practicarea de către Roche România SRL, în relație cu un distribuitor de-al său, a unor prețuri cu ridicata mai mari decât prețurile oferite de către Roche România SRL în contextul unor proceduri de licitație privind aprovizionarea cu medicamente a spitalelor. Cea de a doua investigație vizează o posibilă practică anticoncurențială constând în acte și fapte ale Roche România SRL care au ca posibil efect excluderea de pe piață a variantei generice a medicamentului inovativ Tarceva; Tarceva conține substanța activă Erlotinibum și este utilizat în tratamentul cancerului. Tarceva este inclus în Lista medicamentelor decontate.

**Care sunt prioritățile dumneavoastră pentru următoarea perioadă?**

În ceea ce privește sectorul farma, vom colabora în continuare cu autoritățile din domeniu astfel ca recomandările noastre să fie preluate în legislația din domeniu, cum este eliminarea criteriului demografic prevăzut, în prezent, la înființarea farmaciilor în mediul urban. Consiliul Concurenței consideră criteriul demografic o barieră la intrarea pe piață, iar până în prezent, nu au fost modificări ale legislației în acest sens. De asemenea, recomandăm separarea pe entități juridice a activităților de retail farmaceutic, respectiv, de distribuție angro de medicamente: Consiliul Concurenței consideră că o astfel de măsură poate să conducă la fluidizarea acestor activități și la o mai bună gestiune a fluxurilor de medicamente și a celor de numerar. Până în prezent, nu au fost realizate modificări în legislație privind separarea pe entități juridice a activităților de retail farmaceutic.

Un alt subiect ar fi „propunerea legislativă pentru modificarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății”. În România, finanțarea sănătății se face într-o măsură mult prea mare de la bugetul public, ceea ce limitează drastic posibilitatea creșterii finanțării în acest sector. La nivelul celorlalte țări din Uniunea Europeană, participarea sectorului privat la cofinanțarea cheltuielilor de sănătate se situează la un nivel mult mai ridicat decât în România.

Prezentul act normativ propune două noi abordări în ceea ce privește finanțarea unităților spitalicești, neexplorate până în acest moment. Prima se referă la introdu-

cerea în legislație a posibilității spitalelor de a accesa fonduri europene pentru a-și finanța activitatea. A doua se referă la introducerea conceptului de serviciu public de interes economic general, respectiv la compensarea costurilor ocazionate de prestarea acestui serviciu de către spitale, cu respectarea reglementărilor în domeniul ajutorului de stat.

În același timp însă, ne propunem să finalizăm cazuri de încălcare a legislației de concurență din domenii importante – asigurări, comerț alimentar, transport de gaze naturale – și anchetele sectoriale privind sectorul bancar, comerțul cu amănuntul al combustibililor.

**Preluarea președinției Consiliului Uniunii Europene aduce cu sine responsabilități în plus pentru activitatea Consiliului Concurenței? Are instituția pe care o conduceți o agendă specială pentru acea perioadă?**

În domeniul concurenței, României îi revine responsabilitatea de a implementa pachetul de măsuri ECN+ privind mai buna funcționare a autorităților naționale de concurență, măsuri prin care autoritățile de concurență din statele Uniunii Europene ar urma să devină și mai eficiente în activitatea lor. Este important să colaborăm, mă refer la toate instituțiile statului, pentru a asigura cu succes Președinția la Consiliul UE. Este un eveniment major pentru țara noastră și trebuie să tragem cu toții în aceeași direcție. Vom organiza o serie de evenimente, cum ar fi conferința „Ziua Europeană a Concurenței și a Consumatorului”, organizată în parteneriat cu ANPC, cât și reuniuni pentru a dezbate teme de interes la nivel UE: implementarea ECN+, tehnici inovatoare pentru detectarea cartelurilor, ajutor de stat, servicii de plată.

**Taxa clawback este de mult timp motiv de dispută între companiile farma și autoritățile statului. Până acum, nu s-a găsit o formă care să mulțumească pe toată lumea. Este, cu adevărat, atât de greu de găsit calea de mijloc? Care sunt recomandările dumneavoastră?**

INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE

[www.politicipidesanatate.ro](http://www.politicipidesanatate.ro)



## Patologie medicală - NOTE DE CURS



## Patologie medicală - PRACTICĂ MEDICALĂ PENTRU FARMACIȘTI ȘI DOMENII CONEXE. EXEMPLIFICĂRI CLINICE

## Două proiecte originale pentru studenții la farmacie și nu numai



Cele două volume apărute de curând (Patologie Medicală – Note de curs și Patologie Medicală – Practică medicală pentru farmaciști și domenii conexe; exemplificări clinice)

cuprind, pe de o parte, o selecție de referințe din patologiile cel mai frecvent întâlnite în practica medicală și, pe de altă parte, un set de cazuri clinice specifice pentru diverse patologii ale sistemelor și aparatelor care fac obiectul notelor de curs, explicate astfel încât să permită urmărirea procesului de gândire care a dus la stabilirea diagnosticului unei anumite patologii, precum și a terapiei administrate.

Lucrarea se adresează studenților și absolvenților facultăților de farmacie, medicină și medicină dentară, dar nu numai acestora, ci tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății care doresc un material coerent și succint, precum și o sursă de informații și raționamente utile.

Opțiunea pentru această temă este un rezultat al experienței multi- și interdisciplinare a coordonatorilor, care au surprins caracterul esențial al cunoașterii patologiei ca liant între științele fundamentale și disciplinele clinice. Astfel, s-a considerat în mod corect și viabil că înțelegerea fiziopatologiei proceselor va îmbunătăți considerabil capacitatea de recunoaștere a manifestărilor clinice ale bolii.

Concepția acestei lucrări decurge din convingerea profundă a autorilor cu privire la rolul profesorului de a forma capacitatea studenților de descoperire independentă a soluțiilor la diversele dileme profesionale cotidiene, mai curând decât aceea de a le oferi nemijlocit răspunsuri. În acord cu această convingere, pentru a forma viitorii profesioniști în spiritul acestei lumi în continuă transformare, coordonatorii lucrării își propun revitalizarea practicii medicale printr-o abordare bazată pe învățare activă și cercetare. De aceea, implicarea tinerilor, încă de pe băncile facultății, în prezentarea și explicarea informațiilor se dovedește un exercițiu extrem de util.

În acest sens, este de subliniat implicarea în calitate de coautori a unor studenți din diferite specialități (Medicină, Farmacie, Medicină dentară), în efortul de a oferi un set omogen de informații fundamentale, într-un mod accesibil tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății.

În acest context, lucrarea de față demonstrează încă o dată potențialul școlii românești de medicină în ceea ce privește adaptabilitatea modalității de abordare și formare a studenților pentru a face față problematicei lumii reale a profesiei alese. ■

PROF. UNIV. DR. FARM. DOINA DRĂGĂNESCU  
DECAN AL FACULTĂȚII DE FARMACIE  
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA”



CONGRESUL CLUBULUI REGAL AL MEDICILOR - EDIȚIA A IV-A

# Inovație, multidisciplinaritate și excelență în Medicină

PESTE 1.000 DE MEDICI ȘI ASISTENTE MEDICALE, 7 SESIUNI ÎN FIECARE DIN CELE DOUĂ ZILE ALE CONGRESULUI ȘI 3 CURSURI PRE-CONGRES SUSȚINUTE DE SPEAKERI DIN ȚARĂ ȘI DIN STRĂINĂTATE (GERMANIA, OLANDA, SERBIA, IRLANDA, MAREA BRITANIE). AȘA ARATĂ, ÎN CIFRE, CEA DE-A IV-A EDIȚIE A CONGRESULUI CLUBULUI REGAL AL MEDICILOR (11 – 13 OCTOMBRIE 2018). „ÎN SITUAȚIA ÎN CARE MEDICINA EVOLUEAZĂ TOT MAI RAPID ȘI PERICOLUL DE A PIERDE PASUL ESTE PERMANENT PREZENT, ADUCEREA NOILOR TEHNOLOGII ÎN DISCUȚIE, ÎN TOATE SESIUNILE CONGRESULUI, A FĂCUT CA PUNEREA LA PUNCT SĂ FIE NOTA DOMINANTĂ A ACESTOR ÎNTĂLNIRI”, A DECLARAT CONF. UNIV. DR. DAN IOAN ULMEANU, PREȘEDINTELE CLUBULUI REGAL AL MEDICILOR. DE VALENTINA GRIGORE

## Protezarea genunchiului. soluția pentru o bătrânețe activă

Sesiunea „Concepte curente în artroplastia totală de genunchi”, coordonată de șef lucrări dr. Vlad Predescu, a beneficiat de participarea unor experți atât din România, cât și din străinătate: prof. Michael Hirschmann (Universitatea de Medicină din Basel, șeful Centrului de Chirurgie a genunchiului), prof. Roland Becker (Universitatea de Medicină din Brandenburg, șeful departamentului de protezare a genunchiului și șoldului) și prof. Nanne Kort, lider european în protezarea genunchiului și șoldului în protezarea de zi. „Practic, Nanne Kort a reușit să optimizeze atât de mult această intervenție chirurgicală extrem de complexă încât, în anumite condiții, ea poate fi făcută în cadrul chirurgiei de zi. Progresele înregistrate în îngrijirea perioperatorie a pacientului au făcut ca durata de spitalizare să scadă foarte mult și la noi. În momentul actual, în spitalul Ponderas, putem externa pacienții la patru zile după intervenția chirurgicală”, a explicat dr. Vlad Predescu.

## Complicațiile tulburărilor de somn la copii

În România, 1 din 10 copii (9,6%) riscă să dezvolte tulburări de respirație în timpul somnului, forma cea mai severă fiind apneea de somn. Studiile efectuate la nivel mondial arată, de exemplu, că amânarea cu câteva minute a orei de culcare în fiecare seară duce, în timp (o săptămână, o lună), la o deprivare importantă a numărului

de ore pe care un copil ar trebui să le doarmă, a atras atenția dr. Mihaela Oros în cadrul sesiunii „Abordări multidisciplinare în Pediatrie”.

Complicațiile pe termen lung ale tulburărilor de somn, plâns și hrănire ale bebelușului pot include ADHD, probleme de atenție, de memorie, dar și de atașament în relație, a explicat prof. dr. Dieter Wolke, care a atras atenția că nu există o pregătire a medicilor pediatri, la nivel global, pentru adresarea acestor probleme.

## Ecografia neonatală — diagnostic rapid, fără iradiere

Dr. Eoghan Laffan, specialist în radiologie, a prezentat medicilor români avantajele ecografiei neonatale (de plămâni, toracice,

de părți moi) la bebeluși. „Ecografia ne permite să investigăm non-invaziv anumite organe, fără a iradia bebelușul. Cu ajutorul ecografiilor pulmonare, am reușit să reducem cu mai mult de 50% radiografiile. Monitorizăm, astfel, clinic și ecografic un copil cărui, în caz contrar, ar trebui să-i facem câte zece radiografii pe zi”, a subliniat dr. Mihaela Scheiner.

## Prorocări în epilepsie

Speakerii sesiunii „Neuroscience” au prezentat importanța monitorizării EEG în diagnosticul epilepsiei la copii și adulți. „Sunt pacienți în comă, internați la terapie intensivă, care nu au convulsii, deci nu îți dai seama că ar putea fi vorba de o epilepsie. Aceștia trebuie monitorizați EEG cât mai rapid. Dacă ratăm diagnosticul de status epileptic non-convulsiv timp de două zile, rata mortalității este între 48% și 96%”, a explicat dr. Bogdan Florea, medic primar neurolog, Rețeaua Regina Maria.

În ceea ce privește diagnosticarea epilepsiei la copii, dr. Raluca Teleanu, medic primar neurologie pediatrică, Spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”, explică faptul că un copil epileptic ar trebui să facă, în mod normal, o electroencefalogramă de zi și obligatoriu una de noapte. Ea a prezentat și beneficiile sistemului ambulator holter EEG, cu care pot fi monitorizați acasă copiii care nu suportă spitalizarea.

## Tratamente actuale și centre de excelență în cancerul de sân

Cancerul de sân este pe primul loc în rândul cancerelor la femei, atât în România, cât și în întreaga lume. Depistat la timp, el este vindecabil. „În Ponderas Academic Hospital s-a înființat, de un an, Centrul Integrat de Tratatament al Patologiei Mamare, cu o echipă de specialiști cu expertiză în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor mamare”, a declarat doctorul în științe medicale Simona Filip, în cadrul sesiunii „Actualități în obstetrică-ginecologie. Clinica sânelui”.

## Dermatoneurologul, integratorul echipei medicale în patologia genitală

Prof. univ. dr. Olga Simionescu a atras atenția medicilor rezidenți care au participat la sesiunea „Patologia genitală la femeie și bărbat din perspectiva dermatovenerologică” că există numeroase



ne apropiem din ce în ce mai mult de țările din Vestul Europei, ca și conduită medicală. Iar asta înseamnă că trebuie să facem față acestei provocări și să fim în pas cu ultimele descoperiri. Ce apare în Vest astăzi, mâine trebuie să avem și noi”, a declarat și conf. univ. dr. Florin Turcu.

## Metodele minim invazive erită complicațiile în chirurgie

Dr. Felix Dobrițoiu a atras atenția, în cadrul sesiunii „Abordări multidisciplinare în chirurgia toracică și neurochirurgie” că există o mare diferență între chirurgia clasică și cea minim invazivă, în toate domeniile chirurgicale. El a prezentat, ca studiu de caz, tratamentul chirurgical minim invaziv al Pectus Carinatum (piept de cocoș) – o dezvoltare excesivă a cartilajului care forțează sternul să iasă înaintea.

## Primul curs intensiv de Orbitopatia Graves

Sesiunea de oftalmologie a găzduit, sâmbătă, cursul intensiv de Orbitopatia Graves, primul organizat în România pe această temă. „Orbitopatia Graves este o patologie atât de complexă, încât impune colaborarea strânsă între oftalmologi din diverse subspecialități, dar și o foarte puternică legătură cu colegii din alte specialități. Cursul a avut ca scop implementarea în țara noastră a protocolului de diagnostic și tratament EUGOGO – recunoscut la nivel mondial ca unul dintre cele mai eficiente, dar și user-friendly protocele”, a explicat dr. Cătălina Dumitrescu.

## Screening pentru depistarea hepatitei C la medicii de familie

Statisticile la nivel global arată că 90% dintre bolnavii de hepatită nu știu că au boala, iar cei afectați pot transmite virusul în orice moment. „Medicii de familie au un rol extrem de important în a face screening unui procent cât mai mare din populația generală. Practic, ar trebui să facă un screening eșalonat tuturor pacienților pe care îi au pe liste”, a atras atenția prof. univ. dr. Victoria Aramă, medic primar boli infecțioase, în cadrul cursului „Update în hepatitele cronice”. ■

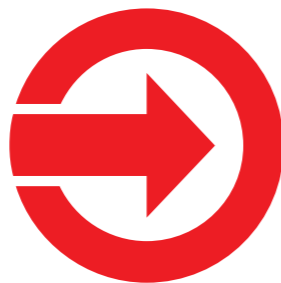
MANAGEMENT LOGISTIC ȘI COMUNICARE



# Vocea persoanelor cu diabet, la Bruxelles

ORGANIZAȚIILE DE PACIENȚI JOACĂ UN ROL SEMNIFICATIV ÎN MODIFICAREA POLITICILOR DE SĂNĂTATE LA NIVEL NAȚIONAL, IAR O COLABORARE ÎNTRE ORGANIZAȚII, DAR ȘI ÎNTRE DIFERITE PĂRȚI DE INTERES REPREZINTĂ UN SUCCES ȘI O EVOLUȚIE A MODULUI DE ABORDARE A PROBLEMATICII DIABETULUI. „EXISTĂ ASOCIAȚII CARE AU REUȘIT SĂ ÎȘI ÎNDEPLINEASCĂ OBIECTIVELE, EXISTĂ ASOCIAȚII CARE LUPTĂ CU TOATE RESURSELE PENTRU DREPTURILE PACIENȚILOR PE CARE ÎI REPREZINTĂ ȘI EXISTĂ ÎNSTITUȚII ȘI COMPANII FARMACEUTICE CARE SUNT DISPUSE SĂ NE ÎNVEȚE BUNE PRACTICI, STRATEGII DE MANAGEMENT ȘI SĂ NE SUSTINĂ ÎN VEDEREA CREȘTERII REZONANȚEI VOCII PACIENTULUI CU DIABET ÎN SISTEMUL ASOCIAȚIILOR DIABETICILOR DIN ROMÂNIA, DUPĂ PARTICIPAREA LA EUROPEAN DIABETES PATIENT ADVOCACY SUMMIT, EVENIMENT ORGANIZAT DE NOVO NORDISK LA SFÂRȘITUL LUNII SEPTEMBRIE, LA BRUXELLES.

DE VALENTINA GRIGORE



Summitul a reunit peste 100 de persoane din 30 de țări europene, reprezentanți ai organizațiilor care luptă pentru persoanele cu diabet la nivel național, dar și reprezentanți ai sucursalelor naționale Novo Nordisk, scopul acestuia fiind prezentarea de bune practici cu privire la modalitățile de abordare a diferiților stakeholderi și împărtășirea experiențelor cu privire la activitățile desfășurate la nivel național care pot fi implementate și în alte țări.

„Christel Schaldemose, membru în Parlamentul European, a îndemnat reprezentanții organizațiilor de pacienți să ia legătura cu europarlamentarii prin toate mijloacele posibile (e-mail, telefon, mediu online), în vederea stabilirii unor întâlniri și a unor acțiuni ce pot fi realizate împreună. Important este ca mesajele să fie unele clare, dar să conțină și povestea personală, care declanșează emoția și dorința de colaborare. Totodată, recomandarea către cei prezenți la eveniment a fost

aceea de a stabili colaborări cu membri ai Parlamentului European ce reprezintă țările lor, în așa fel încât aceștia să se alătore grupului de lucru din Parlament pentru susținerea cauzei diabetului”, povestește Cristina.

Concluzia dezbaterilor dintre industrie, pacienți și medici a fost „Nothing about us, without us” (Nimic despre noi, fără noi), care conceptualizează importanța prezenței organizațiilor de pacienți în orice activități de politici de sănătate, datorită expertizei lor și a experienței complexe cu această patologie. Forumul a vizat și structurarea unui proiect privind politicile de sănătate pe baza unor criterii funcționale precum identificarea concretă a ideii ce se dorește a fi implementată, stabilirea de priorități pentru obiective, analiza SWOT (plusuri și minusuri ale proiectului, oportunități și amenințări), anticiparea unor probleme în implementarea proiectului și găsirea unor soluții, setarea unor obiective SMART (specifice, măsurabile, realizabile, realiste și definite în timp), identificarea stakeholderilor pentru proiectul ce se dorește a fi implementat, apoi realizarea unui plan de acțiune cu sarcini specifice și angajamentul din partea părților de interes. „Acest exercițiu este unul extrem de valoros deoarece oferă o direcție clară și funcțională a modului în care proiectele ar trebui realizate în vederea maximizării succesului unui proiect”, concluzionează Cristina.

„De-a lungul activității mele în advocacy, am avut privilegiul de a participa la multe evenimente de acest fel, care își propun să vină în sprijinul organizațiilor de pacienți și, totodată, am observat modul în care se dezvoltă aceste organizații și contribuie atât la realizarea unor politici eficiente, cât și la prevenție și acces la tratament la nivel național. În Europa, există multe asociații de succes (precum cele din Anglia, Danemarca, Suedia, Portugalia, Franța, Germania) ce militează pentru drepturile persoanelor cu diabet care au reușit să își formeze o colaborare strânsă cu reprezentanți ai clasei politice, dar și să realizeze proiecte semnificative cu impact major asupra populației persoanelor cu diabet. În România, lupta ca organizațiile de pacienți să fie considerate de nelișit în deciziile politice și ale comisiilor de diabet este una în desfășurare, însă, cu siguranță, cu sprijinul pe care îl primim din partea

stakeholderilor, rezultatele nu întârzie să apară”, completează reprezentanta pacienților.

## Porestea Cristinei Petru

„Sunt o persoană care trăiește cu diabet zaharat tip 1 de la vârsta de 11 ani și sunt fericita purtătoare a primei pompe de insulină din România, ceea ce cred, privind în urmă, că a fost primul pas pe care l-am făcut pentru a deveni un militant pentru dreptul persoanelor cu diabet de a avea acces la tratament și de a-și îmbunătăți viața, în ciuda diagnosticului. În acest sens, mi-am ales o carieră prin care să pot fi aproape de persoanele cu diabet și să le ajut în demersul lor de acceptare a bolii și de implementare a unui management eficient al diabetului, devenind astfel psiholog clinician și psihoterapeut, îndreptându-mă îndeosebi înspre abordarea complexității diabetului și a aspectelor psihologice legate de această patologie.

În anul 2013, am decis că doresc să fac mai multe pentru persoanele cu diabet,

„VOCEA ORGANIZAȚIEI TREBUIE SĂ FIE ATÂT DE PUTERNICĂ, ÎNCÂT CEIALȚI STAKEHOLDERI SĂ TE CONSIDERE UN PARTENER IMPORTANT DE DISCUȚII.”

însă nu fără a dobândi unele abilități esențiale de leadership, management organizațional și realizare de proiecte pentru persoanele cu diabet, așa încât, cu sprijinul Federației Asociațiilor Diabeticilor din România (FADR) și al Federației Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice (FRDNBM), am participat la un program de training global - „Young Leaders in Diabetes” - realizat de Federația Internațională de Diabet și care a fost desfășurat în două ediții ale Congresului Mondial de Diabet (2013 – Australia, 2015 – Canada). Apoi, cu aceste abilități dobândite, pas cu pas am dezvoltat strategii și proiecte menite să îmbunătățească viața persoanelor cu diabet prin diferite abordări și implicând diferite părți de interes

(personal medical, industria farmaceutică, decidenți politici). În 2015, am fost aleasă în comitetul de conducere al Federației Internaționale de Diabet Europa, fiind acum la cel de-al doilea mandat.

La nivel național, îmi desfășor activitatea prin intermediul Federației Asociațiilor Diabeticilor din România, care este condusă de Maria Angela Mesaroș, eu fiind vicepreședinte al acesteia. De-a lungul timpului, activitățile realizate de FADR cu scopul de îmbunătățire a vieții persoanelor cu diabet din România au fost: Carta albă a Diabetului – proiect ce a dorit realizarea unei imagini de ansamblu a diabetului în România din perspectiva pacientului, proiectul SPIC, ce și-a propus prevenția și educația populației din zonele rurale, Forumul Național al persoanelor cu diabet – având ca participanți reprezentanți ai asociațiilor de diabet din România, scopul fiind acela de a crea un mediu oportun pentru împărtășirea bunelor practici ale managementului organizațional și aspecte relevante ale educației persoanelor cu diabet la nivel local și național, proiectul Dia România – Echipa Națională de Futsal a Persoanelor cu Diabet, prin intermediul căreia se dorește promovarea sportului în rândul persoanelor cu diabet printr-o abordare complexă a tematicii sportului ca o parte majoră a managementului diabetului, DiaEuro – Campionatul European de futsal al persoanelor cu diabet organizat în România în 2015 și 2017, cu scopul de a ne alătura mișcării europene de promovare și conștientizare a problematicii diabetului și importanța activității fizice. De asemenea, o activitate principală a FADR este aceea de a milita pentru drepturile persoanelor cu diabet din România prin eficientizarea accesului la tratament, având astfel diferite dezbateri în cadrul Parlamentului României, cât și discuții și negocieri cu reprezentanți ai Ministerului Sănătății și al Finanțelor, dar și cu CNAS.

Consider că în vederea realizării unei activități de advocacy prin intermediul unui ONG, cel mai important lucru este acela de a avea o organizație puternică și vizibilă la nivel de membri, dar, și mai important, la nivelul clasei politice. Această voce a organizației se clădește în timp prin realizarea diferitelor proiecte și trebuie să fie atât de puternică încât ceilalți stakeholderi să te considere ca fiind un partener important de discuții.”

# PROGRAMUL ÎMPOTRIVA DIABETULUI - investiții care generează economii la bugetul Sănătății

MODIFICAREA PROGRAMULUI NAȚIONAL DE DIABET A FOST PRIMITĂ CU INTERES DE ASOCIAȚIILE DE PACIENȚI, CARE AU LUPTAT ALĂTURI DE SOCIETĂȚILE ȘTIINȚIFICE DIN DOMENIU, PENTRU CA PERSOANELE CU DIABET SĂ AIBĂ ACCES LA TEHNOLOGII MODERNE. CUM VĂD MEDICII SPECIALIȘTI ACESTE MODIFICĂRI ȘI CE ÎNSEAMNĂ PENTRU MANAGEMENTUL BOLII ȘI EVITAREA COMPLICAȚIILOR, NE EXPLICĂ CONF. UNIV. DR. BOGDAN TIMAR, SPECIALIST ÎN DIABET, NUTRIȚIE ȘI BOLI METABOLICE ÎN CADRUL SPITALULUI JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TIMIȘOARA ȘI CONFERENȚIAR ÎN CADRUL UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA. DE VALENTINA GRIGORE



**Din perspectiva clinicianului, care va fi efectul modificărilor aduse Programului Național de Diabet?**

Noutățile, în special cele care vizează facilitarea accesului la noi tehnologii (cum ar fi

senzori de monitorizare continuă a glicemiei, pompe de insulină și pompe de insulină augmentate cu senzor de monitorizare continuă a glicemiei) vor aduce un semnificativ plus de valoare în managementul pacienților cu DZ tip 1. Cu ajutorul acestor dispozitive, sunt posibile îmbunătățiri ale calității controlului glicemic fără precedent în lipsa lor. Spre exemplu, existența unui senzor de monitorizare glicemică continuă permite alertarea pacientului cu privire la eventuale evenimente nedorite urmate de intervenții ferme în vederea evitării lor. Pe lângă afișarea într-o manieră continuă a valorii glicemiei, dispozitivul are un algoritm care permite predicția apariției unei hipo- sau hiper-glicemii, alertând din timp pacientul. Astfel, acesta are posibilitatea de a acționa în vederea evitării evenimentului: în cazul unei hipoglicemii, poate consuma din timp glucide cu acțiune rapidă, respectiv în situația prezicerii unui episod hiperglicemic își poate administra un bolus de corecție. Importanța este accentuată atunci când ne gândim la

mult-temutele hipoglicemii nocturne sau hipoglicemii asimptomatice (din cauza unui cumul de factori, ce includ aici episoade hipoglicemice multiple în istoricul bolii, pacientul nu mai simte apariția hipoglicemiilor). Mai mult, unele dispozitive de acest gen pot fi cuplate cu o aplicație smartphone care permite alertarea unor terțe persoane, la distanță, prin intermediul unor

alerte sms cu privire la apariția acestor evenimente nedorite. În ceea ce privește pompele de insulină, pe lângă avantajul dispariției multiplelor înțepături aferente injecției de insulină, aceste dispozitive aduc importante posibilități de îmbunătățire în managementul glicemiei: - permit infuzia de insulină bazală într-o rată variabilă, modificarea temporară a ratei de infuzie a insulinei bazale

(facilitate foarte folositoare în situații în care se modifică necesarul temporar - de exemplu, în timpul exercițiilor fizice viguroase) sau administrarea bolusurilor conform unor tipare modificate. În fine, pompa de insulină augmentată cu senzor de glicemie este un dispozitiv ce îmbină ambele sisteme menționate, luând autonom decizii în anumite situații: cea mai importantă este aceea în care senzorul de glicemie detectează automat prezența unei hipoglicemii, aceasta ducând la întreruperea temporară a livrării ratei bazale de insulină; astfel, organismul va avea posibilitatea de a corecta hipoglicemia mult mai ușor.

