

NR. 33 • DECEMBRIE 2018 • SUB AUSPICIILE EQUITY IN HEALTH INSTITUTE

Produce al
QUINN
The Medicine Maker

POLITICI DE SĂNĂTATE

Interviu cu
Adriana Cotel,
președinte
ANMDM

PRIORITĂȚI FAST FORWARD

Asigurarea tratamentelor adecvate
pentru pacienții români



TESTEAZA-TE HEPATITA C SE POATE VINDECA

Mergi la medicul tau de familie

INFORMEAZA-TE TESTEAZA-TE TRATEAZA-TE



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

SUMAR

decembrie

- REFORMA SĂNĂTĂȚII**
- 01 **Statele membre trebuie să accepte mai mulți bani europeni**
- 06 **Irina Ursu - Chirurgia în deficitul de factor VII - de la birocrație la programe naționale**
- 08 **Adriana Cotel - În prima lună, am finalizat peste 150 de dosare de evaluare pentru medicamente și studii clinice**
- 11 **Sportul, aliatul de nădejde în controlul diabetului și prevenirea complicațiilor**
- 12 **Alina Culcea - În spatele fiecărei «pastile», există o poveste de viață**
- 15 **Complicațiile diabetului: de zece ani, pe lista de așteptare pentru transplant renal**
- 16 **Tratamentul astmului sever, o nevoie medicală neacoperită în România**
- 18 **Răzvan Vulcănescu - e-Health, prioritate pentru mandatul european de anul viitor**
- 22 **Adrian Ionel - Statul român ar trebui să investească mai mult în dezvoltarea de noi fabrici de vaccinuri și medicamente în România**
- POLITICI NAȚIONALE**
- 24 **Florin Orjan - Suntem în stare să fim de acord să finanțăm o parte a sistemului sanitar doar ca să existe?**
- 26 **Bogdan Ovidiu Popescu - Dacă s-ar interveni eficient, s-ar evita nu mai puțin de 70% din cazurile de AVC**
- 28 **Tudor Pop - Pacienții au nevoie de o voce în Comisia de Sănătate**
- 30 **DECLARE -TIMIȘ 58 - un studiu de referință pentru schimbarea perspectivei în tratamentul DZ tip 2**
- 32 **Florentina Furtunescu - Noi repere privind starea de sănătate în Uniunea Europeană. Health at a glance: Europe 2018**
- 34 **Traian Mihăescu - Altitudinea reprezintă un risc pentru bolnavii respiratori cronici**
- EXCELENȚĂ MEDICALĂ**
- 36 **Doina Azoicăi - Sunt în această societate din momentul în care am făcut alegerea de a urma specialitatea de epidemiologie**
- 38 **Gabriela Radulian - Consensul ADA-EASD: pacientul, în centrul managementului integrat al diabetului zaharat tip 2**
- 40 **Maria Moța - Fiecare pacient trebuie să devină un „mic diabetolog”**
- 42 **Dragoș Vinereanu - Programele sunt prioritare, însă nu și-n finanțare**
- 44 **Ziua Mondială a Carenței de Fier 2018 - un apel pentru creșterea nivelului de înțelegere a acestei afecțiuni**
- MANAGEMENT**
- 46 **Turkes Ablachim - Spitale noi în București**
- 48 **„Hepatita C se poate vindeca” - campanie de testare pentru 100.000 de români**
- 50 **Emilian Imbri - Politica de sănătate este altceva decât politica**
- 52 **Cătălin Copăescu - Rețeta pentru vindecarea cancerului colorectal**
- 54 **Cătălin Dumitrescu - Xenobioticele din dispozitivele mobile - telefoane, calculatoare, tablete. Influența câmpului electromagnetic asupra sănătății**
- 56 **Vlad Voiculescu - O șansă la viață: imunoterapia cu inhibitori ai punctelor de control în melanomul metastatic**
- 58 **Radu Țincu - Expunerea la metale grele - riscuri și tratament**
- EVENTIMENT**
- 60 **Janssen4Patients - prima platformă online adresată pacienților din România și din Europa Centrală și de Est**
- 62 **Teodor Blidaru - Educație medicală fără frontiere: International Medical Students' Congress of Bucharest**
- 64 **Gheorghe Tache - Ne dorim creșterea numărului de donatori**
- 66 **Changing Hemofilia - conștientizare și acces la terapii**

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 Berteanu**, 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, Spitalul 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 Clinică 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 Nedea
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.



VYTENIS ANDRIUKAITIS:

Statele membre trebuie să accepte mai mulți BANI EUROPENI

A PATRA EDIȚIE A CONFERINȚEI DEDICATE REȚELOR EUROPENE DE REFERINȚĂ (RER), ORGANIZATĂ DE CĂTRE COMISIA EUROPEANĂ, LA BRUXELLES, S-A CONCENTRAT PE NEVOIA DE A CONSOLIDA ACESTE REȚELE ȘI DE A ANALIZA PROVOCĂRILE CU CARE S-AU CONFRUNTAT ÎN CEI APROAPE DOI ANI DE LA ÎNFIINȚARE. COMPARATE CU NIȘTE START-UP - URI INOVATOARE CU UN VAST POTENȚIAL CLINIC ȘI DE CERCETARE, RER CONECTEAZĂ ÎN PREZENT 900 DE UNITĂȚI SANITARE ÎN 313 SPITALE DIN 26 DE ȚĂRI UE, INCLUSIV ROMÂNIA. PESTE 250 DE PACIENȚI AU BENEFICIAT ÎN MOD DIRECT DE CONSULTAȚII VIRTUALE ȘI SE AȘTEAPTĂ CA ACEST NUMĂR SĂ CREASCĂ CONSIDERABIL.

DE MARIA VASILESCU



„Una dintre priorități, în următoarea perioadă, este integrarea RER în sistemele naționale de sănătate, pentru că aceste rețele sunt o poveste de succes, în beneficiul pacienților europeni. Cetățenii europeni așteaptă mai multă acțiune din partea UE, în domeniul sănătății, și, în acest sens, am propus creșterea bugetului Programului de sănătate 2021–2027 de la 413 la 473 de milioane de euro și o misiune prioritară a programului de cercetare Orizont Europa: eradicarea cancerului pediatric până în 2040”, a afirmat dr. Cristian Bușoi, raportor al Comisiei de sănătate din Parlamentul European, în cadrul evenimentului.

Rolul statelor membre și al managerilor de spitale este vital în acest proiect, fiind necesară îmbunătățirea reprezentării geografice a RER. Cel mai bine reprezentate sunt, în acest moment, țările cu GDP mare.

Potențialul RER în a dezvolta ghiduri europene pentru boli rare a fost unul dintre subiectele îndelung dezbătute. Comisia Europeană va susține realizarea acestor ghiduri clinice printr-o licitație ce a fost lansată recent.

Provocări identificate în sustenabilitatea pe termen lung a RER au fost finanțarea, informarea pacienților și a profesioniștilor în domeniul sănătății, sprijinul din partea managerilor de spital și resursele umane limitate dispuse să răspundă inițiativelor RER. Ținând cont de faptul că expertiza în boli rare este destul de rară, trebuie formați mai mulți specialiști tineri.

Comisarul european pe sănătate și siguranță alimentară, Vytenis Andriukaitis, consideră că aceste rețele sunt benefice pacienților și acoperă o gamă largă de afecțiuni, de la cele ale oaselor la boli ale sângelui, de la cancer la copii la imunodeficiență. RER înseamnă acces la diagnosticare, tratament și servicii generale rentabile de asistență medicală de înaltă calitate.

„Nicio țară nu deține singură cunoștințele și capacitatea necesare pentru a trata toate bolile rare și complexe, însă, cooperând și partajând la nivel european cunoștințele salvatoare prin intermediul RER, putem să asigurăm pacienților din întreaga UE acces la cele mai bune cunoștințe medicale disponibile”, a afirmat comisarul european. „În prezent, avem mai multe metode operaționale de a garanta circuitul date-

lor, al informațiilor, prescripția electronică, dosarul electronic al pacientului, instrumente pe care le poate dezvolta și România. Trebuie să urmăm criteriile stricte în a fi parte a acestei rețele de referință, garantând un nivel înalt de calitate, competență, siguranță și expertiză în tratamentul bolilor rare. Punctele naționale de contact pot informa pacienții români despre centre de referință din străinătate, pot vorbi cu medicii de familie sau cu medicii specialiști. Medicii care lucrează în centre de referință, în Europa, au tot interesul să consulte, chiar și virtual, cât mai mulți pacienți”, a completat Andriukaitis.

Între 5.000 și 8.000 de boli rare afectează viața a aproximativ 30 de milioane de oameni din UE, iar în fiecare an mai mult de o jumătate de milion de oameni din Europa sunt diagnosticați cu o formă rară de cancer. Din cauza faptului că aceste boli sunt rare, numărul pacienților este redus, existând un deficit de expertiză și de cunoștințe de specialitate.

Un exemplu de boli rare sunt cele hematologice, care pot fi împărțite în șase categorii: defecte rare ale celulelor roșii, insuficiența măduvei osoase, tulburări rare de coagulare a sângelui, hemocromatoză și alte tulburări genetice rare ale sintezei de fier, afecțiuni mieloide și afecțiuni limfoide. Coordonatorul acestei rețele este prof. Pierre Fenaux de la Hôpital Saint-Louis, Paris, Franța.



„De exemplu, pacienții cu deficite rare de coagulare, cum ar fi factorul 7, pot apela la specialiștii din centrele de referință pentru un diagnostic clar și pot primi ulterior tratament. Toate acestea trebuie însă finanțate, iar statele membre trebuie să accepte mai mulți bani europeni și să eficientizeze investițiile în sănătate, nu să le scadă. Este inadmisibil ca în țări mai sărace tratamentele inovative să fie disponibile la o diferență și de șapte ani. Cum pot fi, deci, îmbunătățite mecanismele de acces? Încurajez statele membre să colaboreze mai mult!”, a mai afirmat comisarul european Andriukaitis, într-un interviu acordat în exclusivitate revistei Politici de Sănătate.

Pacienți experți în advocacy

În ceea ce privește asociațiile de pacienți, acestea au jucat și joacă un rol activ în dezvoltarea rețelilor, asigurând că

prioritățile vor viza sporirea excelenței clinice, îmbunătățirea evoluției pacienților și accesul echitabil la îngrijire de calitate în întreaga Europă.



„Cea mai mare realizare pe domeniul bolilor rare este implementarea Directivei de Îngrijire Transfrontalieră a Bolilor Rare prin organizarea RER și participarea Centrelor de Expertiză în aceste rețele (inclusiv a celor din țara noastră). Așa cum s-a văzut și la acest eveniment, bolile rare reprezintă un domeniu în care toată lumea implicată în diagnosticarea și managementul bolilor rare (specialiști, experți, reprezentanți ai industriei și ai autorităților) manifestă o solidaritate profundă cu pacienții”, a declarat Dorica Dan, președintele Alianței Pacienților cu Boli Rare (ANBRaRo).

EURORDIS a format o rețea de peste 300 de pacienți experți în advocacy (ePAG), care sunt implicați în toate cele 24 de RER, acoperind majoritatea domeniilor de activitate din aceste rețele. În felul acesta, pacienții nu sunt doar în centrul atenției, ci sunt și parteneri egali în aceste rețele. Centrul NoRo, membru în rețeaua națională RO-NM-CA-ID pentru anomalii congenitale cu/fără dizabilități intelectuale (alături de centrele de genetică din Timișoara, Iași, Oradea și Craiova) este membru în rețeaua ITHACA (rețeaua europeană pe același domeniu). Este singurul centru de expertiză coordonat de o asociație de pacienți printre cei peste 900 de furnizori de servicii medicale de expertiză din rețelele europene de referință.

„În acest moment, pacienții nediagnosticsați sau cazurile complexe pentru care specialiștii din țară nu au găsit soluții pot avea acces la consultații ale experților din rețelele europene prin platforma online CPMS – The Clinical Patient Management System, platformă creată de către Comisia Europeană pentru a asigura un spațiu online în care experții să poată dezbate cazurile în deplină siguranță”, a mai afirmat Dorica Dan.

„Share Care Cure”, a fost mesajul cu care comisarul Andriukaitis și-a încheiat prezentarea – mesaj care afirmă dezideratul Europei de a ieși pe primul loc în competiția cu SUA și China în ceea ce privește transformarea din sănătate, în beneficiul pacientului. 📌

Chirurgia în deficitul de factor VII – de la birocratie la programe naționale

DR. IRINA URSU,
MEDIC PRIMAR
ANESTEZIE-TERAPIE
INTENSIVĂ

UN DIAGNOSTIC GREU DE PUS, UN MANAGEMENT OPERATOR ȘI MAI GREU DE REALIZAT, MAI ALES DIN CAUZA BIROCRĂȚIEI – DEFICITUL DE FACTOR VII PUNE MARI PROBLEME MEDICILOR, DEOPOTRIVĂ ANESTEZIȘTI, CHIRURGI (GINECOLOGI, ORTOPEZI SAU GENERALIȘTI) ORI HEMATOLOGI. IAR ACEST LUCRU SE ÎNTÂMPLĂ DEOARECE PACIENȚII CU DEFICIT DE FACTOR VII DE COAGULARE A SÂNGELUI NU SUNT INCLUȘI ÎNTR-UN PROGRAM NAȚIONAL CARE SĂ LE ASIGURE MEDICAȚIA ÎN CAZ DE INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ. DE VALENTINA GRIGORE



Cadrele medicale sunt nevoite să se îngroape în documente prin care să justifice utilizarea factorului VII sintetic în, spre exemplu, operațiile de protezare a pacienților, dar să și aștepte aprobarea actelor (în cazul în care unitatea medicală are fondurile necesare pentru achiziționarea medicației). Una dintre unitățile medicale cunoscute la nivel național pentru intervențiile de protezare este Spitalul Clinic de Recuperare Iași, echipa Secției de ortopedie-traumatologie condusă de prof. dr. Paul Botez având o cazuistică remarcabilă cu rezultate foarte bune în acest domeniu. Beneficiind de avantajul unei echipe manageriale

care găsește întotdeauna soluții pentru nevoile pacientului, unitatea medicală s-a confruntat, de-a lungul timpului, cu suficiente cazuri de pacienți cu deficit de factor VII, pentru a putea identifica, cu precizie, lipsurile sistemului și nevoia de legitimitate a acestor bolnavi.

Dr. Irina Ursu, medic primar anestezie-terapie intensivă, parte din echipa operatorie în numeroase intervenții chirurgicale la pacienți cu deficit de factor VII, atrage atenția că medicația indispensabilă acestor cazuri – factorul VII sintetic – ar trebui să existe în permanență în orice unitate medicală, pentru a putea fi utilizată și în urgențele medicale ale pacienților cu deficit de factor VII, nu doar în cele alor cu

hemofilie cu inhibitori (în cazul acestora, terapia este decontată prin Programul Național de Hemofilie și Talasemie).

Ce înseamnă o intervenție chirurgicală la un pacient cu deficit de factor VII?

Chirurgia în ortopedie este o chirurgie cronică electivă, în care pacientul trebuie, obligatoriu, să intre cu parametri cât mai apropiați de limitele normale sau cât mai bine corecți prin pregătirea preoperatorie. Nu avem nici justificare să punem un pacient nepregătit pe masa de operație, astfel expunându-l unor complicații suplimentare. Fiind chirurgie cronică, obligatoriu trebuie să ieșim cu pacientul bine din operație și din spitalizare. Pacientul

trebuie investigat cât mai bine, chiar și când sesizăm doar o mică modificare a anumitor parametri de coagulare. Eu insist să investighez în amănunțime pacientul, deoarece deficitul de factor VII este unul extrem de pervers: este relativ rar și nu există o corelație între valoarea procentuală a deficitului și răspunsul clinic, adică sângerarea perioperatorie. Efectiv nu ai de unde să știi dacă acest pacient va sângera mult sau puțin în timpul intervenției chirurgicale. Au fost cazuri în literatură în care persoane cu un deficit mare nu au sângerat, cel puțin nu semnificativ, dar și cazuri cu un deficit mic procentual, dar care au sângerat masiv. Trebuie să poți avea acces rapid la dozele corespunzătoare de medicație. Și aici ajungem la partea de documente: facem referat, acesta se aprobă și luăm legătura cu distribuitorul, care ni-l aduce în funcție de disponibilitate. Din fericire, pacienții noștri sunt cronici și nu intră în operație până nu îndeplinesc toate condițiile impuse de cea mai bună conduită medicală. Și tot din fericire, datorită unui management performant al spitalului, așteptarea pacientului nu este mai mare de două zile.

Care sunt nevoile profesionistului în raport cu Programul Național de Hemofilie existent?

Tratamentul pacienților cu hemofilie cu inhibitori, inclusiv medicația cu factor VII sintetic, este inclus în Programul Național de Hemofilie și Talasemie. Deci

spitalele, prin clinicile de hematologie care gestionează acest program, au medicația necesară, însă nu o pot folosi decât la această categorie de pacienți. Dacă în spital avem doi pacienți cu hemofilie, avem 200 de flacoane pentru ei. Dacă în același timp în spital vine un pacient cu deficit de factor VII, pentru care avem nevoie de doar 5 flacoane, nu avem voie să le luăm din cele 200, măcar pentru a regla urgența. Este o situație în care, ca medici, suntem legați de mâini. Este nevoie de o legiferare, o includere a acestor pacienți într-un program național, astfel încât ei să fie ușor de depistat și să aibă acces facil la dozele necesare de tratament specific, fără ca spitalul să fie grevat financiar. Și să poată fi operați oriunde, nu doar acolo unde spitalele au fonduri pentru achiziționarea medicației.

Ce se întâmplă dacă pacientul este operat fără a-i fi administrat factorul VII? Sau dacă deficitul nu este depistat?

Sângerările sunt mari și în organe importante (creier, uter, placentă) și atrag o degringoladă a echilibrului de coagulare care duce la deteriorarea tuturor factorilor de coagulare și la o sângerare masivă, care nu mai este compatibilă cu viața.

Au fost cazuri în care deficitul a fost depistat abia când pacientul a ajuns la noi. Sau chiar după ce acesta mai suferise intervenții chirurgicale. Pacientul trebuie să fie investigat, pentru că boala nu se ma-

nifestă clinic tot timpul. Cred că ar trebui să facem mai mult în a descoperi pacienții cu deficit de factor VII. Trebuie să avem acces nu numai la medicamente, ci și la a investiga pacientul, iar când ceva ne atrage atenția că analizele lui de coagulare nu sunt în regulă, protocolul trebuie să ne permită să efectuăm investigații mai multe și specifice (dozarea factorilor de coagulare). În caz contrar, la fiecare analiză care nu face parte din protocol trebuie să solicităm acordul unităților medicale. Iar aici intervine aceeași problemă ca la tratament: sunt sau nu sunt fonduri?

Până acum, ați vorbit de cazuri cronice, care pot aștepta două zile. Ce se întâmplă în cazul urgențelor?

În cazul pacientului cu deficit de factor VII, artroplastia de șold sau genunchi, dar și alte intervenții ortopedice care fac obiectul activității clinicii noastre sunt intervenții în care avem timp să investigăm pacientul și să achiziționăm toate medicamentele de care are nevoie. Însă dacă un astfel de pacient vine în urgență, cu o hemoragie digestivă, cu un ulcer gastric, cu o fractură deschisă sau cu un accident hemoragic cerebral, nu este timp de acte. Această medicație ar trebui să existe în stocul fiecărui spital, indiferent dacă unitatea medicală are profilul chirurgical sau nu. Un pacient cu deficit parțial de factor VII nu consumă atât de mulți bani, el are nevoie de un anumit număr de flacoane la un eveniment chirurgical major, care se poate întâmpla doar o dată-de două ori în viață.

Societatea Română de Anestezie-Terapie Intensivă a publicat, prin 2004, recomandări ale folosirii substitutului de factor VII în sângerările masive. Printre eramele măsurile în tratamentul standard erau menționate perfuzie, transfuzie de masă eritrocitară, transfuzie de plasmă proaspătă, de crioprecipitat, de concentrat de trombocite și de-abia la urmă se menționa administrarea de factor VII sintetic. Însă niciunul dintre acești produși nu aduce ceea ce lipsește – factorul VII. Făcând acele transfuzii, pierdem timp, ceea ce duce la nevoia administrării unei cantități mai mari de factor VII – deci o povară financiară mai mare. Când analizele medicale și evoluția clinică demonstrează că este nevoie de această terapie, administrarea în timp util a dozelor corect calculate conduce la evoluția favorabilă a pacientului, scutind de folosirea unor rezerve terapeutice și intervenționale suplimentare. 📌

+ INTERVIU CU **ADRIANA COTEL**, PREȘEDINTELE AGENȚIEI NAȚIONALE
A MEDICAMENTULUI ȘI A DISPOZITIVELOR MEDICALE

„În prima lună, am finalizat peste 150 de dosare de evaluare pentru medicamente și studii clinice”

DE ROXANA MATICIUC

Cum este pentru dumneavoastră, acum, după mai bine de o lună de la preluarea mandatului în fruntea ANMDM, migrarea de la sectorul privat către cel public?

Am fost desemnată ca președinte al Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale la începutul lunii noiembrie. Deși am o experiență diversificată în management, acumulată pe parcursul a peste 15 ani de activitate în sectorul privat, trebuie să mărturisesc faptul că această nouă provocare mă onorează, dar mă și motivează în egală măsură, în primul rând prin prisma dorinței de a găsi soluția viabilă pentru implementarea unei strategii adecvate pentru dezvoltarea Agenției pe termen scurt, pe termen mediu și pe termen lung.

M-am angajat motivată la acest drum pentru că am convingerea deplină că sunt și voi fi în continuare susținută de o echipă de colegi, tehnicieni cu experiență dobândită în ani de activitate științifică în cadrul acestei instituții, dar și în grupurile de lucru internaționale.

Care sunt obiectivele strategice ale ANMDM pe termen scurt și pe termen lung? Ați bifat ceva din to do list-ul pe care vi l-ați propus?

Când vorbim despre obiectivele strategice ale Agenției, trebuie să spun în primul rând că obiectivul principal se

confundă cu însăși misiunea ANMDM: protejarea sănătății publice. Cu alte cuvinte, trebuie concentrată întreaga activitate specifică pe asigurarea tratamentului adecvat pacientului.

Pe termen scurt, ne-am propus din prima zi de colaborare cu noul colectiv analiza stadiului procedurilor în lucru pe toate cele trei arii de competență ale instituției: medicamentul de uz uman, dispozitivele medicale și evaluarea tehnologiilor medicale, în sensul urgentării sau reducerii timpului de finalizare a acestor lucrări. Ca primă măsură, am modificat calendarul de întrunire a Comitetului de discutare și aprobare a autorizațiilor de punere pe piață, în sensul creșterii frecvenței acestor întâlniri de la o dată pe lună, la întâlniri săptămânale.

Ne-am concentrat astfel, în prima etapă, pe deblocarea lucrărilor aflate în diferite stadii de evaluare, prin discuții și reșezarea fluxurilor interne privind circulația documentelor între diversele faze ale evaluării, astfel încât să putem lucra în paralel mai multe dosare și să îmbunătățim termenele de finalizare. Practic, pe lângă întâlnirile regulate ale Comitetelor interne, au loc întâlniri săptămânale de management cu șefii structurilor tehnice în care se prezintă stadiul lucrărilor, progresul înregistrat, și în care se propune planul pentru următoarele două-trei săptămâni, se expun eventua-

le probleme întâmpinate în activitatea fiecărui departament, se decide asupra unor realocări temporare de personal din cadrul altor structuri și/sau se caută soluții pentru rezolvarea unor aspecte administrative.

În acest sens, în prima lună am reușit să finalizăm peste 150 de dosare de evaluare pentru medicamente și studii clinice, asigurând tratamentele necesare pentru o serie de maladii și arii terapeutice foarte importante din punctul de vedere al impactului social, cum ar fi oncologia, transplantul, diabetul etc., precum și demararea unor studii clinice importante care vizează peste 800 de subiecți din arii terapeutice prioritare, cum ar fi afecțiuni oncologice (cancer de prostată, diverse

„OBIECTIVUL PRINCIPAL NU TREBUIE SĂ FIE TRANSFORMAREA AGENȚIEI ÎNTR-UN CENTRU DE PROFIT.”

tumori solide, carcinom celular renal etc.), afecțiuni cardiace, gastrointestinale, afecțiuni metabolice etc.

Un alt element prioritar ca urmare a ședințelor comune de management a fost accelerarea planificării inspecțiilor

farmaceutice pentru care tarifele au fost achitate de către solicitanți până la finalul anului 2017 sau în prima jumătate a anului 2018, în vederea reducerii timpului de autorizare sau reautorizare, care în anumite perioade încărcate ajungea și la peste 10-12 luni. În acest sens, cu suportul susținut al colegilor din departamentele de specialitate, am putut programa și iniția inspecții farmaceutice atât pentru o serie de producători români, cât și pentru investiții noi în linia de producție.

De asemenea, ne-am concentrat pe deblocarea sau urgentarea soluționării dosarelor de aprobare pentru medicamente și studii clinice.

Tot din cadrul măsurilor pe termen scurt implementate încă din primele zile

ale mandatului meu, au fost stabilirea și respectarea unui program de audiențe. Astfel, pe baza programării prin telefon sau pe e-mail, oricare dintre participanții implicați în domeniul farma (pacienți, instituții publice, companii private) are posibilitatea de a intra în contact direct, atât cu mine, cât și cu echipa noastră de management. Este practic un feedback 360 de grade pe care îl colectăm din piață și consider că implementarea unui astfel de canal de comunicare continuă este extrem de benefică pentru Agenție.

Până în acest moment, am primit peste 20 de solicitări pentru audiențe care au fost deja programate de către colegi până la finalul anului, feedbackul primit de la mediul exterior ajutându-ne în primul rând în îmbunătățirea proceselor interne și dezvoltarea unei colaborări eficiente, dar și ca bază pentru implementarea unui management corporatist la nivelul Agenției, bazat pe indicatori de performanță măsurabili.

Până acum, în presă s-a vorbit foarte mult despre numărul insuficient de oameni din ANMDM. În urmă cu puțin timp, ministrul Sănătății, împreună cu fostul președinte al ANMDM, anunța reorganizarea Agenției. Se va mai face această reorganizare? Dacă da, ce va presupune acest lucru?

Este un subiect pe care l-am analizat încă din primele zile de exercitare a mandatului. Am constatat că în structurile tehnice se poate vorbi de un volum de încărcare individuală mai mare în raport cu numărul de persoane implicate în munca respectivă. Dar, consider că în acest caz, așa-zisul deficit de personal este urmarea unei planificări necorespunzătoare, deficitară, impunându-se cu necesitate o regândire a proceselor interne.

Cât despre reorganizarea ANMDM, aceasta este, desigur, un punct important pe to do list-ul propus, este un obiectiv pe termen mediu și pe termen lung. Consider însă că nu se poate vorbi de reorganizare fără a se parcurge înainte o etapă definitorie de analiză corectă a volumului de încărcare cu muncă pentru fiecare specialist, fără a se stabili cu exactitate ponderea structurilor suport/auxiliare versus structurile tehnice implicate direct în activitatea științifică. Implicit, nu se poate vorbi despre o decizie în sensul abordării unui plan de reorganizare eficientă și adaptată unei necesități concrete fără a se trece,

obligatoriu, prin această evaluare riguroasă. Numai după aceea se va putea trece la reorganizarea propriu-zisă, care ar putea fi definită printr-o reșezare a personalului între structurile suport și cele tehnice, care să asigure normalizarea volumului de muncă individuală și implementarea unei structuri organizatorice prin comasarea unor substructuri (compartimente sau servicii).

Sunt voci care spun că ANMDM ar putea reveni la sistemul de funcționare dinainte de 2010, când veniturile extrabugetare făceau ca Agenția să fie independentă financiar. Este acesta unul dintre dezideratele dumneavoastră?

Obiectivul nostru principal nu trebuie să fie transformarea Agenției într-un centru de profit. În urma întâlnirilor și grupurilor de lucru la care am participat împreună cu șefii altor Agenții ale Medicamentului din cadrul rețelei de autorități

procesul de aliniere a instituției la bunele practici implementate de alte agenții.

S-a dorit mereu din partea Agenției o mai mare transparență pe activitatea internă. Știu că acesta este și unul dintre obiectivele dumneavoastră. Concret, ce veți face în acest sens?

Pe termen mediu ne propunem, în această eră digitală, să ne aliniem la beneficiile tehnologiei moderne, fiind în măsură să asigurăm o digitalizare a comunicării cu piața. Urmărim, așadar, ca fiecare solicitant să poată vedea statusul evaluării dosarului său în timp real. Practic, avem în plan operaționalizarea unei platforme integrate care să permită trasabilitatea unei solicitări end to end, de la depunere până la soluționare favorabilă sau respingerea cererii.

ANMDM este o instituție de importanță strategică națională și este nevoie de o bună comunicare

național, sub coordonarea Ministerului Sănătății, nu se poate asigura atingerea obiectivelor noastre primordiale fără o foarte bună colaborare cu toate instituțiile statului cu atribuții în domeniul Sănătății: Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Institutul Național de Sănătate Publică, pentru că, în mod evident, desfășurăm activități cu scop comun și avem nevoie de susținere reciprocă.

În acest sens, încerc să mențin alături de doamna ministru Sorina Pinteș și de echipele din minister și din agenție o comunicare directă, regulată, astfel încât să oferim tot suportul de care ministerul are nevoie din partea noastră, ca Agenție, și să contribuim la soluționarea rapidă a nevoilor pacienților și participanților din sectorul sănătății.

În plus, din punct de vedere administrativ, consider că este necesar – și vom acționa în această direcție – să modificăm procedurile interne de registratură, să asigurăm o prioritate a răspunsurilor solicitate de aceste instituții, să reducem chiar termenul de răspuns, când este vorba în special de Ministerul Sănătății și de CNAS, pentru că, în mod direct sau indirect, toate acestea vor duce la deservirea mai rapidă și eficientă a pacienților.

Urmează perioada în care România va deține președinția Consiliului Uniunii Europene. Care sunt obiectivele și acțiunile pentru această perioadă?

Agenției îi revine responsabilitatea organizării a șase reuniuni informale, sub coordonarea Ministerului Sănătății, pe durata exercitării mandatului României la Președinția Consiliului Uniunii Europene. Sunt reuniuni ale unor grupuri de lucru și comitete științifice care implică Agenția Europeană a Medicamentului și organismul european, șefii Agențiilor Medicamentului (Heads of Medicines Agencies) și la care se dezbate probleme strategice de primă importanță, și se adoptă decizii referitoare la funcționarea și optimizarea activității rețelei, asigurându-se coerența acesteia, facilitându-se schimbul de informații și bune practici în domeniul medicamentului de uz uman, aspecte privind autorizarea de punere pe piață, armonizarea între statele membre, siguranța vaccinurilor în UE, cooperarea în cadrul rețelei autorităților naționale competente. 📌



competente coordonate de Agenția Europeană a Medicamentului, mi s-a confirmat că există servicii pe care agențiile le oferă părților interesate, servicii de consultare și instruire a mediului extern, care vin în sprijinul activității acestora, dar și al activității Agenției, pe care consider că ar fi oportun să le analizăm și să vedem în ce măsură ar putea aduce valoare adăugată și în România.

Nu în ultimul rând, completarea portofoliului nostru de activitate și cu aceste atribuții științifice ar face parte din

cu întregul aparat administrativ. Ce credeți că ar trebui făcut pentru a avea o colaborare eficientă între Agenție și minister, CNAS și celelalte instituții de sănătate publică?