Folosirea unor asemenea dispozitive duce la economii în bugetul sănătății: într-adevăr, costul imediat de achiziție poate părea mare, dar prin evitarea complicațiilor - atât acute, cât și cronice - costurile asociate utilizării lor scad, contrabalansând costul de achiziție. Așadar, pe termen lung, utilizarea acestor dispozitive aduce economii atât la nivelul bugetului de sănătate (prin evitarea costurilor generate de tratamentul complicațiilor), cât și, pe termen lung, economii în bugetul statului. Având un management

al bolii mai bun, vor fi evitate costurile indirecte legate de îngrijirea diabetului (reducerea numărului de zile de spitalizare, păstrarea în activitate și astfel în economie pentru mai mult timp a pacientului, evitarea costului legat de îngrijirea unui posibil handicap viitor - pierderea vederii, a unui membru sau ajungerea pacientului în tratament de substituție renală prin hemodializă etc.).

**Cum se va descurca medicul diabetolog cu noile dispozitive?**

E posibil ca la început să îi fie dificil să instruiască pacientul în vederea utilizării corecte a acestor dispozitive. Cu toate acestea, timpul investit inițial în acest proces de instruire va fi câștigat ulterior datorită sistemelor de telemedicină încorporate de aceste dispozitive. Mă gândesc aici la posibilitatea urmării evoluției glicemiilor la distanță de către medic, pe o perioadă îndelungată, într-o manieră cât se poate de eficientă,

simplă și sigură. Pe lângă acest aspect, cu siguranță utilizarea dispozitivelor va permite o intervenție mai eficientă și în cunoștință de cauză. Fără utilizarea acestor facilități, pentru a intra în posesia unor informații similare cu privire la statusul pacientului, soluțiile ar fi mult mai costisitoare și mai ineficiente din punct de vedere al timpului.

Sumarizând, sunt convins de faptul că în pofida unui timp puțin mai îndelungat investit de către medic pentru instruirea inițială a pacientului, timpul va fi câștigat înzecit pe parcursul managementului pe termen lung al pacientului. Asemănător, în pofida unei necesare investiții inițiale, aceasta va genera, pe termene mediu, respectiv lung, cu siguranță economii atât pentru bugetul de sănătate, cât și pentru bugetul statului. Tocmai de aceasta îmi exprim speranța că, în final, toți pacienții care ar putea beneficia de aceste tehnologii să o și poată face.

**Ce specialitate medicală ar trebui să se implice mai mult în prevenția diabetului?**

Pentru DZ tip 2, cel care reprezintă 90-95% din totalul cazurilor de diabet, există metode eficiente de prevenție primară care vizează în principal

optimizarea stilului de viață: adoptarea unei diete corecte, scădere ponderală atunci când este cazul sau practicarea unei activități fizice adaptate statusului individualizat al pacientului. Un prim

pas în adoptarea acestor metode e reprezentat de identificarea persoanelor aflate la un risc crescut de a dezvolta DZ tip 2. Și aici devine evident rolul extrem de important pe care îl are medicul de familie. Printr-o identificare precoce și o îndrumare a persoanei respective către un specialist în diabet și boli metabolice, apare premisa unei posibile intervenții la timp, care ar putea avea ca rezultat evitarea apariției diabetului. Cu toate acestea, dacă e să mă gândesc la prevenția diabetului, nu aș face strict referire doar la specialități medicale: un rol important îl pot avea aici comunitatea și autoritățile (locale sau naționale). Metodele de optimizare a stilului de viață trebuie începute a fi învățate încă

din grădiniță, iar apoi încurajate a fi implementate pe tot parcursul vieții, atât prin reîmprospătarea continuă a acestor metode, cât și prin promovarea lor pe orice canale și mijloace. Aceste metode sunt general-valabile și pot fi adoptate de întreaga populație, ne-existând efecte adverse ale practicării lor.

**Există o uniformizare a accesului la tratament, echipamente moderne, medici specializați la nivelul țării?**

Din punct de vedere tehnic, birocratic, accesul la tratament și la echipamente moderne este uniform la nivelul țării, în cadrul Programului Național de Diabet. În practică însă, există discrepanțe importante din punctul de vedere al ponderii medicilor specializați în diabet, nutriție și boli metabolice raportat la populația anumitor județe, respectiv raportat la numărul de persoane cu diabet ce locuiesc în acele regiuni. Devine evident astfel că pacienții cu diabet ce locuiesc în regiuni cu un număr redus de medici diabetologi vor fi dezavantajați din punctul de vedere al accesului la soluții optime de management al diabetului prin însăși îngreunarea accesului la un medic specialist în acest domeniu și nu neapărat prin alte bariere. Văd ca singură soluție pentru această problemă o implicare a comunităților și autorităților locale, care să creeze într-o manieră cât mai pro-activă condiții favorabile de desfășurare a activității (de exemplu, cabinete dotate, posibile integrări în cadrul spitalelor și colaborări cu laboratoare de analize medicale), precum și facilități ce ar viza ușurarea relocării medicilor în comunitatea respectivă (oferirea unor prime de relocare, locuințe de serviciu ș.a.m.d.).

**Cât de importantă este comunicarea dintre profesionist și persoana afectată de diabet?**

Comunicarea medic-pacient este de o importanță majoră în obținerea unui rezultat bun în orice act de practică medicală. O bună comunicare este, de regulă, asociată cu o mai bună aderență la tratament, precum și cu creșterea gradului de încredere pe care pacientul îl are în tratamentul pe care îl urmează. Iar dacă această comunicare dintre medic și pacient este importantă în orice afecțiune, această importanță este subliniată în cazul pacienților cu afecțiuni cronice, cum este și cazul pacienților cu diabet. 📌



➔ **Interviu cu Simona Cocos, director general Zentiva**

## Fabrica din România va avea un rol major în dezvoltarea Zentiva



**ÎNCEPÂND CU DATA DE 1 OCTOMBRIE, PRODUCĂTORUL DE MEDICAMENTE GENERICHE ZENTIVA A DEVENIT O COMPANIE INDEPENDENTĂ, CA URMARE A FINALIZĂRII PROCESULUI DE SEPARARE FAȚĂ DE SANOFI, FOSTUL SĂU ACȚIONAR MAJORITAR. ACEASTĂ DECIZIE VA AVEA CONSECINȚE MAJORE ASUPRA DEZVOLTĂRII COMPANIEI ȘI, AȘA CUM SPUN REPREZENTANȚII EI, VA ADUCE NUMEROASE BENEFICII PACIENTULUI ROMÂN, CARE VA AVEA ACCES LA SOLUȚII TERAPEUTICE MODERNE ȘI SIGURE, LA PREȚURI ACCESIBILE.**

DE VALENTINA GRIGORE



**Cum se va transforma activitatea și portofoliul Zentiva după separarea de Sanofi, oficială de la 1 octombrie?**

Urmează o perioadă de creștere accelerată pentru noi, odată cu intrarea Advent International în acționariatul Zentiva. Deși este de facto noul proprietar Zentiva, privim Advent ca partener. Este unul dintre cele mai mari fonduri de investiții private equity din lume, cu o experiență foarte îndelungată în industria pharma. Va exista un transfer de know-how între Advent și noi și un input permanent în planurile noastre de dezvoltare. Acest lucru reprezintă o contribuție la fel sau chiar mai valoroasă decât orice investiție. Vom avea acces la un lung istoric de decizii de business, la executivi ai fondului care au luat parte la planuri de dezvoltare probate în România și pe piețe similare din Europa. Este foarte greu să egalezi o astfel de experiență. Pentru management și pentru companie în ansamblu, acest lucru se traduce în procese mai eficiente și mai scurte, în pași mai mari și mai siguri. Vom fi o companie mai rapidă, mai agilă și mai flexibilă. Mesajul pe care îl avem de la Advent este că Zentiva se va dezvolta într-un ritm considerabil mai accelerat, care nu are precedent în istoria sa. Vom valorifica fabrica de la București și ne vom extinde portofoliul actual de produse, vom aborda și arii terapeutice noi într-un orizont apropiat și vom fi prezenți și pe piața de OTC. Știm ce rol și ce contribuție avem în România asigurând pacienților și sistemului de sănătate soluții terapeutice moderne

și sigure la prețuri accesibile. Amprenta noastră în România și în Europa va crește și ne va transforma într-un partener și mai important al întregului sistem de sănătate.

**Care sunt planurile companiei pe piața românească?**

România este o piață strategică pentru Zentiva. Praga și București dețin, fiecare, câte o capacitate de producție. La București, fabrica funcționează neîntrerupt, fără discontinuitate de 56 de ani, de la înființare, ceea ce nu este puțin lucru. Suntem foarte mândri de acest lucru și uneori pare incredibil, mai ales pentru angajații care lucrează cu noi de zeci de ani, cât de mult s-a transformat fabrica. Unitatea din România va

generice, poate direcționa resurse către alte nevoi. De asemenea, urmăm să susținem investiția în programe de dezvoltare medicală continuă, atât pentru medici, cât și pentru farmaciști, să sprijinim societățile medicale românești și să contribuim la educarea pacienților cu scopul declarat de a deveni o societate sănătoasă.

**În ultima perioadă, industria pharma a fost marcată de mutări de personal. Credeți că Zentiva este suficient de bine poziționată pentru a atrage cei mai buni oameni din industrie?**

Cred că Zentiva este și mai bine poziționată, odată cu intrarea în noua sa etapă de independență și dezvoltare accelerată. Prezența Advent în acționariat creează noi perspective pentru toți cei care lucrează și vor lucra în echipa Zentiva. Dacă vrei să crești, trebuie să fii acolo unde se întâmplă lucruri interesante, iar noi suntem un astfel de loc. Mă aștept să ne fie mult mai ușor să atragem talente din piață. Și mă aștept ca aceia care ni se vor alătura să aibă o surpriză

plăcută – să găsească aici o echipă care face lucrurile cu drag, oameni cărora le pasă de brandul pentru care lucrează, de misiunea pe care o are, și care știu să se mobilizeze profesionist pentru rigorile de business. Noi, la Zentiva, ne simțim ca o echipă câștigătoare, dar cu suflet. De aceea, facem tot ce putem să ne păstrăm oamenii, să îi susținem să treacă la nivelul următor, să aibă satisfacția evoluției, a contribuției și să simtă că fac lucruri interesante, că sunt importanți și valorizați.

**Zentiva este a treia mare companie de medicamente generice, cu una dintre cele mai rapide evoluții din Europa. Cum a ajuns aici?**

Cred că un rol major îl are constanța valorilor și faptul că știm care ne este

misiunea. Avem puternice repere în trecutul nostru, dar în același timp ne uităm mereu spre viitor. Istoria noastră locală merge până în 1962, când s-au pus bazele fabricii de la București. Iar moștenirea Zentiva, în ansamblu, are 530 de ani, de când a luat ființă farmacia de familie din Praga, care este momentul de geneză al companiei pe care o știm astăzi. Cultivarea acestor moșteniri dă inevitabil un simț al mândriei, al misiunii și al ambiției, care sunt și motor, și direcție pentru evoluție. Pur și simplu, ne dorim să ducem mai departe și să facem durabil tot ce am construit până acum și să fim cei mai buni în ceea ce știm să facem. Pentru că lunga noastră istorie ne arată că ne pricepem și putem.

**Ce trebuie să înțeleagă pacientul român din „disputa” originalelor cu genericele?**

Nu există o „dispută” între medicamentele generice și cele originale, fiecare pacient are nevoie de o soluție de tratament individualizată. Dar ce trebuie să știe este că, din punct de vedere medical, genericele conțin aceeași substanță activă și în aceeași cantitate ca medicamentul inovator. Genericele sunt sigure și eficiente și trec printr-un amplu proces de testare.

Rolul genericelor într-o societate este de a crește accesul la tratament pentru un număr cât mai mare de pacienți, grație costurilor reduse, dar și de a produce economii la bugetul de sănătate. Astfel, mai multe fonduri pot fi disponibile pentru achiziția medicamentelor inovatoare, scumpe, atunci când nu există soluții deja pentru generice.

**Ocupați poziția de director general Zentiva din 2009, dar lucrați în cadrul companiei Sanofi din 1995. Ce le-ați recomanda tinerilor care își doresc „să ardă” etape?**

Le-aș spune că trebuie să înveți să mergi înainte să alergi. Nu ne naștem adulți, nici cunoscători și nici înțelepți. Totul se dobândește în timp, cu interes și curiozitate. Trebuie să crești sănătos. Le-aș spune să se înconjoare de modele bune, de la care au ce învăța. Nu le-aș face recomandarea să aibă răbdare. Ci să se pregătească intens, muncind, pentru ceea ce își doresc. ■



continua să joace un rol major în dezvoltarea Zentiva. Pentru următorii cinci ani, avem planuri ambițioase de extindere a portofoliului cu zeci de produse noi. Suntem deja activi în peste 15 arii terapeutice, precum cardiologie, ginecologie, oncologie, hepatită, sistem nervos central, oftalmologie, antibiotice, ca să numesc doar câteva. Urmărim să devenim prezenți și în alte zone terapeutice și să ne dezvoltăm un portofoliu de produse OTC.

Misiunea Zentiva, parte din ADN-ul său, este de a oferi pacienților acces la tratamente moderne, la prețuri accesibile, disponibile în toate farmaciile și spitalele românești. Contribuim astfel și la sustenabilitatea sistemului de sănătate, care, grație medicamentelor

➔  
**Interviu cu  
prof. dr. Anca Trifan,  
președintele  
Societății Române  
de Gastroenterologie  
și Hepatologie**

**„Dacă armata de medici  
ai României se coordonează  
corect, putem deveni un  
model pentru Europa”**

DEROXANA MATICIUC



**Ce șanse avem în a atinge dezideratul OMS  
de a scăpa de hepatita C până în 2030?**

Dezideratele OMS fixează cerințele la standarde înalte. Nu se referă însă la eradicare, ci la eliminarea hepatitei C până în 2030 prin două mecanisme: 1) de micșorare a numărului de noi infectați și reinfectați prin scurtcircuitarea căilor de transmisie și 2) prin identificarea și tratarea tuturor celor deja infectați, care reprezintă, de altfel, sursa de infecție. Consecințele acțiunilor sunt extraordinare – scăderea considerabilă a mortalității prin ciroze hepatice terminale sau cancer hepatocelular. Cred că România are nevoie de aceste acțiuni și are capacitatea de a realiza aceste deziderate. Circumstanțele sunt foarte favorabile. Ministerul Sănătății a reușit un lucru excepțional, și anume creionarea unei strategii naționale de combatere a hepatitelor virale, care va fi reglementată oficial. CNAS și Ministerul Sănătății au realizat un protocol permisiv, care permite tratarea aproape a tuturor pacienților infectați. Există medici prescriptori informați și plini de entuziasm. Pacienții sunt informați prin diverse mijloace. Există câteva programe europene care ajută la formarea medicilor pentru screening-ul hepatitelor. Repet, circumstanțele sunt favorabile. Cred profund că dacă armata de medici ai României se coordonează corect, disciplinat, putem să devenim un model pentru Europa.

**Care sunt problemele medicilor prescriptori?**

Sunt și probleme, desigur. Există numeroase formulare care trebuie completate și arhivate. Nu există secretare, ca în străinătate, care să asigure completarea și arhivarea. În clinicile universitare, rezidenții se ocupă și cu munca de secretariat. Există frica de a fi amendat dacă ai greșit ceva pe o rețetă sau ai interpretat (întotdeauna în favoarea pacientului) diferit o analiză. Amenziile previzibile în cazul rețetelor antivirale sunt extrem de mari și sperie. Programul computerizat ar trebui să fie astfel făcut încât să poată preveni greșeli „materiale”. Dacă un pacient are proceduri de fizioterapie în contract cu CAS în timpul internării de o zi pentru un control de rutină și nu a spus medicului, acesta din urmă este amendat!

Pacienții cu hepatita C care intră în program sunt destul de exigenți cu medicul curant și cu sistemul. Fiind un program deosebit, deseori ei nu consideră că ar avea nevoie de reprogramare pentru rețete sau control. Un medic care tratează peste 100 de pacienți pe an, mai mulți ani consecutiv, poate deveni extrem de aglomerat și pacienții ajung să aștepte pentru serviciile medicale și astfel devin nemulțumiți. Cred că democratizarea prescripției la toți medicii gastroenterologi și infecționiști ar fi bine-venită.

Există și satisfacții profesionale deosebite. Este o situație excepțională în viața profesională a gastroenterologului să poată vindeca o boală cronică în 12 săptămâni! Astfel că toți trecem peste dificultăți și ne bucurăm că putem ajuta.

**Care este sau care ar trebui să fie rolul medicului de familie în eradicarea hepatitei C?**

Ne dorim și îi rugăm pe medicii de familie să testeze toți pacienții de pe listele lor pentru hepatitele B și C. Ag HBs și Ac sunt analize gratuite cu bilet de trimitere de la medicul de familie. După depistare, trebuie să trimită pacientul și, dacă poate, să-l ajute să se programeze la un centru care prescrie tratament antiviral. După tratament, medicii de familie ar trebui să monitorizeze pacienții cu fibroză avansată.

**Noul contract cost-volum-rezultat pentru hepatita C încheiat de CNAS prevede trei molecule. Putem spune că avem suficiente scheme de tratament?**

Suntem mai mulțumiți decât anul trecut. Ne lipsesc însă regimurile pentru pacienții care nu au răspuns la un regim anterior cu antivirale directe. Acești pacienți sunt extrem de frustrați, au ciroză hepatică și nu avem ce să le oferim. Există încă regimurile din prima generație și nu cele mai noi molecule. Această parte nu ar fi o problemă deosebită, răspunsul virologic este excelent la genotipul prezent majoritar în România. Unele efecte adverse și interacțiuni medicamentoase pot complica tratamentul în unele cazuri. Avem, însă, de unde alege. Și pentru un pacient netratat anterior cu antivirale directe avem tot ce ne trebuie.

**13.000 de pacienți sunt eligibili în acest nou program. Este aceasta o cifră reală a românilor cu hepatită C?**

Este o cifră bună pentru un an de tratament. Anul viitor, probabil, va fi mai mare, dacă prețurile scad și noi identificăm mai mulți pacienți infectați. Numărul real al pacienților viremici existenți în România în 2018 este greu de știut. Estimăm că ar trebui să fie în jur de 300.000. Numărul pe care-l vom trata anul acesta este o picătură, dar esențială.

**Ce am putea face mai mult sau mai bine, din punctul de vedere al legislației sau al politicilor de sănătate, pentru ca serviciile de sănătate acordate pacientului român să fie la cele mai înalte standarde?**

Trebuie să refacem complet infrastructura. Să păstrăm, acolo unde există, cultura organizațională corectă bazată pe profesionalism, disciplină, umanitate, corectitudine și ajutor între oameni și să o creăm acolo unde nu există. Trebuie să readucem ierarhia în sistem. Un spital funcționează ca o armată. Dacă toată lumea crede că este general, nu mai funcționează nimic. Democratizarea excesivă nu funcționează bine în spitale. Cine nu suportă ierarhii (și sunt mulți, nici mie nu-mi plac prea mult ierarhiile) are opțiunea unui cabinet individual. Deși Legea 95 prevede o mulțime de atribuții administrative medicului șef de secție, simbolul acestuia în spitale a pălit. Nu mai este un control de calitate al actului medical, ci doar al cheltuielilor. Personalul mediu trebuie reînvațat ce înseamnă grija față de pacient și îngrijirea continuă a acestuia. Pacientul este obiectul muncii și trebuie iubit și îngrijit.

**Care sunt prioritățile dumneavoastră?**

Prioritățile mele legate de profesia de medic, de profesor universitar? Doresc să am puterea în fiecare zi în care practic medicina să contribuim la formarea tinerilor medici conștienți de necesitatea profesionalismului, îmbinat cu rigoarea și cu umanitatea. Doresc să am puterea să mențin permanent o atitudine corectă față de pacienți, să nu uit că sunt oameni necăjiți și, chiar dacă mă mai supără (se mai întâmplă), nu am voie să mă supăr pe dânșii.

Acțiunile prioritare pe care vreau să le întreprind în anul acesta în hepatitele virale sunt legate de inițierea programului de educare a personalului medical în vederea screening-ului populațional în regiunea Moldovei.

**Ce planuri aveți pentru viitorul apropiat?**

Voi organiza, împreună cu Organizația Mondială de Gastroenterologie (OMGE, WGO), pentru prima dată în Europa de Est, un program de instruire Train The Trainers (TTT), care este un brand al WGO. Sper să fie un succes. Toți participanții la un astfel de curs declară în mod unanim că le-a schimbat viața profesională și nu numai. TTT este un instrument prin care poți să schimbi concepții, comportamente, modalități de învățare, predare și colaborare. Am emoții legate de program, dar sper să fie bine. 📌

# Deficitele rare de coagulare a sângelui, fără tratament

DEȘI PERSOANELE AFECTATE DE HEMOFILIE ȘI TALASEMIE AU ACCES LA TRATAMENT PRIN INTERMEDIUL PROGRAMULUI NAȚIONAL DEDICAT ACESTOR BOLI, EXISTĂ O CATEGORIE DE BOLNAVI, MAI REDUSĂ, CE-I DREPT, CARE NU POATE FI TRATATĂ POTRIVIT STANDARDELOR INTERNAȚIONALE. DEFICITELE RARE DE COAGULARE A SÂNGELUI REPREZINTĂ APROXIMATIV 3-5% DIN TULBURĂRILE DE COAGULARE, IAR DINTRE ACESTE DEFICITUL DE FACTOR VII ESTE CEL MAI DES ÎNTÂLNIT. DE VALENTINA GRIGORE



Persoanele afectate suferă de sângerări abundente, iar o intervenție chirurgicală este exclusă, în lipsa tratamentului care le poate ține sub control. Astfel de operații se fac foarte rar și numai dacă unitatea medicală are suficiente fonduri pentru a acoperi tratamentul substitutiv cu concentrat de factor VII. Una dintre unitățile medicale unde ajung o parte dintre bolnavii cu deficite rare



de coagulare este Institutul Clinic (IC) Fundeni, unde funcționează și singurul Centru Comprehensiv din România acreditat european pentru tratamentul hemofiliei, după cum explică dr. Adriana Diaconu, medic primar pediatru, cu supraspecializare în hematologie, Clinica de Pediatrie, IC Fundeni. Clinica de Pediatrie și Clinica de Hematologie adulți fac parte din acest Centru care

primește foarte multe cazuri de afecțiuni hematologice atât ca număr, cât și ca gravitate.

**Ce severitate poate avea deficitul de factor VII de coagulare? Cât de dure pot fi simptomele?**

Nu există cu certitudine o corelație între deficitul de factor VII ca nivel de concentrație plasmatică și severitatea manifestărilor, dar datorită unui registru

internațional, medicii din toată lumea care se ocupă de aceste cazuri au încercat să le clasifice. Astfel, formele severe ale deficitului de factor VII de coagulare se caracterizează printr-un nivel plasmatic de sub 10%.

Ca tablou clinic, acest deficit de factor VII de coagulare se manifestă prin tendința la sângerare. Cu cât deficitul este mai pronunțat, cu atât tendința la sângerare este mai mare. În mod frecvent, sângerările sunt la nivel cutaneo-mucos - epistaxis, gingivoragii, echimoze, menoragii la adolescentele la care se instalează menstra (există cazuri în care aceste fete sângerează abundent pe o perioadă îndelungată, cu anemie severă secundară sângerărilor, pentru că acestea nu pot fi oprite decât în situația

este implicat. Inițial, se determină timpii globali ai coagulării: timpul de protrombină (PT-ul) și APTT-ul. Dacă și PT-ul și APTT-ul sunt prelungiți, atunci este vorba de un deficit al complexului protrombinic (factorii II, V, X) sau al factorului I, și atunci îi determinăm numai pe aceștia, pentru că și investigațiile sunt costisitoare. Dacă APTT-ul este prelungit și PT-ul normal, atunci ne gândim la alți factori ai coagulării (deficit de factor VIII, IX, XI, XII). Dacă APTT-ul este normal și PT-ul prelungit atunci avem numai deficit de factor VII al coagulării. Investigațiile nu sunt decontate prin program național, ci sunt acoperite de către spital, prin pachetele de spitalizare. Din păcate, sunt foarte puține spitale în sistemul de stat care fac aceste teste: în București, la

grame de hemoglobină) care, ulterior, sunt foarte greu de corectat. Ce putem face în prezent este să corectăm deficitul de fier între două menstrue, însă acesta reappare. Practic, fetița afectată trebuie să vină în fiecare lună la spital, să facă analize pentru verificarea nivelului hemoglobinei și apoi să urmeze din nou tratament cu fier, ca să putem menține un echilibru hematologic. Frecvența crescută a prezentărilor la spital pentru analize și atitudine terapeutică reduce semnificativ calitatea vieții. Tratamentul profilactic al formelor severe, potrivit ghidurilor internaționale, ar duce la o sângerare normală la menstră, la evitarea anemiei severe și a complicațiilor secundare.

**O mare problemă apare în momentul când este necesară o intervenție chirurgicală la acești pacienți cu risc mare de sângerare. Cum se decontează tratamentul fără de care nu se poate face, de altfel, operația?**

Numai dacă spitalul are fonduri. Medicul hematolog sau pediatru care are în evidență pacientul respectiv trebuie să ia legătura cu medicul chirurg care face intervenția și să realizeze protocolul hemostatic. În urma acestei evaluări, se va face o adresă către spital în care se precizează o estimare a necesarului de concentrat de factor VII (pentru unii pacienți, evoluția favorabilă este rapidă, iar timpul de recuperare este de aproximativ 5 zile, pentru alții timpul de recuperare poate ajunge la aproximativ 10 zile, depinzând de tipul operației și de evoluția postoperatorie). În mod normal, spitalul unde se face intervenția chirurgicală trebuie să achiziționeze medicația și de multe ori, în țară, acest lucru este dificil sau imposibil, pentru că spitalul nu are bugetul necesar, costurile fiind foarte ridicate.

**Ce se poate face pentru ca acești pacienți să aibă acces la tratament?**

Să existe un program național de tratament al acestor tulburări rare de coagulare (deficit de factor I, II, V, VII, X, XII), inclusiv al deficitelor combinate de coagulare. Centrul Comprehensiv de Tratament al Hemofiliei din IC Fundeni a propus un protocol de tratament care a fost depus la Ministerul Sănătății. ■

## Interviu cu dr. Adriana Diaconu, medic primar pediatru, cu supraspecializare în hematologie, Clinica de Pediatrie, IC Fundeni



în care administrăm fie tratament substitutiv cu concentrat de factor VII, fie transfuzie cu plasmă). Pot apărea și hemartroze repetate, mai rar sângerări la nivelul sistemului nervos central (cerebral). Practic, hemoragiile pot fi localizate oriunde.

**De cele mai multe ori, pacienții ajung mai întâi la medicul de familie. Care sunt semnele după care medicii ar trebui să-și dea seama că este vorba de o tulburare de coagulare a sângelui?**

Sângerările de la nivel cutaneo-mucos se observă ușor. Pacienții merg la medic pentru că le apar spontan echimoze (vânătași), sângerări gingivale abundente la un periaj normal (gingivoragii), fără a exista un traumatism sever. În această situație, medicul pediatru, în cazul copiilor, sau medicul hematolog trebuie să recomande o evaluare: este vorba despre un număr mic de trombocite sau despre o tulburare de coagulare? În cazul suspiciunii unei tulburări de coagulare, se efectuează analize speciale prin care se poate determina care dintre factorii de coagulare sunt deficitari. Sunt foarte multe tulburări de coagulare care au similitudine clinică, nu poți să precizezi doar pe baza simptomatologiei care dintre factorii de coagulare deficitari

Institutul Clinic Fundeni și la Institutul Național de Hematologie Transfuzională, iar în țară mai este doar la Timișoara.

**Ce se întâmplă după ce se identifică exact deficitul de coagulare? Pacienții au acces la tratament?**

Pacienții cu formele severe, deci și cu manifestări clinice severe, necesită tratament profilactic. Dacă vorbim de pediatrie, există domnișoare, adolescente care sângerează foarte abundent la menstră și, secundar, apar anemiile severe. Noi încercăm să corectăm aceste anemii prin tratament substitutiv cu fier și alt tip de medicație hemostatică, dar ar fi util ca aceste adolescente să aibă, ca terapie profilactică la domiciliu, o cantitate de concentrat de factor VII recomandată de către medicul curant, în funcție de greutatea pacientului și de particularitatea cazului, și în momentul în care apare menstră să poată administra acasă acest factor de coagulare, astfel încât să existe o evoluție normală a menstrii.

Sângerările cu risc vital pun viața în pericol. Iar la o astfel de fetiță, la care se pot asocia alte tulburări endocrinologice ce favorizează la momentul pubertății o menarhă foarte abundentă, efectele se traduc în anemii foarte severe (sub 6-7

➔ **Interviu cu prof. dr. Florinel Bădulescu, medic primar oncologie medicală, șeful Clinicii de Oncologie a SJU Craiova, președintele Comisiei de oncologie din cadrul Ministerului Sănătății**

# Programul Național de Cancer: la atac cu gloanțe oarbe

PROGRAMUL NAȚIONAL DE ONCOLOGIE ESTE CONSTITUIT DIN MULTITUDINEA ACȚIUNILOR CARE AU CA SCOP PRINCIPAL ÎMPIEDICAREA APARIȚIEI ACESTEI BOLI SAU DEPISTAREA PRECOCE ORÎ ÎN STADII CÂT MAI MICI ȘI FOLOSIREA TUTUROR ATITUDINILOR TERAPEUTICE INDICATE CORECT ȘTIINȚIFIC SPRE A INFLUENȚA, ÎN FINAL, SUPRAVIEȚUIREA. PRIN ÎNREGISTRAREA A APROAPE 40 DE MEDICAMENTE NOI, SE OFERĂ PACIENȚILOR ONCOLOGICI O TERAPIE ADECVATĂ ȘTIINȚIFIC EUROPEAN SAU CHIAAR MONDIAL PENTRU TRATAMENTUL STADIILOR AVANSATE DE BOALĂ. ÎNSĂ PROGRAMUL NAȚIONAL ÎNSEAMNĂ ȘI DIAGNOSTIC, ȘI RADIOTERAPIE, ȘI COMPETENȚE ALE PERSONALULUI MEDICAL, IAR O RADIOGRAFIE A SISTEMULUI, FĂCUTĂ DE PROF. DR. FLORINEL BĂDULESCU, ARATĂ CĂ STĂM FOARTE PROST LA TOATE CAPITOLELE ȘI DEGEABA AVEM DOCUMENTUL, DACĂ NU AVEM CU CE SĂ-L PUNEM ÎN APLICARE. DE VALENTINA GRIGORE

**Programul Național de Oncologie este corect dimensionat? Ce ar trebui modificat?**

Depistăm pacienții cu cancer în ultima pătrime a existenței lor cu această boală. Or, interesul este să ne deplasăm cât putem de mult spre etapele intraclinice sau chiar să înlăturăm factorii de risc, acolo unde ei sunt demonstrați a contribui direct la apariția și dezvoltarea cancerului. Așadar, un program național trebuie să aibă, pe de o parte, o componentă preventivă foarte bine precizată – și avem legislație, există ordine de ministru, dar vorbim toți și nu știm cine răspunde sau ce pățește, dacă nu se achită de atribuțiile pe care le are. Și corpul medical, și cetățenii asigurați sau neasigurați sunt răspunzători, în egală măsură. Trebuie să schimbăm gândirea spre a ne căuta sănătatea. Trebuie să schimbăm gândirea corpului medical spre a aprecia acei cetățeni care vin să fie examinați înainte de a prezenta forme de

boală. Tocmai de aceea, fiecare dintre noi are dreptul la o consultație gratuită pe an, în lipsa semnelor de boală. Din păcate, depistarea cancerului în România este de multe ori una pasivă, adică medicii așteaptă să vină bolnavii la ușa lor. Trebuie să se treacă la o depistare activă.

**Au timp medicii de familie să se ocupe în mod corespunzător de prevenția și depistarea cancerului?**

Personal, nu cred că un medic de familie cu peste 1.500 – 3.000- 6.000 de asigurați se poate ocupa în mod real și cu răbdare de depistarea cancerelor. Văd că în Occident se ajunge la 400-500 de asigurați pe doctor. Și atunci, prima etapă legală pe care eu o văd ar fi scăderea numărului de asigurați pentru medicii de familie, adăugarea unor bonificații pentru faptele medicale pe care le fac în depistarea bolilor cronice și influențarea supraviețuirii. Altfel spus, aș da o valoare foarte mare unui punct la depistările precoce ale tuturor bolilor. Țineți cont că România are legislație chiar și în depistarea formelor

precoce, există ordin de ministru din 2003 privind depistarea precoce a cancerului glandelor mamare, al colului uterin, a cancerului colorectal și de prostată. Însă câți respectă acest ordin?

**Suntem pregătiți tehnic, din punct de vedere imagistic, să examinăm, să explorăm și să monitorizăm toți bolnavii din România într-un program național de cancer?**

Fiecare bolnav ar trebui să aibă acces gratuit la tomografie, măcar la diagnosticare și după finalizarea tratamentului, dar nu știu dacă se întâmplă acest lucru. Trebuie să vedem câte tomografe avem, de care, cum sunt folosite. Degeaba o instituție are tomografe, dacă ele sunt folosite de celelalte specialități, când bolnavul oncologic are niște pași matematici în care trebuie să facă niște explorări imagistice. Ne lipsește în țară un algoritm al explorărilor imagistice, pe care eu l-am cerut în urmă cu un an, dar nu am primit răspuns.

Al doilea aspect este diagnosticul anatomopatologic, imunohistochimic și, mai ales, genetic, în momentul în care am înregistrat atâtea tratamente noi. Avem rețea de laboratoare pentru aceste teste genetice, însă ele nu sunt constituite într-o rețea în care de bunăvoie și fără bani să interpreteze mai mult acest diagnostic care nu-i ușor de pus. Este mult mai ieftin să plătești această determinare decât să dai/nu dai tratamente acolo unde este cazul. Ambele diagnostice trebuie puse la punct prin acest program național.

**Avem aparatura necesară, ca număr, și medicii, și tehnicienii pregătiți pentru radioterapia curativă?**

Am amânat publicarea Programului Național așteptând derularea programului cu Banca Mondială, de un an și ceva, spre a depăși cel puțin jumătate din numărul bolnavilor ce trebuie iradiati curativ, adăugând la aceste aparate și pe cele din cadrul privat. Am reușit să încheiem un contract pentru peste 20 de aparate de radioterapie, cu condiția ca până la sfârșitul lui 2017 să funcționeze primele 5. Iar în 2018 să mai vină șapte-opt, în 2019, la fel. Dacă eu la aparatură aveam de primit cele 5 aparate până la 1 ianuarie 2018 și nu le am nici acum, ce să trec în Programul Național?

**Au toate centrele medicale condiții**

**pentru a supraveghea fără riscuri tratamentul bolnavului oncologic?**

Oncologie medicală avem, și doctori, și medicamente înregistrate, și o deschidere a MS, CNAS și ANMDM spre înregistrarea produselor care s-au dovedit în mod absolut că influențează supraviețuirea. Însă nu cred că toate centrele au condițiile necesare supravegheerii tratamentului. Cred că aceste centre ar trebui să se

„SĂ NU NE MAI LUĂM DE MINIȘTRI PENTRU ORICE NU MERGE BINE. EI NU POT SCHIMBA NICI MĂCAR MANAGERII. POLITIZAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ROMÂNESC A MERS PEA DEPARTE.“

subordoneze unor unități publice sau private care dispun de condițiile minime necesare acordării asistenței medicale complexe a pacientului oncologic.

**Este palea pusă la punct și susținută?**

Din păcate, nu. Există o cutumă în lumea civilizată care spune că acești bonavi au dreptul să moară în condiții demne. La noi, unii mor acasă, singuri, cu sau fără medic la căpătâi. Secțiile care încearcă să rezolve acest aspect sunt tot clinicile marilor spitale publice, care sunt înlăturate din economia banului public tot mai

mult, dar care încearcă să rezolve această problemă absolut umană.

Mai mult decât atât, nu există un program de urmărire postterapeutic, nu există un program prin care să putem spune ce am făcut cu banii. Nu ne cere nimeni nimic. S-au născut numeroase centre, unități sanitare care tratează doi-trei bolnavi de același fel și care niciodată nu o să aibă monitorizarea corectă a supraviețuirii.

**Ați menționat multe probleme, dar nu și cine trebuie să le rezolve...**

Există legislație, dar respectarea ei depășește corpul medical și cred că și conducerea Ministerului Sănătății. În România, ori de câte ori încerci să stabilești sancțiuni cât de mici, scandalul este gata și vin acțiunile în tribunal. Este o problemă de comportament, de educație a poporului român. E ușor de dat o lege în care să-ți scadă valoarea asigurării ori ție, ca bolnav, că n-ai respectat ce ți-a cerut doctorul, sau ție, doctor, că nu ai găsit soluția să-i faci explorări de care are nevoie. Nu știu exact ce sancțiuni se pot da, dar suspendarea dreptului de asigurat cred că ar determina oamenii să meargă la doctor. 📌



# Sistemul de farmacovigență național — de referință pentru protejarea sănătății publice în România

SISTEMELE DE FARMACOVIGILENȚĂ NAȚIONALE SUNT PARTE INTEGRANTĂ A SISTEMULUI DE FARMACOVIGILENȚĂ AL UNIUNII EUROPENE (UE), CU ACTIVITĂȚI COORDONATE DE COMITETUL PENTRU EVALUAREA RISCURILOR ÎN MATERIE DE FARMACOVIGILENȚĂ AL AGENȚIEI EUROPENE A MEDICAMENTULUI (EMA). PRINCIPALELE OBIECTIVE ÎN BAZA CĂRORA SUNT ORGANIZATE ACTIVITĂȚILE DE FARMACOVIGILENȚĂ SUNT PREVENIREA APARIȚIEI LA OM A EFECTELOR NOCIVE CAUZATE DE REACȚIILE ADVERSE ȘI PROMOVAREA UTILIZĂRII MEDICAMENTELOR ÎN CONDIȚII DE SIGURANȚĂ ȘI EFICACITATE.

DE DR. ROXANA STROE, ȘEF SERVICIU FARMACOVIGILENȚĂ ȘI MANAGEMENTUL RISCULUI

 Sistemul de farmacovigență în România este organizat și coordonat de Agenția Națională a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale (ANMDM), în cadrul Serviciului Farmacovigență și Managementul Riscului, în conformitate cu prevederile legislației naționale și europene, reprezentată de Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare și regulamentele europene reprezentate de Regulamentul (UE) Nr. 1235/2010 al Parlamentului European și al Consiliului privind modificarea, în ceea ce privește farmacovigența medicamentelor de uz uman, a Regulamentului (CE) nr. 726/2004, Regulamentul de punere în aplicare (UE) Nr. 520/2012 al Comisiei privind efectuarea activităților de farmacovigență prevăzute în Regula-



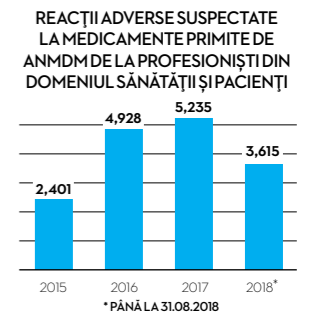
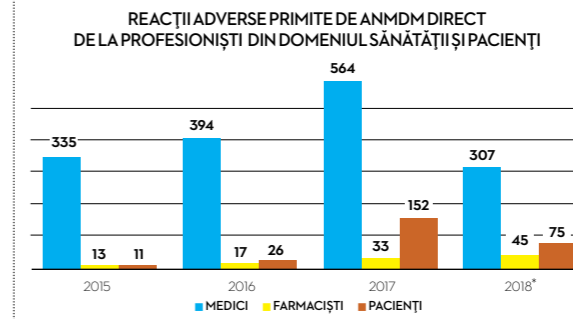
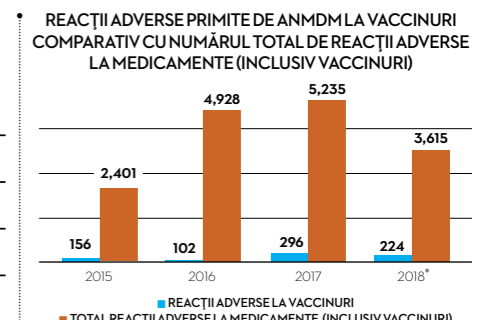
mentul (CE) nr. 726/2004 și Directiva 2001/83/CE.

Un sistem de farmacovigență eficient contribuie la protejarea sănătății pacienților, a sănătății publice în general, la creșterea încrederii în sistemul de sănătate și la îmbunătățirea aderenței la tratament. De precizat că noua abordare în domeniul farmacovigenței, reprezentată de Directiva 2010/84/UE și Regulamentul (UE) nr. 1235/2010, în vigoare la nivel european începând cu luna iulie 2012, are ca principal scop reducerea numărului de reacții adverse în UE prin prevenirea apariției acestora, ceea ce este posibil printr-o mai bună colectare a informațiilor despre medicamente și despre siguranța lor în circuitul terapeutic, printr-o evaluare rapidă și consistentă a aspectelor legate de profilul de siguranță a medicamentelor, prin acțiuni de reglementare eficiente și, nu în ultimul rând, prin creșterea nivelului de transparență și asigurarea unei comunicări optime între autorități, profesioniști și pacienți, ceea ce conduce la implicarea directă a pacienților în activitățile specifice domeniului. Un element nou și important al noii legislații este tocmai acela de a permite raportarea de reacții adverse suspectate la medicamente și de către pacienți. Astfel, pentru pacienți sau aparținători/reprezentanți legali s-au dezvoltat formulare speciale de raportare, atât în format fizic, cât și electronic (la sfârșitul anului 2016), disponibile pe website-ul ANMDM ([www.anm.ro](http://www.anm.ro)) la secțiunea *Raportează o reacție adversă*.

Agenția a lansat un apel constant pentru raportarea reacțiilor adverse de către profesioniștii din domeniul sănătății și pacienți. Medicii și farmaciștii sunt încurajați să raporteze reacții adverse suspectate la medicamente prin acordarea de credite de educație medicală/farmaceutică continuă de către Colegiul Medicilor și respectiv Colegiul Farmaciștilor. Tot în același scop, ANMDM a organizat întâlniri cu asociațiile de pacienți care au abordat tema farmacovigenței.

Colectarea și evaluarea rapoartelor de reacții adverse transmise de către medici, farmaciști, asistenți medicali/de farmacie, dar și de către pacienți reprezintă o activitate de bază în supravegherea siguranței medicamentului. După finalizarea evaluării, informațiile sunt transmise în baza de date europeană, denumită Eudravigilance,

ANUL	TOTAL REACȚII ADVERSE LA MEDICAMENTE (INCLUSIV VACCINURI)	% REACȚII ADVERSE LA VACCINURI
2015	2,401	6,5%
2016	4,928	2,1%
2017	5,235	5,7%
2018	3,615	6,2%



gestionată de EMA. Rapoartele de reacții adverse semnalate pe teritoriul tuturor statelor membre UE de către profesioniștii din Sănătate, pacienți și deținătorii de autorizații de punere pe piață, inclusiv cele identificate în studiile clinice și literatura de specialitate, sunt astfel colectate într-un singur loc la nivel european, această bază de date constituind o adevărată uzină de procesare a reacțiilor adverse. Accesul la EudraVigilance facilitează monitorizarea profilului de siguranță al medicamentelor, făcând posibilă o detectare precoce a potențialelor probleme de siguranță.

## „SUPRAVEGHEREA SIGURANȚEI VACCINURILOR ESTE UNA DINTRE PRINCIPALELE PREOCUPĂRI.”

Raportarea reacțiilor adverse cunoaște un trend ascendent în România. Astfel, dacă în 2008 s-au raportat la Agenție aproximativ 400 de reacții adverse, prove-nite atât de la profesioniștii din domeniul Sănătății (medici, farmaciști), cât și de la deținătorii de autorizații de punere pe piață pentru medicamente, în 2015 numărul acestor rapoarte a ajuns la aproximativ

2.400, iar în 2018 ne așteptăm să depășim 5.000 de rapoarte.

Supravegherea siguranței vaccinurilor reprezintă una dintre preocupările importante în domeniul farmacovigenței în România și se realizează prin colaborarea dintre Centrul Național pentru Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile (CNSCBT) și ANMDM. Cele două autorități colectează informațiile privind reacțiile adverse postvaccinale, se informează reciproc și evaluează și investighează cazurile raportate, conform Metodologiei CNSCBT, publicată pe website-ul instituției.

Vaccinurile se supun unei monitorizări intense a siguranței atât pe teritoriul României, cât și la nivel european, conform prevederilor legislației în vigoare. Comunicarea eficientă a beneficiilor și riscurilor este de o importanță majoră în special în cazul vaccinurilor. Ea se bazează pe o relație de încredere medic – pacient și contribuie la luarea deciziilor informate.

ANMDM urmărește îmbunătățirea și facilitarea comunicării cu profesioniștii din Sănătate pentru detectarea în timp real a problemelor de siguranță a medicamentelor de uz uman. Raportarea reacțiilor adverse reprezintă o componentă fundamentală a sistemului de farmacovigență, prin potențialul de completare, dar și de identificare a unor informații noi referitoare la riscuri. Numai astfel, autoritățile competente pot lua cele mai bune măsuri pentru protejarea sănătății publice. 📌



# Când farma (chiar) plătește pentru siguranța pacienților

OPERĂTIONALIZAREA SISTEMULUI NAȚIONAL DE VERIFICARE A MEDICAMENTELOR, ÎNCEPÂND CU 9 FEBRUARIE 2019, REPREZINTĂ FINALUL UNUI PROCES CARE A ÎNCEPUT CU MULȚI ANI ÎN URMĂ ȘI AL UNEI DIRECTIVE EUROPENE (2011/62/EU) CARE, FIIND ADRESATĂ UNUI DOMENIU DE INTERES MAJOR, A SUFERIT NUMEROASE MODIFICĂRI. „ESTE PRIMA DIRECTIVĂ EUROPEANĂ PENTRU CARE RESPONSABILITATEA IMPLEMENTĂRII NU STĂ PE UMERII AUTORITĂȚII STATULUI MEMBRU, CI PE O ASOCIAȚIE PROFESIONALĂ FORMATĂ DIN REPREZENTANȚII AI DIVERSELOR PĂRȚI ALE LANȚULUI FARMACEUTIC, CARE NICI NU AU TOT TIMPUL INTERESE PERFECT SUPERPOZABILE. DE AICI DECURGE O DIFICULTATE FOARTE SERIOASĂ, NUMAI UNII PLĂTESC, ÎN SCHIMB TOȚI ACTORII DE PE LANȚ TREBUIE SĂ COOPEREZE PENTRU IMPLEMENTAREA CU SUCCES A DIRECTIVEI”, SPUNE DR. LAURENȚIU MIHAI, DIRECTOR GENERAL AL ORGANIZAȚIEI DE SERIALIZARE A MEDICAMENTELOR DIN ROMÂNIA, ENTITATE ÎNFIINȚATĂ PENTRU PUNEREA ÎN APLICARE A DIRECTIVEI. DE VALENTINA GRIGORE

## Interviu cu dr. Laurențiu Mihai, director general al Organizației de Serializare a Medicamentelor din România



### Este piața românească pregătită pentru adaptarea la un asemenea sistem?

Beneficiul principal este siguranța pentru pacienți în ceea ce privește medicamentele din lanțul legal. La asta s-a adresat în primul rând directiva, ulterior a apărut și un adaos privind comerțul de medicamente pe internet. Directiva spune că site-urile care au aprobare pentru comerț cu medicamente în Europa trebuie să aibă o siglă care să certifice legalitatea lor. Piața aș zice că este pregătită, pentru că a fost o perioadă de aproape doi ani de când tot comunicăm. Și aici mă refer la când a fost înființată OSMR, din iulie 2017, dar și la momentul anterior, când asociațiile profesionale ale producătorilor de originale, respectiv de generice au fost implicate direct. Așa cum fiecare piață are un sistem național implementat de organizația națională, așa există și organizația europeană de verificare - EMVO, înființată prin contribuția producătorilor de originale, de generice, a distribuitorilor, farmaciștilor, farmaciștilor de spital, a asociațiilor de comerț paralel. Directiva spune clar că producătorii plătesc pentru crearea sistemului de verificare, deci ei știau.

### Nu a existat chiar nicio reticență?

Nu știu să fi existat o poziție publică din partea autorităților române. În ceea ce privește industria, al cărui reprezentant am fost, în cea mai mare parte a acestei perioade de pregătire, cel puțin producătorii de generice naționali, dar și cei la nivel european, au avut destule reticențe legate de eficiența cheltuielilor, care sunt foarte mari pentru un obiectiv foarte mic în ce privește produsele cele mai ieftine. De altfel, în prima formă a directivei scria, textual, „va fi efectuată o analiză de risc de la caz la caz și vor purta elemente de siguranță acele medicamente care sunt la risc de falsificare, existând

o listă albă de excluderi, de exemplu genericele”. Argumentul principal al reprezentanților genericeilor la nivel european a fost „nu avem documentat până la acest moment niciun caz de medicament generic falsificat în lanțul legal”. Atunci au apărut public cazuri de medicamente falsificate, într-o farmacie din Germania, și acest argument, care era unul foarte puternic, a căzut. Am plecat de la o formulare clară a directivei că vor fi excepții, de exemplu genericele, și am ajuns la forma actuală, în care toate medicamentele trebuie să poarte elemente de siguranță, inclusiv o listă de medicamente fără prescripție. Pe de altă parte, reticențele erau legate de calculele economice, pentru că au fost diverse evaluări pe care Comisia Europeană le-a oferit industriei ca să poată să-și facă un buget, care s-au dovedit în mod sistematic subevaluări ale costurilor. Dar chiar și așa, calculele industriei au arătat, și acum este deja evident, că în multe cazuri costul pe cutie al elementelor de siguranță depășește costul medicamentului din interior. Asta arată că avem o problemă de sustenabilitate economică și riscul ca anumite produse care nu mai sunt viabile economic în aceste condiții să dispară, riscul este real nu numai în România, ci în toată Europa. Ba chiar în ultima perioadă Comisia a recunoscut că, mai mult decât riscul dispariției unui produs sau a altuia, este un risc serios de dispariție chiar a unor producători mici și mijlocii cu totul din UE. Acestea au fost rezervele exprimate de producătorii de generice, dar care nu au oprit mersul înainte al societății noastre spre implementarea directivei. Proiectul este unul foarte complex, foarte amplu, cum nu s-a mai făcut nicăieri în lume – există sisteme de verificare, dar niciunul de amploarea asta. Dimpotrivă, Statele Unite, Rusia, alte zone din lume se uită cu mare atenție cu gândul de a-l replica într-un fel sau altul.