Într-adevăr, ANMDM este una dintre instituțiile de importanță strategică națională, iar o comunicare eficientă cu celelalte instituții este deosebit de importantă. Este un statut care ne onorează, dar care ne și obligă să fim la înălțimea standardelor europene pe ariile noastre de competență. În același timp, pe plan

FOTO TRAIAN OLINICI



FOTO RADU CRISTI

+ IONUȚ DRĂGAN

„Sportul, aliatul de nădejde în controlul diabetului și prevenirea complicațiilor”

DE VALENTINA GRIGORE



Majoritatea persoanelor diagnosticate cu diabet au senzația că viața lor, din acel moment, va fi complet schimbată, și nu neapărat în bine. Încep să se informeze, să întrebe peste tot, încep să se teamă de „groaznică” glicemie și, automat, să evite orice ar putea să determine o fluctuație a acesteia, inclusiv activitățile sportive. Dar sportul poate reprezenta, în cazul multora, colacul de salvare. Centrul Antidiabetic vă prezintă povestea lui Ionuț Drăgan, care, de 23 de ani, de când a fost diagnosticat cu diabet zaharat de tip 1, participă la competiții de triatlon, duatlon, ciclism și alergare.

Ionuț a fost diagnosticat la 16 ani și, deși a fost un moment crunt pentru întreaga familie, neavând prea multe informații

la momentul respectiv, el a mers mai departe. Viața activă, organizată, pe care o dusesse până atunci, l-a ajutat însă. S-a autoeducat, a învățat ce înseamnă să trăiești cu diabetul, cum să îl gestionezi cât mai bine. „Fac cam tot ce îmi doresc. Odată ce ai învățat să gestionezi boala, nu cred că mai este o problemă să trăiești cu diabet. A trecut atât de mult timp de când am fost diagnosticat încât nici nu mai știu cum este viața fără diabet”, afirmă Ionuț, care nu a renunțat niciodată la sport, ci chiar l-a transformat într-un stil de viață.

Sportul „de performanță” l-a atras din momentul în care a văzut o fotografie cu un ciclist de la Team Novo Nordisk, echipa profesionistă de ciclism formată din persoane diagnosticate cu diabet zaharat tip 1, și, mai ales, mesajul pe care

„Nicio persoană cu acest diagnostic vechi (de ani de zile), ca în cazul meu, sau recent nu trebuie să se lase descurajată de oscilațiile glicemice care apar frecvent în diabet și să încerce în fiecare zi, atât prin alimentație, stil de viață și, nu în ultimul rând, prin mișcare, să încerce în fiecare zi să le combată. Sportul ne ajută pe toți, cu diabet sau nu, să avem mai multă încredere în noi, să fim mai ordonați, echilibrați și, mai ales în contextul diabetului zaharat, acesta este un aliat de nădejde în controlul afecțiunii și în prevenția complicațiilor, care se pot instala pe termen lung”.



il transmitea – „Changing Diabetes”. Așa a venit, cumva firesc, dacă ne gândim la firea lui activă, și formarea echipei Sports & Diabetes, care are în prezent 11 membri. „Participăm la diverse competiții de ciclism, alergare, duatlon și triatlon și dorim să încurajăm cât mai multe persoane cu diabet să facă sport. Activitatea fizică este cel mai mare aliat al sănătății fizice și psihice optime. M-a bucurat foarte mult când un părinte mi-a spus că fiul lor face sport datorită mie, iar asta m-a determinat să fac și mai mult de atât”, mărturisește Ionuț.

„Rețeta” lui Ionuț Drăgan

„Am învățat, în timp, cum să-mi mențin glicemia în limite normale, mă testez tot timpul înainte, în timpul și după antrenament, în funcție de timpul, de efortul depus, am învățat câți carbohidrați să mănânc și cum să-mi ajustez dozele de insulină. De când port o pompă de insulină conectată la un senzor de glicemie CGM, totul este mult mai simplu, îmi permite o ajustare mai fină a tratamentului, iar senzorul este un avantaj considerabil, ceea ce îmi permite suplimentarea cu carbohidrați în funcție de glicemie și de trendul ei”. 📌



RO-C-NPS-1218-070686

INTERVIU CU **DR. ALINA CULCEA**,
COUNTRY DIRECTOR AMGEN ROMÂNIA

„În spatele fiecărei «pastile», există o poveste de viață”

DE ROXANA MATICIUC



Filozofia Amgen începe de la biologie. Cum transformă terapiile Amgen medicina?

Renumită pentru moștenirea fără precedent în domeniul biotehnologiei, compania Amgen continuă să fie deschizătoare de drumuri în ceea ce privește descoperirile la nivel genetic, prin investiții în tehnici de cercetare revoluționare și parteneriate inovatoare, în vederea acoperirii necesităților neîndeplinite în acest domeniu, venind astfel în sprijinul pacienților din întreaga lume. Biotehnologia, sau descoperirea, dezvoltarea și producția de medicamente biologice, a adus schimbări în medicina modernă și în îngrijirea pacienților, cu ajutorul unei noi generații de terapii. Medicamentele biologice au devenit o opțiune importantă de tratament pentru pacienții cu cancer, pentru pacienții cu afecțiuni ale sângelui, poliartrită reumatoidă, boli cardiovasculare și alte boli grave. În unele cazuri, aceste medicamente inovatoare oferă tratamente eficiente pe zone terapeutice unde nu exista înainte niciun tratament. Biotehnologia încă este un domeniu relativ nou, cu un potențial uriaș către progrese în domeniul medical. Practic, acesta este viitorul în medicină. Biotehnologia medicală modernă a început în anii '80, atunci când a devenit posibilă reproducerea, în cantități mari, a proteinelor umane esențiale, ceea ce a dus la o schimbare semnificativă în ceea ce privește practica medicală.

Cu ce este diferită biotehnologia de alte terapii inovatoare?

Medicamentele biologice reprezintă molecule mari, complexe, create în celule vii crescute în laborator și sunt similare sau identice cu proteinele și alte substanțe complexe pe care organismul se bazează pentru a-și menține starea de sănătate.

Acestea sunt adesea de 200 – 1.000 de ori mai mari ca dimensiune decât moleculele de dimensiuni mici, precum aspirina, și mult mai greu de produs din cauza structurii lor complexe. Spre deosebire de medicamentele de dimensiuni mici, care sunt încorporate într-un comprimat sau capsulă și care sunt alcătuite din molecule de dimensiuni mici și compuși chimici, medicamentele produse cu ajutorul biotehnologiei sunt prea mari și prea complexe pentru a fi produse doar prin procese chimice. Acestea trebuie să fie injectate în organism, pentru a proteja structurile complexe ale acestora împotriva descompunerii ce are loc în cadrul digestiei. Medicamentele biologice pot îndeplini funcții complexe în zone exacte ale organismului într-un mod în care moleculele mici nu o pot face. Pot ținti și modifica mecanismele fundamentale care stau la baza unei boli și pot modifica evoluția unei boli în loc de tratarea, pur și simplu, a simptomelor acesteia. De exemplu, în domeniul oncologic medicamentele biologice pot ținti (modifica sau bloca) mecanismele care permit avansarea cancerului și răspândirea acestuia în organism.

Experiența companiei în ceea ce privește dezvoltarea proceselor și producția ne permite să furnizăm tratamente biotehnologice din ce în ce mai complexe. Acestea includ utilizarea de noi dispozitive pentru administrarea medicamentelor care sunt create pentru a îmbunătăți experiența pacienților care utilizează medicamentele noastre.

Producția medicamentelor biologice necesită cercetare avansată, tehnologie specializată și existența unui personal dedicat și cu competențe superioare. În cadrul Amgen, angajamentul nostru este de a ne asigura că toate medicamentele sunt disponibile pentru „fiecare pacient, de fiecare dată”.

În cadrul cărora arii terapeutice este lider Amgen? Cum poate Amgen să ajute pacienții români?

Noile medicamente biologice au un potențial considerabil de a trata în mod eficient bolile pentru care nu există altă soluție terapeutică. Portofoliul Amgen acoperă în prezent **șase arii terapeutice**: oncologie/hematologie, boli cardiovasculare, boli autoimune/inflamații, sănătatea sistemului osos, nefrologie și neuroștiințe, precum și zece produse inovatoare, marea lor majoritate produse biologice (**din nefericire, nu toate intră în categoria produselor compensate pe piața din România**): Kyprolis, Vectibix, Aranesp, Blynicyto, Neulasta, Nplate, Mimpara, Parsabiv, Prolia, XGEVA, Repatha, molecule care ajută la îmbunătățirea-prelungirea vieții la pacienții aflați în dificultate.

De la biotehnologie la medicamente biosimilare – ce putem aștepta de la această companie, dincolo de interesul acționarilor de a-și justifica investițiile?

Unul dintre cele mai interesante scopuri ale noastre din ultimii ani este explorarea medicamentelor biosimilare care vor oferi noi opțiuni de tratament pentru medici și pacienți. Ne folosim de experiența noastră bogată în domeniul medicamentelor biologice și de tot ce am învățat până acum pentru a dezvolta medicamente biosimilare de înaltă calitate, sigure și eficiente, toate aceste calități justificate prin studii clinice defășurate pe un număr semnificativ de pacienți.

În plus față de gama de medicamente biologice inovatoare, medicamentele biosimilare produse de Amgen oferă, de asemenea, opțiuni terapeutice mai accesibile pentru pacienți, sub formă de medicamente de înaltă calitate, furnizate

într-o manieră fiabilă și care aduc un plus de valoare în sistemul de sănătate prin crearea de spațiu pentru inovație.

Eficiența operațională reprezintă un subiect la nivel global. Cum percepe Amgen, compania-mamă, Amgen România, care activează într-un mediu acuzat de multe ori că ar fi lipsit de transparență și de predictibilitate?

Într-adevăr, mediul din România este lipsit de predictibilitate. Suntem optimiști, deoarece în ultima perioadă am observat o tendință pozitivă. S-a observat o creștere semnificativă a transparenței și a deschiderii la dialog, un număr ridicat de noi terapii devenind disponibile pacienților români prin sistemul de compensare. În opinia mea, soluțiile în ceea ce privește predictibilitatea și transparența vin odată cu stabilitatea la nivelul ministerului.

„TRĂIM ÎN VREMURI FĂRĂ PRECEDENT, CU DIN CE ÎN CE MAI MULTE OPȚIUNI DE TRATAMENT DISPONIBILE, PENTRU O POPULAȚIE DIN CE ÎN CE MAI ÎMBĂTRÂNITĂ.“

Există semne încurajatoare care trebuie să continue, avem o echipă ministerială care se concentrează pe nevoile pacientului și care dorește să găsească soluții în contextul resurselor bugetare limitate, pentru a oferi standarde mai bune de tratament fiecărui pacient din această țară.

Compania Amgen este prezentă în România din februarie 2010 și sperăm să putem continua să ne demonstrăm angajamentul pe termen lung pe această piață pentru mulți ani de acum înainte. Angajamentul companiei pe piața farmaceutică din România este evaluat de către compania-mamă pe baza a trei indicatori principali de performanță:

- Lansarea continuă a unei game largi de opțiuni terapeutice în România, sub forma medicamentelor inovatoare, destinate bolilor grave, medicamente de înaltă calitate, furnizate într-o manieră fiabilă – un partener de încredere pentru profesioniștii din domeniul medical.

- Crearea de parteneriate cu factorii de decizie (Ministerul Sănătății/CNAS/ Agenția Națională a Medicamentului) și asigurarea că pacienții pot avea acces la medicamentele de care au nevoie fără existența unei poveri financiare semnificative.

- Oferirea de sprijin și programe

de suport și educaționale destinate pacienților.

Tratamentele esențiale produse de Amgen au anumite costuri, justificate, fără îndoială, de anii de cercetări și investiții. Sistemul de sănătate, însă, nu dispune de foarte multe fonduri. Putem găsi o cale pentru a trata pacienții români?

Trăim în vremuri fără precedent, cu din ce în ce mai multe opțiuni de tratament disponibile, pentru o populație din ce în ce mai îmbătrânită. Trebuie să găsim o cale a și pacienții din România să poată beneficia de tratamentele de care au nevoie. Soluția este parteneriatul. Autoritățile, profesioniștii din domeniul medical și producătorii trebuie să găsească noi metode de a privi valoarea pe care inovația o aduce pentru pacienți, pentru familiile lor și pen-

tru societate, în general.

A existat o evoluție în ceea ce privește accesul: punctajul curent din metodologia pentru evaluarea tehnologiilor medicale este o metodă simplă pentru aprobarea compensării condiționate sau necondiționate a unui număr de medicamente. Metodologia cost-volum s-a dovedit a fi o metodă eficientă de a obține prețuri compensate mai mici pentru medicamentele noi și, în sfârșit, pentru prima dată după mulți ani, am auzit despre bunele intenții ale guvernului de a crește bugetul pentru medicamente în fiecare an.

Care este profilul unui lider de succes în domeniul farmaceutic? Cum se poate combina partea medicală cu afacerile?

După 20 de ani de activitate pe piața farmaceutică, am învățat că nu există o rețetă secretă a succesului, în afară de efort depus, dedicație, pasiune și credința că faci bine aproapelui tău. Mi-am început cariera în domeniul farmaceutic în 1998, ocupând mai multe poziții (în vânzări și marketing, resurse umane, probleme guvernamentale și acces pe piață), până când am devenit director general, învățând din culturile diferite ale câtorva companii farmaceutice de renume la nivel mondial. În fiecare zi, apreciez faptul că am primit șansa de

a lucra în această industrie care aduce, probabil, cele mai mari satisfacții. Fiind eu însămi medic și făcând parte dintr-o familie cu o puternică moștenire în ceea ce privește această profesie, consider că domeniul sănătății face parte din viața mea. Am realizat că, de fapt, noi nu vindem doar niște simple medicamente în domeniul farmaceutic, ci oferim speranță familiilor. În spatele fiecărei pastile, există o poveste de viață.

În prezent, Amgen vinde unul dintre cele mai avansate tratamente pentru mielomul multiplu. Din păcate, tatăl meu, medic fiind, a murit acum mult timp din cauza acestei boli, pe când nu erau disponibile prea multe opțiuni terapeutice. Mi-aș fi dorit ca el să fi avut la dispoziție produsul Amgen care astăzi a îmbunătățit rata de supraviețuire a unui număr semnificativ de pacienți, dar cu fiecare medicament comercializat astăzi de Amgen mă bucur că viața poate fi prelungită, iar acesta ar putea reprezenta un omagiu adus tatălui meu și altor pacienți ca el.

Odată ce înțelegem acest sentiment, nu există angajat în sectorul farmaceutic care să nu fie un lider. Afacerile vin de la sine, după aceea.

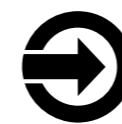
Care este abordarea dumneavoastră strategică, ca lider Amgen, și cum vedeți evoluția Amgen pe piața locală pe termen scurt și pe termen mediu?

Cuvântul-cheie este FOCUS. Concentrarea pe trei priorități, care pentru mine sunt foarte clare:

- 1) continuarea dezvoltării ariei oncologie-hematologie, concentrându-ne pe maladii severe, precum mielomul multiplu și cancerul colorectal;
- 2) să lansăm pe piață noi molecule în regim compensat, iar în acest context tratamentele noastre pentru osteoporoză și tratamentul cardio-vascular pentru dislipidemie reprezintă un standard la nivel global care, din păcate, nu este disponibil în prezent pentru pacienții din România. Dar nu renunțăm;
- 3) concentrarea pe cultura companiei și pe oamenii ei. Acestea sună ca niște cuvinte mari, dar de fapt se traduc în câteva acțiuni: să oferi un scop echipei (povestea de viață din spatele produselor comercializate), să încurajezi dialogul, transparența și feedbackul constant, să conduci cu integritate și să nu uiți niciodată că fiecare angajat din industria farmaceutică este un lider, odată ce scopul este înțeles cu adevărat. ☑

Complicațiile diabetului: DE ZECE ANI, PE LISTA DE AȘTEPTARE pentru transplant renal

DE VALENTINA GRIGORE



Un copil diagnosticat cu diabet la vârsta de doar 9 ani a devenit, 25 de ani mai târziu, un adult care așteaptă

transplantul de rinichi. Complicațiile unui diabet necontrolat dintr-o lipsă de susținere morală și financiară a familiei au făcut-o pe Mirela să bată la ușile medicilor din Cluj în speranța că va avea cineva suficient timp sau dorință de a-și ajuta seamănelul cât să îi analizeze dosarul. Nu s-a întâmplat acest lucru timp de mai bine de zece ani, iar ultima speranță a Mirelei este memoriul trimis către Ministerul Sănătății de Asociația Copiilor și Tinerilor Diabetici – Mureș (ASCOTID). Centrul Antidiabetic a decis să prezinte povestea Mirelei și, poate, povestea a sute de alte persoane aflate în situația ei.

Mirela a fost diagnosticată cu diabet zaharat tip 1 în anul 1993, când avea doar 9 ani. Fără mamă de la vârsta de 3 ani, într-o familie cu alți 7 frați mai mari de care avea grijă doar tatăl, Mirela nu a știut ce înseamnă o îngrijire adecvată a diabetului și nu a avut nici de la cine să învețe. „Nu știam ce înseamnă complicațiile diabetului. Nu aveam bani de teste, nu știam ce glicemii am și cum să le corectez. Tatăl nostru a murit într-un accident când eu aveam 15 ani și, fiind atât de mulți frați, iar eu cea mai mică, m-a crescut sora mai mare, dar munceam foarte mult având grijă de casă. Situația mea s-a înrăutățit în timp și, în 2007, din cauza insuficienței renale cronice, am început dializa la

Târgu Mureș. Tot atunci, am mers la Institutul de Transplant Renal de la Cluj-Napoca, pentru înscriere în programul de transplant renal”, ne-a povestit Mirela.

Din acel moment, au trecut mai bine de zece ani și jumătate, cu vizite din trei în trei luni la Cluj, toate, în zadar. „Mi se spunea că nu am donator compatibil din cauza grupei de sânge – A2 pozitiv – care, ziceau ei, este o grupă foarte rară. Dar eu știam că nu spun adevărul. Au trecut zece ani și jumătate și n-am fost chemată”, a continuat ea. Miracolul, dacă se poate spune așa, a venit anul acesta, când a fost chemată la Institutul de la Cluj și a trebuit să facă analizele premergătoare transplantului – Angio

CT (care a costat-o 2.000 de lei) și Cistoscopie. Și așteptarea continuă.

„Probabil, mă vor mai chema peste un an și mă vor pune să fac din nou analizele, că acestea au expirat”, este teama Mirelei.

Sleită de puteri, ea a apelat din nou la Rodica Molnar, președintele ASCOTID. „Tot doamna Rodica m-a ajutat, la cinci ani după ce am intrat pe dializă, să obțin pensia de handicap. Acum am bani de teste, iau tratamentul. Însă rinichii nu se mai vindecă. La fiecare două zile, merg 100 de kilometri până la centrul de dializă. Dacă nici cu memoriu la minister nu se rezolvă nimic, nu știu ce mai am de așteptat”, mărturisește Mirela. ☑

Memoriu către MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



„Este un caz tare greu cu care m-am confruntat, orfană, de zece ani pe dializă. Nu putem să nu facem orice ne stă în putință pentru ea. Am ajutat-o ori de câte ori am putut. În urmă cu câțiva ani, am apelat la ministrul Eugen Nicolăescu, care a preluat dosarul ei, însă nu s-a finalizat, au primit-o la București la Institutul Fundeni, apoi a fost îndrumată din nou la Cluj. Acum, am trimis memoriul către Ministerul Sănătății în luna octombrie, dar încă așteptăm un răspuns. Mirela a fost un copil trist, acum este un adult greu încercat, dar ea e o persoană pozitivă, optimistă și are dreptul la viață, ea chiar luptă pentru asta, însă are nevoie de ajutor și, da, cred cu tărie că poate fi salvată, altfel o vor avea pe conștiință”, a declarat Rodica Molnar.

Tratamentul astmului sever, o nevoie medicală neacoperită în România

BOLILE RESPIRATORII REPREZINTĂ 8% DIN TOTALUL DECESELOR ÎN EUROPA ȘI CONSTITUIE A TREIA CAUZĂ DE MORTALITATE DUPĂ CEA GENERATĂ DE BOLILE CARDIOVASCULARE ȘI CANCER (POTRIVIT EUROSTAT – MARTIE 2018). ASTMUL BRONȘIC ESTE O BOALĂ CRONICĂ INFLAMATORIE, COMPLEXĂ PRIN SPECTRUL FENOTIPURILOR DESCRISE, CU IMPACT MAJOR ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII ȘI PREVALENȚĂ ÎN CREȘTERE – SE ESTIMEAZĂ CĂ, PÂNĂ ÎN 2025, LA NIVEL GLOBAL VOR EXISTA PESTE 400 DE MILIOANE DE PACIENȚI. ÎN ROMÂNIA EXISTĂ PESTE UN MILION DE CAZURI DE ASTM BRONȘIC, PREVALENȚA FIIND ESTIMATĂ LA 4-6%, POTRIVIT DATELOR ORGANIZAȚIEI MONDIALE A SĂNĂTĂȚII. 10% DINTRE CAZURILE DE ASTM BRONȘIC SUNT SEVERE, IAR PÂNĂ LA 40% DINTRE ACESTE RĂMÂN NECONTROLATE SUB TERAPIA STANDARD CU DOZE MARI DE CORTICOSTEROIZI INHALATORI, BRONHODILATATOARE CU DURATĂ LUNGĂ DE ACȚIUNE ȘI CORTICOTERAPIE ORALĂ. DE VALENTINA GRIGORE

De ce este important ca pacienții cu astm sever să-și poată controla cât mai bine boala? Cu toate că aceștia reprezintă doar 10% din totalul pacienților cu astm, analizele arată că povara economică aferentă astmului sever ajunge la 50% din costurile totale generate de boală. Astmul bronșic sever necontrolat este invalidant, cu exacerbări frecvente și risc de deces, pacienții suferind o deteriorare importantă a funcției pulmonare și a calității vieții.

Tratamentul acestei categorii de pacienți reprezintă o nevoie medicală încă neacoperită în România. Terapiile biologice dezvoltate în ultimii ani – o schimbare de paradigmă în managementul astmului sever – permit o abordare țintită, în funcție de fenotipul astmatic

identificat, pentru categorii de pacienți bine definite, și reduc povara economică generată. Prevalența în creștere, ponderea cazuisticii severe, dificil de controlat, cu risc crescut de deces, costul ridicat al exacerbărilor, inclusiv costul social generat de absenteism, au condus, în alte sisteme de sănătate, la o abordare standardizată, prioritară a astmului bronșic. În România, recunoașterea astmului sever ca prioritate națională, bazată pe diagnostic și tratament similare celorlalte categorii de boli cronice netransmisibile (cum sunt bolile cardiovasculare, bolile reumatologice etc.), cu nivel de compensare de 100% din prețul de referință, ar permite alinierea la standardele europene de îngrijire pentru pacienți și ar conduce la optimizarea costurilor de management al bolii.

„În majoritatea țărilor din Uniunea Europeană sunt disponibile terapii de ultimă generație, prin programe dedicate pacienților cu astm bronșic sever, care permit o abordare directă a mecanismelor patologice ale bolii, un control optim al simptomatologiei cu reducerea spitalizărilor determinate de exacerbări și îmbunătățirea considerabilă a calității vieții”, a afirmat Giuseppe de Carlo, director de proiecte în cadrul Federației Europene a Asociațiilor de Pacienți cu Alergii și Boli Respiratorii (EFA).

Înțelegerea astmului sever

Astmul bronșic este o boală cronică inflamatorie cu simptomatologie cu impact major asupra calității vieții, în special

în formele severe, cu prevalență estimată astăzi la peste 300 de milioane de pacienți la nivel global.

În ansamblu, astmul bronșic este privit ca o afecțiune controlabilă, dar complexă prin spectrul fenotipurilor descrise, ceea ce constituie o problemă de sănătate publică în toate țările, indiferent de nivelul de dezvoltare. Astmul bronșic sever rămâne o arie încă insuficient gestionată, cu un mare potențial de îmbunătățire a răspunsului terapeutic.

Abordarea recomandată de ghidurile internaționale de management al astmului a evoluat în decursul timpului de la una centrată pe severitatea simptomatologiei către aplicarea unui algoritm terapeutic ce vizează intensitatea tratamentului necesar pentru controlul fiecărei trepte de severitate a bolii. Terapia optimă a astmului bronșic presupune un

proces continuu de monitorizare a simptomatologiei, ajustare a tratamentului, într-o treaptă superioară/inferioară, asociere a unui nou medicament și evaluare a răspunsului terapeutic, cu obiectivul de a asigura controlul simptomelor și reducerea riscului de exacerbări.

Majoritatea pacienților au o evoluție bună cu simptomatologie controlată sub terapia convențională cu bronhodilatatoare și corticosteroizi inhalatori pentru controlul inflamației și reducerea atacurilor astmatice. Lipsa de răspuns la terapia standard în condițiile unei aderențe bune la tratament poate semnala o formă severă de astm.

În practica clinică s-a observat că până la 40% dintre pacienții cu astm bronșic sever sunt necontrolați, au boală debilitantă cu prezență de simptome noc-

turne, afectarea activităților zilnice uzuale, crize astmatice frecvente, deteriorare semnificativă a funcției pulmonare, risc crescut de exacerbări care necesită intervenție medicală specializată în serviciile

de urgență sau spitalizare și au risc de deces. O parte dintre acești pacienți sunt utilizatori cronici de corticoterapie orală, cu risc pentru o serie de complicații severe ca diabet zaharat, cataractă, osteoporoză, hipertensiune arterială sau depresie.

Un sondaj la nivel european a arătat că aproape 70% dintre pacienții cu astm bronșic sever sunt nevoiți să-și limiteze activitatea fizică. Calitatea vieții este mult deteriorată, simptomatologia are impact asupra relațiilor personale, viața familială, profesională, precum și rutina zilnică, ceea ce reprezintă o povară fizică, dar și socio-economică considerabilă. Comparativ cu restul pacienților, terapia acestei categorii particulare cu astm

sever necontrolat rămâne o nevoie neacoperită în România, antrenează costuri mari de sănătate, analizele economice efectuate raportând un număr anual de până la zece ori mai mare al zilelor de spitalizare, comparativ cu astmul controlat, și un cost anual total pentru un pacient cu astm sever necontrolat de 2 până la 4 ori mai mare, comparativ cu un pacient cu astm controlat.

Schimbare de paradigmă în terapia astmului bronșic sever

În ultimul deceniu, nivelul cunoașterii și înțelegerii științifice în astmul sever, precum și dimensiunea/impactul bolii au progresat considerabil. Rezultatele cercetării mecanismelor patologice, care contribuie la complexitatea astmului, au condus la o mai bună caracterizare a fenotipurilor astmatice cunoscute, prin înțelegerea și identificarea particularităților inflamației, a unor biomarkeri specifici acesteia și a corelației cu evoluția și severitatea bolii. S-au dezvoltat terapii biologice noi cu abordare țintită a fenotipurilor astmatice pornind de la existența biomarkerilor caracteristici care permit individualizarea tratamentului la tipul inflamației identificate.

Abordarea personalizată a astmului sever necontrolat cu medicație standard prin adăugarea unui medicament biologic, în funcție de fenotip (eozinofilic, alergic), reprezintă o schimbare de paradigmă în astm, de la terapia de ameliorare a simptomelor la adresarea directă a mecanismelor patologice, ceea ce permite un control optim al simptomatologiei cu reducerea exacerbărilor astmatice și a spitalizărilor. Utilizarea terapiilor biologice în astmul sever, la pacienți identificați cu eozinofilie, cunoscută a fi corelată cu formele necontrolate de boală cu evoluție invalidantă, răspunde unei nevoi medicale neacoperite, permite scăderea dozelor de corticoterapie orală și a riscurilor asociate, îmbunătățește semnificativ calitatea vieții și reduce povara socio-economică generată de managementul acestei categorii de pacienți.

Mai multe informații despre astmul sever și care este perspectiva pacienților, specialiștilor din domeniu, dar și a autorităților, veți regăsi în ediția specială a revistei Politici de Sănătate cu tema „Spune NU astmului sever!”. ■

e-HEALTH, prioritate pentru mandatul european de anul viitor

DE ROXANA MATICIUC

Care sunt obiectivele CNAS pentru perioada în care România va deține președinția Consiliului Uniunii Europene?

Deținerea președinției rotative a Consiliului Uniunii Europene este o responsabilitate care poate fi transformată într-o oportunitate. Dar nu vorbim doar de ce vom face pe perioada președinției, ci, mai important, despre cum valorificăm acest moment pentru a pune lucrurile într-o perspectivă favorabilă atât europeană, cât mai ales națională.

La ora actuală, unul dintre principalele obiective ale CNAS este creșterea accesului persoanelor asigurate la medicamente și servicii medicale. Se impune o atenție distributivă cu măsuri care să ajungă să minimizeze sau chiar să elimine riscul de discontinuitate a medicamentelor esențiale de pe piață, concomitent cu facilitarea accesului pacienților cu afecțiuni grave la medicamentele noi, inovative, la tratamentele de ultimă generație. Aceasta este de fapt și una dintre prioritățile mandatului european de anul viitor. De aceea, în ultimele luni au fost introduse zeci de substanțe active noi pe lista medicamentelor compensate și gratuite. Unele dintre aceste medicamente sunt introduse necondiționat pe listă, altele, condiționat de încheierea de contracte cost-volum. Tot în scopul creșterii accesului pacienților la medicamentele inovative, am revizuit legislația care reglementează contractele de tip cost-volum/cost-volum-rezultat.

Totodată, CNAS intenționează să dezvolte platforma informatică PIAS prin extinderea utilizării Dosarului Electronic de Sănătate și la acei furnizori de servicii medicale care în prezent nu folosesc acest instrument informatic, precum și prin proiectul de informatizare a certificatelor de concediu medical și a biletelor de trimitere. Pentru un alt proiect informatic, Open Source Healthcare Insurance Gateway for EESSI (OSHIG), care va permite trecerea de la schimbul de informații și documente prin poștă la cel exclusiv electronic cu instituțiile omoloage CNAS din alte state UE, instituția a obținut deja finanțare europeană de

aproape un milion de euro. Acest proiect, care se va derula pe perioada mandatului României, reprezintă o aliniere la standardele comunitare.

Lucrăm la un proiect care va asigura creșterea calității deciziilor care se adoptă la nivelul instituției, prin dezvoltarea de instrumente moderne de analiză a datelor colectate de Platforma Informatică a Asigurărilor de Sănătate. Acest proiect care se va derula pe parcursul a trei ani și este finanțabil din fonduri europene prin Programul Operațional Capacitate Administrativă, în limita a 350 de milioane de lei, va permite fundamentarea pe baze științifice a deciziilor de management, a politicilor de sănătate publică, având la bază studii și rapoarte de analiză aprofundată a sutelor de milioane de date informatice de care dispunem. Este vorba de un proiect complex care va viza printre altele planificarea strategică, creșterea calității serviciilor publice, dar și reducerea birocrăției, simplificarea procedurilor în relația cu asigurații și cu furnizorii de servicii medicale.

În urmă cu câteva luni, se crease un haos în jurul valabilității cardurilor de sănătate. În cele din urmă, ați propus prelungirea cu doi ani a acestor carduri. Însă având în vedere că vorbim despre un sistem național, există nevoia predictibilității, a siguranței și a evitării acțiunilor pompieristice. Ce se poate face pentru a nu ajunge din nou în aceeași situație?