### Câte entități se estimează că vor fi înscrise în sistem?

În acest moment, sunt înscrși aproximativ 220 de deținători de APP, care sunt și susținătorii financiari ai proiectului, prin taxa de aderare la OSMR și cotizația anuală. Ca ordin de mărime, vorbim de aproximativ zece milioane de euro pe zece ani. Cotizația nu pare foarte mare pentru o firmă farmaceutică, dar este doar o parte a cheltuielilor

pe care producătorul le suportă. În plus, pentru fiecare linie de producție, costurile se ridică la 700.000 - 1 milion de euro. În ce privește utilizatorii finali, cei care scanează cutiile, ne așteptăm să fie undeva în jur de 10.000, incluzând farmaciile generale, farmaciile de spital, diverse alte locații unde medicamentele se duc către pacient (DSP-uri pentru vaccineri, ministere cu rețea medicală proprie) și distribuitori. Ei nu se înscriu direct, ci prin furnizorii lor de servicii informatice.

### Ce se întâmplă cu cei care nu își permit să plătească taxa de afiliere și cotizația anuală?

Dacă o entitate nu se înscrie în OSMR, nu poate să urce prin intermediul nostru codurile unice în hub-ul european, deci nu poate pune în circulație, în lanțul legal, medicamente, după data de 9 februarie 2019. Au existat numeroase întrebări pentru Comisia Europeană în acest sens, care a răspuns ca fiecare stat

să nu fie doar o eroare tehnică, ulterior acestea sunt analizate și rezolvate de firma care gestionează platforma din punct de vedere tehnic și/sau de autoritatea națională – ANMDM, în ceea ce privește partea de calitate a medicamentului. Nu va exista în vreun stat o investigație exclusivă în profunzime din partea organizației naționale de verificare, pentru că rolul ei este doar să pună la punct și să gestioneze platforma informatică. Atribuțiile autorității naționale de reglementare - ANMDM, în România - vor rămâne aceleași, în ceea ce privește calitatea medicamentelor puse pe piață.

### Cum este penalizată eliberarea cutiei de medicamente fără scanare?

Este greu de spus. Directiva și Regulamentul vin dintr-o zonă în care este puțin diferită filozofia de reglementare, fiind evitată suprareglementarea - atâta timp cât legea lasă o singură cale de acces legal, e evident că toate celelalte sunt în afara legii. Cel mai probabil, fiecare stat

## „DACĂ O ENTITATE NU SE ÎNSCRIE ÎN OSMR, NU POATE PUNE ÎN CIRCULAȚIE MEDICAMENTE, ÎN LANȚUL LEGAL, DUPĂ DATA DE 9 FEBRUARIE 2019.“

să reglementeze cum vrea. Nu există legislație care spune clar că orice deținător de APP care dorește să vândă în România trebuie să se înscrie în OSMR. E implicit, din Regulamentul Delegat 2016/161.

Acesta spune că nu mai pot introduce în circuitul comercial, din 9 februarie, cutii care nu au elementele de siguranță. Art. 48 menționează că ceea ce este deja în circuit până la 9 februarie va rămâne până la expirarea medicamentului. Nu se pune problema că după 9 februarie un distribuitor nu va mai putea căra cutii fără elemente de siguranță, doar că nu vor mai putea fi puse în circuit cutii noi fără aceste elemente.

### Care vor fi atribuțiile OSMR după operaționalizarea sistemului?

În primul rând, contractul cu firma care pune la dispoziție platforma e pe 10 ani, iar OSMR este partenerul din partea României al firmei și va continua gestionarea sistemului național de verificare și a alertelor care vin de la utilizatorul final. Verificăm ca alertele

membru va decide dacă vine cu legislație suplimentară, care să adauge sancțiuni. Este deja în lucru la Ministerul Sănătății un proiect de ordin de ministru care vine cu anumite clarificări necesare, începând de la a spune cum trebuie să arate exact elementele de identificare și o serie de alte detalii tehnice pe care industria le așteaptă de mult. Ca să am o cutie gata de a fi pusă în vânzare din 9 februarie, trebuia să o fi tipărit deja. Producătorii sunt nemulțumiți că nu este deja publicată o normă pentru detaliile tehnice despre cum să arate cutia, pentru că deja acele cutii au fost produse. Un ordin care să vină acum cu alte reglementări decât cele care au fost discutate în grupul de lucru ar fi greu de suportat financiar de către producători. Plus că sunt termene care nu pot fi scurtate. Dacă se schimbă modul în care trebuie să arate cutia, riscăm ca în 9 februarie să nu fie gata acele cutii. În afară de implicațiile financiare pentru producători, este vorba de accesul la tratament al pacienților. ■

➔ **Interviu cu prof. dr. Anca Lupu, medic primar hematolog Spitalul Colțea, președinte Societatea Română de Hematologie**

# „Tratamentul este scump, nu și-l poate permite nici pacientul și nici spitalul”

ROXANA MATICIUC



➔ **Care sunt noutățile la nivelul societății profesionale pe care o conduceți?**

Societatea Română de Hematologie are o tradiție veche care trebuie respectată și continuată. Este înființată în 1932 de către Ioan Cantacuzino, fiind a doua societate științifică de hematologie din Europa, după cea franceză. Ca noutate a ultimilor ani, societatea

noastră are o conducere mai largă. Nu mai vorbim doar despre un președinte, fiindcă am considerat că este bine să avem mai mulți colegi alături. Avem patru vicepreședinți și în fiecare an conferința este organizată, din punct de vedere științific, de unul dintre vicepreședinți, de un secretar general care se ocupă de partea organizatorică și de un board științific, care este și boardul revistei

„Documenta Haematologica”.

**Are pacientul român, comparativ cu alte țări, acces la tratamentele de ultimă oră pe specialitatea dumneavoastră?**

Există noutăți terapeutice, cum este programul național de boli rare în care, în principal, tratamentele sunt accesibile sau rambursate, programul național de oncologie, în care și partea de hematologie oncologică are partea ei în programul de boli rare.

Din acest program, face parte tratamentul hemofiliei, iar din programul de oncologie fac parte și bolile maligne hematologice care au tratamente ce sunt rambursate, mai scumpe, mai noi, la care pacienții să aibă acces. Tratamentul este scump, nu și-l poate permite nici pacientul și nici spitalul. Din acest motiv, trebuie găsite soluții financiare

Factorul VII, de exemplu, are efect în hemostază, în coagulare, deci costurile pentru rambursarea factorului VII trebuie suportate de spital. Lupta este să fie rambursat prin programul de boli rare și cred că se va reuși.

**Protocoloalele sunt foarte importante atunci când vorbim**

**„EXISTĂ DORINȚĂ DE A FACE CERCETARE, DAR ESTE FOARTE GREU SĂ FACI ACEST LUCRU ÎN ROMÂNIA, PENTRU CĂ NU EXISTĂ DOTĂRI ALE LABORATOARELOR DE CERCETARE.”**

care să fie accesibile. Ceea ce am obținut în ultimul timp prin relațiile cu autoritățile și prin implicarea noastră în comisiile de specialitate, de experți ai ministerului, este rambursarea diagnosticului. Nu am terminat, mai avem de luptat, dar din programul de oncologie, care înseamnă rambursare de tratament, în hematologie s-a obținut rambursarea diagnosticului leucemiilor acute. Este un diagnostic foarte performant și costisitor și este un diagnostic rambursat prin subprogram de diagnostic de leucemie acută. Am reușit prin acest program să rambursăm și controlul răspunsului la tratament. Leucemiile acute trebuie tratate până se vindecă, fiindcă altfel omoară pacientul. Acești pași nu sunt spectaculoși, dar sunt pași care s-au obținut în ultimul timp din eforturi și din înțelegerea pe care au avut-o autoritățile.

Există o comisie de boli rare a ministerului. Bolile rare sunt mii. Unele au tratament, altele nu. Este vorba doar de diagnostic. Pentru unele, se poate face profilaxie, adică se încearcă să nu apară persoane cu aceste tulburări printr-un diagnostic prenatal. Din mulțimea de boli rare, bolile hematologice maligne sunt cancerule, leucemiile, limfoamele, mielomul, iar cele nemaligne, prinse în programul de boli rare, sunt hemofilia, talasemia și purpura trombocitopenică imună. Hemofilia este un defect de coagulare moștenit de la părinți printr-un defect de factor de coagulare, factorul VIII sau factorul IX, deci dacă știa că are defectul, părintele respectiv știa că are și un risc să transmită, și, ca urmare, programul de tratament al hemofiliei suplimentează factorul VIII sau factorul IX pentru hemofilie. Există și alte deficite de coagulare mai rare decât hemofilia.

**despre managementul pacientului cu probleme hematologice. Când estimați că vor fi gata?**

Ne dorim să avem protocoale de diagnostic și tratament. Poate că sunt numite greșit „protocoale”, sunt, de fapt, ghiduri, recomandări, dar ele nu sunt inventate în spitale, ci sunt inspirate din protocoale internaționale, iar acestea să fie respectate de comunitatea de medici hematologi din această țară. Se elaborează de către societate, se transmit ministerului spre a fi verificate și avizate de către comisia de experți a ministerului, după care se îndrumă către ANMDM, să fie preluate de către autorități. Ideea este ca anul viitor să reușim să avem această adaptare la ceea ce se întâmplă și în altă parte, nu numai la noi.

Ne străduim să le trimitem cât mai repede pentru ca ele să fie prelucrate la nivelul Ministerului Sănătății, dar din declarațiile venite de la minister înțeleg că vor fi accesibile în 2019. Ne dorim ca aceste protocoale să fie afișate pe internet, în mod public, astfel încât fiecare dintre medici să le poată analiza, inclusiv pacienții.

Alt efort este problema transplantului de celule stem hematopoietice pentru pacienții cu boli hematologice din România. În spitalul Colțea, există un compartiment care are cinci paturi. Nu este complet, adică are un parteneriat cu Institutul Clinic Fundeni pentru depozitarea celulelor, dar suntem pe cale să avem și bancă de celule, deci să fim complet independenți. Am început în 2014 și am făcut 80-90 de proceduri. Nu știu cum vom încheia 2018, adică al patrulea an de activitate, dar funcționează și nu se adresează doar pacienților tratați în Colțea, ci și pacienților din alte spitale, de exemplu Colentina, care are secție de hematologie și care ne trimite bolnavi, sau Spitalul

Municipal, care, tot la fel, ne trimite bolnavi până își deschid și ei secția și devine funcțională. Deci avem un compartiment care funcționează.

**Aveți nevoie de ceva, din punctul de vedere al dotării tehnologice, aici, în Colțea, pentru pacienți?**

Din punctul de vedere al dotării tehnologice, am avut susținerea primăriei, pentru că suntem un spital al Primăriei Capitalei. În 2012, am spus ceea ce aveam nevoie, am găsit înțelegere și am putut să deschidem centrul de transplant de celule stem hematopoietice la sfârșitul anului 2013, și funcționăm din plin din 2014.

Acum, suntem în situația în care trebuie să realizăm camerele sterile ca să poată funcționa, iar după, vom avea nevoie de acreditarea băncii respective și de funcționarea ei. Aceasta este etapa care trebuie finalizată, ea este începută, ne mai trebuie autorizații și suntem pe cale să avem și o bancă, însă până atunci funcționăm în parteneriat cu banca din Fundeni.

**Putem vorbi despre cercetare în România?**

Există dorința de a face cercetare, există și nuclee de cercetare, de cercetători, dar, ca părere personală, este foarte greu să faci cercetare în România pentru că nu există dotări ale laboratoarelor de cercetare. Există studii clinice internaționale, sunt centre din România implicate în aceste studii, și aceasta este o parte de cercetare, fiindcă din rezultatele acestor studii rezultă niște progrese. De exemplu, anul acesta, s-a luat premiul Nobel pentru medicină pe imunoterapie, dar cei care au fost premiați sunt cercetători din SUA și din Japonia, deci cred că este pretențios să spunem că se pot face în România cercetare fundamentală de mare vârf și progrese deosebite cu recunoaștere internațională pe medicină. Implicare în cercetare clinică există și sunt grupuri de medici sau de investigatori din România implicați în studiile internaționale, pentru că există un interes legat de patologia care există în România. De asemenea, există un interes ca pacienții din România să aibă acces mai rapid la terapii inovatoare. 📌

**INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE**

[www.politicedesanatate.ro](http://www.politicedesanatate.ro)

Premieră în învățământul medical românesc:

# „Predarea și evaluarea profesionalismului medical”, DISCIPLINĂ DE STUDIU

DE ROXANA MATICIUC



**Sunteți decanul unei universități de prestigiu din România, dar vă implicați totodată în multe alte proiecte în afara sferei academice. Care sunt prioritățile dumneavoastră?**

În primul rând, vreau să-mi continui mandatul de decan la facultate la Cluj și să-mi finalizez proiectele pe care le-am început și care sunt foarte importante nu doar pentru mine, ci și pentru școala clujeană. În al doilea rând, ca președinte al task force-ului pentru implementarea și construirea structurilor de HTA în România, pot să spun că și acesta este un proiect foarte motivant și, în același timp, foarte important pentru țară. Termenul de finalizare al acestuia este 2019. În același timp, de anul viitor, când vom prelua președinția Consiliului Uniunii Europene, voi fi vicepreședinte al Grupului de lucru pentru produse farmaceutice și dispozitive medicale, o responsabilitate onorantă pe care o consider de asemenea a fi o prioritate pe care voi încerca să o duc cu succes la bun sfârșit.

**Ce presupune munca pentru pregătirea acestui task force pe HTA?**

Scopul proiectului este de a concepe un cadru instituțional pentru evaluarea tehnologiilor medicale (Health Technology Assessment – HTA) care va conecta structurile implicate în HTA, ANMDM, MS, CNAS, institutele de cercetare, asociațiile de pacienți și alți actori relevanți, astfel încât să facă posibil schimbul fluent de informații și elaborarea politicilor în domeniu. În urma acestui proiect, în România se va structura o nouă unitate HTA în cadrul ANMDM-ului și una în cadrul Ministerului Sănătății care vor aborda evaluarea medicamentelor, a dispozitivelor medicale și a politicilor de sănătate publică în funcție de criterii foarte clare.

**Referitor la echipă, la oameni, aveți în momentul de față o echipă cu care să lucrați pe acest proiect?**

Da, sigur. Task force-ul cuprinde în jur de 15 persoane din toată țara pe care le coordonez, care au întâlniri periodice și workshop-uri în care se lucrează foarte intens și care au rezultate concrete. Sunt specialiști din diferite domenii: de la statistică și economie până la legislație, medici și farmaciști. Avem de asemenea consultanți externi, un mare beneficiu al proiectului fiind posibilitatea de a beneficia de expertiză la cel mai înalt nivel în HTA. Asistența tehnică este implementată pe o perioadă de 24 de luni de un consorțiu format de Oxford Policy Management UK, Imperial College of Science, Technology and Medicine UK și Management Sciences for Health, USA. Lucrăm chiar foarte intens, întâlnirile sunt periodice, iar în rest se lucrează permanent online.

**Cum a reușit Universitatea de Medicină și Farmacie din Cluj să ajungă la rețeta succesului?**

Nu există o rețetă garantată a succesului, dar dacă m-aș gândi la rețeta noastră, aș spune că ingredientul principal este tradiția pe care o avem. În al doilea rând, aș menționa profesionalismul, pentru că am căutat ca prin tot ceea ce facem să avem o foarte bună pregătire și un comportament profesionist în toate domeniile și la toate nivelurile. De la asistenți până la profesori universitari, începând cu primul an de studenție și până la retragerea din activitate. De altfel,

**➔ Interviu cu prof. univ. dr. Anca Buzoianu**

- președinte al task force-ului pentru implementarea și construirea HTA în România;
- vicepreședinte al Grupului de lucru pentru produse farmaceutice și dispozitive medicale pe lângă Consiliul European;
- președinte al Consiliului Științific al ANMDM;
- președinte al Asociației Decanilor Facultăților de Medicină din România;
- președinte al Comisiei Farmacologie clinică, toxicologie a Ministerului Sănătății.

începând cu acest an universitar, am introdus **predarea și evaluarea profesionalismului medical, ca disciplină independentă** în curricula facultății de medicină, **o premieră în învățământul medical românesc**.

Nu în ultimul rând, am încercat să facem reguli clare și care să se aplice tuturor. Acest lucru a fost gândit de conducerea universității, a fost și este încurajată meritocrația, promovarea valorilor, susținerea excelenței.

**Cum ați ajuns la această celebritate?**

Facultatea de Medicină clujeană a internaționalizat învățământul medical. Suntem printre puținele facultăți din lume care oferă un program de studiu – medicina – în trei limbi: română, engleză și franceză. Am ajuns să avem cel mai mare număr de studenți internaționali din România, concurența la secțiile străine crescând de la an la an.

Cum am ajuns să fim căutați? Am mers întotdeauna pe calitate și nu pe cantitate, iar pentru a certifica valoarea serviciilor educaționale oferite de facultatea noastră, am solicitat evaluări externe ale calității. În urma acestora, am primit acreditare internațională și **suntem prima facultate de medicină din centrul Europei și din partea de**

**sud-est care a primit diploma de calitate „Label CIDMEF”** – oferită de Conferința Internațională a Facultăților de Medicină de Expresie Franceză, rețea instituțională care reunește 150 de facultăți de medicină francophone. Ne-am dat seama că piața serviciilor educaționale este foarte competitivă, iar competiția pentru noi depășește granițele țării, încercăm să demonstrăm în fiecare zi că suntem le fel de buni ca marile universități europene și nu numai. Acest lucru presupune efort și dăruire din partea întregii comunități academice.

**Ați avut mai multe proiecte educaționale, cum ați reușit să le implementați?**

Cele mai multe proiecte pe care le-am avut și pe care le-am implementat împreună cu echipa noastră au fost făcute cu finanțare externă. De la Caietul de abilități practice pentru studenți și până la aplicația de telefon InfoUtil, toate au fost finanțate din proiecte. Aplicația InfoUtil oferă toate informațiile necesare unui student străin care vine să studieze în Cluj, de la ce taxi

să ia de la aeroport la unde sunt amfiteatrele, cum să procedeze în caz de urgențe, orarul, evenimentele culturale din oraș etc., toate, în trei limbi. Acum avem în derulare două proiecte, ale căror rezultate așteptate sperăm să ne apropie și mai mult de școlile de medicină moderne europene. Unul dintre acestea va oferi studenților caiete de stagiu structurate cu manopere și baremuri obligatorii pentru pregătirea în chirurgie generală și medicină internă, iar celălalt, EDU-WORK, este un proiect prin care vom trimite studenții pentru practica de specialitate în zone defavorizate sau în mediu rural, tocmai pentru a-i familiariza cu medicina în condiții grele și pentru ca ei să vadă că există provocări în a face medicină acolo.

**Dacă ar fi să ne referim la politicile de sănătate de la noi din țară, la ce capitol am fi deficitari?**

Există unele aspecte care ar putea fi îmbunătățite în ceea ce privește pregătirea rezidenților. Pregătirea viitorilor specialiști, curricula acestora care trebuie adaptată

la cerințele actuale, dar și repartizarea lor, astfel încât să poată învăța pe parcursul rezidențiatului. Există o foarte mare aglomerare în anumite centre, astfel că unii nu ajung să învețe ceea ce este esențial. Aș încerca să le fac un barem de manopere și proceduri foarte clar, cu ajutorul unor instrumente educaționale, așa cum am făcut la studenți, prin care să te asiguri că la sfârșitul stagiului de pregătire au cunoștințele, abilitățile practice și atitudinile necesare. Cred că pot fi ameliorate, pentru admiterea în rezidențiat, de la bibliografie și modul de admitere până la examenul de specialitate care ar trebui adaptat după modelul vestic.

**Președinția României la Bruxelles. Pe ce ar trebui să ne axăm în aceste câteva luni care au mai rămas? 🇷🇴**

**INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE**

[www.politicidesanatate.ro](http://www.politicidesanatate.ro)

# „Niciodată, plata egală, fără criterii profesionale, nu a dus la performanță”

DE ROXANA MATICIUC

**Ce ne lipsește, la nivelul politicilor de sănătate, pentru ca prevenția să reprezinte o prioritate în România?**

Chiar asta ne lipsește: implementarea unei politici sanitare coerente, deși societățile științifice au pregătit nenumărate materiale bazate pe studii epidemiologice făcute la noi în țară. Există astfel de programe care acum sunt foarte bine conturate. Chiar doamna secretar de stat Corina Pop spunea că ministerul este pe cale să obțină o finanțare de multe milioane de euro care să permită implementarea acestor politici de prevenție primară.

Prevenția secundară în domeniul cardiovascular este foarte utilă și aplicarea ei a redus mortalitatea cardiovasculară, și așa foarte mare, din țara noastră, dar asta înseamnă că individul deja a făcut boala. Deci tot ce poți să faci ulterior este să respecti niște indicații. Adică, dacă ai fost fumător, să nu mai fumezi, să încerci să slăbești, să încerci să fii mai activ, să îți iei medicamentele cum trebuie.

Când spui prevenție primară te gândești ce măsuri să iei și de la ce vârstă, astfel încât să nu ajungi să faci boala sau să faci o formă ușoară, sau numărul celor care fac boala să fie mic. Ceea ce presupune să ai programe de educație sanitară a copiilor încă de la grădiniță, nu mai vorbesc de clasele primare sau de gimnaziu. Trebuie bine înțeleasă problema acestui segment tânăr și foarte tânăr care, odată ce are un alt comportament, va continua așa și nu va mai fi nevoie de schimbări radicale.

**S-au mărit salariile în Sănătate, s-au uniformizat, dar cum vedeți dumneavoastră faptul că doi medici de aceeași specialitate primesc aceeași sumă, chiar dacă au mai mulți sau mai puțini pacienți. Se încurajează performanța?**

Nu, nu se încurajează performanța, pentru că e în firea omului să spună „dacă primesc același salariu, de ce aș munci mai mult?”. Cred că ar trebui făcută o diferențiere pe criterii de performanță. Și probabil că se va ajunge aici.

Niciodată, plata egală, fără evaluarea periodică pe criterii profesionale și științifice, nu a dus la performanță. Sigur că s-a reparat o mare nedreptate, pentru că doctorii primeau salarii foarte mici, dar trebuie schimbată mentalitatea față de ceea ce trebuie să faci tu ca medic pentru a primi acel salariu.

**Se pot stabili criterii de performanță clare care să încurajeze competiția?**

Competiție în profesie înseamnă ca măcar anual să vezi, între două unități de același calibru, care este nivelul de dificultate pe care l-a putut rezolva fiecare unitate, câți bolnavi din totalul celor cu afecțiuni foarte severe rezolvă unii medici, cât rezolvă alții, care este gradul de corectitudine al diagnosticului, care este numărul de proiecte de cercetare, câte dintre ele au fost aprobate și au obținut finanțări, ce s-a întâmplat cu finanțările respective, câte articole au produs.

Am obținut multe proiecte de cercetare, unul dintre ele fiind chiar substanțial, de șapte milioane și jumătate de euro. Cu acești bani, ne-am îmbunătățit toată infrastructura secției de cardiologie, am creat un laborator de electrofiziologie care este cel mai performant din țară și avem oameni care sunt capabili să rezolve cazuri dificile. Deci în primul rând trebuie să ai aparatură, un colectiv performant și un conducător cu o viziune. Dorința mea a fost ca mai întâi să formez oamenii, și pentru că formarea unui specialist de electrofiziologie, de cardiologie intervențională poate să dureze doi, trei ani până ajunge să fie performant, între timp am făcut aplicații împreună și am câștigat proiecte. Sigur, mai avem nevoie de multe aparate, dar niciunul dintre cele pe care le-am cumpărat nu obosește prin ședere. Toate ajung să fie schimbate

mai repede decât în alte spitale, dar asta, fiindcă sunt foarte folosite.

Aici, la Floreasca, facem și transplant de celule stem, avem două laboratoare, unul de genetică cardiologică, unul de cardiologie moleculară cu trei medici foarte pasionați de cercetarea în aceste domenii, însă acest lucru presupune să îi selectezi atent. Nu îți poți susține teza de doctorat fără să ai, de exemplu, articole publicate în reviste indexate. Deci se poate măsura performanța.

Eu pledez nu pentru reducerea salariilor, ci pentru creșterea salarizării în sectoarele care cu adevărat se dovedesc a fi performante.

**Pe linie academică, așa cum sunt lucrurile acum, mai e loc de îmbunătățiri?**

Cred că evaluarea oamenilor după un singur manual, indiferent de specialitate, este un lucru care îi limitează, mai ales dacă este un manual de acum zece ani. Lucrurile s-au schimbat, iar în cardiologie lucrurile evoluează cu o viteză extraordinară. Or, câteodată, la câte o examinare, inclusiv la specialitate, să faci un barem conform celui manual mi se pare de neacceptat, iar eu nu îl accept. Apreciez un viitor specialist în cardiologie după ce se știe acum zece ani? Nu, ci după ceea ce se știe acum, în momentul de față, așa mi se pare corect. Într-adevăr, nu prea am mai fost numită șef de comisie, dar nu mă pot trăda pe mine.

**Care sunt prioritățile dumneavoastră?**

Am poziția de șef de clinică de cardiologie și, de 20 de ani, de când am luat în primire acest colectiv, am reușit până la urmă să avem un colectiv foarte performant. Sigur că suntem câțiva trecuți de 50 de ani, doi, trei trecuți de 60, dar numărul nostru este mic, iar biologic, până la urmă, va deveni și mai mic. Cei care domină sunt oameni plasați între 30 și 40 de ani, sunt în timpul pregătirii de doctorat sau și l-au susținut deja și sunt avizi de cunoaștere. Aș vrea ca această atmosferă să continue și ei să aibă motivația de a se perfecționa.

Pe de altă parte, din punct de vedere



**Interviu cu prof. dr. Maria Dorobanțu, președinte Societatea Română de Hipertensiune, șef Clinică de Cardiologie din cadrul Spitalului de Urgență Floreasca.**

didactic, am intrat în învățământ ca profesor, în 1979. De 40 de ani mi-au rămas aceeași dragoste și aceeași pasiune pentru acest învățământ. Am avut posibilitatea să fiu la diverse workshopuri despre cum să îi înveți pe studenți mai bine, cum să-i evaluezi și mai bine, pentru că dacă față de studenți nu ai disponibilitate, ei te ocolesc.