Soluția găsită pleacă de la termenul de valabilitate al cipului de pe card. Acesta a permis extinderea valabilității pentru o perioadă de încă doi ani a cardurilor aflate în uz și a creat o nouă regulă pentru cardurile nou-emise care, începând cu acest an, au o valabilitate de șapte ani. Economii realizate au fost semnificative, undeva în jurul sumei de 270 de milioane de lei. Deși blamată pentru sincopile în funcționare, platforma informatică a sistemului de asigurări de sănătate din care face parte și cardul electronic a adus economii semnificative

+ INTERVIU CU RĂZVAN VULCĂNESCU, PREȘEDINTE CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE



la buget și a creat premisele construcției unui sistem pe care alte state europene abia acum se străduiesc să îl implementeze.

Ați luat în calcul până acum mai multe variante de îmbunătățire a mecanismului de plată a taxei clawback. Există inclusiv o comisie pentru revizuirea aspectelor care reglementează contribuția trimestrială. Când vor fi prezentate rezultatele concrete în urma discuțiilor și negocierilor care au avut loc până acum?

Pentru că vorbeam mai devreme de accesul pacienților la medicamente, este important de menționat că suntem în pragul unui moment istoric, reușind să parcurgem pași importanți în revizuirea mecanismului claw-back. S-a ajuns deja la o concluzie, și anume ca modificarea mecanismului clawback să se facă în două etape. Recent, am propus ajustarea bugetului de referință trimestrial prin indexarea în funcție de coeficientii de inflație, iar în cea de-a doua etapă va fi revizuit mecanismul propriu-zis, respectiv formula de calcul a contribuției.

Ați început demersurile pentru ca Dosarul Electronic de Sănătate să devină operațional și utilizabil. În ce stadiu sunteți acum cu acest proiect?

Prin decizia dată, Curtea Constituțională nu ne-a cerut să oprim sistemul informatic, ci să revizuiem legislația pe baza căreia acesta funcționează. Astfel, am elaborat proiectul de reglementare a Dosarului Electronic de Sănătate în conformitate cu decizia Curții, acesta a fost aprobat de Guvern și transmis Parlamentului spre dezbateră și adoptare, urmând ca, la finalul acestui proces, reglementarea să devină un titlu nou al Legii 95/2006. În ceea ce privește sistemul informatic propriu-zis, după finalizarea procesului legislativ vom putea să intrăm în etapa extinderii acestuia la acei furnizori de servicii medicale care în prezent nu îl folosesc.

Tot acum, CNAS se află la un moment de bilanț aparte. Cum ar arăta, pe scurt, acest bilanț?

Probabil puțină lume își amintește, dar alături de centenarul Marii Uniri, în luna decembrie 2018, sistemul de asigurări sociale de sănătate și, respectiv, CNAS, împlinesc 20 de ani. Putem spune, deci, că instituția a ajuns la vârsta maturității, iar evoluția a fost exponențială în aceste două decenii. Spre exemplu, în primul an de funcționare a instituției, întregul buget era de aproximativ un miliard de euro, iar astăzi am ajuns să gestionăm un buget de



peste 7 miliarde de euro. În 1999, preluam finanțarea unui sistem sanitar instabil, care amenința să se dezintegreze, deoarece vechile mecanisme ale epocii comuniste nu mai funcționau, dar nici nu apăruseră noile mecanisme adaptate economiei de piață. Nu aveam în gestionare programe de sănătate, nu finanțam concediile și indemnizațiile medicale, iar tratamentele în străinătate păreau la acel moment de domeniul utopiei. Treptat, s-au adăugat noi activități, iar astăzi avem 14 programe naționale de sănătate în care sunt înscrise circa un milion de bolnavi cu afecțiuni dificile. Spre exemplu, doar într-unul dintre programe, cel de boli rare, s-a început cu trei boli și câțiva pacienți, iar astăzi acesta acoperă 26 de afecțiuni și susține sănătatea a mii de pacienți. Am introdus tehnologii moderne pentru bolnavii de diabet, acei senzori electronici de măsurare continuă a glicemiei și acele pompe automatizate de insulină, iar pentru bolnavii de amiotrofie

spinală am început recent finanțarea unui tratament de ultimă oră, deosebit de costisitor, un medicament care costă 70.000 de euro pe doză.

Care sunt planurile dumneavoastră pentru viitorul apropiat?

CNAS își schimbă atitudinea! Trebuie să plecăm de la premisa, adevărată, că este nevoie de un alt fel de a comunica. Tehnologia o impune, contextul o impune, nevoia oamenilor o impune, însuși modul cum a fost făcută până acum o impune. Se cereau o nouă abordare, o nouă deschidere, oameni noi și idei noi și mă bucur că acest lucru s-a concretizat prin cooptarea în echipa CNAS a lui Daniel Osmanovici. Cei 13 ani în televiziune, proiectele legate de familie și aplecarea către sport sunt câteva dintre chestiunile care fac parte din schimbarea paradigmei pe care mi-o doresc de ceva vreme. CNAS este o instituție care funcționează sub imperiul sentimentelor, pentru că este despre viață și despre suferință, și de aici misiunea

pe care o are este una dificilă și uneori similară cu a lui Sisif – oricâte fapte bune ai face, este nevoie de unul singur, nu la fel de bun, pentru ca totul să trebuiască să fie luat de la capăt.

Am vorbit despre tehnologie și comunicare. În era în care rețelele de socializare sunt principalele canale de informare ale publicului, internetul fiind locul unde căutăm răspunsuri la tot și considerăm că este și rezolvarea tuturor problemelor, CNAS a decis să își schimbe imaginea. Simplu spus, căutările online, traficul crescut de pe terminalele de tip smartphone necesită o altă viziune, pe care am început-o printr-o abordare diferită a informațiilor de pe pagina de Facebook, care continuă cu un nou portal în locul site-ului actual și o diversificare a prezenței în online și prin intermediul altor rețele sociale. Schimbarea și îmbunătățirea site-ului sunt cu atât mai necesare cu cât anul 2019 este marcat de președinția rotativă, iar aducerea acestor capacități informatice la nivel european se impunea cu atât mai mult. Dincolo de o nouă interfață, este vorba de un conținut îmbunătățit și îmbogățit, www.cnas.ro devenind astfel o sursă de informare autorizată și avizată în domeniul sănătății.

Și nu ne vom opri aici, ne vom mări prezența în sfera online și vom continua să legăm parteneriate în offline care să demonstreze abordarea clară a noii viziuni a CNAS, legată de prevenție și educație. Am început cu asociațiile de pacienți, cu Institutul Sportiv Român, apoi cu Institutul Național de Statistică și UNICEF, iar lista continuă. Conform principiului «Carpe Diem», ne dorim să valorificăm fiecare oportunitate prin care să maximizăm efectele măsurilor luate în folosul pacienților.

România este un model de bune practici pentru alte țări în ceea ce privește lupta împotriva hepatitei C. Care a fost numărul real de pacienți tratați pe contractele anterioare și care sunt planurile pentru acest nou contract cost-volum-rezultat? ■

...

INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

„Toate substanțele sunt otrăvuri; nu e una care să nu fie otrăvă. Doza corectă e cea care diferențiază otrava de remediu.”
PARACELSUS - PĂRINTELE TOXICOLOGIEI



CONFERINȚA NAȚIONALĂ

GENDER MEDICINE

IMPACTUL XENOBIOTICELOR ASUPRA SĂNĂTĂȚII

SĂNĂTATE MEDIU ALIMENTAȚIE

A IV-A EDIȚIE, 16-17 MAI 2019

Sub auspiciile Comisiei pentru Sănătate Publică, Senat, și sub egida Secției de Toxicologie (afiliată EUROTOX) a Societății de Științe Farmaceutice din România și a Asociației de Psihofarmacoterapie și Științe Cognitive (APSC)

CURSURI PARALELE

- A. Produsele cosmetice. Mituri și adevăruri despre toxicitate
- B. Epigenetica: noțiuni introductive

SESIUNI PLENARE

- Politici și strategii pe mediu, sănătate și alimentație din perspectiva Gender Medicine
- Disruptorii endocriini: diferențe de sex în dezvoltarea și manifestarea efectelor nocive
- Genul în sănătatea publică și în prevenție. Ce știm și Cum implementăm?
- Epidemiologia bolilor cronice în funcție de gen
- Capcanele Frumuseții. Siguranța și eficacitatea produselor și intervențiilor de înfrumusețare, în funcție de gen
- Provocarea Bolilor cronice - Diagnostic și Tratament diferențiat pe genuri

COMITET ȘTIINȚIFIC ȘI DE ORGANIZARE:

PREȘEDINTE: Conf. Univ. Dr. Carolina Negrei • Șef lucrări Dr. Farm. Miriana Stan
VICEPREȘEDINȚI: Conf. Univ. Dr. Psih. Barbara Crăciun • Conf. Univ. Dr. Farm. Dumitru Lupuliasa
PREȘEDINTE COMITET ȘTIINȚIFIC: Acad. Prof. Univ. Dr. Farm. George Burcea
PREȘEDINTE COMITET DE ORGANIZARE: Conf. Univ. Dr. Farm. George Burcea

DETALII PRIVIND TAXA DE PARTICIPARE ȘI MODALITĂȚI DE ÎNSCRIERE: alexandra.paiu@politicidesanatate.ro

MANAGEMENT
LOGISTIC & COMUNICARE

Revista
POLITICI
DE SĂNĂTATE
Dăm cuvântul specialiștilor

+ INTERVIU CU **ADRIAN IONEL**, DIRECTOR GENERAL UNIFARM

„STATUL ROMÂN AR TREBUI SĂ INVESTEASCĂ MULT MAI MULT în dezvoltarea de noi fabrici de medicamente și vaccinuri în România”

DE ROXANA MATICIUC

Care este rolul Unifarm și până unde se poate implica această companie atunci când apare o problemă în piață?

Rolul Unifarm este împărțit pe mai multe componente:

- de a interveni în situații de criză - în momentul în care ceilalți producători sau distribuitori din piață se retrag, în momentul în care medicamentele prezintă risc de discontinuitate și pacienții sunt afectați în mod direct, Ministerul Sănătății ne solicită implicarea, iar în acel moment intervenim în regim de maximă urgență în procedura de nevoi speciale și aducem medicamentele necesare. Numai la inițiativa ministerului putem interveni, altfel nu. Noi putem doar semnaliza anumite probleme din piață. Bineînțeles, ca orice procedură, și aceasta este perfectibilă, dar spre deosebire de o autorizare de punere pe piață care poate dura până la doi ani, uneori și peste, această procedură durează, în cel mai rău caz, în jur de o lună, ceea ce limitează extrem de mult timpii morți și gradul de afectare al pacienților.

- concurența de piață - trebuie să ne asigurăm sustenabilitatea companiei, compania fiind o firmă



de drept privat al statului, autofinanțată, din venituri extrabugetare. Ne-am format un nume în ultimii șase ani, trecând de la o firmă falimentară la o firmă de top în acest moment, fiind lideri de piață pe cel puțin trei segmente dintre care amintim imunoglobulinele sau izotopii radioactivi, dar fără a ne limita la aceștia.

- monitorizare în timp real a lucrurilor și problemelor sistemului de aprovizionare
- de asigurare a trasabilității produselor și a asigurării circuitului în condiții de frig a medicamentelor, serurilor și vaccinurilor în România, cel puțin a celor care sunt în programele naționale de sănătate derulate de Ministerul Sănătății și de Casa de Sănătate.

Ați spus că acționați în situații de criză. Puteți face și ceva preventiv, ca să nu se ajungă la acele momente de criză?

Dacă la început făceam acest lucru doar la solicitare și doar în caz de apel, în acest moment derulăm acțiuni preventive și monitorizăm piața, consumurile, stocurile unor spitale care sunt critice pentru pacienți, ne asigurăm că avem în bazele de date permanent distribuitori sau producători care pot să ne furnizeze produsele necesare în caz de situații de criză. Monitorizăm atât uman, cât și software anumite discrepanțe și discontinuități care pot apărea, iar acest lucru, din punctul meu de vedere, se numește prevenție. Mai mult, încercăm să facem și o mai bună armonizare a cadrului legislativ astfel încât să ne permită timpi mai mici de intervenție.

Aveți tot ceea ce vă trebuie la nivel de resurse umane, de echipamente software, hardware ca să vă desfășurați activitatea sau vă trebuie mai mult?

Noi am trecut dintr-o era a unui Unifarm arhaic și total anacronic, într-un Unifarm 2.0, bazat pe soluții tehnologice de ultimă generație, pe mobilitate, pe oameni cu un înalt nivel de pregătire profesională, dar care se perfecționează constant. Îmi doresc că creăm huburi zonale ale acestei companii pentru micșorarea timpilor de intervenție de la nivelul țării de la 48 de ore la maximum cinci-șase ore.

Văzând atâtea instituții publice afectate de schimbările politice, nu pot să nu mă întreb dacă nu este sau nu va

fi acesta și cazul Unifarm. Este afectată în vreun fel această instituție de ceea ce se întâmplă în jurul ei?

Unifarmul este singura dintre instituțiile Ministerului Sănătății care are un management numit în baza unei ordonanțe corporatiste. Managementul nostru este numit prin concurs în baza OUG 109/2011, Ordonanța Corporatistă. Cei mai mulți dintre noi, din echipa de management, venim din domeniul privat și am aplicat la stat procedurile pe care le-am exersat o viață întreagă în experiențele anterioare. Da, schimbările politice ne afectează compania și este inevitabil acest lucru pentru că se rupe continuitatea unui program, a unor măsuri luate de predecesorul ministrului nou numit sau a partidului nou numit. Nu mai există predictibilitate în momentul schimbărilor foarte dese.

Și totuși ce s-a întâmplat în momentele în care au existat astfel de discontinuități?

La criza imunoglobulinei, de exemplu, există niște investigații la nivel european și național pentru o presupusă asociere de tip cartel în vederea obținerii de foloase de către producătorii europeni de imunoglobulină. Practic vorbim despre o falsă criză a medicamentelor sau a imunoglobulinei. Unele sunt crize generate de sistemul nostru, unele sunt generate de shortage-uri la nivel internațional, altele sunt crize generate de probleme de fabricație ale unui producător care este unic la nivel mondial sau european și atunci trebuie să avem permanent în vedere o soluție alternativă. În cazul producătorilor unici la nivel mondial este cel mai dificil să faci ceva de genul acesta. Păreră mea este că **statul român ar trebui să investească mult mai mult în dezvoltarea de noi fabrici de medicamente și vaccinuri în România.** Ar fi mult mai ok să dezvoltăm parteneriatele public-private și în acest fel vom beneficia și de capital străin în România, vom beneficia și de expertiza unor experți străini care vor putea reprofesionaliza foarte mulți dintre oamenii noștri, vor putea dezvolta echipe mixte și ne-am putea gândi la un viitor al producției de medicamente și farmaceutice în România, în general.

Cum vedeți dispariția unor medicamente de bază? De exemplu pentru epilepsie dispar medicamente

de bază, dar mai sunt și altele, cu siguranță.

Credeți? Vă dau un singur exemplu în care am fost direct implicați: un producător de pe piață a retras un produs din aria de terapie a epilepsiei în momentul în care nu a obținut de la Ministerul Sănătății dublarea, practic, a prețului. Am fost sesizați pe apel de urgență să rezolvăm problema, am găsit un produs cu un preț mai mare cu circa 5% decât vechiul preț al acestui competitor pe piață. În momentul în care au văzut că noi am adus și am umplut piața cu produsul respectiv, au revenit în piață. Acest lucru se întâmplă foarte des, cam 70-80% dintre cazurile din România așa sunt.

Cum ați reușit să ridicați compania de la una falimentară la una care să fie profitabilă și să reziste așa?

Foarte greu! Bubele au fost în toate domeniile. În primul an și jumătate nu era zi să nu explodeze vreo problemă din trecut - de la finanțare, la calitatea personalului, lipsa mijloacelor tehnice, până și la calitatea spațiului de lucru în sine era o problemă. Lipsa credibilității a fost cea mai mare problemă a acestei companii. Acolo a trebuit să lucrăm cel mai mult. Erau furnizori lipsiți de încredere că această companie ar putea face ceva sau ar putea să le returneze banii datorati la timp. Din fericire, foarte mulți oameni din piața farma mă cunoșteau din perioada anterioară în care am activat în piața farma și mă știu ca un om de cuvânt, un om care și-a respectat întotdeauna promisiunile și cuvântul dat a fost mai mult decât orice contract semnat. Astfel am reușit să dobândim contracte în condiții comerciale avantajoase, astfel încât am putut să generăm bani din aceste contracte din care să reinvestim și să construim compania. Am reinvestit banii aceștia în oameni, în pregătirea lor profesională, în sisteme hardware și software performante, mobile, care să ne ajute.

Ați declarat în repetate rânduri că nu vă doriți să acaparați piața prin nevoile speciale. De ce? ☒

...

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro



INTERVIU CU **DR. FLORIN ORȚAN**, MEMBRU ÎN
COMISIA PENTRU SĂNĂTATE ȘI FAMILIE, SENAT

„Suntem în stare să fim de acord să finanțăm o parte a sistemului sanitar doar ca să existe?”

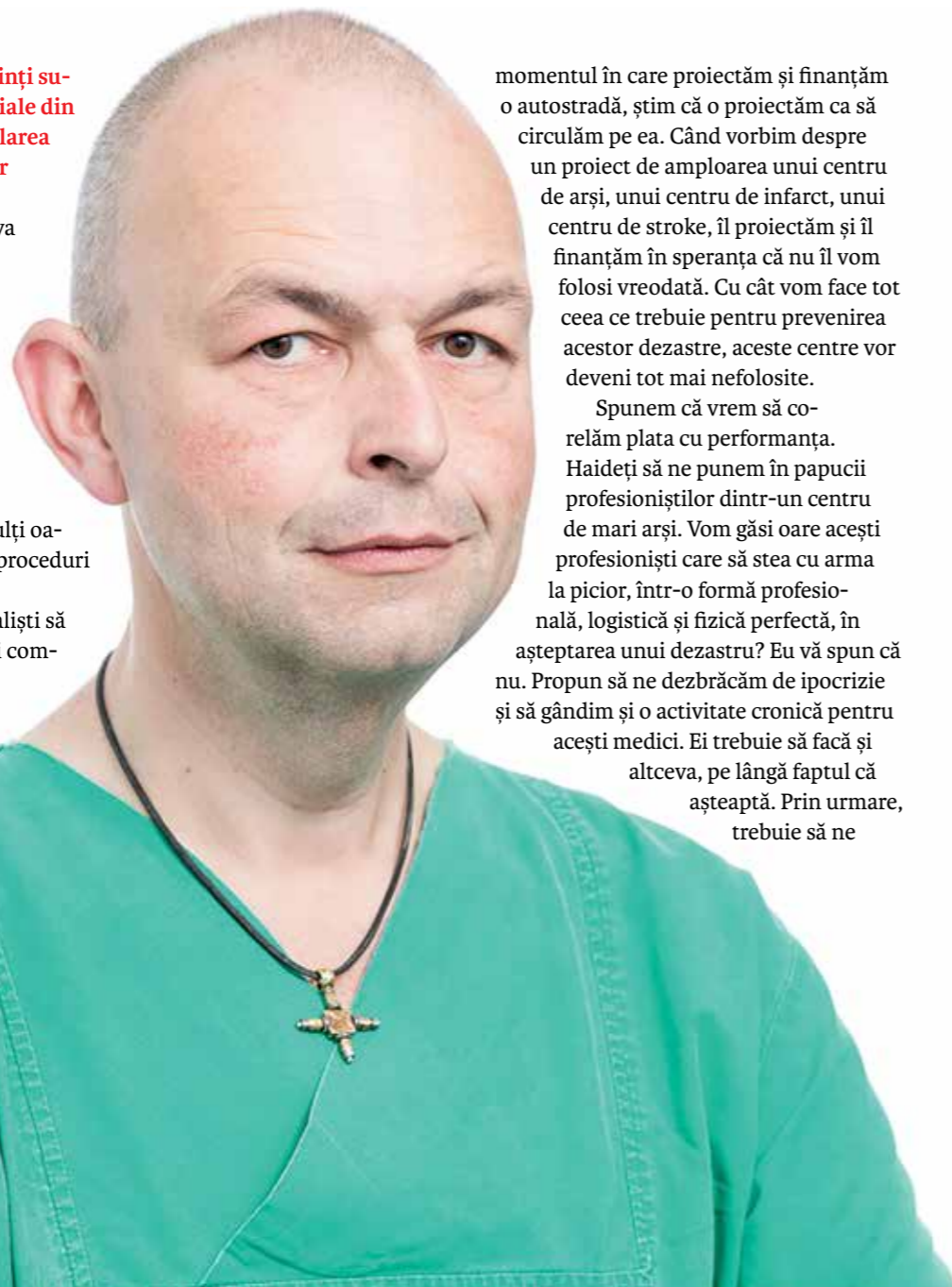
DE ROXANA MATICIUC



Unul dintre cele mai fierbinți subiecte după măririle salariale din sistemul de sănătate: corelarea plății cu performanța. S-ar putea face acest lucru?

Probabil că va trebui să definim câteva specialități ai căror indicatori de management să nu fie legați indisolubil de adresabilitate. Logistica într-un spital de arși este mai complicat de construit decât o autostradă. O autostradă este un proiect de construcții și de obicei toate lucrurile acestea sunt standardizate, sunt tehnice. Un centru pentru marii arși, de exemplu, este tehnologie, manpower supradimensionat: foarte mulți oameni, foarte multe clădiri, foarte multe proceduri (de îngrijire, de alarmare etc.).

Important este: suntem destul de realiști să acceptăm că acest proiect, care este mai complex decât o autostradă, ideal este să fie nefolosit? Lăsând ipocrizia la o parte, suntem în stare să fim de acord să finanțăm o parte a sistemului sanitar doar ca să existe? În



momentul în care proiectăm și finanțăm o autostradă, știm că o proiectăm ca să circulăm pe ea. Când vorbim despre un proiect de amplouarea unui centru de arși, unui centru de infarct, unui centru de stroke, îl proiectăm și îl finanțăm în speranța că nu îl vom folosi vreodată. Cu cât vom face tot ceea ce trebuie pentru prevenirea acestor dezastre, aceste centre vor deveni tot mai nefolosite.

Spunem că vrem să corelăm plata cu performanța. Haideti să ne punem în papucii profesioniștilor dintr-un centru de mari arși. Vom găsi oare acești profesioniști care să stea cu arma la picior, într-o formă profesională, logistică și fizică perfectă, în așteptarea unui dezastru? Eu vă spun că nu. Propun să ne dezbrăcăm de ipocrizie și să gândim și o activitate cronică pentru acești medici. Ei trebuie să facă și altceva, pe lângă faptul că trebuie să ne

asumăm că în acest centru de mari arși se vor face și operații estetice la doamne.

Eu sunt cardiolog intervenționist și conduc în Brașov un centru de infarct. În secunda în care vine pacientul cu infarct, în primele 12 ore de la debutul simp-tomatologiei, se declanșează un întreg mecanism de alarmare. Doctorul vine de acasă, asistentele, la fel. Dacă prevenția ar funcționa corespunzător în România, și numărul de infarcte ar scădea foarte mult și nu am mai avea 60 de infarcte pe lună, cum avem acum, ci două, ne-am mai justifica activitatea conform unor indicatori tehnico-economici? Eu vă spun că nu, în schimb cele două infarcte ar deceda.

„Nu muncesc atât cât sunt plătiți!” „Scurgeri enorme de bani în sistem!” Pe pompieri îi plătim să stingă incendii, dar noi ne dorim să nu existe niciun incendiu. Nu putem să punem sub semnul întrebării finanțarea armei care se numește pompier din cauză că nu am mai avut dezastre de mult.

Lucrați într-un spital unde sunteți șef de secție. Cum faceți raportarea infecțiilor nosocomiale, având în vedere marea vâlvă care se creează în jurul creșterii numărului de cazuri raportate?

Până acum doi ani, șeful de secție era pedepsit, dacă raporta infecții nosocomiale. Cei din media au început să tragă semnale de alarmă, iar sistemul a început să reacționeze, deși nu am ajuns încă la performanța sistemelor stabile, occidentale. Ar fi normal ca șeful de secție să fie recompensat ca să fie vigilent. Suntem încurajați să raportăm, însă nu recompensați.

De ce credeți că în ultimele două luni au explodat infecțiile nosocomiale în spitale?

Au explodat pentru că raportăm și probabil că sunt mult mai multe decât raportăm în prezent. Dar până nu o să știm magnitudinea problemei, nu o să știm cât de mari vor fi modificările legislative și cele de infrastructură. Ar trebui să ne punem în papucii tagmei și să vedem că acum, când am început să raportăm infecții nosocomiale, societatea civilă ne pune din nou la zid. Opinia publică este dezinformată de o anumită parte a medicilor care spun că au crescut infecțiile nosocomiale. Nu au crescut destul încă. Haideti să încurajăm corpul profesional să raporteze în continuare, pentru că aceste

creșteri nosocomiale din raport sunt bune și reflectă, încă subdimensionat, realitatea din teren: Cu cât raportarea infecțiilor nosocomiale se va apropia de 100%, cu atât vom avea o imagine mai fidelă a situației și ne vom putea cuantifica mai exact magnitudinea măsurilor necesare.

Comisia are printre obiective schimbarea modului de alimentație a populației din România. Care sunt planurile, mai exact?

Comisia are ca plan primordial însănătoșirea modului de alimentație. Producătorilor trebuie să le dai două variante: dacă ieși din anumite standarde de alimentul, de exemplu zahărul,



dacă îți menții 40 de grame la 1.000 de mililitri, nu te pot obliga prin lege să scazi, dar îți aplic o supraacciză, ca la țigări, o suprataxă care merge în sănătate. Prin urmare, ai 12 luni să îți conformezi rețeta potrivit acestor reguli, iar dacă te supui, nu plătești nimic. Va fi o accizare în trepte și îi dai ocazia să își cântărească profitabilitatea versus taxarea. Avem un milion și jumătate de diabetici declarați, dar probabil că sunt undeva la două-trei milioane, iar dacă vom continua așa, în zece ani vom avea peste cinci milioane de diabetici. Nu putem să ducem această povară numai din taxele și impozitele pe sănătate, pentru că nu se datorează doar biologiei asiguratului. Este și din cauza noxelor alimentare la care suntem supuși. Aceste noxe trebuie taxate și introduse în bugetul sănătății astfel încât noi să putem trata bolnavii care rezultă în urma consumului excesiv de zahăr, de acizi nesaturați sau de sare.

Ce alte proiecte aveți acum în lucru?

Pregătim un act normativ care să legitimeze obligativitatea ca un spital județean de urgență sau spital regional să aibă un

coma-center. În acest moment, activitatea secțiilor de terapie intensivă din România este blocată de o patologie fără șansă, cu o necesitate de pregătiri minime, pacienți care trebuie îngrijiți undeva. În acest moment, singurul loc în care se poate face acest lucru este pe secția de terapie intensivă, pentru că oamenii aceștia sunt ventilați, întorși de pe o parte pe cealaltă, dați cu cremă să nu facă escare, hrăniți parenteral. Deci sunt pacienți cu cancer în stadiu terminal, cu organisme epuizate de îmbătrânire, de stopuri cardio-respiratorii resuscitate tardiv etc.

În urma acțiunii prioritare AP-ATI, secțiile de ATI din România au devenit excepțional de bine finanțate. În acest moment, ne-a crescut foarte mult calitatea îngrijirilor, oamenii fără șanse sunt mult mai mult timp îngrijiți și astfel am ajuns la internări de două sau trei luni. Avem saltele antiescară, avem filtre speciale pentru ventilat, nu se mai infectează atât de ușor pulmonar, avem

catetere argintate care sunt antibacteriene. Drept urmare, acești bolnavi care, din nefericire, sunt irecuperabili, sunt tratați în spital câte două-trei luni. Problema este că noi nu am mers în paralel cu progresul medicinei și al performanței. Trebuia să ne gândim că toate aceste îmbunătățiri pe secțiile de ATI vor duce la astfel de performanțe și că acest lucru va însemna o spitalizare mult mai lungă.

Care a fost declucul care v-a făcut să intrați în politică?

Pentru asemenea decizii nu există o singură motivație. Când am intrat în politică, aveam 45 de ani. Deci eu mi-am adus cariera în politică, nu mi-am făcut cariera la politică.

Sunteți subordonat partidului din care faceți parte? ❏

...

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro



INTERVIU CU **PROF. DR. BOGDAN OVIDIU POPESCU**,
PREȘEDINTE ȘI MEMBRU FONDATOR AL SOCIETĂȚII DE NEUROLOGIE DIN ROMÂNIA

Dacă s-ar interveni eficient, s-ar evita nu mai puțin de 70% din cazurile de AVC

DE ROXANA MATICIUC



Care ar trebui să fie rolul societăților profesionale în medicina românească și ce relație ar trebui să existe între ele și comisiile Ministerului Sănătății, de exemplu, dar și alte instituții ale statului?

Pentru medicină, societățile profesionale reprezintă o autoritate foarte importantă în specialitatea respectivă. Practic, societățile profesionale sunt cele care agrează ghiduri de diagnostic și de tratament, organizează toată activitatea educațională și educația medicală continuă. Sau așa ar fi normal, nu tot felul de entități care nu au o autoritate în domeniu. Mai mult decât atât, la nivel de politici publice, tot societățile profesionale sunt cele care pot atrage atenția asupra politicilor necesare de sănătate, asupra investițiilor care trebuie făcute în dezvoltarea anumitor ramuri în medicină pentru a rezolva problemele majore de sănătate publică, cum ar fi, spre exemplu, în cazul nostru, prioritatea accidentul vascular cerebral, unul dintre principalii ucigași ai românilor, împreună cu infarctul de miocard.

Societatea de Neurologie din România a fost refondată în anul 2001. Eu am fost unul dintre fondatori, împreună cu prof. Ovidiu Băjenaru, prof. Constantin Popa,

prof. Alexandru Șerbănescu, conf. dr. Cristina Tiu, conf. dr. Cristina Panea. Am avut funcția de secretar general timp de 12 ani, iar acum sunt președinte al Societății de Neurologie din România.

Firește este ca în comisia consultativă a unei specialități din Ministerul Sănătății să fie implicate persoane din societatea profesională respectivă. La noi, s-a întâmplat acest lucru. La început, a fost implicat prof. Ovidiu Băjenaru în comisia consultativă (astăzi, președinte de onoare ad vitam al SNR), iar în momentul de față profesorul Dafin Mureșan este președintele acestei comisii, dumnealui fiind fost președinte al Societății de Neurologie din România și membru al actualului Comitet Executiv.

Care sunt prioritățile Societății?

Poate că cel mai important rol este cel pe care îl are în educația medicală. Prin congresele societății noastre, comunitatea neurologilor din România poate fi în permanență la zi cu noile opțiuni de diagnostic și tratament în bolile neurologice. Aceasta este o misiune, cred eu, foarte importantă, și pe care nu are cum să o facă altcineva în afară de societatea profesională. În 2019, în luna mai, organizăm Congresul de Neurologie, iar în continuarea lui organizăm și simpozionul „Danubian”, ceea ce ne onorează.

În egală măsură, noi am avut diverse proiecte de dezvoltare și instruire a tinerilor neurologi, a rezidenților. Tot prin societate, prin diverse grupuri de lucru așa cum ne organizăm noi, participăm la diverse proiecte de cercetare clinică. Pot da exemplul tratamentului modern din boala Parkinson avansată cu gel intestinal. Am reușit crearea unor baze de date, a unor registre și a unor publicații cu toată experiența românească într-un domeniu punctual.

Nu în ultimul rând, societatea stabilește priorități prin diverse materiale pe care le transmite la nivelul Ministerului Sănătății, care ar fi investițiile necesare în dezvoltarea specialității. De exemplu, creșterea numărului de centre unde se efectuează tratament de tromboliză intravenos și dezvoltarea educației pentru metodele noi intervenționale ale accidentului vascular cerebral acut, adică tromboembolism-trombospirație. Ne mai dorim să începem să creștem numărul, foarte mic în momentul de față, de doar trei medici intervenționiști care lucrează efectiv, să putem dezvolta și centrele acestea supraspecializate, de tratament modern al AVC.

Ce s-ar schimba în evoluția pacienților dacă ar fi mai mulți astfel de medici?



Dacă vorbim de tromboliza intravenoasă clasică, ne dorim să o extindem în rețea, pentru ca practic din orice colț al țării să poți ajunge, într-o fereastră limitată de timp de la debutul simptomelor, într-un centru în care să se facă tromboliza intravenoasă. Această fereastră de timp este în momentul de față la patru ore și jumătate de la debutul simptomelor, dar trebuie luat în calcul că, inclusiv din momentul în care ajungi la un spital, durează până obții diagnosticul propriu-zis și până se verifică criteriile eligibilității pentru tratament. Dacă scădem timpul necesar analizelor, intervalul în care pacientul trebuie să ajungă la spital trebuie să fie și mai scurt, undeva la două ore și jumătate.

Procedura intervențională de tromboembolism, de a scoate trombul din artera în care s-a format, sau tromboembolism, are

avantajul că pentru anumite cazuri poate fi efectuată chiar dincolo de această fereastră de timp de patru ore și jumătate.

Ce s-ar putea face să nu se ajungă la un accident vascular cerebral?

Conform datelor OMS, dacă s-ar interveni eficient pe toți factorii de risc din medicina primară, s-ar evita nu mai puțin de 70% din cazurile de accident vascular cerebral. Cifra este uriașă. În România, sunt peste 60.000 de accidente vasculare cerebrale pe an, deci dacă evităm 70% din acestea ar însemna că 40.000 de oameni nu ar mai ajunge în situația de a face un accident vascular cerebral.

O identificare la timp s-ar putea face degrevând cumva medicii de familie de foarte multe sarcini birocratice. Din păcate, această medicină preventivă nu a ajuns o prioritate în anii aceștia de după revoluție.

Ce ar putea să facă statul pentru ca pacientul român să aibă parte de tratamente complete, moderne și la timp?

În primul rând, ar trebui să eficientizeze funcționarea Agenției Naționale a Medicamentului în sensul în care lucrurile te gversează destul de mult acolo, printr-o lipsă de resurse umane. Dacă s-ar eficientiza ANMDM, s-ar câștiga foarte mult în viteză cu care sunt acceptate sau nu diverse tratamente. Din păcate, un alt domeniu care funcționează deficitar în România este cel al studiilor clinice, utile pentru toată lumea: pentru pacienți, pentru instituții, pentru doctori, pentru guvern. Din păcate, timpul de procesare a cererilor pentru aprobarea studiilor clinice în România în momentul de față este mult mai lung decât în oricare altă țară de lângă noi.

După măririle salariale din sistem, au apărut voci care au spus că acestea ar fi trebuit să se facă în funcție de performanțe. Ar fi fost aceasta o idee bună?

Da, este o întrebare foarte bună. Am să vă răspund în felul următor: creșterile salariale din sănătate au fost dorite dintotdeauna după Revoluție. Țara aceasta și-a plătit foarte prost doctorii și profesorii, iar acest lucru se vede în sistem. Pentru foarte mulți oameni a însemnat singurul ajutor de normalitate, de o viață decentă. Dar nu, nu este firesc să fie plătiți toți doctorii dintr-o specialitate la fel, neținându-se cont de performanța fiecăruia, de numărul de proceduri pe care este capabil să le facă fiecare, de dificultatea cazurilor pe care le diagnostichează și le tratează, precum și de numărul pacienților. De exemplu, sunt intervenții pe care le fac doar anumiți doctori, intervenții care sunt mai complicate, și nu este normal ca cine știe să le facă să primească același salariu ca aceia care nu știu să le facă. În felul acesta, demotivăm oamenii să muncească și să învețe lucruri noi. Eu am întâlnit atitudinea aceasta: „De ce să mă complic? Ce câștig? Păi, nu câștig nimic”. Eu aș fi făcut o marjă de salarizare. ■

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro



INTERVIU CU **TUDOR POP**, MEMBRU ÎN COMISIA PENTRU
SĂNĂTATE ȘI FAMILIE DIN CAMERA DEPUTAȚILOR

„Pacienții au nevoie de o voce în Comisia de Sănătate”

DE ROXANA MATICIUC



Știi că în această perioadă aveți câteva inițiative legislative. La ce fac ele referire?

Sunt inițiative legislative care îmi aparțin și care fac parte, în același timp, din programul de guvernare pe Sănătate cu care USR va ieși foarte curând în dezbateri și în transparență. Avem un program de guvernare participativ, la care lucrăm de câteva luni bune și la care au contribuit atât experți și specialiști în domeniul Sănătății, cât și pacienții. Cu ei, am reușit să stăm de vorbă în cadrul unor evenimente denumite „Parlament în aer liber” unde, pe baza unui chestionar de satisfacție, am cules opiniile românilor în legătură cu serviciile de sănătate oferite în spitale, dar nu numai.

Auzim foarte des că trebuie să punem pacientul în centrul sistemului de sănătate. Este o frază care sună foarte bine pe hârtie, dar care în practică se regăsește destul de puțin. Este suficient să vedem modul în care sunt tratați pacienții în spitale sau condițiile în care mulți dintre medici își desfășoară munca, lipsurile pe care le au atât la nivel de consumabile, cât și la nivel de dotări.

Am făcut un calcul sumar la nivelul anului 2017 și, la un salariu mediu, contribuția anuală pe sănătate se ridică undeva la 1.000-1.100 de euro de persoană. Aceștia sunt banii pe care o persoană îi dă anual sistemului de sănătate și, din păcate, deși pe hârtie asigurarea de sănătate din România este extrem de generoasă,

în practică nu se regăsește. Când stai șase luni ca să îți faci un RMN, deși tu ești suspect de cancer, nu poți să nu fii frustrat, atât ca pacient, cât și ca medic.

Cum ați gândit sistemul ca să poată oferi mai multă putere pacientului?

Pentru pacient, am gândit o serie de proiecte legislative care îi creează un sistem prin care el poate să dea feedback, prin care poate să evalueze gradul de satisfacție apropo de serviciile medicale primite. În felul acesta, pacientul poate oferi o imagine cât mai fidelă a realității din spitale.

Un alt exemplu de proiect este accesul pacienților la decontările realizate în numele lor. Atunci când beneficiazi de servicii medicale, tu de fapt plătești pentru ele, prin urmare ar trebui să ai dreptul să vezi pentru ce anume ai plătit: serviciile medicale, echipamentele, medicamentele care se decontează în numele tău. Este ca la supermarket: te duci, ai scos 100 de lei din buzunar, ți-ai plătit produsele, ți se dă un bon la sfârșit și știi pe ce s-au cheltuit banii. Asta ne-ar ajuta să scăpăm de scandalul de corupție privind decontările fictive.

Cum s-ar putea face acest lucru? Mă gândesc la pacienții cu boli cronice, cei care sunt internați pe termen lung, cei care au cancer, cei care au operații foarte mari și pentru care costurile pe piața liberă ar depăși cu mult bugetul personal.

Sunt de acord, dar acestea sunt două lucruri diferite. Ok, eu plătesc o sumă anuală pe sănătate, dar pe de altă parte

mecanismul ar trebui să funcționeze ca în cazul asigurărilor de tip casco: când ai un accident, nu beneficiazi de despăgubiri în suma respectivă, de 1.000 de euro, de exemplu, beneficiazi de cât ai tu nevoie, iar din acest punct de vedere nu mi se pare o problemă. În acest moment, dacă ești asigurat și vrei să vezi exact cât s-a cheltuit și s-a decontat în numele tău ca pacient, depui o cerere, aștepti 30 de zile și primești o listă incompletă. Dacă eu aș verifica și aș vedea că pe numele meu s-au decontat scutece sau branule și eu nu am avut nevoie, atunci ar fi clar că cineva se folosește de CNP-ul meu pentru a fura niște bani și atunci asta cred că ar ajuta și Casa de Sănătate să controleze mai bine neregulile care au loc la acest nivel. Cetățeanul devine, în felul acesta, un avertizor de integritate.

Cum vedeți diferențierea pachetelor de sănătate în funcție de nivelul de cotizație? Sau existența unui pachet de bază, la care s-ar putea adăuga alte servicii, în funcție de cât este dispus fiecare să plătească? În modul acesta, ar exista un control mai mare asupra bugetului.

Cred că este cel mai dificil capitol, cel de asigurări de sănătate, pentru că de aici pornesc foarte multe probleme, dar pe de altă parte de aici pot porni și foarte multe soluții. Suntem gata cu programul de guvernare în proporție de 90%, dar mai avem acest capitol care este încă deschis și pe care îl explorăm. Există acest scenariu în care ai o asigurare universală de sănă-



tate, un pachet minim, cum spuneți dumneavoastră, dar în același timp ai acces la asigurări voluntare. Există și modelul din Turcia, unde ai mai multe case de asigurări concurente, pe modelul asigurărilor auto, unde concurența generează un sistem mai performant și mai corect față de pacient. Totuși, să nu-i lăsăm pe cei care nu au posibilități financiare sau pe cei care trăiesc în sărăcie.

Cine este Tudor Pop?

Sunt deputat USR din 2016. Înainte, am fost aproape un an în guvernul Cioloș, unde am ocupat funcția de director de cabinet la Ministerul Fondurilor Europene, în echipa lui Cristi Ghinea. Anterior acestei poziții, am fost consilier la cancelaria prim-ministrului în cabinetul de Afaceri Europene, unde am lucrat la fel, tot cu Cristi Ghinea, iar înainte de asta am

lucrat în comunicare și publicitate timp de 12 ani. Am fost copywriter, am lucrat în departamentul de creație și sunt absolvent de jurnalism.

De unde aplecarea spre sănătate?

Ca toată lumea, vin cu experiența pacientului. M-am lovit și eu de problemele sistemului de sănătate, de dilema anilor trecuți „Ok, merg la doctor, dau șpagă? Voi fi tratat bine sau nu? Voi primi tratamentul corect? Pe cine să mai sun?”, lucruri de care se lovesc toți românii. Și cred că pacienții au nevoie de o voce în Comisia de Sănătate. Este un domeniu complicat, poate cel mai mare ecosistem administrativ, instituțional și birocratic. Pe de altă parte, este destul de lizibil și se poate învăța domeniul.

Spuneți ceva legat de un proiect care ar urma să fie votat în curând.

Da, acesta este al treilea exemplu de proiect din capitolul „Mai multă putere pentru pacient”. Am inițiat un proiect de lege al cărui scop este combaterea fake news în sănătate. Practic, este un proiect de lege prin care modificăm Legea audiovizualului și propunem introducerea unui paragraf prin care radiodifuzorii au obligația de a face distincția între opinii și fapte, de a încuraja argumentele care au fundament științific și de a include în emisiunile lor opinia unui medic specialist. Este un proiect care se referă strict la emisiunile care tratează specific sau ad-hoc termeni de sănătate. Acest proiect a venit ca o măsură de prevenție, pentru că în ultima vreme am constatat cu îngrijorare că au fost mai multe derapaje care au pus în pericol sănătatea publică. Avem 59 de copii morți de rujeolă, sunt multe cauze în joc și cred că nu ne permitem ca, pe lângă un sistem de sănătate neprietenos și complicat, să mai avem și un teren prielnic dezinformării. Acesta este un drept al pacientului, de a fi corect informat, iar cei care produc emisiuni atât la radio, cât și la TV cred că trebuie să reziste tentației de a trata superficial sau senzationalist aceste subiecte.

Prevede și sancțiuni acest proiect?

Da. ☑

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicidesanatate.ro



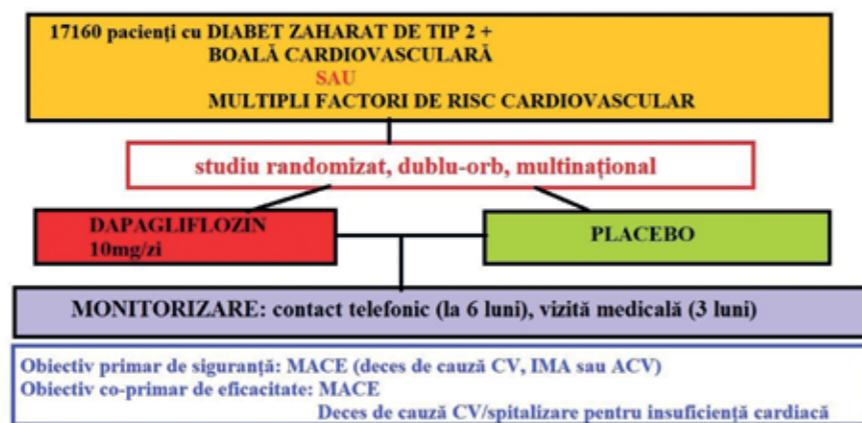
DECLARE–TIMI 58 – un studiu de referință pentru schimbarea perspectivei în tratamentul DZ tip 2

PREVALENȚA ÎN CREȘTERE A DIABETULUI ESTE CONSIDERATĂ UNA DINTRE CELE MAI IMPORTANTE PROBLEME DE SĂNĂTATE PUBLICĂ LA NIVEL GLOBAL. MAI MULT, SE ESTIMEAZĂ CĂ NUMĂRUL REAL AL PERSOANELOR AFECTATE AR PUTEA FI APROAPE DUBLU, ATÂTA TIMP CÂT SIMPTOMELE APAR RELATIV TÂRZIU ÎN EVOLUȚIA BOLII. PERSOANELE CU DIABET ZAHARAT DE TIP 2 (DZ TIP 2) AU UN RISC DE DOUĂ-TREI ORI MAI MARE DE A AVEA O AFECTARE CARDIOVASCULARĂ DECÂT RESTUL POPULAȚIEI, IAR COMPLICAȚIILE CARDIOVASCULARE ÎN DIABET SUNT PRINCIPALA CAUZĂ DE DECES, PROCENTUL FIIND ESTIMAT DE LA 50% PÂNĂ LA 75%-80%. PREVENIREA ACESTOR COMPLICAȚII ESTE PRIN URMARE O PRIORITATE ATÂT PENTRU REDUCEREA MORTALITĂȚII ȘI A COMPLICAȚIILOR INVALIDANTE ALE DIABETULUI, CÂT ȘI PENTRU REDUCEREA IMPACTULUI COSTURILOR ASOCIATE ACESTEI AFECȚIUNI. DE ROXANA MATICIUC



Acesta este motivul pentru care cercetările ultimilor ani s-au îndreptat asupra potențialului reducerii acestor complicații, prin introducerea noilor terapii antihyperglicemice orale, așa cum sunt cele din clasa inhibitorilor SGLT2, ca și a agonistilor de receptor GLP1, pentru care au fost derulate așa-numite studii de outcome cardiovascular – CVOT.

DESIGNUL STUDIULUI



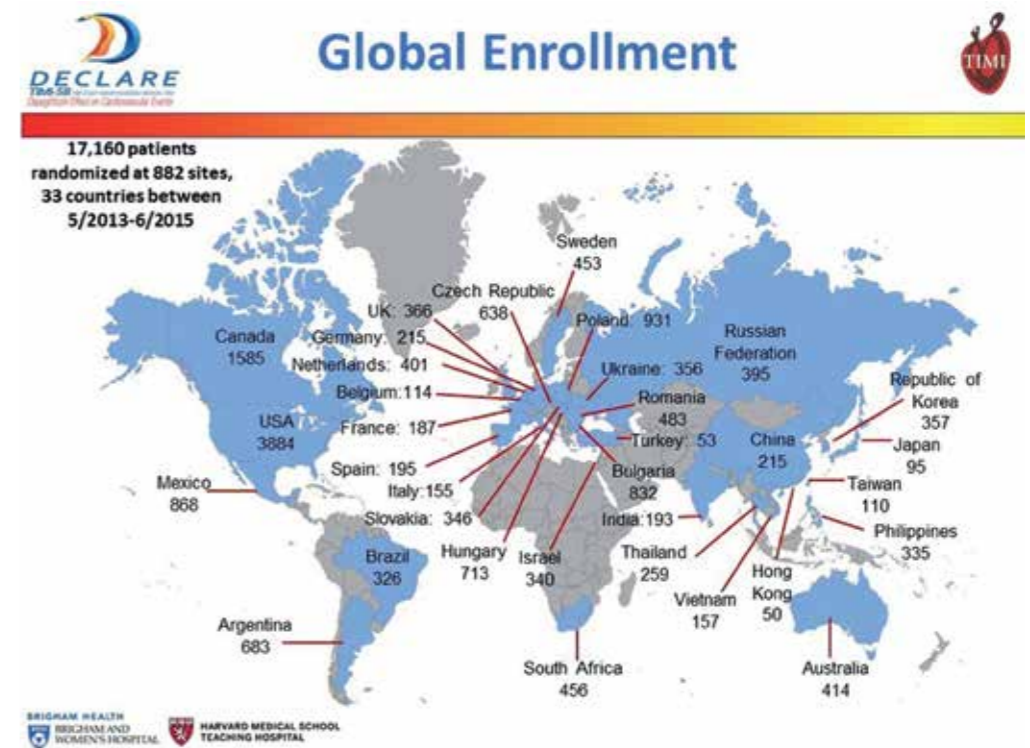
„Pacienții care au urmat în acest studiu tratament cu dapagliflozin au avut un risc de insuficiență cardiacă și o spitalizare de insuficiență cardiacă semnificativă statistic în favoarea lor, comparativ cu pacienții care nu au primit această clasă terapeutică la care s-a asigurat echilibrul glicemic folosind toate celelalte clase de medicație antidiabetică care se puteau asocia cu dapagliflozin. Este un studiu foarte complex, trebuie menționat că s-a derulat pe pacienți care aveau marea majoritate peste 60% factor de risc cardiovascular, nu boală cardiovasculară. Sub 40% aveau boală cardiovasculară, ceea ce se suprapune practic peste structura pacienților din viața reală cu diabet zaharat”, a declarat prof. dr. Maria Moța.

Declare–TIMI 58 este cel mai recent studiu din această categorie, ale cărui rezultate finale au fost comunicate la congresul anual al AHA – American Heart Association și publicate simultan în New England Journal of Medicine. Cel mai mare studiu CVOT – 17.160 de pacienți din 33 de țări – cu un profil al populației studiate foarte aproape de realitatea din practica clinică – 40% cu boală CV constituită și 60% doar cu factori de risc CV – DECLARE – a adus date suplimentare cu privire la impactul utilizării dapagliflozin, din clasa SGLT2i, în prevenirea complicațiilor CV și a spitalizării asociate, concomitent cu reducerea riscului afectării renale. Urmărirea specifică a impactului asupra pacienților fără boală CV constituită, spre deosebire de studiile anterioare, care s-au concentrat asupra celor cu boală CV diagnosticată, deschide perspectiva așa-numitei „prevenții primare” a complicațiilor CV și a afectării renale, caracteristice diabetului.

„Este o noutate extraordinară acest consens pentru că are în vedere ceea ce se întâmplă de fapt în DZ2. DZ2 se asociază cu foarte multe complicații, dacă nu este bine controlat din toate punctele de vedere, iar cea mai de temut complicație a DZ2 este boala cardiovasculară. Fie că este vorba despre infarct miocardic, de insuficiență cardiacă, vorbim despre complicații majore din cauza cărora, din păcate, decedează persoanele cu DZ2. Iar acest consens pune în prim-plan grija pentru această complicație – modalitățile de tratament și de prevenție a complicației cardiovasculare în DZ2. Sigur, trebuie să ne schimbăm și noi modul de a judeca intervenția în diabet, dar trebuie să știe și persoanele cu DZ2 că e foarte important să discute cu specialistul diabetolog, să discute cu medicul de familie în așa fel încât să facă un tratament complex al tuturor factorilor de risc, asta însemnând un stil de viață sănătos, scăderea valorilor tensionale, scăderea valorilor de colesterol, care de fapt se rezumă la optimizarea stilului de viață și la medicația care este adresată acestei reduceri a patologiei CV”, spune prof. dr. Gabriela Roman.

Tratamentul convențional al DZ tip 2 se concentrează asupra reducerii glicemiei la anumite niveluri-țintă urmărite în evoluția pacientului. Susceptibilitatea acestor pacienți de a dezvolta probleme CV, așa cum este insuficiența cardiacă, a cărei mortalitate la cinci ani se ridică la 50% din cazuri, determină un interes tot mai mare al comunității medicale în identificarea acelor terapii care asigură cel mai bun rezultat pentru prevenirea tuturor

care știe că are diabet zaharat și urmează tratamentul, mai există o persoană care poate avea diabet, dar nu știe acest lucru sau știe că are, dar nu urmează tratamentul. Din totalitatea acestor cazuri de diabet, 90-95% sunt cazuri de diabet zaharat de tip 2, iar restul de 5-10% sunt cazuri de diabet zaharat de tip 1 sau insulino-dependent. La ora actuală, în țările dezvoltate, diabetul zaharat este cauza principală de cecitate/orbire și de amputații la nivelul membrelor inferioare.



factorilor implicați în evoluția bolii și instalarea complicațiilor. Pe lângă un control bun glicemic, pacientul trebuie să beneficieze de un tratament care asigură simultan protecție cardiovasculară și renală, fără a omite controlul colesterolului, trigliceridelor, respectarea regimului de nutriție și efort fizic și renunțarea la fumat. Noile clase de medicamente – SGLT2i și GLP-1 RA – au demonstrat că aduc beneficii dincolo de o simplă reducere a glicemiei. „La sfârșitul anului trecut, la nivel mondial numărul pacienților cu diabet zaharat era undeva peste cifra de 400 de milioane. În România, prevalența bolii este de aproximativ 12%, ceea ce înseamnă că, din 10 persoane adulte, una are diabet zaharat. Este important de remarcat faptul că la fiecare persoană

Prevenirea este foarte importantă”, a declarat prof. dr. Romulus Timar. DZ tip 2 este recunoscut acum ca o afecțiune multifactorială, în care tratamentul trebuie să vizeze de la început, pe lângă controlul glicemic, și protecția precoce cardio-renală, așa cum recomandă și consensul ADA-EASD, care poziționează noile clase de terapii orale în tratamentul de primă alegere în această afecțiune. Așa cum arată rezultatele studiului DECLARE, prevenirea insuficienței cardiace sau a progresiei bolii renale prin utilizarea dapagliflozin înainte de apariția oricăreia dintre aceste complicații reprezintă o uriașă oportunitate de a reduce morbiditatea și mortalitatea la această categorie de pacienți, precum și reducerea impactului social și economic al DZ tip 2 asupra societății. 📌

NOI REPERE PRIVIND STAREA DE SĂNĂTATE ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ

Health at a Glance: Europe 2018

ÎN URMĂ CU MAI PUȚIN DE DOUĂ SĂPTĂMÂNI, PE DATA DE 22 NOIEMBRIE, A FOST LANSAT RAPORTUL „HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2018. STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE”. ACEASTĂ PUBLICAȚIE ESTE ELABORATĂ O DATĂ LA DOI ANI (ÎN ANII PARI) DE CĂTRE ORGANIZAȚIA PENTRU COOPERARE ȘI DEZVOLTARE ECONOMICĂ (OECD), ÎN PARTENERIAT CU COMISIA EUROPEANĂ, ȘI PREZINTĂ ANALIZE COMPARATIVE ALE STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI ALE PERFORMANȚEI SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ÎN 36 DE STATE, RESPECTIV CELE 28 STATE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE, CINCI STATE CANDIDATE (ALBANIA, MACEDONIA, MUNTENEGRU, SERBIA, TURCIA) ȘI STATELE EFTA – ELVEȚIA, ISLANDA ȘI NORVEGIA. REZULTATELE DIN ACEASTĂ PUBLICAȚIE SE BAZEAZĂ PE DATE RAPORTATE DE CĂTRE STATELE RESPECTIVE LA OECD, CARE AU FOST ANALIZATE ȘI INTERPRETATE DE ECHIPA OECD ȘI COMENTATE DE EXPERTI AI COMISIEI EUROPENE.

DE CONF. FLORENTINA FURTUNESCU, DEPARTAMENTUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT, UMF „CAROL DAVILA”



Între temele importante din acest raport se distinge problematica sănătății mintale, ca prioritate de sănătate publică cu vizibilitate încă limitată la nivelul Uniunii Europene, în condițiile în care se estimează că aproximativ una din șase persoane din statele UE (circa 84 milioane de persoane) se confruntă cu probleme de sănătate mintală. De asemenea, se estimează că această patologie induce costuri de circa 600 de miliarde EUR la nivelul UE (4% din produsul intern brut), din care 190 de miliarde EUR costuri directe la nivelul sistemelor de sănătate, 170 de miliarde costuri ale programelor de susținere socială și 240 de miliarde EUR costuri ale pieței muncii, generate de afectarea productivității.

România figurează cu cea mai scăzută prevalență a problemelor de sănătate mintală dintre toate statele incluse în analiză (14,3%), dar între cauzele acestei situații se pot lua în considerare limitări de acces la serviciile de diagnostic – servicii insuficiente numeric, distanțe

geografice greu de parcurs, dificultăți în obținerea unei programări, bariere socio-educative și culturale, inclusiv stigma.

Foarte important de luat în considerare este faptul că povara în plan individual, social și economic a bolilor psihice poate să fie evitată, sau mult diminuată, prin politici de promovare a sănătății mintale în școli sau la locul de muncă, prin politici de îmbunătățire a sănătății mintale la persoanele în vârstă sau prin programe de detectare precoce a problemelor de sănătate mintală.

O altă temă importantă în acest raport este reprezentată de reducerea risipei în sistemele de sănătate, în condițiile în care se estimează că circa o cincime din cheltuielile pentru sănătate se alocă pe teste sau medicamente nenesecare și că această sumă ar putea fi redusă, sau chiar eliminată, fără afectarea calității îngrijirilor medicale. În special cheltuielile spitalicești ar putea fi reduse printr-un management mai bun, în comunitate, al persoanelor cu boli cronice și prin

diminuarea internărilor sau a șederii în spitale. În peste 30 de boli, spitalizarea ar putea fi redusă printr-o îngrijire mai bună în comunitate, iar primele cinci dintre acestea în Uniunea Europeană sunt diabetul, hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă, bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) și astmul. La nivelul UE, aceste cinci boli au generat în anul 2015 peste 4,6 milioane de internări, însemnând 5,6% din totalul internărilor și 37,6 milioane pat-zile de spitalizare. Din păcate, pentru România această proporție este și mai ridicată, ajungând la 8,5% din totalul internărilor (țara noastră se clasează pe locul al doilea, după Bulgaria). Pe de altă parte, reducerea internărilor/externărilor în spitale este realizabilă în condițiile în care pacienții respectivi au oportunitatea de a primi îngrijirile necesare în ambulator, în special prin servicii de asistență medicală primară și comunitare. Multe state și-au dezvoltat, în acest sens, servicii de gardă/permanență în asistența medicală primară, unele lucrând în par-

„ROMÂNIA SE SITUEAZĂ ÎN CATEGORIA STATELOR CU VALORI INFERIOARE MEDIEI UE LA MAJORITATEA INDICATORILOR STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI, DIN ACEST CONSIDERENT, CENTRAREA PE RECOMANDĂRILE OECD ȘI PE POLITICILE DE PREVENȚIE ESTE ȘI MAI NECESARĂ.”

teneriat cu serviciile de urgență. Franța, de exemplu, și-a dezvoltat un serviciu de „spital la domiciliu”, prin care spitalele finanțează, pentru anumiți pacienți și în anumite condiții, îngrijiri spitalicești acasă la pacient. Alte strategii de reducere a numărului sau a duratei spitalizărilor pot lua în considerare reducerea serviciilor spitalicești nenesecare (de exemplu, promovarea nașterii naturale în

locul cezarienei – în acest sens se relevă că proporția cezarienelor încă este în creștere în circa o treime din țările analizate) sau orientarea către chirurgia de zi, utilizată într-o măsură mult mai mare în statele nordice, comparativ cu statele din Europa Centrală și de Est.

O altă sursă de risipă este reprezentată de cheltuiala cu produsele farmaceutice, care în anul 2017 a atins circa 17% din totalul cheltuielilor pentru sănătate în statele membre UE (excluzând cheltuiala cu medicamentele din spitale). Pentru România, această cheltuială a reprezentat peste 30% din cheltuiala totală pentru sănătate. Recomandările OECD/CE pentru controlul acestor cheltuieli includ utilizare de politici corecte de preț și de rambursare prin utilizarea de mecanisme de evaluare a tehnologiilor medicale (health technology assessment), explorarea alternativelor de realizare de economii prin utilizare de produse generice și biosimilare, încurajarea prescrierii raționale și îmbunătățirea complianței pacienților.

O secțiune importantă a raportului se concentrează pe analiza efectivă a stării de sănătate, prin prisma a șase categorii de indicatori (indicatori de stare de sănătate, de factori de risc, de finanțare a sănătății, de calitate a îngrijirilor și de accesibilitate a îngrijirilor). Acești indicatori relevă că a încetinit ritmul de creștere a speranței de viață în multe state, în ultimii ani, și că în general persistă multe inegalități în starea de sănătate între statele membre UE

Între recomandările principale, se numără abordarea de politici de prevenție centrate pe diminuarea expunerii la factori de risc, de politici de creștere a eficacității serviciilor de sănătate și de creștere a performanței sistemelor de sănătate, precum și asigurarea accesului universal la serviciile medicale.

România se situează în categoria statelor cu valori inferioare mediei UE la majoritatea indicatorilor stării de sănătate și, din acest considerent, centrarea pe recomandările OECD și pe politicile de prevenție este și mai necesară. ■



INTERVIU CU **PROF. DR. TRAIAN MIHĂESCU**, MEDIC SPECIALIST PNEUMOLOG, ȘEFUL CLINICII I DE PNEUMOLOGIE, SPITALUL CLINIC DE PNEUMOTIZIOLOGIE IAȘI

Altitudinea reprezintă un risc pentru bolnavii respiratori cronici



LA IAȘI S-A DESFĂȘURAT, ÎN PERIOADA 26-28 OCTOMBRIE 2018, CONFERINȚA „MEDICINA RESPIRATORIE LA ALTITUDINE”, SUB EGIDA UMF IAȘI, INSPIR, COLEGIUL MEDICILOR IAȘI ȘI SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE. NUMEROȘI SPECIALIȘTI AU ANALIZAT MODALITĂȚILE ÎN CARE PERSOANELE CU DIVERSE AFECȚIUNI MEDICALE POT SUPORTA CĂLĂTORIILE CU AVIONUL SAU ASCENSIUNILE MONTANE LA MARE ALTITUDINE. PRIMA EDIȚIE A ACESTEI MANIFESTĂRI EXTREM DE INTERESANTE, LA CARE AU FOST PREZENȚI PESTE 350 DE MEDICI DIN DIVERSE SPECIALITĂȚI MEDICALE, S-A CONSTITUIT ÎNTR-UN EVENIMENT REPER ÎN ARIA MANIFESTĂRIILOR DE PROFIL. UN MERIT IMPORTANT ÎN ACEASTĂ REALIZARE ÎI REVINE PREȘEDINTELUI CONFERINȚEI, PROFESORUL TRAIAN MIHĂESCU. DE BOGDAN GUȚĂ



Cum v-a venit ideea acestei teme originale – medicina respiratorie la altitudine – a conferinței?