Pot să spun acum că am marea bucurie să constat că studenții care vin la noi sunt foarte buni. Pentru ei mai fac și niște lucruri ieșite puțin din programă. De pildă, de doi ani, cu un grup de studenți care s-au dovedit interesați de ceea ce le-am propus eu, facem un cerc: „Cardiologie în interdisciplinaritate”. Adică medicină cu matematică, medicină cu filozofie, cu fizică, cu biologie. Au venit personalități să le

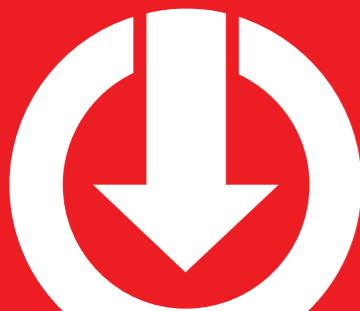
vorbească despre această interdependență. Am avut o primă ședință în care a venit un profesor de matematică de la Universitatea de Matematică, domnul profesor Liviu Ornea, care a făcut un curs dedicat modelării matematice a fenomenelor biologice. Unul dintre studenți, care acum este în anul cinci, deosebit de dotat, a obținut o bursă în SUA în acest domeniu și acum își face teza de absolvire și, probabil, ulterior, și teza de doctorat.

Am o recunoaștere internațională, mai ales europeană, am condus un grup de lucru al Societății Europene de Cardiologie. Apartenența la acest grup te stimulează

extraordinar. Am pe birou două articole pe care încerc să le citez ca să le pot trimite mai departe, să publicăm în două reviste foarte cotate. Ar fi patru articole publicate anul acesta în reviste cotate ISI. Sunt și președintele Societății Române de Hipertensiune, pe care am înființat-o în 2011, și am făcut o revistă dedicată, care se numește Journal of Hypertension Research, cu un board format în proporție de 60% din medici din Europa și 40% din România. Prin urmare, se pot face multe lucruri și în România, dacă te perfecționezi continuu și rămâi conectat la cercetarea din țară, dar și din străinătate. ■

# Bolile endocrine, subdiagnosticate în România

DE ROXANA MATICIUC



**Interviu cu prof. dr. Corin Badiu, președintele Societății Române de Psihoneuroendocrinologie**

**Având în vedere că totul pleacă de la priorități, aș vrea să știu care sunt ale dumneavoastră – în calitate de medic, de șef de secție, de președinte al unei societăți profesionale.**

E o întrebare dificilă, pentru că prioritățile sunt foarte dinamice și ne-am obișnuit să le organizăm într-o manieră care depinde de solicitări. Dacă avem solicitări de gradul zero, atunci prioritățile se schimbă. Sigur că în spital cel mai mult contează pacienții, dar în același timp, într-un institut cum este Institutul Național de Endocrinologie, prioritare sunt și echipele de cercetare, și studiile pe care le desfășurăm. Nu în ultimul rând, sunt priorități care țin de viața academică, de cursuri, de examene, de organizarea materialelor pentru studiul studenților, de redactarea unor articole, capitole de carte sau materiale de curs.

**Sunteți printre puținii medici care între primele cuvinte la priorități amintesc cercetarea. De multe ori, am impresia că la noi nu se mai face cercetare. Cum reușiți să susțineți acest segment?**

Nimic nu vine de la sine, totul se câștigă prin competiție, prin convingerea noastră că domeniul cercetării merită continuat și prin puterea noastră de convingere asupra autorităților care ne finanțează cercetarea. În acest domeniu intră și pacienții care și-au făcut asociații, mai ales cei cu boli rare, zonă în care sunt mai mult implicat. Noi preluăm pacienții, îi sfătuim să

formeze aceste asociații și ne asigurăm că asociația de pacienți reprezintă un sprijin pentru activitatea de cercetare, pentru că noi pentru ei facem cercetare. Se numește medicină translațională și presupune să ajungem cât mai repede de la cunoștințele teoretice dobândite prin experimente la aplicația clinică asupra pacientului care este internat.

**Este finanțată suficient cercetarea?**

Cercetarea sigur că nu este finanțată suficient și mai ales nu la un standard care ar trebui să existe într-o țară a UE. Există totuși un lucru lăudabil: că au fost crescute salariile doctorilor și asistenților medicali. Dar să nu uităm că în spatele performanței în cercetare intră și chimiști, biologi, biofizicieni și oameni care sunt dedicați activității în laborator și fără de care noi nu putem

face performanță. Acești oameni nu au fost incluși pe lista de priorități. Nu în ultimul rând, este frustrant dacă un medic angajat pe post de cercetător nu este inclus în creșterea salarială, deși lucrează cel puțin la fel ca medicul din asistența clinică: face performanță medicală și în același timp citește, scrie proiecte și aduce fonduri suplimentare pentru cercetare, pentru instituția în care lucrează, dar și pentru țară. Datorită acestor oameni, noi luăm fonduri pentru cercetare de la Uniunea Europeană și nu este corect ca tocmai ei să fie trecuți la categoria celor pentru care vor crește salariile gradual până în 2022. Această discriminare adresată tocmai acelor care se ocupă de progresul medical nu este cea mai bună alegere pentru cei care ne conduc.

**Care sunt cele mai frecvente probleme cu care se prezintă pacienții care vin la dumneavoastră? Vă întreb acest lucru în strânsă legătură cu o altă întrebare: ce am putea face din punctul de vedere al politicilor de sănătate pentru ca medicina românească să poată avansa?**

În primul rând, trebuie să știm că problemele de sănătate sunt în mare parte nediagnosticsate și atitudinea multor pacienți de a veni pentru un consult pe fondul unei condiții medicale dificile e o atitudine dăunătoare atât lor, pentru că ajung târziu la medic, cât și sistemului de sănătate care trebuie să plătească mult mai mult pentru tratarea lor.

Niciun legiuitor nu a pus până acum obligația ca orice român asigurat să se prezinte pentru analizele periodice măcar o dată pe an și dacă pacientul nu și le face, atunci să riște să-și piardă asigurarea de sănătate. Ca să o câștige la loc, ar trebui să plătească foarte mulți bani, pentru că asigurarea este făcută într-un sistem de securitate socială, adică banii pe care noi îi plătim din salariu reprezintă sprijin pentru toți.

Eu cred că pacienții ar trebui să fie tratați profilactic **prin puterea legii**. Dacă acest lucru se va întâmpla, o să vedem mai întâi că bolile sunt decelate într-o proporție în care nu ne așteptăm, dar o să observăm și că răspunsul din timp e mai ieftin, pentru că tratăm mai ușor o boală aflată la început, decât una complicată. Pe termen lung, o asemenea acțiune strategică ar putea avea beneficii fantastice.

**Cum ar arăta România de mâine cu instrumentele pe care le avem astăzi?**

Problema este de ordin legislativ: să facem în așa manieră încât pacienții, toți cei asigurați, să aibă obligația efectuării unui set minim de investigații care să îi pună într-o condiție de cunoaștere a stării lor de sănătate. Atunci România de mâine, însemnând peste 15-20 de ani, va arăta foarte bine. Este o strategie care ar putea duce la progres și din punct de vedere economic.

**Care sunt planurile dumneavoastră în calitate de președinte al Societății Române de Psihoneuroendocrinologie?**

Să fim mai cunoscuți la nivel internațional, să fim mai prezenți în manifestările științifice și în proiectele de cercetare internaționale, pentru că, din

păcate, potențialul pe care îl avem este insuficient fructificat. Dacă intrăm în zona bolilor rare, nimeni nu are pretenția de a face tot. Centrele europene de diagnostic sunt specializate pe domenii și acest lucru este cunoscut în țările UE. De exemplu, rețeaua de boli rare Orphanet include centre de diagnostic și tratament care se perfecționează pe diagnosticul molecular și genetic pentru anumite categorii de boli. Aceste centre primesc probele de la pacienții presupuși a avea o anumită boală rară. Trebuie îndeplinite anumite cerințe pentru a intra acolo și a face testele, dar odată ce ai trecut etapele preliminare care selecționează pacienții cu risc înalt, atunci se vor putea efectua testele în condiții mult mai confortabile economic decât cele din domeniul privat.

Manifestările științifice ale **Societății Române de Psihoneuroendocrinologie** au devenit o tradiție, pornind din 1990, într-un domeniu de interferență care abordează importanța hormonilor din perspectivă comportamentală la nivel individual și social.

Astfel, în fiecare an avem un simpozion, iar la fiecare patru ani avem un congres național. În acest an vorbim despre al șaselea congres național de neuroendocrinologie cu participare internațională de vârf, cu specialiști care vin și din SUA, și din Europa, dar și din centrele universitare de endocrinologie din România. Congresul include prezentări plenare, simpozioane, întâlniri cu experți, mese rotunde, comunicări orale și postere organizate tematic în domenii foarte variate: neuroendocrinologie oncologică, tumori digestive, chirurgie endocrină, chirurgie metabolică, diabet și patologie metabolică, genetică, imagistică, anatomie patologică, la care participă experți de renume din țară și invitați străini. Totodată, este un prilej de a reînnoi colaborări mai vechi și de a aduce în actualitate proiecte de cercetare și rețele de experți dezvoltate la nivel național. Detalii sunt pe site-ul societății, [www.rpn.es.ro](http://www.rpn.es.ro).

**INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE**

[www.politicidesanatate.ro](http://www.politicidesanatate.ro)

# Nu există o cultură medicală a populației

VORBIM TOT MAI DES DE PREVENȚIA BOLILOR, DE DIAGNOSTIC PRECOCE, DE MANAGEMENTUL PERSONALIZAT AL AFECȚIUNILOR CRONICE, DE PROGRAME NAȚIONALE ȘI TERAPII INOVATOARE, DAR CE FACEM CU ACELE BOLI CARE NU POT FI PREVENITE, PENTRU CĂ NU SE ȘTIE CE LE DECLANȘEAZĂ, ȘI AL CĂROR UNIC TRATAMENT ESTE OPERAȚIA? CUM AJUTĂM PACIENȚII CARE TREC PRIN INTERVENȚII CHIRURGICALE DE ȘAPTE-OPT ORE PENTRU CA, APOI, SĂ AȘTEPTE PE LISTELE SPITALELOR SAU CLINICILOR PENTRU RADIOTERAPIE/CHIMIOTERAPIE ORI SERVICII DE RECUPERARE MEDICALĂ? DE VALENTINA GRIGORE



Dr. Dan Teleanu, medic primar neurochirurgie, care a operat de-a lungul timpului sute de persoane cu tumori cerebrale, atrage atenția că incidența este din ce în ce mai mare și că pacienții ajung la spital destul de târziu și nu întotdeauna unde trebuie, neexistând o cultură medicală a populației.

## Care este incidența tumorilor cerebrale?

La Spitalul Universitar, o treime din cazistica operată o reprezintă tumorile cerebrale. Din aproximativ 880 de operații pe o sală de la începutul anului, 250 sunt tumori cerebrale. Într-o singură secție de neurochirurgie!

Incidența tumorilor maligne este, din păcate, din ce în ce mai mare. Fie că vorbim de metastaze, fie că vorbim de tumori cerebrale maligne, din păcate apar la vârste din ce în ce mai mici. Pe vremea rezidențiatului, eu învățam că glioblastomul, de exemplu, care este cea mai agresivă formă de cancer a creierului, apare, de obicei, în decada a cincea de viață. În ultima perioadă, am avut pacient de 21 de ani cu glioblastom. Am avut pacienți de 29 de ani, de 33 de ani, de 44 de ani cu glioblastom. Nu se știe de ce apar atât de devreme. Nu se cunosc factorii de risc. Dacă s-ar cunoaște cu certitudine etiolo-

gia acestei afecțiuni, în mod sigur s-ar găsi și antidotul.

## Înțeleg că nu poate fi vorba de o diagnosticare precoce în aceste cazuri.

Din păcate, tumorile sunt diagnosticate destul de tardiv, când ating deja dimensiuni destul de mari. Asta este valabil și pentru tumorile așa-zis benigne, care pot fi maligne prin localizarea lor și care sunt foarte dificil de ablat. Și pentru că cele benigne cresc lent, creierul le tolerează foarte bine până la o anumită dimensiune, când se decompensează din punctul de vedere al simptomatologiei și încep să apară semnele neurologice: pacienții fac crize epileptice, fie fac un deficit motor. De exemplu, am avut o pacientă cu o tumoră cerebrală de dimensiunea unei portocale, a avut simptome minime o perioadă, până când a sesizat că nu mai are miros. Din păcate, nu a ajuns direct la neurochirurgie, ci a trecut prin mai multe mâini, cum se spune, inclusiv prin psihiatrie. Din păcate, așa cum spuneam, simptomele sunt minime, iar pacienții fie le neglijează, fie nici măcar nu le sesizează. Nu există o metodă de a învăța populația, de a le spune oamenilor ce trebuie să facă într-un anumit caz. După

părerea mea, nu există o cultură medicală a populației.

## Totuși, există niște simptome minime...

Da, sunt. De exemplu, durerea de cap este un simptom foarte frecvent și care are foarte multe etilogii, de la o banală sinuzită până la tulburări de vedere, persoane care au probleme de acuitate vizuală și ar avea nevoie de ochelari. De la o nevralgie a unui anumit nerv... chiar și o apendicită poate să debuteze numai prin durere de cap. Dar o durere de cap care nu cedează în trei-patru zile, dacă mai este însoțită și de vărsături, mai ales dimineața, trebuie să-i dea de gândit pacientului. Alte simptome sunt tulburările de vedere, dintr-odată observi fie că vezi dublu, fie că nu mai vezi bine sau că ai amețeli, nu mai poți sta pe picioare. Scade forța, din senin nu mai ai forță egală. Tot ce este diferență stânga-dreapta nu este bine.

## Care este cea mai bună conduită terapeutică după intervenția chirurgicală?

Ideal ar fi ca, la 24 de ore după intervenție, să poți să mobilizezi pacientul cât mai repede: să se ridice din pat, să mănânce singur etc. Însă nu întotdeauna se întâmplă acest lucru. Depinde foarte mult de tipul de tumoră, de localizarea ei. Noi avem un principiu: pacientul nu trebuie să iasă din operație mai rău decât a intrat. Și atunci, de multe ori operând o tumoră cerebrală, ești pus într-o dilemă, mai ales dacă este o tumoră malignă: încerc să o scot pe toată, dar îl las pe pacient cu un deficit neurologic major, adică dependent de pat, sau mă abțin de a scoate toată tumora, dar să aibă o calitate a vieții bună post-operator. De exemplu, la

➤  
**Interviu cu dr. Dan Teleanu, medic primar neurochirurgie, șef secție Neurochirurgie I, Spitalul Universitar de Urgență București**



glioblastoame, cea mai agresivă formă de cancer primar al creierului, durata medie de supraviețuire este cuprinsă între un an și două luni și un an și jumătate, față de opt luni-un an și două luni, cum era când eram eu rezident. Nu înseamnă că dacă l-ai operat ai terminat cu el. Pacientul necesită radioterapie, chimioterapie, poate o reintervenție chirurgicală după o anumită perioadă, când apare recidiva tumorală.

## Au pacienții acces la radioterapie?

Foarte greu. Din momentul în care pacientul pleacă de la noi, cu diagnosticul pus, cu tipul de tumoră identificat, este preluat de către un oncolog, care îi

ghidează tratamentul în continuare. De multe ori, acești oncologi lucrează într-o policlinică, ei nu au radioterapie, nu au posibilități de a face chimioterapie. Și sunt ghidați către Institutul Oncologic București, către Spitalul Militar, Elias sau Colentina. Asta, în București, însă oare câte centre reședință de județ au posibilitatea de a face radioterapie? Mulți pacienți sunt din țară și ei, sau oncologul lor, trebuie să se descurce să caute un centru de radioterapie.


## Există servicii de recuperare?

Persoanele operate au nevoie de centre de recuperare – în străinătate,

există centre speciale de recuperare neurologică pentru tot ce înseamnă sechele neurologice după diferite afecțiuni. La noi, nu există așa ceva. Este foarte greu să managerizezi acești pacienți care, poate, s-ar recupera într-un timp mult mai scurt dacă ar avea acces la astfel de centre specializate. Degeaba colaborezi bine cu un spital sau altul, care are secții de recuperare, pentru că există și acolo pacienți. Fiecare spital are programări făcute pe câteva luni înainte, iar pacientul meu nu poate să aștepte. El trebuie să înceapă recuperarea cât mai repede. 📌

# Rețeaua de medicină școlară, „reînviată” de ASSMB

ATUNCI CÂND VORBIM DESPRE ASSMB, NE GÂNDIM ÎN GENERAL LA SPITALELE AFLATE ÎN SUBORDINEA PRIMĂRIEI CAPITALEI. TOTUȘI MAI EXISTĂ O COMPONENTĂ LA FEL DE IMPORTANTĂ, ÎNSĂ NEGLIJATĂ TIMP DE MULȚI ANI: MEDICINA ȘCOLARĂ. DE ROXANA MATICIUC

 Când vorbim despre copii, ne gândim la sănătatea lor și la educație. Când aceste două noțiuni se îmbină, avem educația pentru sănătate și, iată, cel mai important obiectiv al nostru. Ani buni, educația pentru sănătate a fost neglijată și acest lucru se vede în cifrele îngrijorătoare de îmbolnăviri în rândul tinerilor: obezitate, diabet zaharat, multiple adicții – fumat, consum de alcool și droguri, boli transmisibile sexual, sarcini la fete minore.

Încă de anul trecut, a început o amplă acțiune de „reînviere” a rețelei de medicină școlară – am început cu dotarea completă a tuturor cabinetelor școlare cu echipamente școlare, cu unități stomatologice, aparate de sterilizare moderne, precum și cu medicamente și materiale sanitare.

**Din cauza legislației, nu s-au putut face angajări, motiv pentru care personalul din rețeaua de medicină școlară a devenit insuficient. Poate rezolva ASSMB această problemă?**

În 2017, am găsit un deficit major de personal de aproximativ 30% în rețeaua cabinetelor școlare – medici și asistente. Am depășit obstacolele bugetare care au generat acest deficit sprijiniți de doamna primar general Gabriela Firea. Dumneaei a avut inițiativa legislativă da a modifica ordonanța de urgență nr 162/2008 și, astfel, a fost aprobată ordonanța de

urgență 8/2018, prin care administrația publică locală poate asigura finanțarea necesară pentru buna desfășurare a activității medicale în cabinetele școlare. Astfel, anul acesta am scos la concurs 49 de posturi de medici medicină generală, 34 de posturi medici dentiști și 140 de posturi de asistenți medicali.

**Ați vorbit despre educația pentru sănătate. Cine ar trebui să se ocupe de această educație a tinerelor generații – familia sau școala?**

Cred că responsabilitatea este împărțită în egală măsură, dar având în vedere că noi putem controla ce se întâmplă cu cei mici doar în timpul în care ei sunt la școală, am făcut un parteneriat cu instituțiile de învățământ din București. Astfel, am obținut de la Inspectoratul Școlar al Municipiului București permisiunea de a avea trei ore de educație a sănătății în cursul unui an școlar. Pe lângă sprijinul Inspectoratului Școlar al Municipiului București, avem și colaborarea asociațiilor de părinți, convinși fiind de faptul că nu puteau avea succes decât dacă responsabilizăm în egală măsură și copiii, și părinții în cadrul acestui proces de educație pentru sănătate.

Concret, anul trecut, am pornit două campanii de educare și informare, începând cu cei mai mici: copiii din grădinițe. Prima campanie, pe care am numit-o „Sănătatea e în mâinile tale”, am început-o pe 16 octombrie, de Ziua

Mondială a Spălatului pe Mâini. Cu această ocazie, elevii și preșcolarii din București, din clasele 0-4, au învățat de la medici și asistente cum să se spele corect pe mâini și cât de importantă este igiena pentru prevenirea bolilor transmisibile.

Campania de Promovare a Sănătății Orale este al doilea proiect dedicat școlarelor și preșcolarelor din Capitală și a început anul școlar trecut. Concret, cei peste 200 de asistenți și medici stomatologi din cele 150 de cabinete stomatologice i-au informat pe copii despre afecțiunile orale și despre factorii de risc, le-au transmis recomandări despre cum se menține sănătatea orală, despre legătura dintre sănătatea orală și cea generală și despre importanța prevenției și tratării precoce a afecțiunilor orale.

**Cele mai multe dintre problemele stomatologice ar putea fi soluționate ușor dacă s-ar începe tratamentul din timp. Din păcate însă, nu toate familiile își permit să acopere costurile necesare.**

Având în vedere importanța sănătății orale, noi asigurăm tratamente stomatologice gratuite (detartraje, sigilări, tratamentul cariilor, extracții dentare) pe toată perioada anului, inclusiv în vacanțele școlare. Astfel că, în această vacanță de vară, timp de trei luni, medicii din cabinetele stomatologice au realizat aproape 6.450

de consultații și tratamente gratuite. Important de precizat este că anul acesta Campania de promovare a sănătății orale se va extinde și la gimnaziu.

Nu în ultimul rând, vreau să vorbesc despre un proiect în premieră, și anume, „Consultații stomatologice și aplicare de aparate ortodontice pentru elevii din Municipiul București”. Proiectul a început în 17 septembrie anul acesta, la Spitalul Clinic de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială „Prof. Dr. Dan Theodorescu” și se va desfășura timp de un an. Costul total al proiectului este de 200.000 de euro și va fi susținut de Primăria Capitalei.

Beneficiarii proiectului vor fi elevii din municipiul București cu vârste cuprinse între 7 și 16 ani. La două săptămâni de la începutul proiectului, 221 de elevi au fost consultați și 75 dintre ei au primit recomandări pentru aparate dentare. Dintre aceștia, 51 au obținut deja aprobările necesare. Îi informăm pe părinți că pe site-ul [www.assmb.ro](http://www.assmb.ro) pot găsi toate detaliile legate de acest proiect al aparatelor dentare.

**Ce proiecte are ASSMB pentru viitorul apropiat?**

În următoarele șase luni dorim să implementăm în rețeaua de medicină cel mai ambițios proiect informatic. Toate cabinetele medicale școlare de medicină generală și de stomatologie vor fi interconectate prin intermediul unui program care va permite înregistrarea electronică a tuturor datelor medicale ale unui copil, în deplină siguranță și confidențialitate. Informațiile despre înălțimea, greutatea copiilor, despre existența unor alergii, a unor afecțiuni cronice se vor găsi în orice

moment în această bază de date criptată. Dacă un copil se va duce la o consultație medicală la cabinetul școlar, părintele va primi o notificare pe sms sau pe mail împreună cu recomandările medicale. Vom avea astfel posibilitatea ca în anii următori să realizăm o strategie a educației pentru sănătate și a măsurilor ce se impun pe baza statisticilor rezultate din colectarea riguroasă a datelor. Vom afla, de exemplu, care este incidența obezității, câți copii au

diabet zaharat sau tulburări de dentiție, vom avea un registru veritabil de apreciere a stării de sănătate a copiilor noștri în București.

De asemenea, în acest an școlar, dorim să continuăm seria cursurilor de educație pentru sănătate cu următoarele teme:

- *Cum să avem o alimentație sănătoasă și un stil de viață activ?* În acest sens, avem parteneriate cu Centrul de tineret și Compania Municipală Sport pentru Toți București pentru organizarea de competiții sportive școlare care să readucă în atenția copiilor interesul pentru sport.

- *Ce trebuie să știm despre bolile transmisibile?*

- *Prevenirea consumului de băuturi alcoolice și droguri, prevenirea fumatului* – adresându-ne copiilor cu vârste mai mari și tinerilor adolescenți.

- *Importanța donării de sânge și de celule stem* – liceeni și studenți vor participa la workshopuri susținute de specialiști hematologi și de Centrul de Transfuzii Sanguine, în ideea că aflând răspunsurile la toate întrebările, vor înțelege că implicarea civică face parte din responsabilitățile noastre. Fiecare dintre noi poate fi erou, fiecare dintre noi poate salva o viață! 🇷🇴

INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE

[www.politicidesanatate.ro](http://www.politicidesanatate.ro)

**Interviu cu dr. Turkes Ablachim, director medical Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (ASSMB)**

➔ **Interviu cu general de brigadă medic conf. univ. dr. Florentina Ioniță-Radu, managerul Spitalului Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila”**

## Pacienții doresc act medical de calitate occidentală, dar în același timp vor să ajungă la el prin intermediul „STILULUI ROMÂNESC”



### Care sunt cele mai mari provocări în a conduce un astfel de spital?

Provocări sunt la tot pasul: pe de-o parte, sunt provocările globale ale unui manager de spital din România anulului 2018, iar pe de altă parte, sunt provocările unui manager de spital militar și nu de unul teritorial, unul regional de urgență, care trebuie să asigure și alte capacități, în afara celor asigurate de o instituție civilă, cu același profil de activitate. Tot o provocare este să demonstrezi că poți fi foarte eficient economic și științific și, în același timp, să ai o relație foarte bună cu pacienții, iar ei să plece mulțumiți din spital.

Un manager trebuie să-și cunoască foarte bine colectivul, să identifice capacitățile fiecărui membru al echipei, să distribuie uniform atribuțiile și, mai ales, să-și motiveze oamenii. Poate că Spitalul Militar este un pic altfel decât alte spitale pentru că aici regulile și verificarea sunt mult mai accentuate decât în alte părți, în sensul că noi aplicăm, așa cum scrie la carte, controlul intern managerial, prin verificarea și validarea indicatorilor de performanță și ale standardelor de calitate. În linii mari, putem spune că plecăm de la verificarea prezenței la serviciu și respectarea programului de lucru până la respectarea procedurilor și protocoalelor de examinare, diagnostic și tratament, toate acestea fiind cuprinse în indicatorul eficienței economice.

### Pacientul român de astăzi este foarte bine informat și cu cerințe foarte mari. Se ridică serviciile de sănătate la aceste cerințe?

Pacienții doresc act medical la standardele de calitate occidentală, dar în același timp doresc să ajungă la el prin intermediul „stilului românesc”. Nu mulți au înțeles că trebuie să se programeze și nici nu vor să aștepte în fața urgențelor adevărate. Aici este o mare problemă pe care trebuie să o rezolvăm, pentru că trebuie să facem o medicină performantă, conformă cu standardele anilor pe care îi trăim, în condiții egale cu cele aplicate în țări din Uniunea Europeană.

În același timp, trebuie să înțelegem niște reguli. Educația pe care o facem pacienților noștri și aparținătorilor este o componentă importantă a gradului de sănătate a populației. Dacă eu nu am grijă să fac prevenție, dacă nu merg anual la medicul de familie să-mi fac analizele, atunci degeaba am pretenția ca atunci când mă simt rău să mi se deschidă toate porțile. Este imposibil. Numărul de medici este limitat și într-un anumit timp ei pot examina corect un număr limitat de pacienți. Altfel, ar trebui să facem rabat de la calitate, ceea ce nu este admisibil pentru că aici vorbim despre vieți omenești.