Tematica din acest an a fost generată de câteva întâlniri cu rezidenții de la pneumologie și de la medicină internă care vin la noi în clinică, dar și în urma discuției privind un mic incident petrecut în zbor, la care am participat – o sincopă – despre care am întrebat cum se tratează. Așa am început să cercetăm, să ne documentăm și am descoperit o mulțime de lucruri interesante despre acest subiect. Spre exemplu, am constatat că noi nu știm, nu cunoaștem necesitatea de a fi „bun samaritean”. Adică, dacă ești în avion, ca medic, ești dator să dai ajutor, în caz de nevoie, celorlalți pasageri. Practic, la unele companii aeriene din străinătate există posibilitatea să declari, la achiziționarea biletului de zbor, că ești medic și că astfel, dacă este necesar, poți oferi ajutor specializat pasagerilor. Tot în urma documentării, am aflat că riscul cel mai mare de transmitere pe calea aerului a unui microb sau a unui virus, într-un avion, este după aterizare, atunci când se oprește instalația de aer condiționat și astfel aerul nu mai este recirculat. Timp de 20 de minute, toată lumea se ridică în picioare să își ia bagajele și se îngrămădește spre ieșirea din avion. Este de ajuns să strănute cineva și avem riscul cel mai mare de contaminare! Și am mai făcut o constatare în urma unor studii – în aeroportul din Iași sunt 1,5 milioane de călători într-un an, din aceștia aproximativ 150.000 au probleme de sănătate care se pot agrava în timpul zborului și ar fi trebuit să vină înainte de călătorie la medicul pneumolog pentru o consultație. De ce spun lucrul acesta? Dintr-o cercetare de piață realizată în SUA, din cei care au avut simptome ușoare, gen răceli, senzație de gât uscat, dureri în coșul pieptului, aproximativ jumătate, mai ales cei de peste 50 de ani, se internează după zbor pentru o exacerbare a unei afecțiuni. Sunt apoi simptomele specifice „jet lag” sau desincronizarea circadiană cauzată de discrepanța dintre ceasul intern al corpului uman și cel al mediului extern, simptome care pot apărea după un zbor lung cu avionul. Acestea au fost discuțiile legate de zborul cu avionul, dar au fost apoi și cele legate de expunerea la altitudine, în cazul alpinistilor. Aici vorbim despre boala de altitudine.

Având în vedere plaja largă de probleme ce pot apărea, se poate spune că multidisciplinaritatea a fost o caracteristică de bază a conferinței.

Exact! Cei 350 de medici prezenți au reprezentat mai multe arii și domenii de specialitate din medicină – cardiologi, psihiatri, medici de familie, epidemiologi, chirurghi, medici de la institutul de aeronautică.

Din patologiile care țin de pneumologie, este vreuna influențată în mod concret de altitudine?

Contraindicația absolută este pentru pneumotorax sau pentru bolile care predispun la pneumotorax. Astfel, dacă ai avut un pneumotorax, nu este bine să zbori decât după o anumită perioadă de urmărire și monitorizare, de câteva săptămâni cel puțin. Același lucru, dacă ai avut o fibroză chistică care predispune la pneumotorax sau o intervenție chirurgicală pe plămân. O altă problemă o reprezintă bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC). Sunt bolnavi care au hipoxie, o stare determinată de scăderea cantității de oxigen din țesuturi. Acești bolnavi au probleme la sol în sensul că au nevoie de oxigen. Dar și ei au dreptul să zboare! Li se poate da oxigen în timpul zborului, dar trebuie să îndeplinească niște condiții, să anunțe dinainte compania aeriană, sunt mai multe formalități de urmat.

Având în vedere importanța problemelor discutate sub această umbrelă – medicina respiratorie la altitudine –, intenționați să permanentizați tematica abordată la ediția din acest an?

Dacă există interes, de ce nu? Pe lângă partea strict medicală ar putea fi implicate, de exemplu, agențiile de turism, dacă ne gândim la turismul medical. Sunt mulți oameni care merg să facă operații în străinătate, în Turcia, în Austria. Ei ar trebui să știe câteva lucruri despre pregătirea de zbor. Nu vorbim de servicii medicale aeronautice, care sunt foarte scumpe, acolo sunt specialiști care știu ce au de făcut. Sunt foarte multe aspecte interesante legate de medicina la altitudine. Și aceasta nu e totul! Au venit doi tineri care mi-au spus că ei fac scufundări și m-au întrebat „dar despre scufundări când discutați?”. Aici vorbim despre alte riscuri! Eu cred că s-a deschis o nișă interesantă și îi aștept pe cei 150.000 de potențiali călători din Iași care au probleme respiratorii cronice să vină la un control pneumologic, înainte de a zbură. ☑



+ INTERVIU CU **PROF. DR. DOINA AZICĂI**, MEDIC PRIMAR EPIDEMIOLOG, PREȘEDINTE AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE EPIDEMIOLOGIE (SRE)

„Sunt în această societate din momentul în care am făcut alegerea de a urma specialitatea de epidemiologie”

DE BOGDAN GUȚĂ

Recent, ați fost numită președinte al Societății Române de Epidemiologie (SRE). Care este misiunea și care sunt obiectivele SRE, și cum vă propuneți să le îndepliniți?

Societatea Română de Epidemiologie este o societate care are un trecut, are un prezent și îmi doresc să aibă un viitor tot atât de valoros, încât această funcție pe care o ocup în prezent, onorantă, dar și dificilă, am speranța să-mi permită

să contribuie, împreună cu colegii mei epidemiologi, la afirmarea noastră ca profesioniști. Sunt în această societate din momentul în care am făcut alegerea de a urma specialitatea de epidemiologie. Deși sunt de atunci peste 25 de ani, îmi amintesc cu plăcere satisfacția de a întâlni, cu ocazia diverselor reuniuni științifice, persoane care mi-au fost un model atât în viață, cât și în carieră. Dintre acestea, doresc să-i amintesc pe profesorii Aurel Ivan, Constantin Ciufecu, Marian Neguț,

Andrei Combiescu, Gheza Molnar, care au dat un sens specialității noastre. Sigur că misiunea acestei societăți profesionale a fost pe deplin afirmată, încă cu mulți ani în urmă. Ea are următoarele direcții: susținerea intereselor profesionale ale membrilor săi; să promoveze valorile specialității de epidemiologie; să implementeze și să îmbunătățească politicile de sănătate publică în acord cu strategiile naționale și cerințele internaționale, cu scopul major de a crea un cadru de

siguranță a pacienților din România, dar și cu ale celor din spațiul european sau extraeuropean. Sigur că obiectivele sunt adaptate situației actuale, iar în plan profesional acestea urmăresc promovarea formării profesionale la cel mai înalt nivel de calitate a membrilor săi, urmărește creșterea standardului științific și de reprezentativitate între alte societăți medicale din România sau internaționale, militează pentru respectarea demnității și afirmării profesionale a specialiștilor din

domeniul epidemiologiei, într-un mediu de dialog și de conlucrare profesională cu specialiștii din direcțiile comune de interes (sănătate publică, microbiologie, boli infecțioase etc).

Din punctul de vedere al specialistului epidemiolog, care sunt sau care ar trebui să fie prioritățile unei politici de sănătate publică?

Deoarece problemele de sănătate sunt complexe, în prezent există o întreagă listă de priorități privind politicile de sănătate publică, atât cu referire la patologia infecțioasă, cât și la cea neinfecțioasă. Asistăm la un fenomen de urgență și reemergență a bolilor infecțioase și de aceea se impune o atenție sporită supravegherii și controlului acestor maladii. Nu trebuie ignorată tendința de epidemizare a unor boli neinfecțioase cum ar fi bolile cardiovasculare, diabetul, cancerul, bolile renale sau hepatice cronice și multe altele. În acest context, consider că rolul epidemiologului este esențial în propunerea și implementarea măsurilor de prevenție, dar și a acelor care vin să rezolve, în momente de alertă, situațiile de risc major pentru sănătatea populației, luând în considerare consecințe care pot apărea la nivel individual. Pentru a nu teoretiza, doresc doar să subliniez că o prioritate majoră este strategia prin vaccinare, dacă ne referim la bolile pentru care avem șansa să le prevenim și să le ținem sub control prin această modalitate eficientă; prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale și, nu în ultimul rând, ale altor categorii de boli care pot pune în pericol sănătatea și chiar viața membrilor comunității noastre, indiferent de vârstă (infecțiile hepatice cu virusurile B și C, infecția HIV/SIDA, bolile cu transmitere sexuală, bolile acute digestive sau cele respiratorii etc.). În ceea ce privește bolile cronice, există numeroase direcții în care epidemiologia, prin cunoașterea precoce a tendinței de evoluție a fenomenelor, poate să intervină prin măsuri concrete de neutralizare a factorilor de risc implicați. Strategiile de prevenție a bolilor cardiovasculare sunt în prezent o urgență în România din cauza ratei crescute de morbiditate și mortalitate, iar diabetul și bolile de nutriție sunt într-o ascensiune îngrijorătoare prin manifestarea lor încă de la vârste tinere. Cancerul este o boală care poate fi prevenită, iar cunoștințele actuale privind depistarea și monitoriza-

rea riscului oncogenetic ne determină să susținem ca pe acea listă de priorități în strategiile de sănătate publică să facă parte și astfel de programe. Exemplele sunt numeroase, dar, într-adevăr, pe primele locuri aș sublinia importanța strategiilor de vaccinare, de prevenție și control a infecțiilor asociate asistenței medicale, în concordanță cu monitorizarea rezistenței bacteriene la antibiotice, cu reducerea potențialului de transmitere a diversilor agenți patogeni în colectivități sau în alte circumstanțe care pot pune în pericol populația generală. În paralel, adaug necesitatea politicilor de prevenție a bolilor cardiovasculare, diabetului, cancerului cât și a bolilor cronice cu un potențial invalidant crescut, cum ar fi cele hepatice, renale sau psihice.

Vaccinarea ocupă un rol important în cadrul sănătății publice. Care ar trebui să fie liniile directoare ale unui plan național de vaccinare, astfel încât acesta să fie unul de succes?

În primul rând, planul național de vaccinare trebuie să fie riguros cunoscut și asumat de către toți medicii implicați în aceste acțiuni, dar și de către întreaga populație. O altă prioritate este respectarea întru totul a strategiilor stabilite în cadrul acestui plan. Realizarea unei acoperiri vaccinale corespunzătoare înseamnă de fapt că planul este aplicat corect și coerent, deoarece acest mecanism de «imunitate colectivă» reprezintă un mare avantaj pentru protecția populației la nivelul colectivității. Finanțarea sistemului de sănătate pentru a oferi condiții optime în desfășurarea lui (medici, condiții de aprovizionare, lanț de frig etc.), planificarea riguroasă prin asigurarea continuă cu preparatele vaccinale necesare, în doze suficiente, sunt într-o legătură directă cu celelalte priorități pentru a determina succesul planului național. Nu în ultimul rând, sprijinul instituțiilor statului, altele decât cele medicale, al mass-media, pentru o bună informare a populației și promovarea unui climat de încredere în vaccin, vaccinare și vaccinator va crește complianța populației și, implicit, atingerea țintelor propuse. ■

INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro



+ INTERVIU CU **PROF. DR. GABRIELA RADULIAN** –
PREȘEDINTE AL SOCIETĂȚII DE NEUROPATIE DIABETICĂ

Consensul ADA – EASD: pacientul, în centrul managementului integrat al diabetului zaharat tip 2

CEA DE-A VI-A EDIȚIE A CONGRESULUI NEURODIAB, CARE A AVUT LOC ÎN PERIOADA 18–20 OCTOMBRIE 2018 LA BUCUREȘTI, A REUNIT SPECIALIȘTI ÎN DOMENIUL NEUROPATIEI DIABETICE ȘI PICIORULUI DIABETIC, DAR A REALIZAT ȘI O ABORDARE INTERDISCIPLINARĂ A NEUROPATIEI DIABETICE DIN PERSPECTIVA MEDICULUI NEUROLOG, CARDIOLOG, OFTALMOLOG, PSIHIATRU, UROLOG, DERMATOLOG, CHIRURG, RADIOLOG SAU MEDIC DE FAMILIE. DE VALENTINA GRIGORE



Manifestarea științifică anuală a Societății de Neuropatie Diabetică s-a bucurat de prezența a peste 450 de participanți – nu doar medici diabetologi și neurologi, ci și medici de familie, chirurghi, ortopezi, radiologi intervenționiști, dermatologi, oftalmologi, psihiatri, podiatri, dar și a peste 30 de speakeri, dintre care s-a remarcat prezența unor personalități recunoscute internațional, precum prof. dr. Rodica Pop Bușui și prof. dr. Dan Ziegler. „Personalitățile prezente la NEURODIAB au demonstrat că și școala românească de medicină este întotdeauna în top, atunci când vorbim despre neuropatia diabetică”, a afirmat prof. dr. Gabriela Radulian.

Care sunt prioritățile Societății de Neuropatie Diabetică în prevenirea acestei complicații frecvente a diabetului?

Prevenirea neuropatiei diabetice înseamnă, în primul rând, educația persoanelor cu neuropatie diabetică. Acestea trebuie să fie informate, să își examineze zilnic picioarele astfel încât, în condițiile existenței unor manifestări care uneori pot fi ușor ignorate (nu neapărat apariția leziunilor, ci chiar apariția durerii, a senzației de arsură, a furnicăturilor etc.), să se prezinte la medic pentru a avea un diagnostic cât mai precoce al neuropatiei diabetice.

Există un proiect de colaborare cu Societatea Națională a Medicilor de Familie, prin care s-au realizat ateliere de lucru în diverse zone ale României, iar pe platforma SNMF-ului există un curs de neuropatie și picior diabetic, fapt care generează accesibilitatea tuturor medicilor de familie la aceste informații.

Este foarte important să creștem mai departe vizibilitatea Societății de Neuropatie Diabetică prin reuniunile anuale, Școala de vară, dar și cu Săptămâna Neuropatiei, ce are loc în perioada premergătoare Congresului NEURODIAB de anul viitor.

Un alt aspect important al activității noastre este cercetarea. NEURODIAB-ul a prezentat rezultatele studiului realizat în perioada 2006–2010 în ceea ce privește numărul de amputații în România, dar ne dorim să extindem acest proiect și să avem date mai concrete în ceea ce privește numărul de amputații și după anul 2010.

Dezvoltarea continuă a cunoștințelor și practicii medicale în domeniul neuropatiei diabetice vizează implicarea și profesionalismul tuturor membrilor Societății pentru ca toate progresele să se reflecte într-o mai bună îngrijire a persoanelor cu diabet și într-o creștere a calității vieții acestora.

Cum depășiți teama pacientului de injecțiile zince cu insulină?

Ultimul consens ADA-EASD (American Diabetes Association și European Association for the Study of Diabetes), prezentat în cadrul Congresului European de Diabet din octombrie 2018, a subliniat o dată în plus faptul că managementul integrat situează în centrul abordării pacientul cu diabet zaharat tip 2, pacient care în egală măsură trebuie să aibă o conexiune foarte bună atât cu medicul, cât și cu familia sa, așa cum s-a atras atenția și prin tema de anul acesta a World Diabetes Day din 14 noiembrie – „Diabetul și Familia”.

Pacienții noștri trebuie să înțeleagă că diabetul zaharat de tip 2 este o boală cu evoluție cronică, progresivă și, în aceste condiții, degradarea celulelor beta care produc insulină este continuă. Astfel, la un moment dat, va fi necesară instituirea tratamentului cu insulină, pentru că antidiabeticile orale nu mai pot menține un control metabolic corespunzător. Aici intervine, pe de-o parte, teama personală legată de un tratament injectabil, iar pe de altă parte, o anumită inerție a medicului în momentul intensificării tratamentului. Consensul ADA – EASD subliniază în mod clar faptul că în condițiile existenței unei hemoglobine glicozilate crescute, chiar la pacientul nou-descoperit, se impune administrarea de insulină bazală. De aceea, dacă se realizează administrarea de insulină cât mai precoce, scade riscul apariției complicațiilor cronice atât de tip micro, cât și de tip macrovascular. Cu cât insulinoterapia este instituită mai precoce, cu atât evoluția pacientului va fi mai favorabilă în contextul unui mai bun echilibru metabolic și, deci, riscul complicațiilor se reduce.

Legat de insulinoterapie, există preparate moderne, analogi de insulină atât bazali, dar și prandiali extrem de eficienți, ce asigură un bun control glicemic.

Cum se poate îmbunătăți accesul pacienților la serviciile clinicilor specializate în podiatrie? Unele au tarife destul de mari...

În general, ambulatoarele de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice au cabinete de picior diabetic în care îngrijirea se face gratuit, există apoi pacientul spitalizat care, în condițiile apariției unor complicații ale piciorului diabetic, beneficiază de tratamentul corespunzător. Însă îngrijirea piciorului diabetic se poate face și în condiții de servicii medicale private, și atunci opțiunea este evident doar a pacientului. Podiatria este o necesitate și pentru noi, în contextul în care este clar că îngrijirea piciorului nu poate fi realizată decât de către un asistent podiatru împreună cu medicul chirurg, cu ortopedul, cu kinetoterapeutul, cu medicul de chirurgie vasculară și, evident, cu medicul de familie. Din păcate, această profesie încă nu este reglementată din punct de vedere legal și apar o serie de probleme legate de formarea asistenților în podiatrie. Asistenții medicali se formează acum fie prin pregătire postliceală, fie prin studii de licență, învățământ universitar de scurtă durată, ce pot fi apoi completate cu masterat. Asociația de podiatrie din România realizează demersuri pentru formarea de asistenți podiatri.

Din păcate, o situație similară există și în privința asistenților educatori care se implică în tot ceea ce înseamnă educația pacientului cu diabet, nu numai cu neuropatie diabetică. Gândiți-vă ce înseamnă să-i explici unui pacient nou-diagnosticat cu diabet zaharat că stilul de viață va fi cu totul altul, care este abordarea prin terapie medicală nutrițională, corelarea activității fizice cu ceea ce înseamnă medicație, astfel încât să nu existe risc de hipoglicemie. Ulterior, este nevoie de monitorizare nu numai în ceea ce privește administrarea insulinei, ci și a altor tratamente injectabile, cum ar fi utilizarea de Glucagon-like peptid 1 receptor agonist. Toate aceste lucruri sunt realizate împreună cu asistentul educador, de aceea Asociația Română de Educație în Diabet a prezentat de multe ori această problemă extrem de importantă a asistentului educador în diabet.

Au acces pacienții la glucagonul necesar în crizele de hipoglicemie?

Pacientul aflat în tratament insulinic, în condițiile în care nu are un aport de glucide corespunzător, are o activitate fizică intensă sau pur și simplu nu corelează aportul de glucide cu doza de insulină, are un risc major de apariție a hipoglicemiei. Este adevărat că mai ales pacientul cu diabet zaharat de tip 1 are nevoie de glucagon pentru a corecta această hipoglicemie. Ani de zile nu am avut glucagon. Este nevoie de prezența glucagonului mai ales la persoanele aflate în tratament intensiv, cu multiple injecții de insulină, la care pot apărea aceste hipoglicemii în condițiile unui control inadecvat.

Pornind de la faptul că pacientul cu diabet zaharat și cu complicații cronice are nevoie de o abordare holistică prin depășirea granițelor între domeniile medicale din dorința de a oferi un management integrat, acum, la aproape 100 de ani de la descoperirea insulinei de către Prof. Dr. N. Paulescu, trebuie să ne concentrăm activitatea pe dezvoltarea acțiunilor de screening, diagnosticare și tratament ale diabetului zaharat și complicațiilor sale. ☑

FIECARE PACIENT TREBUIE SĂ DEVINĂ UN „MIC DIABETOLOG”

INTERVIU CU PROF. UNIV. DR.
MARIA MOȚA, MEDIC PRIMAR DIABET,
NUTRIȚIE ȘI BOLI METABOLICE

STILUL DE VIAȚĂ SEDENTAR, ALIMENTAȚIA NESĂNĂTOASĂ, CONSUMUL EXCESIV DE ALCOOL ȘI NU NUMAI NE-AU ADUS, LA NIVEL GLOBAL, ÎN PRAGUL UNEIA DINTRE CELE MAI DEZASTRUOASE SITUAȚII ÎNREGISTRATE VREODATĂ. DIABETUL ȘI OBEZITATEA REPREZINTĂ CEA MAI MARE EPIDEMIE A CIVILIZAȚIEI NOASTRE, ADRESAREA ACESTOR PROBLEME DEPĂȘIND SFERA MEDICALĂ. ÎN PREZENT, 30% DIN POPULAȚIE ESTE OBEZĂ, IAR 35% ESTE SUPRAPONDERALĂ. DIABETUL ȘI OBEZITATEA MERG MÂNĂ ÎN MÂNĂ. PREVALENȚA DIABETULUI LA POPULAȚIA ADULTĂ ESTE DE 11,6%, IAR A PREDIABETULUI – DE 16,5%. JUMĂTATE DINTRE PERSOANELE CU PREDIABET VOR DEZVOLTA DIABET ÎN URMĂTORII 10 ANI. „ESTE EVIDENT CĂ EPIDEMIA DE DIABET ZAHARAT DE TIP 2 NU POATE FI REZOLVATĂ CONCENTRÂNDU-NE PE STRATEGIILE DE RISC ÎNALT ȘI PE ACȚIUNILE PREVENTIVE DESFĂȘURATE NUMAI DE SISTEMUL DE SĂNĂTATE. TREBUIE SĂ INFLUENȚĂM DECIZIILE, LUCRÂND ÎMPREUNĂ CU SISTEMUL EDUCAȚIONAL, INDUSTRIA ALIMENTARĂ, MASS-MEDIA, PLANIFICAREA URBANĂ, ORGANIZAȚIILE NEGUVERNAMENTALE ETC.”, ATRAGE ATENȚIA PROF. UNIV. DR. MARIA MOȚA, MEDIC PRIMAR DIABET, NUTRIȚIE ȘI BOLI METABOLICE, PREȘEDINTE AL „GRUPULUI DE LUCRU EPIDEMIOLOGIA ȘI PREVENȚIA DIABETULUI ZAHARAT ȘI A COMPLICAȚIILOR SALE” DIN CADRUL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE DIABET, NUTRIȚIE ȘI BOLI METABOLICE. SPECIALISTUL SPUNE CĂ, ÎN AFARĂ DE POLITICI, REGULI ȘI PROGRAME, FIECARE PACIENT TREBUIE SĂ FIE UN MIC DIABETOLOG, SĂ ȘTIE CUM SĂ-ȘI ADMINISTREZE BOALA ȘI SĂ ȘTIE CE ESTE CEL MAI BINE, DIN PUNCTUL DE VEDERE AL STILULUI DE VIAȚĂ, PENTRU EL. DE VALENTINA GRIGORE



Cât de dăunător este stilul de viață sedentar (al părinților și al copiilor, deopotrivă) și cum poate fi schimbată această atitudine?

Printre cauzele ce au determinat creșterea epidemică a diabetului zaharat se numără sedentarismul, alimentația nesănătoasă, excesivă, cu consecința lor – apariția obezității. Consumul excesiv de alcool, perturbările legate de somn, stresul sunt alte elemente ale stilului de viață nesănătos, care pot crește riscul de diabet. Sedentarismul are un rol extrem de dăunător; copiii petrec mult timp cu părinții lor, tot mai mult în casă, părinții fiind concomitent un exemplu pentru copiii lor. De aceea este nevoie de educația părinților privind nevoia ca timpul liber să fie petrecut cât mai mult timp în natură, în locuri ce permit mișcarea de orice fel.

Ce politici de sănătate ar trebui implementate în acest sens?

Ar fi ideal ca în programul grădinițelor și școlilor să fie prevăzute cât mai multe ore de educație fizică, ele să fie respectate, pentru că astfel am avea garanția că există un minimum necesar de mișcare. Medicii din școli, medicul de familie ar trebui să abordeze la fiecare vizită acest subiect. De asemenea, profesorii, învățătorii, bine informați, ar trebui să discute frecvent cu copiii despre necesitatea menținerii unei greutate normale.

Diabetul se asociază cu diferite complicații ce pot fi fatale. Este insulinizarea precoce o soluție pentru prevenirea sau întârzierea acestor complicații?

Depinde de tipul de diabet. În diabetul zaharat de tip 1, insulinodependent, insulina se va introduce imediat, din momentul diagnosticării, nici nu ai altă soluție, evoluția ar fi rapid fatală în afara insulinei. În diabetul zaharat de tip 2, ce reprezintă peste 90% din toate tipurile de diabet, insulina este recomandată ori de câte ori se impune: când există valori mari ale glicemiei, cu ocazia unui stres acut (intervenții chirurgicale, accidente, infarct miocardic etc), sau după mulți ani de evoluție, când glicemiile nu mai pot fi ținute sub control. La ora actuală, odată cu apariția a noi clase de medicamente, orale sau injectabile, timpul până la insulinoterapia permanentă a fost prelungit. Tratamentul cu insulină nu trebuie introdus nici mai devreme, dar nici mai târziu decât este necesar, în evoluția actuală a diabetului. Insulina salvează însă pacientul în complicațiile acute hiperglicemice și atunci când alte clase terapeutice nu sunt indicate sau sunt contraindicate.

Multe persoane cu DZ 2 care trec de la antidiabetice orale la insulină consideră ca au ajuns în ultimul stadiu al bolii. Cum elimină diabetologul această reticență față de insulină?

Eu cred că este foarte important să se explice pacientului, încă de la diagnosticarea diabetului, că vor fi etape în viață în care se va impune tratamentul cu insulină, care nu dă dependență, și care, în diabetul de tip 2, poate duce la ameliorarea diabetului, cu posibilitatea revenirii la medicația non-insulinică anterioară, în anumite cazuri.

Este educația terapeutică suficientă pentru prevenirea complicațiilor?

Educația terapeutică este esențială în prevenirea complicațiilor diabetului. Practic, pentru a-și îngriji corect diabetul, zi de zi, adaptat la alimentație, exercițiu fizic și la toate „problemele vieții”, fiecare pacient trebuie să devină „un mic diabetolog” care să se trateze zilnic.

Crizele de hipoglicemie apar frecvent. Care este cea mai bună conduită în astfel de crize?

Hipoglicemia este, poate, cea mai mare urgență în diabet. Cea mai bună conduită este să învățăm pacienții să prevină hipoglicemia, printr-o educație terapeutică corespunzătoare. De multe ori însă, acest lucru nu este posibil, mai ales atunci când ținim valori ale glicemiei cât mai apropiate de normal, la copii, tineri. Sunt mai multe grade de hipoglicemie și pacienții, dar și familiile lor sunt educați ce trebuie făcut, imediat. Toți pacienții cu risc de hipoglicemie vor purta asupra lor zahăr sau glucoză, pe care le vor ingera imediat ce bănuiesc o hipoglicemie; după ce au luat zahărul, se recomandă efectuarea unei glicemii pentru a se confirma că s-au diagnosticat corect. După 10-15 minute, vor repeta glicemia și dacă valorile sunt tot mici, se vor mai lua 15-20 g zahăr, eventual vor solicita urgența, dacă nu se remite hipoglicemia.

Glucagonul este o alternativă viabilă pentru persoanele cu diabet? Câte persoane au nevoie/acces la glucagon?

Sunt situații în care hipoglicemia este severă și pacientul are nevoie de ajutor extern, familia fiind prima care trebuie să intervină, administrând glucagon subcutanat sau chiar intramuscular, acesta crescând eliberarea glucozei în sânge, de către ficat. Practic, toți pacienții, indiferent de vârstă, care urmează tratament cu insulină ar trebui să aibă în casă mai multe doze de glucagon, spre a fi folosite de familie, în hipoglicemiile severe. ■

INTERVIU CU PROF. DR. DRAGOȘ VINEREANU, PREȘEDINTELE SOCIETĂȚII ROMÂNE DE CARDIOLOGIE

Programele sunt prioritare, însă nu și-n finanțare

DE ROXANA MATICIUC

Din punctul de vedere al societății pe care o conduceți, care ar fi partea de politică de sănătate publică, de legislație, care ar putea fi schimbată pentru a vă ajuta pe dumneavoastră, medicii cardiologi?

Sunt mai multe inițiative pe care le avem în acest moment și care evident că implică și anumite modificări legislative. În primul proiect pe care îl avem și pe care încercăm să îl implementăm de mult este vorba despre prevenția bolilor cardiovasculare. În acest moment, există în Ministerul Sănătății două acțiuni prioritare: una este dedicată tratamentului infarctului de miocard, iar cealaltă este pentru prevenția morții subite cardiace, ambele fiind eficiente, reducând mortalitatea pe termen scurt imediat după implementare. Ne interesează să prevenim factorii de risc cardiovascular, iar pentru asta ai nevoie de un program național de screening, ca să cunoști care este ponderea factorilor de risc la nivelul României. Ca atare, am propus Ministerului Sănătății un program de prevenție cardiovasculară care cuprinde multiple aspecte și care se va desfășura pe 200.000 – 250.000 de oameni, la nivelul întregii țări. În funcție de rezultatele acestui program de screening, la nivelul fiecărui subiect se vor aplica măsurile de prevenție sau, acolo unde este cazul, cele terapeutice.

Al doilea proiect pe care îl avem împreună cu Ministerul Sănătății este să unificăm registrele naționale. În acest moment, avem registre axate pe diferite boli, pe diferite patologii și pe diferite proceduri. În plus, fiecare societate profesională are registrele ei. Registrele sunt utile atât din punct de vedere științific, cât și pentru monitorizarea diferitelor acțiuni populaționale ale Ministerului Sănătății, cum ar fi acțiunile prioritare despre care tocmai vorbeam.

Al treilea proiect, pe care sper că aproape l-am realizat, constă în dotarea unităților de supraveghere și tratament avansat al bolnavilor cardiovasculari critici. Așa cum am menționat, există cele două acțiuni prioritare ale Ministerului Sănătății care permit tratamentul modern al infarctului de miocard, precum și prevenția morții subite cardiace. După ce pacienții sunt tratați prin fondurile alocate special de către minister, aceștia ajung în aceste unități unde sunt tratați la fel ca în orice unitate de cardiologie, pentru că nu

avem dotare separată, nu avem finanțare separată, deși acestea sunt unități de anestezie și terapie intensivă dedicate cardiologiei. Prin urmare, avem nevoie să fie asigurată o finanțare corespunzătoare pentru acești pacienți ca să se poată închide cercul și să fie tratați corespunzător. Mulți dintre acești pacienți au complicații care necesită terapie intensivă, iar noi ar trebui să o aplicăm la nivelul acestor unități, fără să mai fie nevoie să-i transferăm în secțiile generale de terapie intensivă.

Un alt proiect foarte important pe care dorim să îl facem cu Ministerul Sănătății este cel al reorganizării recuperării cardiovasculare. În acest moment, recuperarea cardiovasculară se face doar în câteva unități la nivel național. Există unități la Iași, la Cluj, la Timișoara, dar, de exemplu, în București nu există nicio unitate de stat care să poată face o recuperare cardiovasculară dedicată. Dorim adaptarea legislației, iar aici discuțiile sunt mai degrabă cu CNAS, în așa fel încât programele de reabilitare specifice cardiologiei să fie coordonate sub supravegherea combinată a medicului cardiolog și a medicului de recuperare. Există protocoale specifice pentru recuperarea pacienților cu boli cardiovasculare pe care le putem face în colaborare interdisciplinară.

Cât de importantă este această recuperare post-infarct?

Pacientul post-infarct are nevoie neapărată de recuperare cardiovasculară și s-a dovedit că această recuperare, dacă se face corect, reduce mortalitatea pe termen lung cu cel puțin 20%. Există protocoale în ghidurile europene, adoptate de către Societatea Română de Cardiologie. În plus, ar putea beneficia de recuperarea cardiovasculară pacienții cu insuficiență cardiacă, pacienți care erau considerați pierduți, acum zece ani, când insuficiența cardiacă era o boală mai gravă decât cancerul.

Al cincilea proiect pe care l-am susținut și care este foarte important pentru cardiologia din România este să avem medicamente de uz cardiologic disponibile pe piața românească. Am discutat încontinuu cu Ministerul Sănătății pentru a avea anumite medicamente pe care, în acest moment, companiile farmaceutice nu au interesul să le aducă în România. Așa am reușit să aducem Adenozină, în colaborare cu Societatea de



Anestezie și Terapie Intensivă; împreună cu Societatea Națională de Obstetrică și Ginecologie, am reușit să aducem sulfatul de magneziu, care este esențial atât pentru noi, cât și pentru ginecologie. Am reușit să prelungim autorizația de punere pe piață pentru Nitroglicerina intravenos și pentru Amiodarona. Avem și alte medicamente pe care sperăm să le aducem în viitorul apropiat, cum ar fi Flecainida, Labetololul sau Esmololul, care sunt esențiale.

Vorbim de medicamente de ultimă generație sau vorbim despre medicamente care dispar din cauza dezinteresului?

Vorbim, în primul rând, despre medicamente care nu se găsesc pe piața românească fiindcă nimeni nu are interesul să le obțină autorizația de punere pe piață, nicio companie farmaceutică nu consideră că ar câștiga suficient de pe urma lor, dacă le aduce în România. Sunt medicamente relativ ieftine, cu uz relativ restrâns și, ca atare, nu există interes. Ele sunt însă esențiale pentru domeniile la care ne referim.

Din punctul de vedere al tehnologiei disponibile în spitalele de la noi, comparativ cu ce se întâmplă în alte țări, avem ce ne trebuie?

În cardiologie, din fericire, la acest moment avem la dispoziție cele mai performante materiale. Dar ne-ar trebui o finanțare mai bună. Programele există, sunt bine structurate și acoperă multiple aspecte ale cardiologiei. Problema este ca aceste programe să fie bine finanțate, fiindcă pe acțiunile prioritare despre care vorbeam mai devreme a existat o reducere a finanțării cu 25-30%, în ultimii doi ani.

Din punctul de vedere al politicilor de sănătate publică, ce s-ar putea face pentru prevenție?

Ar trebui să funcționeze programul de conștientizare al populației referitor la factorii de risc cardiovascular și la modul în care trebuie făcut screeningul pentru boli cardiovasculare, începând de la vârste tinere. În România, vorbim de un consum mediu de sare undeva între 20-30 de grame pe zi, când în mod normal ar trebui să fie sub 6 grame. Lucrurile trebuie privite global și evident că nu vrem să punem presiune pe taxe și accize suplimentare care să afecteze industria, dar vrem ca aceste lucruri să fie mai bine reglementate.

Se poate face medicină de excelență în privat?

Bineînțeles că se poate face medicină de excelență în privat. Oricum, în mare parte, în domeniul cardiologiei, în mediul privat lucrează aceiași medici care lucrează sau care au lucrat și în sistemul de stat.

În aceste condiții, această măsură care se tot vehiculează, ca medicii să aleagă între privat și stat, vi se pare o inițiativă de dorit pentru România? ❏

...


INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro



ZIUA MONDIALĂ A CARENȚEI DE FIER 2018

un apel pentru creșterea nivelului de înțelegere a acestei afecțiuni

 Ziua Mondială a Carenței de Fier marchează eforturile de creștere a nivelului de conștientizare privind deficitul de fier și anemia feriprivă, ca probleme majore de sănătate publică și evidențierea impactului semnificativ al acestora asupra pacienților¹.

O treime din populația globului suferă de carență de fier², afecțiune des întâlnită mai ales în rândul femeilor în premenopauză, al celor însărcinate și al copiilor cu vârste sub cinci ani³.

Carența de fier rămâne o afecțiune greu de recunoscut de către cei care manifestă simptomele specifice, deși consecințele sale pot fi serioase, iar prevalența în rândul populației este relativ ridicată. Astfel, este esențial ca fiecare persoană să înțeleagă rolul fierului în organism și consecințele generate de faptul că nivelul de fier nu se află în parametri adecvați^{6,7}.

Nerecunoașterea simptomelor deficitului de fier și ale anemiei feriprive este, de multe ori, cel mai mare obstacol în calea obținerii unui diagnostic⁴. Printre simptomele uzuale se numără oboseala^{5,9,10}, paloarea⁵, unghiile fragile^{5,11}, pofta de materii non-alimentare precum noroi, lut sau gheață^{5,12}, lipsa capacității de concentrare^{9,13}. Totuși, simptomele carenței de fier se pot manifesta diferit, fiind greu de identificat, și pot fi asociate cu o serie de alte afecțiuni^{4,5}.

„Carența de fier afectează un număr semnificativ de femei din întreaga lume și poate avea un impact semnificativ asupra sănătății și calității vieții lor. Menținerea unui nivel optim al fierului în organism este esențială în special pentru femeile

gravide. Pe perioada sarcinii, carența de fier afectează nu numai sănătatea viitoarelor mame, ci și starea de sănătate a fătului, cu consecințe semnificative în ceea ce privește dezvoltarea neurocognitivă a acestora. De aceea este important ca deficitul de fier să fie prevenit mai ales la femeia gravidă. Astfel, se impune o monitorizare atentă a sarcinii, recomandarea unui regim alimentar diversificat, bogat în legume, fructe, proteine de calitate superioară, suplimente de vitamine și săruri minerale”, a declarat doamna Prof. Univ. Dr. Doina Anca Pleșca, Șef Clinică de Pediatrie, Spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”.

Consecințele deficitului de fier diferă de la o persoană la alta, însă acestea pot fi asociate unui declin al sănătății și al stării de bine, în general¹³. Chiar și fără anemie, deficitul de fier poate fi debilitant, poate duce la agravarea unei afecțiuni cronice preexistente și poate contribui la creșterea morbidității și a mortalității⁴. La copii în mod particular, carența de fier poate afecta semnificativ dezvoltarea cognitivă și motorie a acestora¹⁴.

„Carența de fier este o afecțiune care poate avea consecințe majore asupra organismului și de aceea este o nevoie reală de creștere a gradului de atenționare asupra carenței de fier și de o mai bună înțelegere a simptomatologiei. Este cea mai răspândită deficiență nutrițională la nivel global și este o afecțiune care rămâne subdiagnosticată și subtratată, deși are un impact major nu doar asupra adultului, ci și asupra dezvoltării copilului”, a declarat domnul Profesor Univ. Dr. Gabriel Mircescu, Șef Clinică Nefrologie, Spitalul Clinic de Nefrologie „Dr. Carol Davila”.

ZIUA MONDIALĂ A CARENȚEI DE FIER, MARCATĂ ÎN FIECARE AN PE 26 NOIEMBRIE, ARE CA OBIECTIVE:

- creșterea gradului de conștientizare privind această problemă serioasă de sănătate publică;
- evidențierea impactului major pe care îl au carența de fier și anemia feriprivă asupra pacienților;
- sprijinirea recunoașterii simptomelor obișnuite și deseori trecute cu vederea.

Pentru a informa oamenii din întreaga lume despre Ziua Mondială a Carenței de Fier 2018, au fost create o serie de materiale pentru o mai bună înțelegere a deficitului de fier și a anemiei feriprive și o Listă de verificare a simptomelor care ajută la recunoașterea numeroaselor și variatelor simptome. Această listă cuprinde principalele simptome asociate deficitului de fier și anemiei feriprive și le aduce la viață prin intermediul unui personaj animat. Aceasta este disponibilă la adresa de web www.ziucarenteidefier.ro.

Carența de fier este prezentă în rândul unei treimi din populație, la nivel global². Este cel mai des întâlnită în rândul femeilor care sunt la premenopauză sau sunt însărcinate și al copiilor cu vârsta sub 5 ani³. În Europa, spre exemplu, carența de fier afectează până la aproximativ 33% dintre femeile aflate la premenopauză, până la 77% dintre femeile însărcinate și până la 48% dintre copii³. Carența de fier este, de asemenea, frecvent asociată cu boli inflamatorii cronice, cum ar fi insuficiența cardiacă cronică, boala cronică de rinichi și boala inflamatorie intestinală⁴.

Fierul este necesar întregului organism. Este esențial pentru producerea globulelor roșii și pentru asigurarea funcționării eficiente a inimii și a mușchilor scheletici¹⁵. De asemenea, fierul joacă un rol vital în combaterea infecțiilor și a bolilor¹⁶, menținând nivelul optim de energie¹⁶ și funcția normală a creierului¹⁷. Când depozitele de fier din organism sunt scăzute (deficit de fier), pot fi afectate aproape toate aspectele vieții, cum ar fi metabolismul, sănătatea mentală și fizică, productivitatea în muncă și chiar funcția sexuală^{15,17}. Organizația Mondială a Sănătății afirmă că deficitul de fier poate duce la o scădere cu 30% a capacității de efort fizic.

Pentru mai multe informații despre carența de fier, accesați www.ziucarenteidefier.ro și www.carentadefier.ro.

DESPRE VIFOR PHARMA

Grupul Vifor Pharma este o companie farmaceutică globală. Obiectivul său este de a deveni lider mondial în terapia deficitului de fier și în terapii în domeniile nefrologie și cardio-renal. Compania este partenerul de încredere pentru produse farmaceutice și soluții inovatoare pentru pacienți. Grupul Vifor Pharma se străduiește să ajute pacienții cu boli grave și cronice din întreaga lume să ducă o viață mai bună și mai sănătoasă. Compania dezvoltă, produce și comercializează produse farmaceutice pentru îngrijirea de precizie a pacienților. Grupul Vifor Pharma deține o poziție de lider în toate activitățile sale principale și este alcătuit din următoarele companii: Vifor Pharma; Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma, o companie în parteneriat Fresenius Medical Care; Relypsa și OM Pharma. Grupul Vifor Pharma are sediul în Elveția și este cotate la Bursa de Valori din Elveția (SIX Swiss Exchange, VIFN, ISIN: CH0364749348).

Pentru mai multe informații, vă rugăm să vizitați www.viforpharma.ro și www.viforpharma.com

REFERINȚE:

- ¹ Hassan, Tamer Hasan et al. Impact of Iron Deficiency Anemia on the Function of the Immune System in Children. Ed. Esaki M. Shankar. *Medicine* 95.47 (2016): e5395. PMC. Web. 12 June 2018.
- ² Peyrin-Biroulet L, et al. Guidelines on the diagnosis and treatment of iron deficiency across indications: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2015;102(6):1585-94.
- ³ Hercberg S, et al. Iron deficiency in Europe. *Public Health Nutr*. 2007;4(2b).
- ⁴ Cappellini MD et al. Iron deficiency across chronic inflammatory conditions: International expert opinion on definition, diagnosis, and management. *Am J Hematol*. 2017 Oct;92(10):1068-1078.
- ⁵ Auerbach M, Adamson JW. How we diagnose and treat iron deficiency anemia. *Am J Hematol*. 2016;91(1):31-38.
- ⁶ Thachil J. Iron deficiency: still under-diagnosed? *Br J Hosp Med*. 2015;76(9):528-532.
- ⁷ Miller JL. Anemia: a common and curable disease. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2013 Jul; 3(7).
- ⁸ Caramelo L, Mezzacasa A and Kassebaum NJ. Iron Deficiency. Understanding perceptions of sufferers and the general public. EHA 21st Annual Congress, 9-12 June 2016, Copenhagen, Denmark.
- ⁹ Fernando B, et al. A guide to diagnosis of iron deficiency and iron deficiency anemia in digestive diseases. *World J Gastroenterol*. 2009 Oct 7; 15(37): 4638-4643.
- ¹⁰ Favrat, B., et al. (2014). Evaluation of a single dose of ferric carboxymaltose in fatigued, iron-deficient women--PREFER a randomized, placebo-controlled study. *PLoS One* 9(4): e94217. eCollection 2014. <
- ¹¹ Cashman MW, Sloan SB. Nutrition and nail disease. *Clin Dermatol*. 2010;28(4):420-5.
- ¹² Barton JC, et al. Pica associated with iron deficiency or depletion: clinical and laboratory correlates in 262 non-pregnant adult outpatients. *BMC Blood Disord*. 2010;10:9. doi:10.1186/1471-2326-10-9.
- ¹³ Patterson A et al. Iron deficiency, general health and fatigue: Results from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Qual Life Res*. 2000;9:491-497.
- ¹⁴ World Health Organisation. Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. 2017. Available at URL: <http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemias-tools-prevention-control/en/>. Last accessed: June 2018.
- ¹⁵ Camaschella C. 2015. Iron-deficiency anemia. *N. Engl. J. Med*. 372:1832-1843.
- ¹⁶ Beard JL. Iron biology in immune function, muscle metabolism and neuronal functioning. *J Nutr*. 2001:568-580.
- ¹⁷ Pinero DJ, Connor JR. Iron in the Brain: An Important Contributor in Normal and Diseased States. *Neurosci*. 2000;6(6):435-453.
- ¹⁸ World Health Organisation. Iron deficiency anaemia. Assessment, prevention and control: A guide for programme managers. 2001. Available at URL: http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf

SALĂ DE OPERAȚII,
SPITALUL FOIȘOR

insuficiență renală; în decembrie, finalizăm și crearea unei noi secții de urologie, care va avea echipamente de endourologie de ultimă generație. Scintigrafia despre care vă spuneam este unică în București și pentru că deservește și copiii, spitalul nostru a semnat contracte pentru a ajuta și două spitale ale Ministerului Sănătății: Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu” și Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Marie Curie” – Budimex.

Suntem foarte preocupați, de asemenea, de prevenirea infecțiilor nosocomiale. La Spitalul „Victor Babeș”, de exemplu, a fost achiziționat primul robot de sterilizare cu xenon, cu o tehnologie inovativă, de aproape 200.000 de euro. Acesta poate steriliza un salon de terapie intensivă în cinci minute.

La Spitalul Giulești, funcționează singura clinică de fertilizare in vitro acreditată de stat. Am văzut că există un proiect al PMB, „O șansă la viață”. Cine se poate înscrie?

Toate cuplurile care suferă de infertilitate din București. În acest moment, cred că sunt 10 clinici afiliate în proiectul FIV. Și, ca să vă faceți o idee, anul trecut, programul național de fertilizare in vitro, adică cel al Ministerului Sănătății, a sprijinit 400 de cupluri din România. Noi, din iulie și până acum, am ajutat peste 800 de cupluri în București și, în acest moment, avem confirmate 104 sarcini din 254 de proceduri finalizate.

Legat de acest subiect, mai avem un proiect legat de oncofertilitate. Foarte mulți tineri sunt diagnosticați cu boală oncologică, fac tratamentul cu succes și, la final, află că, din păcate, nu mai pot face copii, că au devenit sterili. Procedura aceasta de preservare a fertilității nu este decontată de Ministerul Sănătății, nu este considerată prioritară, dar noi considerăm că este o dramă și că trebuie să îi sprijinim. Materialul genetic este prelevat și congelat cinci ani gratuit la Clinica Giulești. Valoarea proiectului este de 200.000 de euro.

Pe lângă condițiile de cazare din spitale, pacienții se plâng de multe ori de măncarea pe care o primesc. Asta face ca ei să primească de la aparținătorii lor alimente neindicat pentru afecțiunile pe care le au.

Pentru spitalele din subordinea Primăriei Capitalei, s-a aprobat prin Consiliul General creșterea valorii alocației de hrană cu 50%, astfel încât meniurile din spitalele noastre sunt diverse și complete: au carne,

brânzeturi, fructe și legume proaspete, ceea ce nu cred că este un aspect de neglijat pentru un om în suferință.

Alt proiect important pe care îl desfășurăm este cel prin care încercăm să corectăm lipsa personalului din pozițiile care interacționează direct cu pacienții. Administrația Spitalelor angajează personal de suport pentru spitale, cu rolul de a oferi informații pacienților.

Știu că printre proiectele Primăriei se numără și acela de a sprijini paciențele cu cancer de sân în stadii incipiente. În ce constă acesta?

Proiectul despre care mă întrebați dumneavoastră este un proiect propus de doamna primar general pentru a sprijini paciențele cu cancer de sân în stadii incipiente, care nu își pot permite să efectueze teste genetice. Este vorba despre o sumă de 17.000 de lei pentru fiecare test genetic. Făcând acest test genetic, oncologul știe dacă trebuie să îi dea sau nu pacientului chimioterapie intensivă. Este un proiect extraordinar, oncologii cu care am vorbit au zis că nu le vine să creadă că este posibil. În acest moment, avem 18 persoane care s-au înscris în proiect și toate au primit deja voucherele. 1.000 de persoane vor putea beneficia de aceste teste, valoarea totală a proiectului fiind de 17 milioane de lei.

Ce planuri aveți pentru anul următor?
În primul rând, dorim să finalizăm proiectele începute. Pe lista noastră de obiective intră:

- primul centru medico-social pentru pacienții utilizatori de droguri, cu tuberculoză sau HIV, din dorința de a le crește aderența la tratament și de a le spori șansele la reintegrare socială.
- centru de terapie cu protoni, unic în Europa de Sud-Est, care va permite realizarea de terapii oncologice pentru copii și pentru anumite tumori cu localizări speciale.
- Rețeaua de clinici „Sf. Agatha”, dedicată screeningului pentru cancer de col uterin și de sân.
- o clinică de stomatologie metropolitană care să realizeze asistența stomatologică pentru bucureșteni, copii și adulți. ■

...

**INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE**

www.politicesanatare.ro

+ INTERVIU CU **TURKES ABLACHIM**, DIRECTOR MEDICAL ASSMB

PARTEA A II-A

Spitale noi în București



Salariile medicilor au crescut, pacienții știu acest lucru și se așteaptă ca la ei în țară să aibă parte de tratamente „ca afară”. Și totuși, până acolo mai este cale lungă, iar plângerilor lor continuă să curgă. Ce se poate face?

Trebuie să înțelegem cu toții că actul medical nu este reprezentat numai de consultația la doctor, astfel că atunci când ne propunem să creștem calitatea actului medical, trebuie să avem în vedere și alți factori. Haideti să începem cu spațiile în care se desfășoară actul medical. Acum, niciun spital din România, construit în urmă cu 50 sau chiar 20 de ani, nu mai corespunde cerințelor actuale. De anul trecut, toate spitalele care sunt în subordinea Primăriei Capitalei au intrat într-un program de modernizare, de recompartimentare, de refuncționalizare, în așa fel încât, în spațiile care există deja, să facem tot ce este posibil din punct de vedere arhitectural. Sigur că aceasta este o soluție temporară, de tranziție, până când vom reuși să înlocuim toate aceste spitale vechi cu unele noi. De exemplu, spitalele Gomoiu și Foișor sunt o ilustrare elocventă a ceea ce înseamnă condiții de cazare modernă într-un spital. Pentru extinderea, modernizarea și echiparea Spitalului Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”, s-au alocat aproape 60 de milioane de euro. Iar pentru Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular Foișor s-au alocat aproape 48 de milioane de euro.

La Spitalul Clinic „Theodor Burghel”, vom construi un corp care va avea o secție de cardiologie modernă, cu serviciu de angiografie și cardiologie intervențională, mărim numărul de săli de operație pentru urologie, iar blocul operator va fi realizat exact ca în străinătate: cu săli pentru endoscopie înaltă și joasă, săli pentru intervenții clasice.

De asemenea, avem în vedere construirea unui corp



nou de clădire la Spitalul „Filantropia”, dedicat sarcinilor cu risc. Acesta va avea și secție de obstetrică, secție de neonatologie mult mai mare, comparativ cu cea existentă, compartiment dedicat procedurilor de fertilizare in vitro. Intenționăm să achiziționăm imobile noi în care să relocăm spitalele Panait Sârbu, maternitatea Cantacuzino și Spitalul OMF "Dan Theodorescu", întrucât nu este posibil să construiești în câteva luni un spital, în condițiile legislative și birocratice actuale.

Există concurență între spitalele Primăriei Capitalei și cele ale Ministerului Sănătății?

Răspunsul la această întrebare e dificil. Depinde de ce vă referiți. Pe de o parte, așa spune că nu, pentru că publicul-țintă este diferit. Spitalele Ministerului Sănătății sunt spitalele de urgență și institute. La spitalele Primăriei Capitalei, vin în primul rând pacienți cronici. Sigur că dorința de a atrage și de a rezolva cele mai dificile cazuri medicale și chirurgicale este o formă de concurență și, sperăm, sprijinul și investițiile pe care le-am făcut și le vom face în spitalele noastre se văd deja.

Din punctul de vedere al echipamentelor medicale moderne, ne-am dori să avem tot ceea ce este necesar. De exemplu, la Spitalul „Carol Davila” s-au achiziționat, la solicitarea medicilor, echipamente de ultimă generație de peste 1,5 milioane de euro: un aparat de scintigrafie, care are și achiziție de date tomografice, aparat de litotritie extracorporeală, un aparat de dializă foarte performant care poate fi folosit pentru pacienții cu insuficiență hepatică și

„HEPATITA C se poate vindeca”



Campanie de testare pentru 100.000 de români

45.000 DE ROMÂNI AU FOST TESTAȚI ÎN PRIMA LUNĂ A CAMPANIEI „HEPATITA C SE POATE VINDECA”. DEȘI REZULTATELE DE PÂNĂ ACUM ARATĂ CĂ PROCENTUL DE PERSOANE DEPISTATE CU HEPATITA C ESTE DE APROXIMATIV 1,5%, ESTE ÎNGRIJORĂTOR FAPTUL CĂ SUNT ZONE ÎN CARE PROCENTUL CELOR CONFIRMAȚI POZITIV DE CĂTRE MEDICUL GASTROENTEROLOG ESTE DE PESTE 3%, AJUNGÂND SĂ DEPĂȘESCĂ UNEORI PRAGUL DE 5%. DE ROXANA MATICIUC



„Este foarte importantă depistarea pacienților cu această infecție care acționează de cele mai multe ori în absența unor simptome, ceea ce poate duce la complicații ale bolii (ciroze hepatice sau cancer hepatic), fără ca pacientul să se considere bolnav. De aceea este important ca pacienții pozitivi la analizele de screening (efectuate prin medicul de familie) să urmeze apoi pașii, să se adreseze medicului specialist gastroenterolog sau infecționist pentru confirmare, iar dacă infecția se confirmă, pentru evaluarea bolii, stadializare și tratament. Acest lucru este foarte important, cu atât mai mult cu cât, în prezent, hepatita C poate fi tratată și vindecată prin noul tratament „interferon free”, spune dr. Luminița Popovici,

șef secție Gastroenterologie, Spitalul Județean de Urgență Bacău. Campania „Hepatita C se poate vindeca”, lansată de Asociația Echitate în Sănătate la 1 noiembrie 2018, se adresează persoanelor peste 18 ani și se derulează prin cabinetele medicilor de familie din județele Neamț și Bacău. Testele și materialele consumabile necesare efectuării testării au fost distribuite gratuit în cabinetele medicilor de familie, împreună cu materiale informative despre modalitățile de transmitere a virusului hepatitic C, precum și despre riscurile nediagnosticării și netratării la timp a persoanelor infectate.

De acum trei ani, sistemul de sănătate din România oferă terapii inovatoare pentru tratamentul hepatitei C. În prezent, trei scheme de tratament sunt asigurate în

cadrul unor contracte cost-volum- rezultat încheiate de CNAS. În cadrul acestora, pe parcursul unui an, începând cu 1 septembrie 2018, 13.000 de pacienți cu hepatită C cu stadiile de fibroză F1, F2, F3, F4, ciroză decompensată/compensată și pacienți cu insuficiență renală cronică aflați în dializă vor primi tratamentele adecvate.

„Hepatita cronică virală C reprezintă astăzi o boală care poate fi învinsă cu ajutorul noilor regimuri terapeutice. Cu o condiție: să fie diagnosticată și tratată corect. Afecțiunea în stadiile preciroitice, adică în fazele în care putem vorbi despre vindecare, este asimptomatică și nu poate fi identificată decât printr-un program bine organizat de screening populațional generalizat sau adresat populației cu risc crescut. Având în vedere că sunt încă

regiuni ale țării cu prevalență de peste 5%, sunt grupuri populaționale (peste 50 ani) cu prevalență mare a infecției, secvența diagnostic – evaluare completă – tratament este obligatorie pentru a reuși să faci o diferență pentru pacient și cu răsunet asupra prevalenței globale a infecției replicative, cu micșorarea riscului de transmitere a virusului. Momentan sunt pași mici, dar care au demonstrat utilitatea testării populației asimptomatice și care creează circuitele funcționale ce orientează pacientul spre cura terapeutică”, a declarat prof. dr. Anca Trifan, președinte Societatea Română de Gastroenterologie.

Aceasta este cea de-a doua campanie de testare pentru depistarea VHC derulată de Asociația Echitate în Sănătate. Dacă în acțiunile precedente campania de testare

a vizat cu precădere marile aglomerări urbane, actuala campanie se adresează în special populației din orașele mici, din comune și sate, asigurând astfel șanse egale pentru accesul la tratamente inovatoare.

Având în vedere faptul că în județul Neamț nu există centru de tratament pentru hepatita C, pacienții depistați pozitiv în campania care se desfășoară în acest județ vor beneficia de tratament acordat de medicii specialiști în gastroenterologie sau boli infecțioase în cadrul centrelor de specialitate prevăzute în cadrul contractelor încheiate de CNAS.

„SRGH salută efortul ONG-ului, al medicilor de familie, implicarea mass-media, a CAS-urilor și a spitalelor implicate în tratament. Toți, împreună, putem ajuta la eliminarea HCV în România până în 2030,

sau poate mai devreme”, a completat prof. dr. Anca Trifan.

În cadrul primei campanii de testare, în perioada 15 ianuarie 2017 – 28 februarie 2018 au fost testați 16.964 de pacienți internați în șapte dintre cele mai mari spitale din București și din țară. Rezultatele au fost evaluate în funcție de gen și grupe de vârstă (n.r. 18-49 / 50-60 / 60+), respectând confidențialitatea datelor medicale. Campania a evidențiat că 6% (1.013 persoane) dintre pacienții testați sunt purtători ai virusului hepatitic C. Ponderea cea mai mare de persoane depistate pozitiv la testare a revenit grupei de vârstă 60+.

Campania de testare „Hepatita C se poate vindeca” se va termina pe 15 februarie 2019 și este realizată de AES cu sprijinul ABBVIE. 🇷🇴



INTERVIU CU **DR. EMILIAN IMBRI**,
MANAGER SPITAL CLINIC „DR. VICTOR BABEȘ”

„Politica de sănătate este altceva decât POLITICA”

ARE 25 DE ANI DE ACTIVITATE ADMINISTRATIVĂ ȘI A FOST CONSILIERUL PERSONAL AL MAI MULTOR DEMNITARI. A FOST PRIMUL MEDIC-ȘEF AL CNAS, POST PE CARE L-A OCUPAT TIMP DE ȘASE ANI. ESTE OMUL CARE A PARTICIPAT LA ELABORAREA NORMELOR DE FUNCȚIONARE A SPITALELOR ȘI CARE A FĂCUT PARTE DIN ECHEPELE CARE AU EVALUAT PESTE 230 DE SPITALE DIN CELE EXISTENTE ÎN ROMÂNIA. ASTĂZI, DIN FUNCȚIA DE MANAGER AL SPITALULUI CLINIC „DR. VICTOR BABEȘ”, NE VORBEȘTE DESPRE DIFICULTĂȚILE LEGISLATIVE ȘI PROCEDURALE ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE.

DEROXANA MATICIUC



În acest moment, pachetul de legi ale Sănătății, așa cum este el conceput, ajută sistemul de sănătate să funcționeze?

Nu tot pachetul de legi încurcă și nu toate legile nu sunt respectate. Există, însă, nevoia componentelor sistemului de a se adapta, ca să poată supraviețui financiar. Sistemul de sănătate se află într-un haos legislativ și cea mai mare greșeală într-o mișcare browniană sau în haos este să încerci să faci ordine. În acel moment, riscul este să blochezi totul.

Referitor la legislație, sistemul este plătit de către CNAS pentru serviciile pe care le furnizează. Deci fiecare componentă a acestui sistem trebuie să raporteze servicii, ca să primească bani. În componența unui serviciu medical intră atât actul medical în sine, cât și îngrijirile medicale. Care sunt costurile acestor servicii? Din păcate, în treizeci de ani de când lucrez în administrație publică, nu s-a ajuns la un consens în legătură cu stabilirea costurilor reale ale actului medical. Punctez acest lucru pentru că discuțiile dezbate problema dacă ar trebui să se calculeze strict actul medical care are costuri directe (ce face doctorul, ce materiale folosește, cât personal participă la acel act medical) sau ar trebui să se adauge la calculul actului medical și costurile indirecte (costurile unității medicale: apă, lumină, căldură, canalizare). Putem spune, de exemplu, că Spitalul „Babeș” încarcă nota de plată pentru că rețeaua de termoficare și cea de canalizare sunt făcute în urmă cu cincizeci de ani, iar jumătate din agentul termic se duce în pământ. Am dat acest exemplu pentru că majoritatea costurilor ridicate sunt induse de factori externi, iar asigurările plătesc serviciile pe caz rezolvat, fără a ține cont de aceste influențe. Ca urmare, spitalului i se decontează mai puțin decât cheltuie în mod real.

Cum ar trebui făcut?

E foarte complicat, dar poate fi făcut ceva. De exemplu, de ani întregi, CNAS nu a mai modificat tarifele, între timp costurile reale au crescut, chiar cele directe. Tarifele ar trebui corelate cu costurile reale.

Vă dau câteva exemple de costuri ce pot apărea suplimentar în activitatea unui spital:

- A apărut obligativitatea de a te acredita. Este un lucru foarte bun, însă ca să te acreditezi și se impun niște standarde de calitate și de siguranță. Ca să ajungi la ele, trebuie să ai mentenanța la zi cu tot: în primul rând, la aparatură medicală, la aerul condiționat, paza contra incendiilor, trebuie să ai sisteme

moderne de protecție, de alarmare, iar toate astea costă mult mai mult decât costau înainte și cresc toate costurile unui spital.

- Firma care se ocupă cu deșeurile medicale a crescut prețul foarte mult. Pentru spitalele de boli infecțioase, trebuie să plătești și resturile alimentare care rămân, pentru că provin din farfuriile bolnavilor cu boli infecțioase și intră la deșeurile periculoase. Deci cumperi alimente ca să prepari hrana, asigură hrana bolnavilor conform cu ceea ce prevăd normativele, iar apoi trebuie să plătești ca să și arunci ce rămâne, la prețul de deșeurile periculoase.

- Vrei să faci performanță într-un spital? Atunci trebuie să speli, să dezinfectezi conform unui grafic. Trebuie să folosești materialele de protecție atât pentru personal, cât și pentru pacienți. Într-un spital de boli infecțioase, trebuie să îți schimbi mănușile și halatul pentru fiecare pacient, pentru a evita riscul de transmitere a infecțiilor asociate actului medical.

Toate acestea cresc costurile. Nu suntem la nivelul de a face față. Sistemul de sănătate nu face față și încerci să te adaptezi.

Dacă ar fi să ne referim la activitatea unui spital, cum s-a schimbat ea în ultimii ani de când fiecare om care ocupă scaunul de ministru vorbește despre progres?