### Care sunt nevoile acestui spital?

Toate nevoile noastre legate de necesitatea achiziției de tehnică și aparatură medicală au fost fundamentate pe: ce eficiență vei avea cu aparatura, cât timp o vei folosi, cui te

adresezi, pentru că nu poți să o cumperi numai de dragul de a o cumpăra. În ceea ce privește dotarea cu tehnică și aparatură de ultimă generație, suntem în plină dezvoltare, dar nu pot să nu precizez că am trecut prin niște ani grei, în care a trebuit să ne luptăm pentru fiecare dispozitiv medical. Am pornit la acest drum cu deficiențe foarte mari în ceea ce privește dotarea. În anul 2014, anul în care am devenit manager, nu erau ecografe, nu erau decât două aparate de radiologie, nu aveam aparate de anestezie, ventilatoare, dotări în blocurile operatorii, nu aveam EKG-uri. Tot ce aveam era foarte vechi. Progresiv, am reușit să ne dotăm, iar acum urmează să se dea în folosință CT-ul cu 256 slice-uri și cu softuri speciale pentru neurologie și cardiologie. Această ultimă achiziție cred că va fi vârful de lance în România pe segmentul de diagnostic imagistic și tratament neinvaziv. Anul acesta, urmează să dăm în folosință un nou centru de imagistică care are în dotare două CT-uri și două RMN-uri. Tot până la sfârșitul anului, vom da în folosință stația centrală de sterilizare, care a fost modernizată. Urmează ca, în cel mai scurt timp, să facem recepția pentru un al treilea angiograf cu capacități pentru cardiovascular, dotat cu softuri dedicate. Și lucrurile nu se opresc aici.

Momentan, se instalează un aparat de radiologie și mai trebuie să vină unul, o să avem un soft dedicat de mamografie pentru puncție eco-ghidată, stereotaxie,

o să avem încă un RMN și un CT. O să mai fie niște ecografe cu niște capacități speciale, ecografe destinate procedurilor la nivel de cardiologie intervențională. Pentru recuperarea medicală, am luat în calcul atât nevoile de recuperare pentru pacienții cronici, fără mare specificitate a tabloului clinic, cât și cazurile medicale complexe, traume specifice teatrelor de operații, cele care sunt denumite plăgi de război. Aici mă refer la camarazii noștri răniți în teatrele de operații.

### Faceți parte dintr-un sistem cu reguli clare, în care lumea este obișnuită să le respecte. Cum ar trebui să facem noi această „militărie” cu populația civilă, ca să obținem aceleași rezultate?

Eu cred că atâta timp cât medicului i se trasează niște sarcini, dar nu există nicio cheie de verificare a corectitudinii actului medical prestat, inclusiv privind modalitatea în care acesta și l-a dus la îndeplinire, nu putem vorbi despre feedback și, implicit, despre posibilitatea penalizării. Din moment ce contractul-cadru prevede consultații anuale, ar trebui să se și verifice dacă acestea s-au realizat și în cazul în care avem de-a face cu o raportare fictivă, ar trebui să se regleze compensațiile monetare ca atare.

### Ce ați schimba din punctul de vedere al politicilor de sănătate publică la noi în țară, mai ales că acum se lucrează la acest pachet de legi al Sănătății și se dorește a se implementa într-un timp cât mai scurt?

Cred că lucrurile merg într-un sens bun, dar ca politici cred că ar trebui modificat, de exemplu, contractul-cadru astfel încât fondurile alocate pentru aceste analize anuale obligatorii să se arondeze cumva pacientului și medicului de familie. Așa se va putea ști sigur că își va face aceste investigații cetățeanul. Dacă lășăm ca aceste lucruri să fie aleatorii, să nu ne surprindă că apar nemulțumiri. Oamenii sunt plimbați între medicul de familie și laboratoarele de analize, unde niciodată nu sunt fonduri suficiente, se termină în primele zile ale lunii!

Pe de altă parte, trebuie să scădem cifra internărilor continue și să ne orientăm către cele de zi. Trebuie să evaluăm mai mult conceptul internărilor de zi și suma acordată pentru plată la adevărata lor valoare și la ceea ce înseamnă costurile reale ale actului medical prestat în acest format. În timp ce negociam indicatorii de management cu șeful secției de ortopedie, acesta îmi spunea că, atâta timp cât el face toate artroscopiile prin internare de zi, din suma alocată nu se scot nici măcar costurile materialelor consumate, caracteristice artroscopiilor, fără a mai pune la socoteală intervenția chirurgicală ca atare etc. Comisiile de specialitate din Ministerul Sănătății ar trebui să stabilească, efectiv, costul real al acestor internări de zi și care diagnostic se pretează la acest tip de internare. Internările continue trebuie să se adreseze pacienților în stare gravă, care

chiar au nevoie de supraveghere medicală permanentă, nu trebuie să internăm pe cineva numai pentru faptul că pacientul nu are unde să stea.

### Ce planuri aveți pentru viitorul apropiat?

Vreau să reușim să extindem și să modernizăm spitalul, să îl dotăm la cel mai înalt nivel. Aș vrea să schimbăm puțin curricula de perfecționare a medicilor militari pentru că, la acest moment, sunt multe specialități inaccesibile pregătirii rezidenților militari numai din cauza faptului că în anumite domenii nu avem încă, în spital, cadre didactice. În scurt timp, prin parteneriatele pe care le perfectăm cu spitale militare de referință din Occident, vom putea trimite medici, rezidenți sau specialiști, la perfecționare, într-un mod organizat.

Pe partea de prevenție, de screening, cum vedeți necesitatea unui astfel de program pentru România și cine ar trebui să se ocupe de el?

Problema în sistemul civil este că nu există o organizare în ceea ce privește vizita cetățeanului la medic și nici nu văd o atitudine proactivă a medicilor de familie, pentru a remedia această situație. (...)

**INTERVIUL COMPLET  
POATE FI CITIT PE**

[www.politicidesanatate.ro](http://www.politicidesanatate.ro)

Interviu cu **prof. dr. Radu Vlădăreanu**, președintele Societății Române de Obstetrică și Ginecologie din România



# REFORMĂ ÎN OBSTETRICĂ- GINECOLOGIE

ODATĂ CU PRELUAREA MANDATULUI, PROF. DR. RADU VLĂDĂREANU ANUNȚĂ SCHIMBĂRI MAJORE ÎN DOMENIU: DE LA REORGANIZAREA DIN TEMELII A SOCIETĂȚII ROMÂNE DE OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE DIN ROMÂNIA LA ATRAGEREA CÂT MAI MULTOR MEDICI ȘI RECOMPENSAREA PERFORMANȚEI CELOR TINERI ȘI PÂNĂ LA MODIFICAREA EXAMENULUI DE REZIDENȚIAT ȘI A CURRICULEI - TOATE ACESTE FAC PARTE DIN PROGRAMUL PE CARE SPECIALISTUL VREA SĂ-L IMPLEMENTEZE CÂT MAI RAPID.

DE VALENTINA GRIGORE



## De ce această nevoie de schimbare a Societății?

Sunt lucruri care nu s-au făcut în ultimii ani și mi-am propus, împreună cu colegii mei, lideri de opinie din țară, să rezolvăm aceste aspecte. Societatea trebuie să atragă cât mai mulți membri din rândul ginecologilor și obstetricienilor din țară. De exemplu, la Congresul Național al Societății de Obstetrică și Ginecologie din România, care a avut loc la Iași, au participat aproximativ 800 de ginecologi, iar la Adunarea Generală, doar aproape 400 de oameni. Mult mai puțini decât numărul total de ginecologi din țară. Asta înseamnă că Societatea trebuie să fie atractivă pentru toți ginecologii, nu numai pentru clinicile universitare din țară, trebuie să venim spre medicii de pe „rețea” cu programe educaționale diverse, în avantajul lor, dar și cu alte modalități de a-i atrage. Este clar că trebuie să îmbunătățim și site-ul societății, astfel încât să devină o platformă eficientă de comunicare între toți membrii acesteia.

Deci primul obiectiv este să creștem numărul membrilor Societății. Am avut discuții cu președintele Societății Obstetricienilor și Ginecologilor din Republica Moldova - colegii noștri de peste Prut sunt foarte interesați să devină membri ai societății noastre și cu siguranță o să găsim o formulă pentru ca ei să se înscrie și să participe la toate activitățile noastre.

## Ghidurile societății au fost făcute acum 12 ani. Au mai fost actualizate de atunci?

Acesta este al doilea mare, și rapid, obiectiv: actualizarea ghidurilor societății. Nu au mai fost actualizate din 2006-2007. Este impardonabil. O încercare timidă a fost demarată în acest an, însă nu s-a finalizat. Deci prioritatea este actualizarea ghidurilor de practică, apoi crearea unor noi, care să cuprindă tot ce s-a modificat și tot ce a apărut în acești ani. Acest lucru necesită reuniuni de consens, deci timp și energie, dar trebuie făcute.

## Se vorbește foarte mult despre curricula europeană, ba chiar unele societăți medicale au și adoptat-o. Se va întâmpla acest lucru și în Obstetrică și Ginecologie? Ce schimbări va presupune?

Într-adevăr, curricula Rezidențiatului trebuie adaptată pe formatul celei europene. Vrem să regândim pregătirea medicilor rezidenți în Obstetrică și Ginecologie, să regândim modul cum se desfășoară rezidențiatul pentru ei. Curricula europeană

este disponibilă, însă nu s-au făcut pașii necesari până acum. Anul acesta, EBCOG (European Board & College of Obstetrics and Gynaecology) a venit cu un program foarte clar referitor la cum ar trebui și ce ar trebui să știe un rezident despre fiecare aspect din Obstetrică-Ginecologie. Sper ca, împreună cu colegii tineri din țară, să reușim să facem această schimbare extrem de necesară.

De asemenea, vrem să gândim schimbarea tematicii pentru examenul de specialist, modalitatea de a da acest examen și bibliografia - sunt iarăși lucruri vechi - avem o foarte mare lentoare în a schimba lucrurile în această specialitate. Alte societăți medicale sunt mult mai dispuse spre schimbare. În ceea ce privește examenul de specialitate, luăm în calcul și posibilitatea ca acesta să fie dat pe formula specialității europene - adică examenul din România să fie dat în același timp cu examenul european și să fie recunoscut. Sigur că aceasta

## „MULTE DINTRE PROBLEMELE PUSE PE SEAMA MEDICILOR SUNT, DE FAPT, ALE SPITALULUI, ALE SISTEMULUI, ALE MANAGEMENTULUI.”

înseamnă mult mai multă muncă pentru rezidenți, mult mai mult de învățat, însă finalitatea - adică diploma europeană - este o recompensă pe măsură.

## După atâta învățătură, vă gândiți și la modalități de recompensare a tinerilor?

Da. Trebuie să creștem fondurile societății, congresele și conferințele pe care le organizăm trebuie să fie generatoare de taxe din care să putem oferi burse tinerilor rezidenți de obstetrică-ginecologie, să facem școli de vară cu ei și să le putem recompensa lucrările științifice care au fost apreciate și în România, și în afara țării. Deci vrem să redirecționăm fondurile către oamenii tineri.

## În ultima perioadă au apărut numeroase acuzații de malpraxis la adresa medicilor, iar obstetrica și ginecologia nu au fost ferite. Cum îi puteți ajuta pe membrii societății?

O să ne implicăm în oferirea de asistență juridică colegilor care au nevoie. Avem multe societăți și avocați parteneri care, chiar

și pro bono, pot da primele sfaturi în cazuri de litigii în care se vor găsi și se găsesc, de obicei, mulți dintre colegii noștri, mai mult sau mai puțin justificat.

## Multe specialități medicale se confruntă cu o lipsă de personal. Este cazul și aici?

Este o lipsă de personal, nu numai de obstetricieni, ci de toți actorii care concordă la o naștere. Degeaba avem obstetricieni, dacă nu avem anesteziști, care să reechilibreze femeia la nașterea naturală sau cezariană, ori nu avem neonatolog, pentru că este unul singur, ori avem un pediatru care nu a mai intubat un copil... Deci sunt lipșuri în sistem. Obstetricieni sunt mulți, dar sunt puțini anesteziști, sunt puțini neonatologi, membri de bază ai echipei care trebuie să asiste la naștere. Sunt spitale unde nu există anesteziști sau neonatolog în momentul nașterii, iar aceste cazuri se văd pentru că apar reclamațiile care ajung la Colegiul Medicilor.

## Și dacă tot vorbim de nașteri, cum vedeți viitorul nației românești, în contextul în care natalitatea scade din ce în ce mai mult?

Legislația clar nu este foarte bine pusă la punct, rezultatele se văd. Numai că problema îmbunătățirii sporului natural nu este doar o problemă a obstetricienilor. Problema este socială, politică, de protecție socială, de cum este încurajată familia, mama să procreeze. În afară de asta, noi încă ne luptăm cu o mortalitate infantilă pe primul loc din Europa, avem în continuare o mortalitate maternă care, deși nu este mare, este în pozițiile fruntașe - din păcate, încă sunt mame care își pierd viața și nu ar trebui să se întâmple. Aceste lucruri țin însă și de infrastructură, și de rapiditatea cu care se ajunge la o situație în țară (din păcate, există decese din cauza faptului că nu a ajuns la timp o ambulanță sau există lipsă de cunoștințe profesionale în anumite locuri care nu sunt neapărat spitale județene sau universitare). Încercăm să-i determinăm cumva pe acești medici care poate au intrat într-o ușoară plafonare să înțeleagă că lucrurile se mișcă, că există soluții terapeutice moderne și că va trebui să impună și ei aceste lucruri conducerii unității medicale. Multe dintre problemele care sunt puse pe seama medicilor sunt, de fapt, ale spitalului, ale sistemului, ale managementului, și nu atât ale practicii medicului. ☑

➔ **Interviu cu ec. Maria Enescu, managerul Spitalului Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”**

# Echipa care face diferența

O ECHIPĂ UNITĂ, APARATURĂ NOUĂ, PERSONAL CALIFICAT... SE PARE CĂ ACESTE SĂNĂTĂȚI SUNT INGREDIENTELE UNEI ACTIVITĂȚI MEDICALE DE SUCCES. MAI ALES CÂND EXISTĂ UN MANAGER NOU, CARE FACE TOATE „POFTELE” ECHIPEI SALE, ÎNȚELEGGÂND NEVOIA DE PERFORMANȚĂ ȘI DE A RĂSPUNDE NEVOILOR UNUI NUMĂR CÂT MAI MARE DE COPII PRIN SERVICII DE CARE ESTE NEVOIE, DAR CARE ÎN ALTE SPITALE NU EXISTĂ. EC. MARIA ENESCU, NOUL MANAGER AL SPITALULUI CLINIC DE COPII „DR. VICTOR GOMOIU”, UNA DINTRE PUȚINELE UNITĂȚI MEDICALE NOU-CONSTRUITE ÎN ULTIMII ANI, NE-A DEZVĂLUIT CE SERVICII SE VOR DEZVOLTA ÎN CADRUL SPITALULUI.

DE VALENTINA GRIGORE

**V-a ajutat experiența de director financiar al spitalului în a manageria mai bine unitatea sanitară? Care sunt planurile dvs. în calitate de manager al spitalului?**

Având în vedere că, în ultimii șapte ani, am fost director financiar, pot să-mi fac o imagine, în funcție de realizările spitalului, despre ce putem să dezvoltăm. Sau unde au fost deficiențele și ce putem corecta acum.

În ceea ce privește planurile de dezvoltare... noi am pornit de la un spital cu 157 de paturi, cu 3 secții (Pediatrie, Neurologie pediatrică și ORL). Noua structură, pe care am gândit-o împreună cu directorul medical și cu șefii de secție, ar însemna o diversificare a activității în așa fel încât să creăm niște servicii de nișă, care nu se găsesc în alte spitale pentru copii. Am studiat numeroase propuneri, mai ales din punct de vedere economic, deoarece nu putem face mare lucru dacă serviciile nu sunt și decontate de Casa de Asigurări de Sănătate. Însă am avut și deschidere, și susținere din partea Primăriei Municipiului București, respectiv din partea Administrației Spitalelor și Serviciilor Medicale București, în a cărui subordine suntem.

Concret, în curând vor fi operaționale secțiile de chirurgie, respectiv de ortopedie pediatrică. Structura pentru secția Chirurgie este deja aprobată, specialiștii au și dat concursul pe post, iar o parte din posturi sunt ocupate. Secția va fi funcțională până la sfârșitul anului 2018. La fel și secția Ortopedie pediatrică. Contractele pentru medicii ortopezi sunt în curs de perfectare, medicii anesteziști de asemenea au susținut concursurile pentru ocuparea posturilor. După ce se populează secțiile de chirurgie/ortopedie și terapie intensivă, spitalul va funcționa la standarde foarte bune, vom oferi servicii variate micilor pacienți.



**Care sunt serviciile noi pe care le oferă spitalul?**

Avem multe idei și proiecte. În cadrul secției ORL, funcționează un compartiment de audiologie și facem demersuri pentru a dezvolta un compartiment de implant cohlear. Avem idei noi pe acest segment și vrem să dezvoltăm servicii de nișă care nu pot fi găsite în alte spitale.

Ne propunem organizarea unui compartiment nou în cadrul secției Neurologie pediatrică pentru copii cu epilepsii rezistente la tratament, care necesită dietă cetogenică, încurajați fiind de noile reglementări ale Ministerului Sănătății privitor la acest subiect.

Din fericire, noi ne desfășurăm activitatea într-un spital nou-construit, cred că singurul spital de pediatrie nou din ultimii 30-40 de ani, iar serviciile sunt la standarde moderne. Aparatura cu care se lucrează în spital este nouă. Avem un ambulatoriu integrat care a fost renovat din fonduri europene, în care copiii internați beneficiază de servicii imagistice de computer tomograf. În clădirea nouă a spitalului, în care ne-am mutat în aprilie, o să avem foarte curând și un aparat de imaginerie prin rezonanță magnetică (RMN). Cele zece săli de operație sunt noi, realizate la standarde europene. Avem și serviciu de gastroenterologie, servicii de endoscopie digestivă superioară și inferioară în cadrul secției de Pediatrie. Intenționăm să dezvoltăm acest serviciu datorită adresabilității mari.

**De unde vine această dorință de a dezvolta servicii care nu există...?**

Astfel de investiții se pot face în orice spital, dar trebuie să vrei. Noua echipă colaborează foarte bine. Colaborarea și comunicarea sunt foarte importante. Dacă nu există comunicare între structuri, nu poți face nimic. Toate aceste proiecte au fost gândite și propuse de o echipă, nu de un om, care se confruntă zi de zi cu nevoile celor mici, cu situații neprevăzute cărora le trebuie o rezolvare. Toate serviciile sunt gândite numai în beneficiul copiilor, cum să le fie lor bine atât din punct de vedere medical, cât și social și uman.

**De multe ori, chiar dacă este aparatură performantă, cadrele medicale nu sunt pregătite. Cu atât mai mult cu**

**cât aici vorbim despre copii cu boli rare, care au nevoie de mai multă atenție, de mai multă îngrijire. Este spitalul pregătit să facă față acestor provocări?**

În cadrul secției Neurologie pediatrică, există un centru de expertiză în boli rare neurologice acreditat de Ministerul Sănătății, iar medicii și personalul secției sunt specializați în domeniul bolilor rare. Aici sunt îngrijiți mulți copii cu boli neuromusculare, epilepsii rare, boli genetice rare etc.

Susținem financiar și oferim oportunități de specializare medicilor din spital care doresc să participe la cursuri la nivel național, dar și internațional.

**„TOATE ACESTE PROIECTE AU FOST GÂNDITE DE O ECHIPĂ CARE SE CONFRUNTĂ ZI DE ZI CU NEVOILE CELOR MICI, CU SITUAȚII CARE NECESITĂ REZOLVARE.”**

Spitalul este beneficiar al unui proiect pe fonduri europene, a cărui derulare a început în 2018, pe o perioadă de trei ani, care se referă la „Creșterea competențelor multidisciplinare ale personalului medical în vederea îmbunătățirii calității vieții copiilor cu boli rare”. Proiectul are ca obiectiv instruirea personalului medical (1.000 de medici, asistente și personal mediu), pentru ca ei să acumuleze mai multe informații care să vină în sprijinul copiilor cu boli rare. Aici ne referim și la probleme de comunicare ale personalului. Obiectivul general urmărit este îmbunătățirea nivelului de competențe pentru 1.000 de profesioniști din sistemul medical, din cele opt regiuni de dezvoltare ale României, respectiv pentru cadrele medicale profesioniste din sistemul medical și pentru asistenții medicali la nivel național, implicați în prevenirea, diagnosticarea precoce și tratarea bolilor rare la copii. Valoarea proiectului este de peste 13 milioane de lei, iar la sfârșitul acestuia ne dorim ca serviciile medicale oferite să fie la nivelul standardelor internaționale.

**O altă mare problemă a unităților sanitare, în general, și a celor pentru copii, în special, este lipsa paturilor pentru însoțitori. Cum poate fi remediat acest aspect?**

Din păcate, așa este, mai ales din cauză că cele mai multe spitale sunt vechi și nu dispun de spațiu suficient pentru așa ceva. Însă având avantajul unei clădiri noi, putem remedia acest aspect. Suntem deja în proces de achiziție a unor fotolii-pat pentru părinții care stau internați cu copiii în spital. Părintele trebuie să stea cu copilul în salon. Întreaga echipă a solicitat să achiziționăm aceste paturi pentru însoțitori, care în timpul zilei se transformă în fotolii. Sunt lucruri mărunte, dar care fac diferența, atât în ochii părinților, cât și ai medicilor.

În ultimele luni, adresabilitatea către spital a crescut foarte mult și realizările financiare ale spitalului sunt în creștere.

**Mulți dintre copiii tratați la Spitalul „Victor Gomoiu” au nevoie de recuperare medicală și se văd în situația de a alerga de la o unitate medicală la alta sau de acasă la spital...**

Tocmai pentru că avem copii care au nevoie de recuperare pe o perioadă mai lungă, am propus, la multe dintre departamentele spitalului, un anumit număr de paturi de recuperare. Astfel, cei mici pot beneficia de aceste servicii sub supravegherea medicilor curanți, într-un mediu sigur, chiar în cadrul secțiilor.

Și pentru că este vorba de copii, ne-am gândit și la o modalitate de a le oferi un moment de relaxare, din când în când. Prin colaborarea cu fundația Inocenti, în cadrul spitalului funcționează o cameră de joacă și, tot prin această colaborare, copiii pot beneficia de psihoterapie pe parcursul spitalizării. Biblioteca Metropolitană ne-a donat în jur de 3.000 de cărți și, de două ori pe săptămână, un grup de actori vine și le citește copiilor sau pune în scenă piese de teatru. De asemenea, un grup de studenți la Conservator susține concerte în spital. Avem și alte parteneriate, cu organizații non-guvernamentale, pentru a diversifica activitățile oferite copiilor spitalizați. Ne dorim să oferim servicii medicale de înaltă calitate într-un mediu prietenos și cald. 📍

# „Nu putem fi cumpărați prin salarii”

➔ **Interviu cu dr. Radu Mihăilescu, medic specialist neurolog, Spitalul Clinic Colentina**



**Sunteți medic neurolog și faceți foarte multe gardzi într-un spital cu o adresabilitate foarte mare pe această specialitate. Care sunt lucrurile care vă îngreunează actul medical?**

Aș spune că sunt multe probleme: nu funcționează centrele de permanență și sunt lăsate descoperite o parte din urgențe, nu se ține cont la ambulanță de numărul locurilor disponibile pe care noi

il dăm, primează de multe ori dorința pacientului, care spune că a mai fost în locul respectiv, în fața lipsei noastre de locuri. Apoi, nu există o educație generală la nivelul populației în sensul în care accesul la camera de gardă să fie doar al celor care chiar au o urgență medicală. Sunt foarte mulți pacienți care își încearcă norocul la camera de gardă pentru un referat de handicap sau pentru dureri de cap care durează de cinci luni și care ar putea fi rezolvate în ambulatoriu.

**Și totuși Spitalul Colentina nu este un spital de urgență...**

Nu, Colentina este spital de boli cronice în cadrul căruia neurologia funcționează ca un departament de urgență, printre altele și pentru că noi facem aici tromboliză, deci tratăm accidente vasculare acute.

**Care sunt provocările acestei specialități medicale?**

Este o specialitate foarte detectivistică, în sensul că nu ne bazăm, așa cum cred

mulți colegi, doar pe un tomograf sau un IRM: sunt foarte multe leziuni care ar putea avea o cauză situată la nivel cerebral, la nivelul măduvei spinării, la nivel de mușchi, de nervi, joncțiune nerv-mușchi și atunci munca noastră constă în a găsi exact cauza unei manifestări, lucru care nu este mereu atât de evident.

Suntem probabil țara cu cel mai mare număr de diagnostice de internare de AVC egal cu diagnostice de externare de AVC. Iar acesta nu este un marker de calitate, cum s-ar crede, ci exprimă lipsa unor resurse financiare care să permită evaluarea unui diagnostic diferențial mai larg. Nu avem posibilitatea de a le face tuturor pacienților cu atac cerebral un IRM, ceea ce exclude posibilitatea detectării unor diagnostice mai rare sau a unor detalii suplimentare cu impact terapeutic.

La modul general, în medicina românească, provocările vin și din lipsa profilaxiei, ca urmare atât a unei educații medicale dintotdeauna scăzute, cât și a lipsei campaniilor de educare în sănătate. O altă provocare ar fi lipsa personalului medical, și nu vorbim aici neapărat despre medici, ci mai mult despre personalul mediu: nu sunt suficiente infirmiere și nici asistente medicale, pentru a avea întotdeauna muncă de calitate.

Putem vorbi de asemenea despre rezistența la schimbare a unora dintre dinozaurii medicinei românești. Sunt provocări și la nivel educațional, din cauza lipsei dorinței unora de a-i lăsa să crească și pe alții mai tineri în umbra lor. Aici aș putea spune că secția noastră este o mare și frumoasă excepție. Provocările țin și de mentalitate, inclusiv a medicilor, care se mulțumesc uneori să ridice din umăr, pentru că nu pot mai mult. Nu cred că se depun întotdeauna toată diligența și tot efortul pentru a ajunge la un diagnostic corect și pentru a ajuta un pacient până în pânzele albe.