Poate îți sună ca un paradox, însă un spital trebuie lăsat să funcționeze ca un spital. În momentul de față, nu mai există policlinici, ele fiind înlocuite de ambulatorii de specialitate integrate, nu mai există nici medici dispuși să lucreze în aceste ambulatorii. Dacă nu mai există acele policlinici vechi și privatul costă, unde se oprește omul după serviciu? La camera de gardă a unui spital. Și atunci iată cum se explică faptul că noi avem, în 24 de ore, 300-400 de prezenți în cadrul spitalului, din care internări sunt vreo 40-50, restul sunt consultații. Acest spital nu este unul de urgență și nici nu are ambulatoriu integrat, dar cum poți să convingi omul că nu are o urgență? Rar sunt cabinete de infecțioase în policlinici și le găsești mai mult la privat.

În momentul de față, Spitalul „Babeș” funcționează ca o policlinică, ca un spital social și cămin de bătrâni, ca loc de internare pentru cazuri sociale și pentru persoanele care consumă droguri.

Cum ar trebui modificată legea de funcționare a spitalelor, astfel încât să vă vină în ajutor?

În primul rând, sunt spitale care ar

trebui analizate separat, mai ales cele de monospecialitate, care au un specific. Nu poți plăti un spital de boli infecțioase pe numărul de paturi ocupate, pentru că în multe din bolile infecțioase clasice există o evoluție sezonieră. Pe de altă parte, trebuie respectate cerințele epidemiologice, de izolare a pacienților cu diferite afecțiuni – respiratorii, digestive –, pentru a preveni transmiterea. Legislația pe care o avem nu te lasă să fii flexibil.

Mai pot aduce în discuție creșterea salariilor. Toți suntem fericiți că au crescut salariile, dar nimeni nu spune că avem și probleme datorate acestei modificări legislative. Nu a fost o acțiune foarte bine gândită, pentru că nu poți să crești salariile doar doctorilor. Încep să apară niște discuții, pentru că ai o echipă într-un spital: doctorul și tot ce înseamnă personal de suport, fără de care doctorul nu poate funcționa. Nu îi poți crește doar lui salariul și pe ceilalți să îi lași, pentru că se creează o stare de disconfort și de animozitate care, într-un timp scurt, se și vede și scindează echipa.

În România actuală ne confruntăm cu schimbări politice foarte dese care duc și la schimbări la nivelul instituțiilor publice. Afectează ele bunul mers al lucrurilor?

Nu cu intenție. În toată această viață administrativă pe care am trăit-o, am constatat că cei care vin vin cu intenții bune, însă din păcate nu au o viziune a întregului. Dacă ai lucrat într-un spital orașenesc, unde ai fost medic de o anumită specialitate, și ești numit ministru, ce știi despre sistemul de sănătate? Știi că există acea specialitate și că la tine în spital ai probleme pentru că nu ai câte ceva și încerci să reglezi lucrurile la nivel local. Politica de sănătate este altceva decât politica. Este un lucru îngrozitor de complex, însă politica de sănătate trebuie să o stabilească un organism central, și anume Ministerul Sănătății.

Prin prisma experienței dumneavoastră, care ar fi temele de sănătate publică pe care ar trebui să punem accentul în perioada președinției României la Consiliul Uniunii Europene? 🇷🇴

INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

Rețeta pentru VINDECAREA CANCERULUI COLORECTAL

PATOLOGIA COLORECTALĂ TUMORALĂ AFECTEAZĂ UN NUMĂR SEMNIFICATIV DE ADULȚI, INCIDENȚA MAXIMĂ FIIND DE PESTE 50 DE ANI. DIN PĂCATE, ÎN ULTIMII ANI, FRECVENȚA TUMORILOR COLORECTALE LA PERSOANE MAI TINERE A CRESCUT ȘI A ÎNCEPUT SĂ NE PREOCUPE CHIAR ȘI DECADA A V-A, ADICĂ DE LA 40 DE ANI. DESIGUR, PE MĂSURĂ CE ÎNAINȚĂM ÎN VÂRSTĂ, RISCUL PREZENȚEI ÎN INTESTINUL GROS ȘI ÎN RECT A UNOR TUMORI CREȘTE SEMNIFICATIV. DE VALENTINA GRIGORE



Din fericire, această patologie poate fi identificată, diagnosticată precoce și tratată în faze timpurii din punctul de vedere al evoluției medicale, chiar vindecată uneori, însă în acest scop sunt necesare o echipă multidisciplinară și acces la metode moderne de diagnosticare și tratament adecvat oncologic, medical, endoscopic sau chirurgical, atrage atenția prof. dr. Cătălin Copăescu.

Modificarea unor caractere la nivelul polipilor colonici sau rectali poate fi înalt sugestivă pentru drumul către cancer al acelei tumori. Secvența aceasta, de la polipi la cancer, se derulează în multe luni, uneori în ani, ceea ce oferă posibilitatea unei echipe multidisciplinare să exploreze, să monitorizeze la intervale regulate de timp intestinul gros al pacientului, să identifice acele formațiuni care au risc evolutiv către cancer și să le extirpe în forme incipiente.

Dincolo de patologia tumorală, există și o patologie inflamatorie extrem de larg răspândită, de la inflamații limitate până la interesarea întregului intestin gros, de la ileită Crohn segmentară până la rectocolită ulcero-hemoragică, aceasta fiind o stare precanceroasă. Este nevoie de o echipă multidisciplinară care să intre în adâncimea acestor patologii, să fie alături de pacienții cu risc. Asta înseamnă un program de chi-

rurgie colorectală care trebuie implementat în orice instituție care își propune să aibă grijă de astfel de pacienți.

Echipa din cadrul Ponderas Academic Hospital este foarte bine antrenată în diagnosticarea acestor situații patologice, de la simple teste de sânge la manevre endoscopice cu prelevare de material biopsic, la suport imagistic RMN, tomografie, ecoendoscopie, puncții ghidate ecoendoscopic. Un diagnostic precis permite un tratament adecvat, care poate fi realizat endoscopic, prin chirurgie minim invazivă, endolumenal, laparoscopic sau robotic. Activitatea noastră este caracterizată de o abordare instituțională care se numește Tumor Board – cuprinde toate specialitățile pe la care ar trebui să treacă un pacient cu o boală oncologică colorectală: oncolog, gastroenterolog, anestezist, chirurg, radiolog, radioterapeut, cardiolog, nutriționist, psihosomatoterapeut, medic de oncologie paliativă. Cazul fiecărui pacient este analizat și dezbătut în cadrul acestui forum medical și, în funcție de faza evolutivă, stabilim ce tip de tratament trebuie aplicat pentru fiecare pacient.

Ajung pacienții la medic în stadii precoce ale bolii?

Din păcate, România nu este în acest film. Sunt multe minusuri pe care ni le asumăm în România în domeniul medical

și care ar trebui să fie pentru noi obiective să ne îmbunătățim activitatea. În primul rând, discutăm despre o educație medicală care ar trebui să ajungă la pacient. Degeaba știm noi care sunt manifestările, degeaba instruiem medicii care se ocupă de acest domeniu, dacă cei care sunt primii beneficiari, și anume pacienții, nu știu ce este colonul, ce este rectul, ce patologie ar putea să apară, ce semnificație ar putea avea o constipație prelungită, ce înseamnă o accelerare a tranzitului, ce înseamnă dacă pierdem sânge prin scaun. Ar trebui să îi preocupe orice manifestare anormală și, cu încredere, să se îndrepte către medic, pentru a surprinde boala într-o fază timpurie. Spre exemplu, pentru hemoragiile oculute din scaun există teste din ce în ce mai performante care pot indica chiar prezența unor polipi colonici și, atunci, pacientul ar trebui să meargă către colonoscopie.

Al doilea plan educațional vizează medicii cu care intră în contact pacienții. Acești colegi nu sunt neapărat avizați privind cancerul colorectal.

Mă refer la medicii de familie, la medicii interniști, la medici de diferite alte specialități care se trezesc în fața lor cu un pacient având sângerări pe care nu le pot obiectiva, care este anemic, și care nu își pun problema că această anemie ar putea fi instalată ca urmare a unor

+ INTERVIU CU
PROF. DR. CĂTĂLIN COPĂESCU,
CHIRURG DE EXCELENȚĂ ÎN CHIRURGIA
COLORECTALĂ, DIRECTOR MEDICAL
PONDERAS ACADEMIC HOSPITAL

pierderi cronice de sânge, eventual prin intestinul gros. Mă refer la colegii care îi tratează simptomatic, oferind pacienților tratament pentru anemie, cu fier, cu vitamine. Pacientul se simte bine o perioadă, însă sursa de pierdere, polipul, tumora din colon, nu este tratată și poate evolua către grade avansate din punct de vedere oncologic. Și așa ajungem să descoperim pacienți în stadii avansate – III, IV –, în stadii metastatice. Este în obiectivul nostru să instruiem acești colegi.

Cât de important este un program de screening bine pus la punct?

Ai nevoie de susținerea acestor investigații, dacă vrei să faci screening populațional cu teste de prelevare, de identificare a hemoragiilor oculute sau, așa cum este în țările mai avansate, cu colonoscopie efectuată în condiții de gratuitate pentru pacienții care au depășit 50 de ani. În unele țări, se fac aceste colonoscopii de la 45 și se discută chiar despre scăderea vârstei la 40 de ani. Unul dintre cele mai vechi programe din Europa se află în Olanda – grad de

aderență a populației de 70%, America a ajuns la 75% screening la populația de peste 50 de ani. Polonia are de 20 de ani un astfel de program, iar Slovenia stă foarte bine. În Europa există doar două pete negre – țări în care nu există niciun program de screening pentru cancerul colorectal: România și vecinul de la sud.

Care este speranța de viață în cancerul colorectal depistat devreme?

La cinci ani, speranța de viață poate să atingă 70-80% pentru formele incipiente de cancer. Din punct de vedere oncologic, dacă boala nu dă semne de recidivă în primii cinci ani, putem discuta de o remisiune totală sau de vindecare. În formele avansate de cancer colorectal, supraviețuirea la cinci ani este mai redusă: de la doi-trei ani până la patru-cinci ani, depinde de forma evolutivă. Chiar și în formele avansate de boală, medicina poate oferi o exereză extinsă: extirpăm toate tumorile, îndepărțăm zonele metastatice sau le tratăm prin tehnici foarte moderne, prin distrucție cu radio frecvență sau prin crioterapie ghidată tomografic ori ultrasonic. Speranța de viață a crescut semnificativ, cu 30-40% în ultimii ani, față de cât trăiau pacienții în urmă cu cinci ani.

Am câștigat foarte mult, din punctul de vedere al tratamentului, în acuratețea chirurgicală. Astăzi ne permitem să extra-

gem organul bolnav împreună cu țesuturile interesate din jurul acestuia, cu extensiile limfoganglionare, fără a disfuncționaliza regiunea respectivă. Cu alte cuvinte, păstrând structurile nobile care sunt responsabile de nervii, de vascularizația, de inervația ariei respective. Concret, pentru un cancer de rect pentru care, în urmă cu 30 de ani, se considera că operația nu este bine făcută dacă pacientul nu rămâne impotent, astăzi discutăm de excizia totală a mezorectului, adică a țesuturilor care înconjoară rectul într-o piesă unică care cuprinde și tumora, și rectul. Disecția se realizează minim invaziv, în planuri de 1 mm, prezervând structurile nobile, nervii și vasele care au legătură cu vascularizația și cu inervația organelor învecinate, respectiv cu funcțiile erectile, funcția urinară, îndepărtând toate țesuturile bolnave. Aceste operații minim invazive sunt facilitate de tehnica asistată robotic, care ne oferă șansa de a vedea într-un plan mărit de peste zece ori și de a lucra cu instrumente foarte fine. Mai mult decât atât, după ce s-a realizat excizia în condiții de siguranță oncologică și de menținere a funcțiilor esențiale ale pacientului, refacerea continuității digestive, adică unirea intestinului gros cu diferența de rect pentru ca pacientul să poată folosi aceeași cale naturală, se realizează, de asemenea, în condiții tehnologice superioare, cu sutură mecanică asistată computerizat.

Evoluția este impresionantă, totul este despre o asistare computerizată. Informațiile pe care noi le primim sunt filtrate de computer și ne ajută să ne atingem obiectivele în condiții mult mai bune. Tehnologia înaintază foarte rapid, iar colegii noștri trebuie să fie tot timpul la curent cu tot ce înseamnă progresul tehnologic și, mai departe, instruiți pentru a folosi adecvat acest avans tehnologic. Toate gesturile pe care le realizăm prin intermediul tehnologiei sunt comandate de către medic și atunci, o cunoaștere inadecvată a performanțelor acestor tehnologii ar putea aduce și deservicii respectivului pacient. Instruirea este preocuparea Asociației Române de Chirurgie Endoscopică la nivel național și a Surgical Training Institute, situat în București. Organizăm cel puțin două cursuri pe an care sunt dedicate tehnicii robotice și numeroase alte cursuri de instruire pentru tehnici de diagnostic și tratament endoscopic sau laparoscopic, toate, endorsate de către European Association for Endoscopic Surgery. 📌

XENOTIOTICELE DIN DISPOZITIVELE MOBILE telefoane, calculatoare, tablete

Influența câmpului electromagnetic asupra sănătății

CÂMPUL ELECTROMAGNETIC (EM) CARE ÎNCONJOARĂ CORPUL OMENESC CONSTĂ DIN RADIAȚII ÎN INFRAROȘU ȘI VIZUALE, ÎMPREUNĂ CU ALTE CÂMPURI, CUM AR FI CÂMPURILE ELECTRICE ȘI MAGNETICE. ESTE BINE CUNOSCUT CĂ ORICE CORP FIZIC ESTE ÎNCONJURAT DE O MANTIE DE ENERGIE ELECTRICĂ ȘI MAGNETICĂ. 90% DIN ACEASTĂ INFORMAȚIE ESTE FILTRATĂ DE ZONA TALAMUSULUI. DE PROF. CĂTĂLIN DUMITRESCU, PHD, DEPARTAMENT INTELIGENȚĂ ARTIFICIALĂ, BRAIN COMPUTER INTERFACE, UNIVERSITATEA POLITEHNICĂ BUCUREȘTI



Aceasta este partea din creier care se ocupă cu atenția și este localizată în sistemul limbic. Sistemul limbic este zona care se ocupă de memorie, emoții și luarea deciziilor.

Informația obținută prin filtrul mental al talamusului este armonizată cu modelul mental vizual obținut prin ceea ce vedem din realitate. În prezent, telefoanele mobile reprezintă cele mai întâlnite surse de câmp electromagnetic și o parte semnificativă a telecomunicațiilor la nivel mondial. Multe dintre echipamentele folosite sunt de tipul unor emițătoare mobile, la nivel mondial fiind peste 6 miliarde de terminale mobile, iar în Europa procentul de persoane care folosesc dispozitive mobile, telefoane, PDA, tablete, a depășit 100%.

Câmpul electromagnetic și sănătatea

La ființele vii, electricitatea stă la baza activității funcțiilor vitale. Electrocardiograma (EKG) și electroencefalograma (EEG) reprezintă activitățile electrice ale inimii și creierului.

Efectele radiației electromagnetice de frecvență joasă (50/60 hz)

Studiul lui FLEYCHTING și ALHBOM de la Institutul Karolinske din Stockholm a fost efectuat asupra unei populații de 436.000 de persoane a căror locuință se găsea la mai puțin de 300 m de o linie de înaltă tensiune, între anii 1960 și 1985. Acest studiu pune în evidență creșterea proporțională a riscului de leucemie la copiii care au mai puțin de 15 ani, în funcție de intensitatea câmpului magnetic la care sunt supuși. Un grup de 20 de oameni de știință independenți a publi-

cat în 2007 raportul BIOINITIATIVE, în care au fost analizate cca 2.000 de studii privind efectele radiației electromagnetice asupra sănătății. Până în ziua de azi, este analiza cea mai completă pe acest subiect. Raportul este disponibil pentru publicul larg pe <http://www.bioinitiative.org/freeaccess/report>.

Efectele radiației electromagnetice de frecvențe înalte

Conform studiului REFLEX finanțat de Uniunea Europeană, câmpurile electromagnetice generate de telefoanele mobile provoacă modificarea ADN (ruptures des brins d'ADN), ceea ce mărește riscurile de mutație genetică. După Profesorul Franz Adlkofer, coordonator general al acestui studiu, câmpul electromagnetic produs de telefoanele UMTS (Universal Mobile

Telecommunications System is a third generation mobile cellular technology for networks based on the GSM standard = 3G) ar fi de 10 ori mai dăunător decât cel emis de GSM. Un studiu desfășurat de oamenii de știință din Marea Britanie demonstrează faptul că „păstrarea telefonului mobil în dormitor, în timpul nopții, creează tulburări de somn prin inducerea stării de „hipervigilență”. Una dintre principalele cauze care afectează somnul este, însă, fără nicio îndoială, lumina intermitentă emisă de telefoanele mobile, mai ales de pe monitorul telefoanelor inteligente, de ultimă generație.

Consultați raportul http://www.electromagnetique.com/medias/etude_interphone.pdf.

În nenumărate rânduri, au fost organizate întâlniri între medici specialiști și oameni de știință pentru a descoperi în ce măsură radiațiile provocate de telefonul mobil afectează creierul uman. Concluziile la care au ajuns cei mai mulți dintre oamenii de știință și medici sunt de-a dreptul șocante: gadgetul provoacă, fără îndoială, cancer la nivelul creierului. Cercetătorii au analizat pacienții cu cancer la creier și au ajuns la concluzia că boala se poate dezvolta la persoanele care vorbesc mai mult de 50 de minute la telefonul mobil în fiecare zi. Telefonul mobil afectează chiar și memoria. Acest lucru a fost demonstrat de oamenii de știință care susțin că „în momentul în care este aprins, telefonul mobil formează un câmp electromagnetic care este creat de radiații și care afectează memoria”. Din acest motiv, medicii sugerează utilizarea căștilor sau a dispozitivelor bluetooth, pentru a evita apropierea gadgetului de cap.



Efectele televiziunii, ale internetului și media asupra creierului uman

Nu mai încapă îndoială – viziunea TV și calculatorul dăunează grav dezvoltării și funcționării creierului uman. Activitatea corticală, atunci când stăm în fața televizorului (ecranului) este complet diferită de cea întâlnită în mod curent. Timpul petrecut de copii în fața televizorului și a calculatorului va influența modul în care creierul va răspunde în viitor la provocările lumii reale. Minte ajunge să fie dependentă de starea de pasivitate, de neconcentrare și negândire, care i-a fost indusă zilnic de utilizarea acestora.

Emisfera stângă a creierului are activitatea inhibată când privim la televizor, nu se va dezvolta normal, ceea ce va conduce ca tinerii să aibă deficiențe de gândire logică și analitică în vorbire, în construirea frazelor, în scris și citit. Cele mai grave sunt consecințele pe care televizorul și jocurile video le au asupra funcționării părții din față a creierului – cortexul prefrontal.

Această zonă este importantă pentru dezvoltarea proceselor de conștiință, a proceselor mentale superioare. Prin stoparea dezvoltării și chiar prin disfuncționalitățile produse de televiziune și calculator în această zonă, viziunea afectează capacitatea de concentrare a atenției, slăbește motivația și favorizează comportamentele instinctive, bulimia, agresivitatea și pulsuniunile sexuale.

Oamenii de știință, în urma unor studii, au scos la iveală o serie de motive pentru care copiii nu ar trebui să dețină un telefon mobil sau o tabletă până la vârsta de cel puțin 12 ani. Conform acestora, copiii care dețin aceste tipuri de aparate încă de la vârste foarte fragede riscă să fie privați de somn, să devină dependenți de aceste aparate, să devină obezi, agresivi, să sufere de anumite boli mintale, de demență digitală, precum și de alte deficiențe. Mai mult decât atât, cercetătorii au descoperit că excesul de vorbit la telefon cauzează cancer la creier din cauza radiațiilor.

Telefoanele mobile, tabletele sau jocurile sunt un real pericol pentru copii, în condițiile în care puțini sunt cei care își dau seama de acest lucru. Utilizarea în exces a acestora îl face pe copil să devină mai închis, să nu-și dorească să socializeze cu cei din jur, să nu mai desfășoare activități pe care altădată le făcea cu plăcere, precum și să-și piardă interesul față de activitățile școlare. Vor prefera doar să se joace cu și pe aparatele utrapperformante pe care le dețin. Din păcate, copiii au înlocuit jocurile de societate cu jocurile online sau pe aparate moderne, lucru care îi face să socializeze mai puțin, să iasă mai puțin din casă la aer curat și să desfășoare mai puține activități care le dezvoltă anumite capacități.

Dependența, obezitatea, dezvoltarea întârziată, agresivitatea, tulburările de somn, bolile mintale sunt doar câteva dintre riscurile la care sunt supuși tinerii prin utilizarea dispozitivelor mobile (tablete, telefoane mobile, calculatoare) și prin expunerea la efectele câmpului electromagnetic. 📱

O șansă la viață: IMUNOTERAPIA CU INHIBITORI AI PUNCTELOR DE CONTROL (CHECK POINTS INHIBITORS) ÎN MELANOMUL METASTATIC

DIAGNOSTICUL DE MELANOM METASTATIC A FOST CONSIDERAT PÂNĂ NU DEMULT ECHIVALENT CU O SENTINȚĂ LA MOARTE. POSIBILITATEA ACESTUI TIP DE CANCER DE A DISEMINA ÎN ORGANISM PE MULTIPLE CĂI (LIMFATICĂ, HEMATOGENĂ, PERINEURALĂ ETC.) ÎI CONFERĂ O AGRESIVITATE CRESCUTĂ. ASTFEL, EVOLUȚIA BOLII ÎN LIPSA TRATAMENTULUI ESTE GALOPANTĂ CĂTRE DECES.

DE DR. VLAD VOICULESCU - MEDIC PRIMAR DERMATOVENEROLOG,
SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ ELIAS,
ȘEF DE LUCRĂRI UMF „CAROL DAVILA”



Spre exemplu, doar 41% dintre pacienții cu metastaze viscerale supraviețuiesc un an din momentul diagnosticului, procentul scăzând dramatic în anii următori. [1]

Tratamentele clasice nu ofereau multe șanse în plus. Astfel, chimioterapia cu dacarbazină, care a fost vreme de mai bine de patru decenii tratamentul standard, încă din anul 1972, conferea rate de răspuns de doar 13,6% (majoritatea fiind doar parțiale, excepțional răspunsuri complete) ce se traduceau printr-o supraviețuire medie de 5,6 până la 11 luni. [2]

Toate abordările terapeutice ulterioare (cu temozolomidă, săruri de platină, derivați de nitrozouree, taxani, singuri sau în diferite combinații) nu au adus modificări semnificative în supraviețuirea pacienților. Devenise evident faptul că abordarea prin chimioterapie nu putea, singură, să vindece bolnavul cu melanom.

Imunoterapia este o variantă a terapiei biologice care se folosește de apărarea naturală a organismului pentru combaterea cancerului. Ea utilizează diferite substanțe, fie proprii organismului, fie sintetizate în laborator, pentru a eficientiza acțiunea sistemului imunitar asupra procesului neoplazic.

Se poate afirma că imunoterapia precede chimioterapia. În urmă cu mai bine de 150 de ani, chirurgul american



William Coley a susținut că modul în care organismul răspunde la infecții ar putea avea efecte antineoplazice. [3] Însă toate eforturile de a perfecționa răspunsul antitumoral al organismului, prin vaccinuri sau alte terapii imunostimulante, au fost în marea lor majoritate soldate cu eșec sau, în cel mai bun caz, au avut un succes limitat.

În trecut, s-a practicat o imunoterapie nespecifică în domeniul melanomului. Aceasta se putea realiza fie cu interferoni

(molecule proprii organismului care ajută sistemul imun să lupte împotriva cancerului, dar care în același timp ajută și la încetinirea progresiei celulelor tumorale), fie cu interleukine (care determină producția de celule imunologice ce distrug cancerul). Această imunoterapie nespecifică nu a adus decât o îmbunătățire minimă a procentului de supraviețuire, pe seama însă a unor reacții adverse foarte importante (simptome asemănătoare gripei, risc crescut de infecții, erupții cutanate severe, căderea părului, scăderea tensiunii arteriale, creșterea în greutate etc.)

Odată cu descoperirea punctelor de control negative ale sistemului imun, lucrurile au început să se îmbunătățească. Aceste căi de control joacă un rol foarte important în menținerea toleranței imune în țesuturile normale, iar activarea acestora este în mare parte contextuală (vezi figura 1). Multe tipuri de cancer utilizează aceste căi pentru a scăpa de sub controlul sistemului imunitar. Defrânarea lor cu ajutorul anticorpilor monoclonali (molecule complexe obținute prin bioinginerie) permite organismului, prin activarea puternică a răspunsului imun, să încetinească sau chiar să oprească evoluția cancerului.

Americanul James P. Allison, cel care a descoperit CTLA-4 (cytotoxic T-Lymphocyte associated protein 4

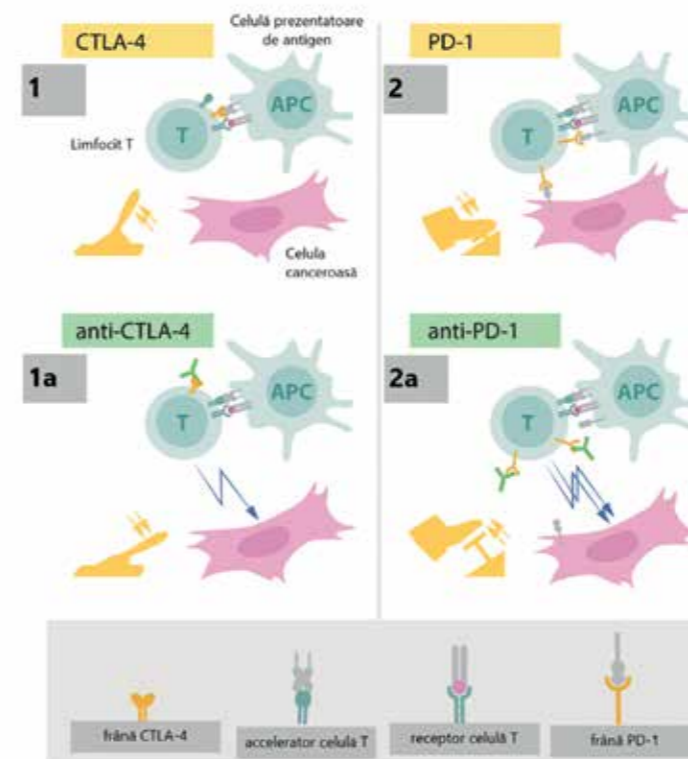


Figura 1: 1. Activarea Limfocitului T necesită cuplarea receptorilor de pe acesta cu structuri echivalente de pe alte celule imunologice în care se găsește și antigenul. Acest proces necesită și participarea unei căi paralele cu rol de accelerator al activării. CTLA-4 funcționează ca o frână care inhibă semnalul accelerator. **1a.** Anticorpii monoclonali împotriva CTLA-4 blochează funcția de frână generând activarea limfocitelor T care vor ataca celula canceroasă. **2.** PD-1 este o altă frână a limfocitului T care îi inhibă activarea. **2a.** Anticorpi împotriva PD-1 inhibă frânarea pe această cale, generând, ca și în primul caz, un răspuns puternic împotriva celulei canceroase. (adaptare după comunicatul de presă al Fundației Nobel <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2018/press-release>)

/ proteina 4 asociată limfocitelor T citotoxice), și japonezul Tasuku Honjo, descoperitorul PD-1 (programmed cell death protein 1 / proteina 1 a morții celulare programate), au fost recompensați în acest an, pentru munca lor și pentru impactul pe care aceasta l-a avut asupra tratamentului cancerului, cu premiul Nobel pentru medicină.

În prezent, există agenți terapeutici care acționează asupra celor două puncte de control negative descrise mai sus: pembrolizumab, nivolumab, durvalumab pentru calea PD-1 și ipilimumab, care este singurul exponent al căii CTLA-4. Ele sunt, începând cu anul 2017, disponibile și în

România, în cadrul programelor naționale de tratare a cancerului.

Aceste medicamente și-au dovedit utilitatea nu doar în melanomul metastatic, ci și în tratarea altor tipuri de cancer, inclusiv cancerul de vezică urinară, cancerul pulmonar altul decât cel cu celule mici, carcinomul cu celule Merkel, diferite limfoame etc. În prezent, există în desfășurare studii clinice pentru a lărgi spectrul afecțiunilor ce pot beneficia de imunoterapia cu aceste molecule. Un alt avantaj major al imunoterapiei este faptul că ea se poate asocia tratamentelor clasice existente (chirurgie, chimioterapie, radioterapie etc).

BIBLIOGRAFIE

- Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol.* 2001;19(16):3635-3648
- Arvin S. Yang, Paul B. Chapman, The History and Future

- of Chemotherapy for Melanoma, *Hematol Oncol Clin North Am.* 2009 Jun; 23(3): 583-x.
- Brouckaert PG, Fiers W, Lejeune F. Coley's vaccine and TNF therapy. *Nature* 1992;358:630.

Cu toate că aceste terapii țintite au adăugat incomensurabil la longevitatea multor pacienți cu afecțiuni maligne (crescând semnificativ nu doar rata de răspuns la tratament, ci mai ales supraviețuirea pe termen lung fără semne de boală), ele au venit la schimb cu numeroase efecte adverse, în special afecțiuni inflamatorii autoimune, fapt datorat posibilității sistemului imunitar (prin activare exagerată) de a ataca anumite organe sănătoase din organism. Reacțiile adverse frecvente ale acestor medicamente pot include oboseală, tuse, greață, pierderea poftei de mâncare, erupții cutanate și prurit. Mai rar, acestea pot provoca probleme potențial grave la nivelul plămânilor, intestinelor, ficatului, rinichilor, glandelor endocrine sau altor organe. Uneori, aceste reacții pot fi extrem de severe sau chiar fatale.

Multe dintre efectele secundare dispar la terminarea tratamentului, dar unele pot persista dincolo de perioada de tratament, iar altele pot să apară după un interval de luni sau chiar ani de la oprirea acestuia.

Tratamentul cu inhibitori ai punctelor de control reprezintă o nouă și importantă etapă în abordarea nu doar a melanomului metastatic, ci și a altor cancere, deschizând noi căi în cercetarea clinică și fundamentală. Deja există un orizont în expansiune de ținte moleculare, dintre care unele sunt în curs de dezvoltare (TIM-3, LAG-3). De asemenea, se studiază posibilitatea folosirii combinațiilor acestor agenți.

Imunoterapia cu inhibitori ai punctelor de control are potențialul schimbării paradigmei tratamentelor nechirurgicale oncologice, tratamente ce până în prezent ofereau cel mult rezultate modeste. Însă imunoterapia are limitările ei în tratamentul cancerului, mai ales din cauza potențialelor reacții adverse, reacții ce trebuie cunoscute și combătute. În viitor, un alt pas important care trebuie parcurs este identificarea posibilităților biomarkeri de evoluție ai răspunsului la tratament, indicatori ce au potențialul de a optimiza modul de utilizare a inhibitorilor punctelor de control. ■

+ INTERVIU CU DR. RADU ȚINCU, MEDIC SPECIALIST ATI SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ FLOREASCA

Expunerea la metale grele — riscuri și tratament

DE BOGDAN GUȚĂ



De ce expunerea la metale grele este atât de frecventă?