Iar provocarea finală vine din faptul că suntem cetățeni ai României, o țară în care resursele se duc pe referendumuri inutile, pe proiecte faraonice, pe licitații trucate, și, toate astea, într-un dispreț total față de oameni și justiție. Iar asta este o provocare pe care o întâmpinăm toți, fie tâmplar, fie arhitect sau medic.

**Se lucrează intens la un nou pachet de legi al Sănătății. Ce modificări credeți că ar trebui făcute?**

S-au făcut până acum niște pași înapoi – mă refer la eliminarea listei medicamentelor esențiale și modificările aduse OUG 79/2016 care au anulat măsurile referitoare la înlăturarea situațiilor de conflict de interese în sistemul de sănătate, dar și câțiva pași înainte – de ex. pentru anumite boli nu mai trebuie să mergi la comisie pentru tratament, îl poate scrie medicul specialist. Personal, mi-aș dori rezolvarea unei mari probleme: nu există centre de asistență intermediară care să primească pacienți după un accident vascular acut, de exemplu, pacienți care rămân cu dizabilități severe, cu sechele grave (nu pot merge, nu se pot hrăni singuri). Acești pacienți

„SUNTEM PROBABIL  
ȚARA CU CEL MAI  
MARE NUMĂR  
DE DIAGNOSTICE DE  
INTERNARE DE  
AVC EGAL CU  
DIAGNOSTICE DE  
EXTERNARE DE AVC.”

nu pot fi ținuți la nesfârșit în spital, pentru că ar consuma resurse imense și nu ar mai avea loc cazurile noi, dar nici nu pot fi trimiși la domiciliu. Acești pacienți ar trebui redirecționați către o clinică de recuperare, ceea ce se întâmplă foarte rar, și asta, doar mulțumită norocului. În plus, nu există suficienți kineoterapeuți pentru a asigura o recuperare adecvată fiecărui pacient.

**Din punctul de vedere al accesului pacienților la tratamente de ultimă generație, oferă în momentul acesta România tot ce este nevoie?**

Nu, așa cum era de așteptat. Oferă mai mult decât oferea acum șapte ani, nu contest, dar evoluția noastră este mult prea lentă. Medicamente noi pentru scleroza multiplă încă sunt în așteptare. Anticoagulantele „de generație nouă” sunt pe piața internațională de foarte mulți ani. Cu toate acestea, ele tot nu sunt compensate de către stat. Există varianta medicamentelor mai vechi, dar care, din păcate, impune monitorizări de sânge, la fiecare trei-patru săptămâni,

pentru toată viața. În ciuda acestor recomandări, pacienții revin la noi cu accidente vasculare, din lipsa complianței la tratament.

**Iar în cazul tratamentelor noi?**

Medicamentele noi costă între 200 și 250 de lei pe lună, însă de ani la rând statul nu găsește de folos să le compenseze. În plus, ar fi doze fixe, iar analizele ar mai trebui făcute mult mai rar, depinzând și de funcția renală.

Mai este o problemă cu accesibilitatea la tratamente. În cazul tratamentului accidentului vascular, este important să nu te limitezi la a face tromboliză, ci, în unele cazuri, să faci și trombectomie. În București, sunt două centre (la Spitalul Universitar și la Spitalul Elias) care au doi oameni care știu să facă așa ceva. Ce obligații au acei doi oameni să se sacrifice pe altarul medicinei la 3:00 – 5:00 – 11:00 noaptea, oricând este nevoie de ei, în orice zi a săptămânii? Două centre cu câțiva specialiști sunt insuficiente pentru o capitală europeană cu două milioane de oameni.

**Ați intrat în facultate cu niște vise, așteptări. V-au dezamăgit în vreun fel anii următori studenției?**

Eu îi apreciez enorm pe oamenii care nu rămân acolo unde nu se simt bine. E foarte greu să faci bine ceva, dacă nu îți place. Nu aș spune deloc că sunt dezamăgit, pentru că am un colectiv unde mă simt bine și văd oameni care sunt dornici să muncească.

**Are un impact și creșterea salariilor?**

Se simte faptul că salariile au crescut, dar nu vreau să-și imagineze cineva din guvern că am putea fi cumpărați prin salarii. Pentru că unii își închipuie acest lucru. Sigur, financiar este un mare plus, dar din punctul meu de vedere meseria nu mi-am făcut-o uitându-mă la bani, ci pentru că ești crescut și educat să faci bine.

**Asta le lipsea medicilor ca să nu plece din țară?**

Era unul dintre lucrurile care le lipseau. Alte lucruri care le lipseau erau imposibilitatea de promovare, o incorectă selecție a valorilor și, fără discuție, lipsa unor satisfacții profesionale prin prisma lipsurilor financiare și tehnice – cât poți, sau nu poți, să investighezi un pacient. Unii spun „facem maximul de bine posibil”. Pentru alții, asta e insuficient. ❏

# „Pentru medicul de familie, activitatea a devenit extrem de obositoare, stresantă, neatractivă”

DE ROXANA MATICIUC

**Medicul de familie trebuie să fie gatekeeperul sănătății. Totuși, cele peste 30 de supraspecializări apărute în ultimii 50 de ani, pe sectoare tot mai înguste ale medicinei, fac dificilă munca medicului de familie, iar el este perceput de multe ori doar ca o sursă de facilitare a accesului pacientului în sistemul medical. Este aceasta o normalitate asumată sau este un derapaj asupra căruia ar trebui să se revină cu o altă abordare?**

Este adevărat că medicul de familie este poarta de intrare în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Dar tot medicul de familie este cel care poate avea o abordare holistică a pacientului bazat și pe rezultatele obținute la microspecialități. În practică, pacientul cu o problemă complexă de sănătate se prezintă la medicul de familie, acesta îl consultă, apoi decide să-l trimită la alte specialități/laborator pentru examene suplimentare, după care se reîntoarce cu rezultatele și medicul, prin abordarea holistică (patologie, psihosocial, emoțional, familial) prescrie schema de tratament și stilul de viață. Acest mod de lucru a aglomerat extrem de mult activitatea medicilor de familie, încât noi nu mai avem timp de prevenție primară și secundară.

**Politicile de sănătate publică sunt într-o continuă transformare și de mai bine de un an se lucrează la un nou pachet de legi ale Sănătății. Ce ar trebui adăugat sau modificat în această nouă lege pentru a se veni în sprijinul medicului de familie?**

Nu știu în ce măsură modificarea Legii Sănătății va sprijini medicina de familie. Eu cred că un punct important și iminent este cel legat de **evaluarea cabinetelor medicale**. Există Legea 185/2017 care vrea să reglementeze această evaluare astfel încât cabinetele medicale să îndeplinească

anumite criterii de calitate. Chiar dacă s-a prorogat termenul de aplicare al acestei legi, se va aplica de la 1 ianuarie 2019, iar criteriile sunt exagerat de multe și de costisitoare. Conform acestei reglementări, toate cabinetele care vor intra în relație contractuală cu CNAS trebuie să îndeplinească aceleași criterii, indiferent că sunt în cadrul unor centre medicale din marile orașe sau cabinete de medicină de familie din zone izolate. Riscul stă în desființarea multor cabinete și plecarea medicilor de familie. În acest moment, există un deficit de medici de familie, nu vin medici noi în sistem, media de vârstă a celor existenți este de peste 55 de ani, există medici care părăsesc sistemul înainte de vârsta legală de pensionare fără să mai dorească să lucreze ca medic de familie. Consider că trebuie să se țină cont de aceste aspecte când vrem să implementăm niște criterii pe care medicii nu le pot îndeplini.

Realitatea este că **trebuie rezolvată problema Sistemului Informatic al CNAS care nu funcționează corect și cursiv, iar medicii de familie sunt trași la răspundere și continuu scot bani din buzunar plătind contravaloarea rețetelor eliberate, servicii efectuate invalidate, deci neplătite**. Astfel, activitatea a devenit extrem de obositoare, stresantă, neatractivă. Tot aici, pot să amintesc că reglementările sistemului nu sunt aplicate unitar de către toate CJAS din țară.

**Din punctul de vedere al dotărilor din cabinete, ce îi lipsește medicului de familie pentru ca actul medical să fie complet sau aproape complet?**

La capitolul dotări, se poate spune că este nevoie de multe lucruri, dar trebuie să aibă și abilitățile să le folosească. Însă un electrocardiograf, un microanalizor, acestea sunt aparate pe care le poate folosi orice medic de familie și care ar face mare diferență mai ales în cabinetele rurale.

**Având în vedere că medicul de familie funcționează diferit, din punct de vedere economic, față de ceilalți medici din sistemul de sănătate românesc, cine ar trebui să se ocupe de investițiile din cabinete?**

Dacă ne referim la investițiile în infrastructura cabinetelor care funcționează în spații publice ale autorităților locale – autoritățile locale ar trebui să creeze condiții optime de desfășurare a activității medicului de familie. La momentul actual, spațiile aflate în concesiune sau chirie de la autoritățile locale sunt în stadiu avansat de degradare și nu mai corespund cerințelor.

**Sunteți președintele Colegiului Medicilor Bacău. Care sunt provocările care vin odată cu această funcție și care este cea mai mare realizare a dumneavoastră de când ați preluat conducerea colegiului?**

Colegiul Medicilor este o instituție nou-înființată în societatea postdecembristă, foarte importantă prin atribuțiile care îi revin. Acordă dreptul de exercitare a profesiei de medic, supraveghează și controlează

**☞ Interviu cu dr. Elena Antoaneta Stîngă, președintele Colegiului Medicilor Bacău**

exercitarea profesiei medicale. Legislația este în schimbare și ajustare permanentă. Orice demers începe cu un act de la Colegiu: un medic care vrea să lucreze trebuie să aibă certificatul de la Colegiu, un cabinet care se înființează are nevoie de un aviz de la Colegiu, dacă se scot posturi la concurs este nevoie de avizul Colegiului, consiliile de administrație ale spitalelor publice au un reprezentant de la Colegiu, orice concurs de ocupare de post are nevoie de reprezentant de la Colegiu etc.

Funcția de președinte a fost o provocare ce presupune o mare responsabilitate – practic, președintele semnează actele prin care un medic își poate exercita profesia atât în România, cât și în afara ei. E o funcție care presupune relații cu oamenii, ceea ce reprezintă permanent o provocare. Nu pot spune că am avut o realizare anume. Atât timp cât mă aflu la cel de-al patrulea mandat în această funcție, consider că am reușit să mențin un echilibru în toată activitatea mea.

**Prevenție, screening și depistare precoce sunt noțiuni despre care se vorbește tot mai des în ultimul timp. Cât de importante sunt programele de screening și care este rolul medicului de familie în acest proces?**

Toate acestea fac parte din definiția generală a medicinei de familie. Medicul de familie are toate pârghiile prin care poate face prevenție, screening și depistare precoce. Prin screening poți depista o boală gravă înainte de a se manifesta clinic, adică în stadiul inițial când se poate vindeca având costuri mult reduse. Medicul de familie este cel mai potrivit „actor” din sistemul de sănătate care are acces la marea masă a populației, dar medicina de familie, în varianta actuală, nu poate să mai facă programe de screening. Activitatea medicului de familie este atât de aglomerată încât fizic nu cred că este posibil. Trebuie să avem în vedere că media de vârstă în medicina de familie în România de azi este peste 55 de ani. Nu vin medici noi în sistem!

**Excepționând cabinetele din marile aglomerări urbane, cei mai mulți medici de familie au în evidență și persoane din zone defavorizate. Care sunt provocările legate de această categorie de pacienți?**

Zonele defavorizate sunt zonele cu mari probleme. Gradul de sărăcie este foarte mare, lipsa de educație, la fel. Sunt zone în care medicul de familie are nevoie mare de ajutorul autorităților, prin asistentul comunitar și mediatorii romi. Din păcate, sunt zone în care nu există asistent comunitar și mediatorii romi. Rolul cel mai important este al autorităților locale, care să asigure acest gen de calificări. 📌



# „Hepatita C se poate vindeca”



**O SUTĂ DE MII DE ROMÂNI VOR FI TESTAȚI, ÎNCEPÂND CU LUNA OCTOMBRIE, PENTRU DEPISTAREA VIRUSULUI HEPATITIC C, ÎN CADRUL UNEIA DINTRE CELE MAI MARI CAMPANII GRATUITE ORGANIZATE ÎN ȚARĂ. CAMPANIA „HEPATITA C SE POATE VINDECA”, LANSĂȚĂ DE ASOCIAȚIA ECHITATE ÎN SĂNĂTATE, SE ADRESEAZĂ PERSOANELOR PESTE 18 ANI ȘI SE VA DERULA PRIN CABINETELE MEDICILOR DE FAMILIE DIN JUDEȚELE NEAMȚ ȘI BACĂU. ODATĂ CU TESTELE, MEDICII VOR PRIMI DIN PARTEA ASOCIAȚIEI ATÂT CONSUMABILELE NECESARE TESTĂRII: ALCOOL SANITAR, COMPRESSE STERILE, PASTURI, CÂȚ ȘI MATERIALE CU INFORMAȚII DESPRE CĂILE DE TRANSMITERE A VIRUSULUI HEPATITIC C ȘI IMPORTANȚA TESTĂRII PENTRU DEPISTAREA PRECOCE A ACESTUIA. DE VALENTINA GRIGORE**



„Demersul nostru vine în sprijinul pacienților cu hepatita C care nu știu că au această afecțiune. Nu suntem la prima acțiune de acest fel. AES a mai desfășurat, în perioada 15 ianuarie 2017 – 28 februarie 2018, o campanie de depistare a virusului hepatitic C la pacienții internați în 7 dintre cele mai mari spitale din București și din țară. Au fost testate atunci 16.964 de persoane, iar rezultatele au fost evaluate în funcție de gen și grupe de vârstă (n.r. 18-49 / 50-60 /

60+), respectând confidențialitatea datelor medicale. Această campanie a evidențiat că 6% (1.013 persoane) dintre pacienții testați sunt purtători ai virusului hepatitic C. Pondere cea mai mare de persoane depistate pozitiv la testare a revenit grupei de vârstă 60+”, a declarat președintele Asociației Echitate în Sănătate, Maria Vasilescu, în cadrul evenimentului de deschidere a campaniei care a avut loc la Bacău.

Chiar dacă infecția cu VHC reprezintă o problemă de sănătate publică în

România, de cele mai multe ori, virusul este depistat întâmplător. Peste 70 la sută dintre pacienții infectați cu VHC nu prezintă niciun fel de simptome, boala fiind cunoscută și sub denumirea de ucigașul tăcut. Tocmai de aceea, Asociația Echitate în Sănătate, în parteneriat cu medicii de familie, și-a propus să vină în întâmpinarea pacienților, care au șansa să se vindece, odată ce au fost diagnosticați cu hepatita C.

„De la 1 septembrie, este încheiat un nou contract cost-volum- rezultat unde sunt incluse, pe lângă cele 11 centre universitare existente, și centrele de la Pitești și Bacău. Acest lucru vine în sprijinul asiguraților noștri, ai CJAS Bacău, care nu vor mai merge pentru tratament la Iași, la Galați, la București. Prin acest contract sunt tratabili acum și bolnavii care au fibroză F1, deci se coboară foarte mult gradul de fibroză ca și criteriu de eligibilitate a pacienților. Am încheiat actul adițional cu 60% din farmaciile din județul Bacău, deci medicamentele se vor găsi în aceste farmacii. În termen de 12 săptămâni de la încheierea acestui

tratament se refac testele, se întocmește dosarul care conține inclusiv declarația de asigurare, iar dosarul împreună cu testele de laborator este depus la CJAS.”

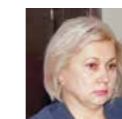
**Ec. Ion-Marius Sarin,**  
președinte-director general  
la Casa Județeană de Asigurări  
de Sănătate Bacău



„Ne-am străduit foarte mult să obținem pentru Bacău și pentru pacienții din județul nostru statutul de centru de tratament. Eforturile au fost depuse pe multiple planuri, la nivelul Societății de Gastroenterologie și la cel al comisiilor ministeriale. Mulțumim celor care ne-au ajutat să obținem acest lucru, dar am avut în spate și o mare susținere din partea medicilor atât de gastroenterologie, cât și infecționiști cu o vastă experiență în tratamentul pacienților cu hepatită cronică cu virus C. Timp de 15 ani, am tratat acești pacienți cu interferon și Ribavirină cu o rată de remisie comparabilă cu cea la nivel național, de peste 60%.

Începând de acum trei ani, sistemul de sănătate din România oferă terapii inovatoare pentru tratamentul hepatitei C, iar în prezent sunt disponibile trei scheme de tratament cu rate de vindecare care depășesc 98%.”

**Dr. Elena Lumința Poporici,**  
șef secție Gastroenterologie,  
Spitalul Județean de Urgență  
Bacău



Pe toată perioada desfășurării campaniei, AES va organiza întâlniri de lucru cu medicii de familie parteneri în proiect, cu medicii specialiști și autoritățile din Sănătate. Colaborarea dintre ei, pentru stabilirea diagnosticului, instituirea tratamentului și respectarea protocoalelor de prescriere a tratamentului, precum și îndrumarea pacienților cu VHC pentru a avea acces la tratament sunt extrem de importante pentru a da o șansă la viață bolnavilor, spun reprezentanții AES.

„Eu am fost deschisă la acest proiect pentru că, în primul rând, Bacăul a fost

ales să participe la această campanie, apoi pentru că medicii de familie care au cel mai mare impact în programele de screening și au, deci, și cel mai important rol au fost desemnați să participe și, în al treilea rând, chiar dacă activitatea noastră este foarte aglomerată, sunt convinsă că vom trece cu bine și peste această provocare.”

**Dr. Elena Antoaneta Stingă,**  
președinte Colegiul Medicilor  
Bacău



„Până în prezent, campaniile de testare pentru depistarea VHC s-au realizat cu precădere în marile aglomerări urbane. De data aceasta, campania se adresează, cu precădere, populației din orașele mici, din comune și sate, pentru a da șansa tuturor pacienților să aibă acces egal la servicii de sănătate și a contribui la realizarea obiectului de eliminare a virusului VHC, până în 2030, asumat de țara noastră. Campania gratuită pentru depistarea VHC este sponsorizată de compania Abbvie.”



FOTOGRAFII CAUS BORZA

# Cutia Pandorei în neurologie

**BOLILE RARE, ÎN SPECIAL DIN SFERA NEUROLOGICĂ, AFECTEAZĂ MILIOANE DE PERSOANE LA NIVEL GLOBAL, ÎNSĂ ACESTE SUNT DOAR CELE DESCOPERITE. POTRIVIT STATISTICILOR, 9 DIN 10 PERSOANE CU BOLI RARE ÎNCĂ SUNT NEDIAGNOSTICATE SAU DIAGNOSTICATE GREȘIT. ZECI DE SPECIALIȘTI DIN ȚARĂ ȘI DIN STRĂINĂTATE AU CĂUTAT SOLUȚII PENTRU UN MANAGEMENT CÂT MAI BUN AL ACESTOR AFECȚIUNI, ÎN CADRUL CELUI DE-AL DOILEA CURS INTERNAȚIONAL DE BOLI NEUROLOGICE RARE. PERSONALITĂȚI ALE NEUROLOGIEI EUROPENE, DIN ȚĂRI PRECUM GERMANIA, MAREA BRITANIE, ITALIA, ELVEȚIA, OLANDA, BELGIA, FINLANDA, UNGARIA ȘI ROMÂNIA, S-AU REUNIT ÎNTR-O AMPLĂ DEZBATERE DESPRE EVOLUȚIA BOLILOR NEUROLOGICE RARE, DIAGNOSTICAREA ȘI TRATAREA ACESTORA, DESCOPERIREA DE NOI ASTFEL DE AFECȚIUNI CONSIDERATE A FI MISTERIOASE, DAR ȘI DESPRE DEZVOLTAREA UNOR REGISTRE SPECIALE DE PACIENȚI. ACESTORA LI S-AU ALĂTURAT ALȚI 200 DE PARTICIPANȚI, MEDICI REZIDENȚI ȘI SPECIALIȘTI. DE VALENTINA GRIGORE**

În România, din numărul total de oameni afectați de boli rare, aproximativ 75% sunt copii, iar 9 din 10 bolnavi nu sunt diagnosticați sau sunt diagnosticați greșit, în timp ce doar aproximativ 7.500 de pacienți sunt înregistrați și integrați clinic, în contextul în care alte mii de persoane afectate nu se prezintă la medic. Din numărul total estimat al bolilor rare (5.000-8.000), 60% se pot cataloga ca fiind de natură neurologică. Astăzi, în lume, peste

95% dintre aceste boli nu au tratament, studiile arătând că apariția lor este cauzată în proporție de 80% de factorul genetic, iar 50% sunt predominante la copii. „Bolile rare sunt o cutie a Pandorei în neurologie. Multe sunt nediagnosticate și este nevoie de un efort global pentru a ne îmbunătăți cunoștințele în domeniu. Având în vedere că neurologia, ca specialitate, are un rol major în diagnosticarea și managementul acestor boli, Academia Europeană de Neurologie este principala responsabilă pentru

diseminarea cunoștințelor referitoare la bolile rare și pentru promovarea cercetării în cadrul comunității neurologice din Europa”, a declarat prof. Antonio Federico, specialist al Departamentului de medicină, chirurgie și neuroștiințe din cadrul Școlii de Medicină a Universității din Siena (Italia) și fost președinte al Comitetului Științific al Academiei Europene de Neurologie (EAN).

## Registre de pacienți

„Este nevoie de un registru pentru fiecare patologie, nu numai pentru bolile rare. Avem nevoie de un registru ca să știm ce se întâmplă în fiecare clipă în patologie și dacă bolile rare ne întorc spre cunoașterea profundă și punctuală, bolile care creează foarte mari probleme de morbiditate trebuie tratate cu foarte multă seriozitate. Din această cauză, problema registrelor rămâne una foarte importantă, fiindcă fără ele suntem în ceață și nu avem date care să ne orienteze spre ceea ce avem de făcut și cum avem de făcut”, a atras atenția președintele cursului, prof. dr. Dafin Mureșanu, președinte al Societății pentru Studiul Neuroprotecției și Neuroplasticității (SSNN) și al Institutului de cercetare științifică RoNeuro.



Secretarul de stat Cristian Grasu a anunțat că Ministerul Sănătății va realiza peste 100 de registre de boli (inclusiv de boli rare) cu ajutorul mai multor surse de finanțare internaționale (fonduri norvegiene și fonduri europene). Potrivit acestuia, registrele de boli sunt instrumente esențiale pentru orice creator de politici de sănătate, iar România nu stă, momentan, prea bine la capitolul acestor baze de date.



„Ca să ai un registru funcțional, toate datele trebuie să urmeze același tipar, trebuie să existe o standardizare. Nicio decizie de politică de sănătate nu ar trebui luată fără astfel de cercetări și fără astfel de informații de date. Vom crea o platformă națională de registre de boală, subordonată

Ministerului Sănătății, prin Institutul Național de Sănătate Publică sau prin Agenția Națională de E-health”, a afirmat dr. Cristian Grasu. Decizia înființării acestei agenții ar putea fi luată chiar în această sesiune parlamentară sau în următoarea. „La nivel mondial, se vorbește foarte mult despre e-health și, de fapt, viitorul aici este. Din ce în ce mai mult ne folosim de informatică pentru a sprijini medicina și pentru a susține pacienții în lupta lor cu boala. Sunt foarte multe aplicații mobile în ziua de azi, care ajută persoanele bolnave. Vom ajunge la zilele în care medicul de familie sau medicul curant, pe lângă faptul că îți va prescrie o serie de medicamente și o alimentație specifică, îți va prescrie și o aplicație care să îți arate cum să îți duci mai ușor boala și cum să ajungi mai repede spre vindecare”, a explicat secretarul de stat.

## Rolul neurologilor. primordial

Cea de-a doua ediție a Cursului Internațional de Boli Neurologice Rare s-a desfășurat sub egida Academiei Europene de Neurologie (EAN), a Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca, în parteneriat cu Institutul de cercetare științifică RoNeuro, Societatea pentru Studiul Neuroprotecției și Neuroplasticității, Societatea de Neurologie din România și Academia de Științe Medicale. „Acest eveniment implică totodată reuniunea comitetului internațional de lucru în ceea ce privește stabilirea priorităților la nivel european, din perspectiva dezvoltării cercetării științifice aprofundate, dar și din cea a abordării clinice a bolilor neurologice rare, Academia Europeană de Neurologie apreciind, și cu această ocazie, rolul primordial al neurologilor în îngrijirea acestor tulburări, necesitatea de a îmbunătăți nivelul organizării unităților neurologice din Europa și formarea de neurologi în îngrijirea acestor tulburări neurologice rare”, a mai afirmat prof. dr. Dafin Mureșanu. „Este a doua oară când organizăm acest curs internațional la Cluj și sperăm să putem promova cercetarea și colaborarea între diferite universități europene și centre de excelență în domeniul bolilor neurologice rare”, a completat prof. Antonio Federico. 📌

⇒ **Interviu cu prof. univ. dr. Ionel Alexandru Checheriță, șeful Clinicii Nefrologie și Dializă din Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, directorul Departamentului de pregătire postuniversitară și EMC, UMF „Carol Davila” din București, președintele Comisiei de nefrologie din cadrul Ministerului Sănătății și al Comisiei de experți nefrologi a Colegiului Medicilor din România**



## „Pentru cercetare e nevoie de infrastructură modernă, de fonduri alocate anual și de personal cu înaltă calificare și pasiune”

DE ROXANA MATICIUC



### PARTEA A II-A

➔ **Care este opinia dumneavoastră în legătură cu cercetarea medicală din România? Este la nivelul la care trebuie? Se alocă suficiente fonduri pentru acest domeniu?**

Pentru cercetarea fundamentală este nevoie de infrastructură modernă și permanent updatată, de fonduri anuale alocate în mod garantat de către bugetul de stat și de personal cu înaltă calificare și pasiune. România are, din belșug, ultimul „ingredient”. Nu în puține rânduri, aflat în stadii de specializare sau schimburi de experiență în țări europene sau în Statele Unite ale Americii, am întâlnit medici români care făceau parte din prestigioase echipe de cercetare. Este o mândrie pentru România, dar este și un regret. Chiar în condițiile actuale, în lipsa unor facilități create special în scopul cercetării, în spitalele românești se desfășoară numeroase studii de tip clinic, finanțate din exterior prin granturi câștigate în urma unor competiții sau din propriile resurse ale clinicilor. Medaliiile obținute la saloanele internaționale de inventică, numeroasele

premier naționale și internaționale primite în ultimii ani stau mărturie pentru aplecarea către cercetare a medicilor români.

**Ce noutăți aveți din punct de vedere științific?**

Colectivul de cercetare al clinicii pe care o conduc este preocupat continuu de activitatea științifică din domeniul medical, având finalizate sau în desfășurare mai multe proiecte interesante. Amintesc studiile de aplicare clinică a elastografiei ultrasonografice renale, de nutriție și suplimente alimentare în bolile cronice de rinichi, proiecte deja finalizate și publicate în reviste de specialitate naționale și internaționale cu factor de impact. De asemenea, în continuarea procesului de inovare medicală în domeniul dializei peritoneale, menționez brevetele de invenție medaliat (38th International Exhibition of New Inventions, Geneva, Elveția – Medalie de Aur, 2010; International Warsaw Invention Show, Varșovia, Polonia – Medalie de Argint, 2010; Diploma de Excelență pentru reprezentarea cu succes a României la Salonul Internațional de Invenții de la Geneva – 2010, acordată de Autoritatea Națională pentru Cercetare Științifică; EUROINVENT, Iași – Medalie de Aur, 2013), precum și un al treilea brevet, certificat OSIM în aprilie 2018 și premiat cu argint la EUROINVENT Iași 2018.

Întrucât am constatat insuficiența publicațiilor cu caracter practic din literatura națională de specialitate, am considerat necesară elaborarea unei lucrări de nefrologie care să îmbine elemente teoretice de ultima oră din literatura internațională cu detalii ale practicii medicale zilnice, adaptate la condițiile țării noastre. Astfel, cartea „Explorarea aparatului urinar” a fost deja tipărită și va urma să apară în librării sub egida celui mai înalt for științific românesc, Editura Academiei Române, beneficiind de evaluarea apreciativă a domnului academician Ioanel Sinescu, rectorul UMF „Carol Davila” din București, precum și de prefața semnată de domnul academician Victor Voicu, vicepreședinte al Academiei Române.

**Care este cea mai recentă realizare pe plan profesional care v-a adus satisfacție în mod deosebit?**

Am fost încântat și onorat de aprecierea și participarea numeroasă de care s-a bucurat evenimentul științific pe care l-am organizat în aprilie 2018 – Conferința



Interdisciplinară de Nefrologie, Dializă, Transplant și Acces Vascular – Nefroaccés (<https://www.conferinta-nefrologie.ro/>). A fost prima conferință de acest gen pe care am prezidat-o și pot spune că a reprezentat un adevărat succes. Organizată de Asociația de Nefrologie, Dializă și Acces Vascular din România, sub egida Academiei de Științe Medicale din România și a Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, în parteneriat cu societăți medicale de prestigiu, inclusiv Societatea Română de Nefrologie și Colegiul Medicilor din Municipiul București, manifestarea a reunit speakeri de top din diferite domenii medicale (nefrologie, urologie, chirurgie vasculară, cardiologie, pediatrie, diabetologie, nutriție, boli infecțioase și geriatrie), care și-au expus opiniile într-o atmosferă deopotrivă științifică și amicală. Speaker invitat special la Conferință, Profesorul Mario Gennaro COZZOLINO, specialist mondial de renume și președinte al Boardului European pentru Boala Metabolică și Osoasă secundară Bolii Cronice de Rinichi, a apreciat în mod deosebit valoarea lucrărilor științifice și interesul pentru perfecționare continuă al medicilor români. Cei peste 350 de participanți au fost recompensați cu 13 credite EMC, plus 18 credite suplimentare pentru parcurgerea unui curs on-line cuprinzător, în domeniul nefrologiei, accesibil pe site-ul Conferinței. O altă realizare importantă este aprobarea recentă din partea Ministerului Sănătății pentru organizarea Atestatului de Ultrasonografie a Aparatului Urinar la Adult, începând cu februarie 2018. Fiind primul atestat de

studii complementare de acest gen, se adresează medicilor specialiști nefrologi, dar și altor specialități (urologie, medicină internă, ATI, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, geriatrie și gerontologie, medicină de familie, medicină de urgență) care doresc o mai bună cunoaștere a imagisticii patologiei renale și care vor primi după susținerea unui examen certificatul

de absolvire care să le permită eliberarea de rezultate valide.

În calitate de responsabil național, am introdus acest atestat în noul curriculum de pregătire a medicilor rezidenți în nefrologie, derulat în UMF „Carol Davila” din București prin Clinica Nefrologie și Dializă, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, precum și în centrele universitare din Cluj, Timișoara și Tg. Mureș.

**Care vă sunt planurile pentru viitorul apropiat?**

În următoarele luni, ne vom concentra asupra publicării rezultatelor unor studii recent încheiate, în paralel cu continuarea cercetărilor aflate în desfășurare și, nu în

ultimul rând, culegerea de material – bibliografie și cazuri clinice din experiența personală – în vederea sintetizării acestuia într-o nouă carte. Avem în plan pregătirea logisticii necesare desfășurării unor cursuri de înaltă specialitate în cadrul Clinicii, precum și alte proiecte didactice care vor fi derulate prin Asociația de Nefrologie, Dializă și Acces Vascular din România.

De asemenea, nu în ultimul rând, voi continua preocuparea pentru perfecționarea modului în care se prezintă Clinica Nefrologie și Dializă a Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, pe care o conduc. Recent modernizată, dotată cu saloane renovate, monitoare tip terapie intensivă, aparatură medicală performantă, dar și săli didactice și laboratoare de simulare a tehnicilor de dializă (manechine de simulare a tehnicilor de dializă), Clinica asigură deja climatul necesar practicii medicale de înaltă performanță și activității didactice în condiții optime. 📌





DIAGNOSTICARE AVEM, ADRESABILITATE ESTE, TRATAMENT EXISTĂ - LA PRIMA VEDERE, SE PARE CĂ PERSOANELE CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MENTALĂ AU TOT CE LE TREBUIE. ÎNSĂ O PRIVIRE MAI ÎN PROFUNZIME SAU O SIMPLĂ DISCUȚIE CU PROFESIONIȘTII CARE SE CONFRUNTĂ ZI DE ZI CU LIPSURILE DIN SISTEM ARATĂ CĂ TOTUL ESTE BINE DOAR PE HÂRTIE. CE MĂSURI SUNT NECESARE ÎN SISTEMUL DE

SĂNĂTATE MENTALĂ DIN ROMÂNIA ȘI CARE AR FI IMPACTUL ACESTORA - NE EXPLICĂ DR. PAUL SORIN PLETEA, MEDIC PRIMAR PSIHIATRU, ȘEF SECȚIA 14 PSIHIATRIE ÎN CADRUL SPITALULUI CLINIC DE PSIHIATRIE „PROF. DR. ALEXANDRU OBREGIA” ȘI COORDONATOR AL PROGRAMULUI NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MENTALĂ.

DE VALENTINA GRIGORE

Pe hârtie,  
avem de  
TOATE!

## Interviu cu dr. Paul Sorin Pletea, medic primar psihiatru



**A crescut incidența tulburărilor mintale sau avem metode mai bune de diagnosticare?**

Din fericire, în ultima perioadă s-a mai dus puțin din stigma aceea a prezentării la psiholog sau chiar la psihiatru. Suntem încă departe de ce ar trebui, totuși oamenii vin mai frecvent la medic. Astfel a crescut adresabilitatea și evident că și diagnosticul este mult mai precoce și mult mai eficient. Poate doar în demențe să fi crescut incidența, dar este normal, deoarece a crescut speranța de viață. Demența Alzheimer este de două tipuri: cu debut precoce, până în 65 de ani, sau cu debut tardiv (peste 65 de ani). Cele mai multe dintre demențe sunt cu debut tardiv. Dacă omul trăiește 80 de ani, este normal să crească și incidența.

**Apar tot mai multe cazuri de copii cu probleme din sfera sănătății mintale. De ce?**

Cred că aici sunt două aspecte. Pe de o parte, este diagnosticarea mult mai eficientă și mai corectă. Însă, pe de altă parte, sunt foarte mulți copii lăsați singuri acasă, în grija bunicilor, a vecinilor, pentru că părinții sunt plecați la job de dimineața până noaptea sau lucrează în străinătate și vin acasă o dată pe an. Și atunci, evident că deprivarea aceasta familială s-ar putea să fie o cauză a apariției anxietăților, în primul rând, a depresiilor sau a altor probleme de sănătate mentală.

Dacă vorbim de schizofrenii și de tulburări psihotice, sunt anumiți factori predispozanți și un anumit cumul de factori care pot declanșa episoadele de boală. Debutul schizofreniei este cel mai devreme la băieți, undeva în jur de 15 ani. La fete, la 18 ani. Sunt foarte multe gene predispozante, conform studiilor efectuate de-a lungul timpului. Însă sunt și factori de risc care pot fi preveniți, unul dintre ei fiind consumul de substanțe care, la copii și adolescenți, poate induce sau chiar declanșa schizofrenia.

**Persoanele diagnosticate au acces la servicii specializate?**

Aici vine adevărata problemă: asistența socială. Sau comunitară. Stabilizăm pacientul în spital, se remite

episodul pentru care l-am internat, însă problema apare când acel pacient trebuie să meargă acasă. Dacă are noroc de o familie pe care să se poată baza, atunci aceasta îl ajută până când se reinserează profesional sau școlar. Dacă nu – atunci ar trebui să intervină asistența socială. Care, din păcate, nu există decât pe hârtie. De exemplu, în Franța, în Anglia, există forme de îngrijiri comunitare cu medic, asistent social, asistent medical. Echipele merg o dată la două-trei zile la pacient acasă, să verifice dacă este bine, dacă își ia tratamentul, dacă mai are nevoie de ceva. În modul acesta, chiar dacă aparent ar fi niște cheltuieli în plus (de înființare a unor structuri, de plată a personalului, de dotare cu echipamente etc.) cu siguranță, pe termen lung, cheltuielile vor fi mai scăzute. De exemplu, în România, o consultație în ambulator la psihiatrie se decontează în jur de 35-40 de lei. Pentru un pacient care stă o săptămână în spital,

**„AVEM FOARTE MULTE MEDICAMENTE PE CARE NU LE PUTEM PRESCRIE DEOARECE NU EXISTĂ PROTOCOALE TERAPEUTICE.”**

decontul ajunge la 1.500- 2.000 de lei. Iar dacă pacientul respectiv vine în fiecare lună la spital, îi dăm tratament și totul este în regulă și, pe lângă asta, mai vine un asistent social sau un asistent comunitar o dată pe săptămână și îl vede, cred că pe termen lung este mult mai avantajos. Plus că este mult mai confortabil din toate punctele de vedere pentru un pacient să stea la el acasă, să nu mai stea internat în spital. Este vorba, pur și simplu, de un sprijin comunitar.

De asemenea, sunt puține Centre de Sănătate Mintală (CSM). În București, sunt doar două: unul care ține de spitalul nostru și unul în cadrul Spitalului de Psihiatrie Titan „Dr. Constantin Gorgos”. Or, două CSM-uri la o populație de cel puțin două milioane, câte are Capitala,

sunt foarte puține, în condițiile în care statisticile arată că incidența tulburărilor mentale și a dependențelor este în jur de 13%. Înființarea mai multor astfel de centre poate duce la o diminuare a costurilor pe termen lung.

Tot aceste CSM-uri ar putea rezolva problema persoanelor cu pensii de handicap pe schizofrenie și demență. Dacă pacientul respectiv este diagnosticat de la 18-20 de ani cu schizofrenie, iar autoritățile cer în continuare, după 20-30 de ani, controale anuale... este inutil, pentru că pacientul nu se va vindeca niciodată. Comisiile de expertize cer internare. Până la urmă, internarea este pentru pacienții care au o simptomatologie, care au o problemă. De ce să vină o persoană să stea internată în spital doar ca să-i confirmăm un diagnostic pe care îl tot confirmăm de 20 de ani? Este o pierdere de timp, care nu ne mai permite să avem grijă, uneori, de pacienții care chiar au urgențe. Iar lucrurile acestea se pot face prin internările de zi în CSM-uri.

**În majoritatea patologiilor, accesul la tratament este o mare problemă. Este și cazul în psihiatrie?**

Avem foarte multe medicamente pe care nu le putem prescrie deoarece nu există protocoale terapeutice. Avem multe afecțiuni pentru care nu putem prescrie tratamentul potrivit ghidurilor internaționale. De exemplu, tulburarea schizoafectivă, asemănătoare ca simptomatologie și evoluție cu schizofrenia, are un singur medicament aprobat în România. Pentru tulburarea delirantă nu avem indicație terapeutică la niciun anti-psihotic, în tulburările de personalitate, care se decompensează, nu există niciun medicament. În tulburările organice de personalitate (tulburări afective provocate de o boală cronică), avem doar două antidepressive. Cel puțin 30-40% dintre persoanele pe care le avem în ambulator se confruntă cu această problemă. Nu avem încotro decât să le dăm o rețetă simplă să și-o cumpere. Am încercat să remediem cumva această problemă. Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie a depus, în iunie, la Ministerul Sănătății, protocoale realizate potrivit ghidurilor internaționale. Încă nu am primit vreo veste. ❏

## Arem nevoie de donatori de organe, dar cum îi protejăm?

TRANSPLANTUL CU ORGAN DE LA DONATOR VIU ESTE CEL MAI DIFICIL, PENTRU CĂ, ÎN ACEST CAZ, EXISTĂ DOI PACIENȚI DE CARE MEDICII TREBUIE SĂ AIBĂ GRIJĂ. SPECIALIȘTII ATRAG ATENȚIA CĂ STAREA DE SĂNĂTATE A DONATORULUI TREBUIE MENȚINUTĂ PENTRU A PUTEA DONA, ÎNSĂ CE SE ÎNTÂMPLĂ DUPĂ DONARE? ÎN ROMÂNIA, LEGISLAȚIA CARE SĂ PROTEJEZE DONATORII AFLAȚI ÎN RECUPERARE DUPĂ ACTUL DE DONARE NU EXISTĂ, SPUNE RALUCA-CRISTIANA CORDEA, CARE, ÎN 2014, A FOST DONATOR DE FICAT PENTRU TATĂL EI. DIN PĂCATE, A CONSTATAT PE PROPRIA PIELE CĂ, ÎN PERIOADA RECUPERĂRII, STATUL NU ARE DELOC GRIJĂ DE DONATORII DE ORGANE. IAR ACEST LUCRU A DETERMINAT-O SĂ ÎNCERCE SĂ SCHIMBE CUMVA SISTEMUL, CHIAȘI ȘI PRIN SIMPLA ATRAGERE A ATENȚIEI ASUPRA UNOR SITUAȚII SIMILARE CU A EI. DE VALENTINA GRIGORE



Povestea Ralucai a început în 2014, când, în urma unor analize, a descoperit că tatăl ei are ciroză hepatică. În pofida tuturor tratamentelor, ciroza a ajuns în scurt timp să fie decompensată. Boala avansa tăcut și sigur spre faza terminală, incluzând varice esofagiene, ascită acumulată în abdomen, disfuncție renală și chiar episoade de encefalopatie hepatică. „În momentul în care am fost solicitată să merg de urgență la spital și să discut cu medicul curant, am aflat că ficatul tatălui meu nu mai putea face față niciunui tratament. Funcțiile vitale erau serios alterate din cauza nefuncționării ficatului. Tatăl meu era deja în insuficiență renală, boală mortală pentru orice om. Văzând, simțind că l-aș putea pierde pe cel care mi-a fost alături de când am deschis ochii în această lume, pe tatăl meu, persoana care m-a susținut necondiționat să ajung omul care sunt astăzi, i-am mărturisit medicului că, având în vedere penuria de organe și timpul de așteptare pe listele de transplant, sunt dispusă să fiu donator pentru tatăl meu, dacă se impune transplantul de ficat ca ultima și singura variantă terapeutică. Împreună cu medicul curant, am convenit pentru suplimentarea tratamentului cu albumină umană, deoarece spitalul asigură cu greu o pătrime din necesarul în astfel de cazuri medicale. Această proteină circulantă abundentă îi era necesară tatălui meu pentru a-l ajuta să iasă din episodul insuficienței renale și pentru a fi apt ulterior de a fi transportat la singurul centru de transplant hepatic din România, Institutul Clinic Fundeni”, povestește Raluca.

După toate investigațiile, s-a decis că Raluca este un donator compatibil pentru tatăl ei. Au urmat examene psihiatrice și psihologice necesare în cazul donării,

care este o operație majoră și care poate lăsa sechele adânci în psihicul uman, mai ales prin prisma perioadei posttransplant (primitorul poate să nu supraviețuiască, iar donatorul poate avea complicații). De asemenea, o comisie de etică i-a evaluat pe cei doi. Operația de transplant și cea de donare, care au avut loc în 2017, au decurs bine, cu evoluție favorabilă atât pentru transplantat, cât și pentru donator. Însă, din acest moment, au început problemele Ralucai. „Ulterior, eu am avut parte de complicații postoperatorii, începând cu un granulom de fir, continuând cu supurație de rană, flictene transformate în excare în scurt timp, cateter jvc dureros, dureri radiante. Perioada recuperatorie a cuprins dificultăți în concentrare, repaus la pat, regim alimentar. Iar concediul medical mai lung de 90 de zile este foarte greu de obținut”, spune Raluca.

### Schimbarea legislației

Toată această experiență a determinat-o să încerce să facă ceva pentru a pune presiune pe autorități, singurele în măsură să schimbe legislația. Mai ales având în vedere că numărul donatorilor de organe este în scădere drastică, iar persoanele cu nevoie de transplant mor pe listele de așteptare.

„Beneficii pentru donatori nu există, deși s-a putea face numeroase lucruri: program redus de lucru până la reluarea funcțiilor ficatului și bilei (dacă un donator de sânge are o zi liberă, bonuri de masă și transport gratuit, donatorii de organe nu beneficiază de niciun ajutor din partea statului, nici măcar până la refacere, ei sunt considerați sănătoși și recuperați la externare; până și femeile însărcinate beneficiază de program redus de muncă de la 8 ore la 6 ore), concediu medical plătit măcar 90%, nu 75%, cum e în prezent (la ora actuală, nu există

diferență între un donator și un bolnav de bronșită, în ceea ce privește procentul de plată în concediul medical).

Donatorul nu poate fi considerat recuperat total și apt pentru muncă în perioada imediat următoare, chiar în următoarele 6 luni. Perioada de recuperare postoperatorie poate fi însoțită de complicații (ca în cazul meu) care prelungesc perioada de refacere, luând în considerare și faptul că, după o anestezie de mai multe ore, sistemul nervos central își revine în timp, nicidecum la externare și, uneori, nici măcar în următoarele luni. La ora actuală cotele stresului sunt înalte în orice mediu de lucru, iar un mediu stresant e nociv unei persoane care și-a donat o parte dintr-un organ. În condițiile prelevării de organe de la donatori vii, într-o țară în curs de dezvoltare și o țară membră UE ca România, e imperios necesar să existe o legislație care să protejeze și donatorul viu, pe tot parcursul vieții posttransplant. Cel puțin în primii ani, un donator viu e mult mai sensibil decât orice om care nu a trecut prin procesul de donare, analizele periodice trebuie făcute la un centru de transplant. În România, nu există centru de transplant hepatic decât în București, ceea ce presupune costuri de deplasare. Regimul alimentar ulterior operației, însoțit de anumite suplimente (care conțin silimarina, arginină, aminoacizi esențiali etc.) este, de asemenea, costisitor și greu de suportat, în condițiile în care concediul medical e plătit ca la un om cu o simplă răceală. Deficitul legislativ în cazul donării, implicat în sfera sănătății, ajută doar la sporirea imaginii negative a României în spațiul internațional și la scăderea încrederii populației că vom ajunge cândva la standarde europene cu protecția și ocrotirea pacienților, majoritatea cotizanți la bugetul de asigurări sociale și de sănătate”.

### Cine este Raluca?

Este unul dintre cei zece câștigători ai concursului EuroSpeak, organizat în 2008 de europarlamentarul liberal Adina Vălean, cu o temă ce prezenta piedicile legislative întâmpinate ca donator de organe. www.EuroSpeak.ro este o enciclopedie în colaborare pe internet ce are ca scop popularizarea noțiunilor de politică europeană în rândul tinerilor românilor, utilizatori de internet. Ulterior, simțind pe propria piele exact care sunt greutățile pe care le întâmpină un donator de organe, a decis să se implice, cu sprijinul europarlamentarului român, în conștientizarea acestei probleme. ■



## Erorile de diagnostic, examinate la nivel european

AUTOR: DR. DIANA TURCU

 Pentru două zile, în luna august a acestui an, capitala Elveției a reunit specialiști din medicină și din domenii conexe, care au pus sub lupă fenomenul erorilor de diagnostic. Cea de-a doua Conferință Europeană pe această temă s-a bucurat de prezența la Berna a unor invitați de seamă din țări precum Statele Unite ale Americii, Germania, Marea Britanie, Olanda și Elveția.

Țara noastră a avut o contribuție științifică în cadrul conferinței prin echipa Spitalului de Pneumoftiziologie din Iași, condusă de Prof. Dr. Traian Mihăescu, care a prezentat două lucrări. Prima dintre ele a examinat impactul erorilor de diagnostic în rândul medicilor rezidenți, în timp ce a doua prezentare a analizat o formulă științifică ce își propune să ajute la identificarea acestui tip de eroare medicală.

Conferința din acest an a avut o tematică diferită față de ediția inaugurală. Astfel, dacă acum doi ani s-a tras un semnal de alarmă asupra incidenței tot mai mari a erorilor de diagnostic, ediția din acest an s-a concentrat pe găsirea și punerea în practică a unor strategii pentru a combate acest fenomen.

O altă diferență notabilă a fost prezența în rândul prezentatorilor a specialiștilor din domenii diferite și totuși înrudite cu medicina. Astfel, au luat cuvântul persoane avizate din comunicare, matematică, statistică, chimie, dar și analiză a riscului. Această abordare pluridisciplinară a generat o perspectivă de ansamblu a fenomenului erorilor de diagnostic, fapt care a ajutat la identificarea unor soluții concrete pentru reducerea incidenței acestora.


Pe lângă soluții pentru reducerea incidenței erorilor de diagnostic, au fost analizate și cauzele care duc la apariția lor. Printre acestea se numără efectuarea și interpretarea incorectă atât a investigațiilor de laborator, cât și a celor imagistice. În jurul acestei teme, s-a determinat paradoxul produs de sistemele de screening, care au dus la un fenomen de supradiagnosticare a populației aparent sănătoase.

Alte piste evaluate au fost cogniția și procesul de raționament clinic al medicilor. În acest sens, s-a constatat că eroarea de diagnostic nu este cauzată neapărat de lipsa cunoștințelor adecvate, ci de o colectare incompletă și

integrarea defectuoasă a datelor necesare unui diagnostic. De asemenea, a fost prezentat efectul acestor erori asupra pacienților care au fost nevoiți să treacă prin aceste experiențe și să suporte consecințele nefericite aferente.

Cea de-a doua ediție a Conferinței Europene a avut și o parte practică, prin seminarii și workshopuri. În cadrul acestor sesiuni, participanții au colaborat în grupuri mici pentru a analiza cazuri factuale de sincope în raționamentul clinic care duc la erori de diagnostic. Principalii beneficiari ai acestor ateliere, care au avut ca obiectiv o actualizare în cadrul curriculumului medicale, au fost studenții și rezidenții.

O recomandare practică imediată după această conferință o reprezintă obținerea unei a doua păreri, prin intermediul sistemelor informatice de suport decizional. Aceste sisteme, aidoma inteligenței artificiale sunt deja disponibile pe toate sistemele de operare.

Mai multe informații despre acest eveniment sunt disponibile la <http://ispro.ro/index.html>, precum și pe site-ul congresului <https://www.improvediagnosis.org/page/EuroDEM2018>. 

## Bristol-Myers Squibb este deschizător de drumuri în domeniul imuno-oncologiei

Ce ar fi dacă am aborda altfel lupta împotriva cancerului?

Ce ar fi dacă am valorifica potențialul sistemului imunitar?

Imuno-oncologia este un domeniu de cercetare ce evoluează rapid și care se concentrează pe acțiunea sistemului imunitar în lupta împotriva cancerului.<sup>1</sup> Pe măsură ce înțelegem modalitățile prin care cancerul evadează de sub influența sistemului imunitar, potențialul imuno-oncologiei ne stimulează eforturile de cercetare.

Compania Bristol-Myers Squibb este dedicată cercetării și dezvoltării de noi tratamente care ajută pacienții în lupta lor împotriva cancerului.

Referințe: 1. DeVita VT Jr, Rosenberg SA. *N Engl J Med*. 2012;366:2207-2214.  
Data pregătirii materialului: Martie 2017.

 Bristol-Myers Squibb

 Immuno-Oncology

Bvd. Lascăr Catargiu nr. 47 - 53,  
Clădirea Europe House, 010665, București  
Telefon/Fax: 021 272 16 00 / 021 272 16 70  
Pentru cereri de informație medicală/  
Raportare evenimente adverse adresați-vă la:  
+ 40 21 272 16 19 sau [medinfo.romania@bms.com](mailto:medinfo.romania@bms.com)

# De 10 ani

alaturi de **laboratoarele de analize medicale**  
din Romania



In cei 10 ani de activitate, A&A PRO DIAGNOSTIC s-a remarcat prin calitatea produselor oferite, acoperirea intregii tari cu ajutorul echipei de vanzari, suportul tehnic oferit de catre personal de specialitate, dar si prin faptul ca este importator si distribuitor al unor renumiti producatori de echipamente si reactivi pentru diagnostic in vitro.

Portofoliul de produse oferite de A&A PRO DIAGNOSTIC include echipamente, reactivi si consumabile pentru urmatoarele categorii:

- **Biochimie** • **Coagulare** • **Electroforeza** • **Electroliti / ISE**
- **Grupe sangvine** • **Hematologie** • **Imunologie**
- **Microbiologie** • **Point of Care** • **Serologie** • **Teste rapide**
- **Turbidimetrie** • **Urini**

Bd. George Cosbuc 50, sector 5, Bucuresti  
Tel: 021 336 20 34 | Fax: 021 321 20 56 | Mobil: 0725 214 563  
E-mail: [info@prodiagnostic.eu](mailto:info@prodiagnostic.eu)  
[www.prodiagnostic.eu](http://www.prodiagnostic.eu)