Expunerea la metale grele a fost prezentă dintotdeauna, având în vedere sursele naturale de expunere. Trebuie reținut faptul că aceste metale se regăsesc în scoarța terestră, se eliberează în urma erupțiilor vulcanice, a incendiilor de pădure etc. Însă problematica lor a devenit cu mult mai importantă atunci când procesele industriale s-au intensificat și poluarea industrială a mediului a căpătat proporții alarmante. Toate procesele industriale care utilizează astfel de metale pot determina poluarea aerului, a apei sau a solului. Din momentul în care aceste metale au fost eliberate, ele vor intra într-un ciclu natural de transport și metabolizare.

Care sunt cele mai frecvente metale grele care au un impact asupra stării de sănătate?

Statistic, la nivel mondial, cele mai frecvente expuneri ale populației sunt la plumb, mercur, arsen, cadmiu și aluminu. Cu siguranță, pot exista expuneri la mult mai multe metale, mai ales atunci când discutăm de expuneri profesionale. Însă în ultima perioadă, lumea științifică internațională se preocupă din ce în ce mai mult de expunerile ambientale la metale grele care afectează populația

generală și care determină un impact negativ asupra stării de sănătate. Acest tip de expunere ambientală se referă la expuneri de nivel redus, „low level exposure”. Ce înseamnă acest termen? Reprezintă o expunere de nivel scăzut, în care nivelul de metal nu se găsește la cote alarmante care ar pune în pericol imediat starea de sănătate a pacientului, dar care pe termen scurt și pe termen mediu determină o serie de disfuncționalități la nivelul aparatelor și sistemelor din organism. Pe termen lung, se pare, că aceste expuneri la metale grele au un impact negativ incalculabil la acest moment. Există o serie de studii care au obținut corelații între prezența metalelor grele și apariția unor patologii cronice, cum ar fi: boli neurologice cronice și degenerative, boli cardiovasculare, afectare renală cronică, apariția tumorilor canceroase, în special la nivelul tubului digestiv, afectarea statusului imunitar, dezechilibrarea balanței oxidante/antioxidante cu generarea stresului oxidativ și implicit distrucția structurilor celulare, prin procese de peroxidare lipidică. Impactul stresului oxidativ, prin generarea de specii reactive de oxigen, are un efect negativ asupra tuturor structurilor celulare și subcelulare. Dintre acestea, afectarea mitocondrială realizează practic blocarea aparatului energetic celular. Stresul oxidativ produce modificări structurale

asupra acizilor nucleici. Prin lipoperoxidare, se produc leziuni la nivelul peretelui celular, care determină apoptoza (moarte celulară).

Care ar fi simptomele induse de metalele grele?

Este dificil de realizat un tablou general care să cuprindă simptomele produse de aceste metale. Însă există un tablou general al pacientului expus la metale grele. Acesta constă într-un pacient cu simptome polimorfe și extrem de nesistematizate, aparent fără legătură între ele. Simptomatologia determinată de acest tip de expunere „low level exposure” nu este extrem de alarmantă și acută astfel încât să determine internarea pacientului, însă determină o simptomatologie frustă, supărătoare și de multe ori invalidantă. Pacienții sunt pluriinvestigați la diferite specialități medicale sau chirurgicale.

Cum ne afectează aceste metale?

Metalele grele determină o toxicitate generală, practic aceasta poate afecta orice sistem sau organ. Afectarea este mediată prin blocarea unor sisteme enzimatice esențiale, critice în funcționarea normală a organismului. Metalele grele au un tropism deosebit pentru grupările tiolice ce se regăsesc la nivelul unor enzime. Prezența metalelor grele inactivează o serie de enzime implicate în apărarea antioxidantă, cum ar fi: superoxid dis-



mutaza, glutation catalaza. Prin blocarea acestor enzime, dar și prin producerea de specii reactive de oxigen, metalele grele dezechilibrează balanța oxidantă/antioxidantă, blocând capacitatea organismului de apărare în fața stresului oxidativ.

Mercurul există sub mai multe forme, dar forma organică este responsabilă de simptomatologia pacienților. Mercurul prezintă o toxicitate deosebită pentru sistemul nervos central prin depozitare la nivelul creierului, unde produce o serie de efecte negative prin afectarea neurotransmițătorilor și afectarea structurilor funcționale ale sistemului nervos. Simptome frecvent prezentate de pacienți sunt: tulburări de atenție, de memorie, de concentrare, insomnie, unele tulburări neuromusculare (crampe musculare,

parestezii, percepții cutanate anormale). Mercurul se găsește în mediul înconjurător prin eliberare din surse naturale (erupții vulcanice, incendii de pădure), dar cel mai important, în urma poluării rezultate din procesele industriale. Ajunge în aer, în apă și în sol. Din apele mărilor și oceanelor este preluat de fitoplancton, care îl metabolizează, apoi este preluat de pești. La pești, se produce un proces de bioaccelerare a acumulării. Rezultatul acestui proces de bioaccelerare este concretizat în faptul că nivelul de bioacumulare în pește este direct proporțional cu nivelul de evoluție al lanțului trofic. Astfel, cu cât peștele este mai evoluat în lanțul trofic (mai mare), cu atât cantitatea de mercur acumulată este mai ridicată. În ultimii ani, în Statele Unite ale Americii

s-au închis pentru pescuit peste 3.000 de lacuri în care nivelul de mercur a depășit limitele normale. Autoritățile au înțeles că există riscul ca populația să se expună la mercur, dacă va consuma pește din aceste lacuri.

Plumbul este un toxic hematologic producând anemie cronică. Mecanismul prin care determină anemie este unul extrem de complex, care are la bază blocarea majorității enzimelor implicate în sinteza hemului. Plumbul se depozitează la nivel osos. Din nefericire, timpul de eliminare din aceste depozite osoase este foarte lung, putând ajunge la 15-20 de ani. În plus, plumbul este un toxic și pentru rinichi, fiind descrise insuficiențe renale cronice de cauză toxică. Simptomatologia cea mai prezentă este reprezentată de dureri abdominale difuze, nesistematizate. Evaluările de specialitate (gastroenterologie, chirurgie) nu evidențiază modificări structurale ale tubului digestiv. Pacientul prezintă dureri abdominale de tip colicativ care au fost denumite „colică saturnină”. Simptomatologia este invalidantă pentru pacient. Având în vedere faptul că simptomele asociate expunerii la metale grele sunt extrem de fruste și polimorfe, nefiind însoțite de modificări structurale care să poată indica un diagnostic, de foarte multe ori pacienții sunt îndrumați spre evaluarea psihiatrică, considerând că simptomatologia prezentată nu are o cauză organică.

Există tratament pentru aceste expuneri la metale grele?

Tratamente există. Primul pas este acela de a pune diagnosticul de expunere la metale grele, prin efectuarea unor analize specifice. Tratamentul este unul complex, având în vedere multiplele mecanisme de toxicitate și afectarea plurienzimatică. Este necesar un tratament multimodal care să cuprindă atât substanțe care pot elimina metalele grele, cât și substanțe capabile să reactiveze aparatul enzimatic, să echilibreze balanța oxidantă/antioxidantă, să refacă nivelul de antioxidanți non-enzimatici. Tratamentul trebuie corelat cu evoluția clinică, dar și cu nivelul sangvin și urinar al metalelor. Un tratament nepotrivit sau condus greșit poate face mai mult rău decât bine, având în vedere posibilitatea shiftului intercompartimental al metalelor, adică mișcări necontrolate între compartimente (sânge, depozite, organe de eliminare). ■

Janssen4Patients

— prima platformă online adresată pacienților din România și din Europa Centrală și de Est

JANSSEN, COMPANIA FARMACEUTICĂ A JOHNSON & JOHNSON, A LANSAT JANSSEN4PATIENTS – UN CONCEPT UNIC DE SPRIJIN AL ORGANIZAȚIILOR DE PACIENȚI, AL PACIENȚILOR ȘI APARTINĂTORILOR ACESTORA, PRIN CARE UTILIZATORII POT ACCESA ÎN PROPRIA LIMBĂ MAI MULTE TIPURI DE CONȚINUT. JANSSEN4PATIENTS ESTE SINGURĂ PLATFORMĂ ONLINE CARE SE ADRESEAZĂ INTEGRAT TUTUROR PERSOANELOR DIN ȚĂRILE EUROPEI CENTRALE ȘI DE EST – ROMÂNIA, POLONIA, CEHIA, SLOVACIA, SLOVENIA, UNGARIA, CROAȚIA, SERBIA ȘI BULGARIA –, CEEA CE FACE POSIBILĂ O INTERACȚIUNE CRESCUTĂ ÎNTRE MEMBRII ACESTORA ȘI SCHIMBUL DE INFORMAȚII. DE VALENTINA GRIGORE



„Prin conectarea pacienților din România și Europa Centrală și de Est sub platforma Janssen4Patients, ne întărim angajamentul de a fi parteneri responsabili ai pacienților și de a-i ajuta prin toate modalitățile care stau în puterea noastră să aibă o viață cât mai bună, în orice etapă a acesteia. Prin această platformă, le oferim pacienților acces la informații despre toate afecțiunile în care avem una dintre cele mai bune expertize, urmându-ne în acest mod principiul de a împărtăși din cunoașterea noastră și de a implica activ pacienții în înțelegerea diagnosticului pus și în gestionarea cât mai bună a bolii. În România, vocea pacienților este din ce în ce mai auzită și credem că împărtășirea unor modele de lucru, conectarea la realitatea legislativă locală și la contextul internațional cu privire la sistemele de sănătate pot susține inițiative consistente ale asociațiilor de pacienți, local sau regional”, a declarat Christian Rodseth, Managing Director al Janssen România.

Scopul platformei online Janssen4Patients (www.janssen4patients.com/ro), disponibilă și în limba română, este să

contribuie la îmbunătățirea cunoștințelor pacienților despre afecțiuni și despre sistemele de sănătate pentru ca aceștia să devină parteneri informați în gestionarea lor, prin:

- acces la informații medicale despre schizofrenie, psoriazis, leucemie limfocitară cronică, mielom multiplu și cancer de prostată, alături de opțiunile terapeutice disponibile;

- creșterea capacităților asociațiilor de pacienți din România prin cunoștințe specifice și interconectare pentru ca acestea să își poată consolida demersurile de reprezentare a intereselor pacienților la nivelul întregului ecosistem de sănătate.

„Consider foarte important acest portal, mai ales vorbind din postura organizatorului, în ultimii cinci ani, a masterclass-ului Școala Pacienților. Am susținut întotdeauna asociațiile de pacienți și credem că pacientul ar trebui să fie în centrul sistemului de sănătate. Iar informarea pacientului trebuie să fie prioritară. Un pacient informat face parte din echipa medicală, contribuind la succesul tratamentului”, a declarat Maria Vasilescu, publisher revista Politici de Sănătate, moderator al evenimentului.

„Am creat această platformă pentru a oferi, într-o formă cât mai clară și organizată, toate informațiile cu privire la simptomele și opțiunile de tratament pentru afecțiuni care produc un impact semnificativ atât în viața pacientului, cât și a aparținătorilor acestuia – de aceea, cunoașterea detaliilor despre acestea și a parcursului terapeutic cât și determinarea pacientului de a fi un partener informat în gestionarea propriei afecțiuni pot face diferența în evoluția condiției de sănătate”, a adăugat Ioana Nainer – Patient Engagement, Advocacy & CSR Lead în cadrul Janssen România.

Informații medicale documentate

Janssen4Patients oferă informații medicale documentate, tot conținutul fiind redactat de medici specialiști și tradus în cele nouă limbi aferente țărilor în care platforma este disponibilă. Informația medicală certificată acoperă în mod integrat afecțiunile descrise în cadrul portalului din perspectiva simptomelor, diagnosticului și a variantelor de abordare terapeutică, precum și componenta de gestionare a bolii la nivel emoțional și

psihologic de către pacienți și apropiații acestora.

„Sperăm ca, în curând, cât mai mulți pacienți să poată accesa acest site. Decizia fiecărui pacient în a aborda o terapie sau alta trebuie să fie făcută după o informare corectă și alături de medicul specialist. Însă aceste informații trebuie să ajungă și la pacienții din spitale. FABC are deja un proiect prin care niște infochioscuri vor fi în incinta mai multor spitale (deocamdată, la Institutul Oncologic Cluj și la Institutul Oncologic București), astfel încât oamenii să poată accesa acest gen de site-uri, cu informații verificate”, a afirmat și Cezar Irimia, președinte Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer (FABC).

Ceea ce face diferită platforma Janssen4Patients de orice altă platformă cu informații medicale este chiar secțiunea dedicată asociațiilor de pacienți (Advocacy Center), care oferă o serie de materiale educaționale și articole dezvoltate de specialiști globali în farmaco-economie, sisteme internaționale de sănătate, politici de sănătate și drepturile pacienților. Tot în această secțiune, este accesibil un index

cu cele mai importante date de contact ale asociațiilor de pacienți din România și din țările Europei Centrale și de Est, această facilitare fiind special introdusă pentru a încuraja dialogul dintre acestea, dar și posibilitatea pacienților – în mod individual – de a se adresa și a colabora direct cu asociațiile.

„Este important ca și reprezentanții asociațiilor de pacienți, dar și pacienții care doresc, să înțeleagă sistemul de sănătate, cum funcționează el din punct de vedere legislativ”, a declarat Rozalina Lăpădatu, președinte Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune (APAA).

Eficientizarea timpului medic-pacient

„Este foarte importantă colaborarea dintre medici și asociațiile de pacienți. Din păcate, realitatea la ora actuală arată că această relație nu este chiar cum ar trebui, dar efortul este conjugat de ambele părți. Din păcate, din cauza a numeroase motive, uneori nu reușim să oferim informația completă pacienților, iar aici rolul asociațiilor de pacienți este foarte important. În plus, acum, cu ajutorul acestei platforme, pacienții au acces la

mai multe informații corecte, de calitate. Iar noi, ca medici, trebuie să promovăm astfel de lucruri către pacienții noștri. Din fericire, pacientul din România a crescut foarte mult, în ultimul timp, ca nivel informațional, dorește foarte mult de la medici și ne ajută foarte mult să avem contact cu un pacient care a avut acces, în prealabil, la informații concrete, verificate din punct de vedere medical. În acest fel, și timpul medic-pacient este eficientizat la maximum”, a afirmat dr. Renata Dediu, medic primar oncologie medicală.

„Timpul pe care îl alocăm pacienților și familiilor acestora este, uneori, limitat. Și chiar dacă avem timp să transmitem o informație destul de consistentă, șocul inițial al aflării diagnosticului, oricare ar fi el, este foarte mare, astfel încât mare parte din aceste informații pot să nu ajungă corect ori complet la destinatar. Astfel încât orice sursă de informație credibilă și valabilă este bine-venită”, a completat dr. Sorin Pletea, medic primar psihiatru, șef Secția 14 Psihiatrie a Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”, coordonatorul Programul Național de Sănătate Mintală. 📍

EDUCAȚIE MEDICALĂ FĂRĂ FRONTIERE:

International Medical Students' Congress of Bucharest

AFLAT LA CEA DE A DOUA EDIȚIE, „INTERNATIONAL MEDICAL STUDENTS' CONGRESS OF BUCHAREST” (IMSCB) ESTE UN EVENIMENT ȘTIINȚIFIC CE ÎȘI PROPUNE SĂ CREEZE UN MEDIU EDUCAȚIONAL APARTE CARE SĂ CONTUREZE ȘI SĂ ÎNTREȚINĂ O RELAȚIE STRĂNSĂ ÎNTRE LUMEA MEDICALĂ AUTOHTONĂ ȘI CEA INTERNAȚIONALĂ. EVENIMENTUL SE DESFĂȘOARĂ ÎN PERIOADA 5-9 DECEMBRIE 2018, ÎN CADRUL UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA”, SUB COORDONAREA ECHIEI DE ORGANIZARE DIN CADRUL SOCIETĂȚII STUDENȚILOR ÎN MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI (SSMB). IMSCB REPREZINTĂ O CONTINUARE A UNUI AMPLU PROIECT MEDICAL NAȚIONAL, REGĂSIT SUB DENUMIREA DE „CONGRESUL NAȚIONAL PENTRU STUDENȚI ȘI TINERI MEDICI”, ÎNCEPÂND CU ANUL 1994.

DE TEODOR CRISTIAN BLIDARU - PREȘEDINTE IMSCB ȘI MARA REBOȘAPCĂ - PR IMSCB



Ediția din 2018 a „International Medical Students' Congress of Bucharest”, numită în onoarea academicianului român Victor Babeș, promite o serie de evenimente care să trezească interesul și setea de cunoaștere oricărui student din domeniul medical, dar și tuturor medicilor tineri aflați la începutul carierei. Multiculturalitatea și dezvoltarea profesională se îmbină într-un proiect

promițator, pregătit să depășească barierele informaționale.

Congresul propune un mediu de lucru interactiv, care să stimuleze atât studenții, cât și tinerii medici să se dezvolte în cadrul unei echipe, să își contureze capacitățile de colaborare și să descopere importanța unei bune comunicări în procesul de diagnosticare și, ulterior, de tratare a unui pacient. Proiectul este schițat cu grijă, fiind accesibil unui

public larg și totodată adaptat fiecărei categorii de participanți. Echipa IMSCB înțelege importanța unei informații livrate corect, în funcție de anul de studiu și de cunoștințele pe care studenții le dețin ca rezultat al parcursului lor academic, realizând conferințe și workshop-uri orientate pe nevoile participanților.

Studenții înscriși la acest eveniment sunt încurajați să interacționeze și să își dezvolte cunoștințele pe parcursul a 13 conferințe. În egală măsură, IMSCB oferă participanților oportunitatea de a-și testa și dezvolta abilitățile practice în cadrul experiențelor hands-on, asigurate prin intermediul celor 90 de workshop-uri disponibile. Aceștia sunt îndrumați de o echipă de tineri medici care dețin abilități didactice pregnante, ce vin în completarea bazei informaționale bine structurate.

Susținând diversitatea, proiectul le permite participanților să aibă un statut pasiv sau activ, ambele categorii având acces la evenimentele propuse. IMSCB

oferă oportunitatea unică studenților de a-și prezenta lucrările proprii, încurajând cercetarea, inovația și distribuția informației unei audiențe medicale largi. Pe lângă experiența acumulată în cadrul Congresului, participanții activi au șansa ca articolele lor să fie recunoscute și publicate într-un jurnal medical internațional de renume, contribuind la experiența lor profesională. Totodată, prin intermediul sponsorilor care susțin an de an acest eveniment internațional, câștigătorii sesiunilor de prezentări științifice vor fi răsplățiți cu premii în valoare de 20.000 de lei.

Experiența oferită de unul dintre cele mai mari congrese europene dedicate studenților mediciniști este inedită atât prin diversitatea informațiilor, cât și prin remarcabila experiență a invitațiilor naționali și internaționali. IMSCB revine, anul acesta, cu nume sonore din lumea medicală care și-au închinat întreaga activitate aceluiași scop, contribuind

la evoluția generațiilor viitoare. Printre invitații internaționali de seamă, se numără Prof. Dr. Fabio Santanelli di Pompeo și Conf. Dr. Daniela Puzzo, pregătiți să prezinte o serie de inovații și noi perspective asupra domeniului medical.

Pe lângă activitățile educaționale desfășurate în cadrul Congresului, evenimentul susține explorarea culturii și tradițiilor românești. De aceea, atât invitații, cât și participanții sunt îndrumați să se bucure de programul cultural special schițat de către echipa de organizare. În cadrul acestuia, vor avea șansa să descopere arta și istoria autohtonă, să guste din bucatele tradiționale și să se bucure de peisajele aparte înfrumusețate de arhitectura autentică. La finalul programului științific, studenții vor avea ocazia să interacționeze, să își promoveze cultura și să le descopere pe cele ale colegilor din domeniul medical.

„International Medical Students' Congress of Bucharest” a luat naștere

din dorința unui grup de tineri ambițioși de a le oferi studenților o experiență medicală autentică, înglobată într-un eveniment conturat de multiculturalitate. Toate eforturile organizatorilor, precum și ale voluntarilor implicați în acest proiect sunt orientate către informare și schițarea unor noi perspective cu privire la actul medical. Credem cu adevărat că IMSCB poziționează mediul medical autohton pe un loc înalt la nivel global, fiind accesibil unui public larg din acest domeniu. Evenimentul încurajează inovația, precum și colaborarea în lumea medicală, în vederea realizării unor acte medicale de calitate și eficiente.”

Pentru informații suplimentare legate de International Medical Students' Congress of Bucharest, vă invităm să accesați site-ul oficial al evenimentului, precum și pagina de Facebook „International Medical Students' Congress of Bucharest”, acestea fiind în permanență actualizate. 📱



„NE DORIM CREȘTEREA NUMĂRULUI DE DONATORI!”

„ÎN FIECARE MOMENT PUTEM DĂRUI VIAȚĂ! ÎN FIECARE CLIPĂ, UN SEMEN AFLAT ÎN SUFERINȚĂ AR PUTEA PRIMI O NOUĂ ȘANȘĂ! NOI, OAMENII, NE AMINTIM DE PROCESUL DE TRANSPLANT DE GREFE VITALE DOAR ATUNCI CÂND DESTINUL NI SE FRÂNGE BRUSC, IAR SINGURA NOASTRĂ ȘANȘĂ LA VIAȚĂ SE REZUMĂ LA CEEA CE MEDICINA MODERNĂ A REUȘIT SĂ DESCOPERE, SĂ DEZVOLTE ȘI SĂ IMPLEMENTEZE ÎN ULTIMELE

DECENII: TRANSPLANTUL DE ORGANE”, DECLARA GHEORGHE TACHE, PREȘEDINTELE (ASOCIAȚIEI TRANSPLANTAȚILOR DIN ROMÂNIA (ATR), ÎNAINTEA CONFERINȚEI „TRANSPLANTUL, PACIENTUL PRE- ȘI POSTTRANSPLANT ȘI VIAȚA COTIDIANĂ A ACESTUIA”. TREBUIE REȚINUT FAPTUL CĂ ÎN ANUL 2017, ROMÂNIA A AVUT 65 DE DONATORI ÎN MOARTE CEREBRALĂ, CEEA

CE ÎNSEAMNĂ O RATĂ DE 3,25 DE DONATORI LA UN MILION DE LOCUITORI, POTRIVIT DATELOR OFICIALE PUBLICATE DE AGENȚIA NAȚIONALĂ DE TRANSPLANT. ÎN 2018, 55 DE DONATORI DE ORGANE ÎN MOARTE CEREBRALĂ S-AU ÎNREGISTRAT ÎN ROMÂNIA DINTR-UN TOTAL DE 160 DE POTENȚIALI DONATORI. ÎN TOTAL, AU FOST REALIZATE 102 TRANSPLANTURI RENALE, 46 DE FICAT, 3 DE PLĂMÂNI ȘI 5 DE CORD. „ÎN 2018, S-A REALIZAT PRIMUL TRANSPLANT PULMONAR ÎN ROMÂNIA, IAR FINALUL ACESTUI AN VA ADUCE NOUȚĂȚI ÎN DOMENIUL TRANSPLANTULUI. ÎN DECEMBRIE, VA FI PUSĂ ÎN TRANSPARENTĂ DECIZIONALĂ LEGEA TRANSPLANTULUI ȘI VĂ ROG SĂ FIȚI ALĂTURI DE NOI PENTRU A SUSȚINE ACEST PROIECT”, A DECLARAT SORINA PINTEA, MINISTRUL SĂNĂTĂȚII, CU PRILEJUL ACELEIAȘI CONFERINȚE ORGANIZATE DE ATR. DESPRE PROBLEMELE CELOR CARE AU NEVOIE SAU AU BENEFICIAT DE UN ASTFEL DE PROCEDU MEDICAL, AM VORBIT CU DOMNUL GHEORGHE TACHE, PREȘEDINTELE ATR. DE BOGDAN GUȚĂ

Care este obiectivul conferinței naționale „Transplantul, pacientul pre- și posttransplant și viața cotidiană a acestuia”, organizată de ATR?

Organizăm acest eveniment la sfârșitul fiecărui an având ca obiectiv prezentarea unei sinteze a ceea ce noi, ca asociație, am realizat pe linia promovării și apărării drepturilor pacienților cu nevoi de transplant, dar și cu transplant, precum și ce ne propunem să facem în anul viitor astfel încât accesul la servicii medicale, la tratament și la protecție socială să fie cât mai bine conturat și garantat membrilor asociației. În acest sens, am invitat la conferință reprezentanții și factorii de decizie de pe toate palierele activității de profil.

Care sunt principalele probleme cu care se confruntă acum pacienții care au avut un transplant?

Problema cea mai acută cu care ne confruntăm este cea pe linia protecției sociale. Conform normelor metodologice în vigoare, nu toți pacienții beneficiază de acest drept legal. În acest sens, am făcut și un demers, care se află pe masa de lucru a Ministerului Sănătății, pentru că ne dorim ca pacientul în stare pre- și posttransplant să beneficieze de o interpretare corectă și de o încadrare unitară în materie de handicap. Aceasta, deoarece acum sunt o serie de disfuncționalități, chiar discrepanțe, foarte mari, în sensul că unii beneficiază de acest drept, alții nu. Acest lucru se întâmplă și ca urmare a faptului că actul normativ menționat dă posibilitatea celor din comisia de evaluare să facă o interpretare subiectivă. Pentru a putea beneficia de drepturile legale ce li se cuvin, pe mai mulți colegi a trebuit să îi ajutăm să acționeze în justiție în vederea

obținerii drepturilor legale cuvenite. Pentru a face o corecție clară în vederea aplicării unitare a drepturilor legale pe linie de protecție socială a membrilor noștri, am înaintat un proiect de ordin Ministerului Sănătății care sperăm să fie rezolvat într-un termen cât mai scurt posibil. O altă problemă o reprezintă asigurarea continuității medicației imunosupresoarelor, în sensul că din momentul în care un pacient depune rețeta la farmacie și până în momentul în care obține medicamentele solicitate trece o perioadă mare, chiar și de săptămâni, fapt care îl pune pe pacient în imposibilitatea de a-și continua tratamentul.

În acest sens, am creat un plan de lucru la nivelul fiecărui județ pentru ca atunci când un coleg de al nostru, dintr-un județ anume, se întâmplă să ajungă într-o astfel de situație nedorită, el să poată să-și continue tratamentul prin a se împrumuta de la alți colegi de pe raza județului respectiv. Dacă nu se găsesc medicamentele respective la nivel de județ, atunci apelează la noi, la asociație, și îl ajutăm.

Când ați avut nevoie de sprijin din partea autorităților, ați găsit înțelegerea necesară?

Da! În mod deosebit, în etapa actuală la Ministerul Sănătății. În decursul timpului, din cauza faptului că exista o fluctuație mare la conducerea acestei instituții, se întâmpla să reluăm procesul cu fiecare ministru nou-numit și să luăm practic lucrurile de la început. De aceea suntem într-o continuă colaborare și într-o continuă apărare a acestor drepturi ale noastre.

Care este prioritatea numărul unu a ATR, în acest moment?


Creșterea numărului de donatori! Asta ne dorim cel mai mult. Pentru că sunt foarte mulți pacienți în fază critică a căror viață atârna de un fir de păr. Dacă nu găsim acum un donator, ei mor! De aceea facem și aceste conferințe, unde invităm decidenții și medicii specialiști, deoarece vrem să colaborăm și să găsim împreună cele mai bune soluții la problemele noastre. Asociația face campanii de conștientizare a populației cu privire la caracterul legal și benefic al actului donării, având rezultate importante. Este foarte important ca aceste campanii să aibă un caracter de continuitate și să se facă printr-un efort conjugat al tuturor celor abilitați. Împreună cu medicii specialiști și cu medicii de familie, cu reprezentanții presei și cu alte structuri, dacă ducem o campanie organizată și cu un mesaj clar pentru oameni, vom reuși revigorarea acestei activități! Ne bucură totuși faptul că populația dorește să doneze. Din campaniile pe care le facem în rândul publicului larg, rezultă faptul că 80% din oameni doresc să doneze. Este un răspuns foarte bun, care ne încurajează în demersurile noastre de a continua astfel de campanii. Problema numărul unu rămâne lipsa de informare a oamenilor, pentru că omul nu știe ce trebuie să facă, nu știe cum trebuie să procedeze în astfel de situații. Atunci când nu știe ce trebuie să facă, se retrage și refuză. Cei mai buni mesageri în astfel de campanii sunt pacienții care au beneficiat de un transplant, pentru că oamenii sunt dornici să audă și să înțeleagă de la noi care sunt beneficiile și rezultatele actului donării. ☑





Changing Hemofilia - conștientizare și acces la terapii

DE VALENTINA GRIGORE

 Jumătate de milion de persoane suferă de hemofilie la nivel global, iar sângerările articulare și complicațiile aduse de acestea reprezintă cele mai frecvente probleme în această patologie. Până la vârsta adultă, aproape un sfert dintre persoanele cu hemofilie ajung să aibă astfel de complicații cu limitarea funcțională a articulațiilor respective, 80% dintre ele fiind la nivelul genunchilor, coatelor și gleznelor. Acest fapt a atras atenția specialiștilor prezenți la Haemophilia Expert Meeting, eveniment organizat de Novo Nordisk.

Hemofilia are un impact major asupra vieții de zi cu zi a pacientului. Aproape 90% dintre pacienți spun că durerea interferă cu viața lor de zi cu zi, jumătate având dureri constante. 60% dintre pacienți au mobilitatea limitată, iar 50% își fac griji pentru că nu pot întemeia o familie, fiind dificil să își găsească un loc de muncă. Aproape jumătate dintre pacienții cu hemofilie au probleme psihosociale, chiar probleme psihiatrice. „Changing Haemophilia înseamnă mai mult decât un produs medicamentos, înseamnă și îmbunătățirea modului în care dorim să conștientizăm oamenii asupra acestei boli, a colaborării cu societățile profesionale, cu asociațiile de pacienți, a modului în care ne adresăm nevoii neacoperite, cum ar fi complicațiile articulare. Prioritățile identificate de World Federation of Haemophilia, care au fost pietre de temelie și pentru acțiunile noastre, sunt: creșterea ratei de diagnostic, sprijin guvernamental prin evenimente de tip advocacy, educație medicală și training pentru tinerii

medici implicați în tratarea pacienților, creșterea accesului la medicamente și o rețea națională puternică de pacienți”, a declarat Alexandru Ionel, director medical Novo Nordisk.

În ceea ce privește tratamentul acestei boli, datorită eforturilor făcute de profesioniștii din domeniu în ultimii ani, hemofilia a ieșit din statutul de boală orfană defavorizată și a început să meargă pe calea normalității. Însă specialiștii atrag atenția că situația în România este departe de a fi optimă. Cel mai recent studiu privind impactul socio-economic al hemofiliei în România



arată că, din bugetul total alocat Programului Național de Hemofilie și Talasemie în 2017, doar 60,6% a fost consumat pentru tratamente. În 2018, a existat o scădere a fondurilor alocate, iar profesioniștii din domeniu sunt de părere că această tendință se va menține în 2019. „Finanțatorul și-a făcut datoria. Noi trebuie să demonstrăm că

suntem capabili să folosim resursele puse la dispoziție. Nu pacienții sunt de vină, pentru că și educația lor este responsabilitatea noastră”, a declarat prof. dr. Daniel Coriu, directorul Centrului de Hematologie și Transplant Medular al Institutului Clinic Fundeni.

„Trebuie să creăm un sistem coerent de centre de excelență, să consumăm cele patru unități per capita, să avem ca laitmotiv această profilaxie la copii care, ulterior, să se extindă și la adulți și să practicăm intervențiile chirurgicale. Sunt 42 de județe, însă doar 36 sunt active din punctul de vedere al programului de hemofilie. Profilaxia regulată nu se face decât în 27 de județe din cele 42 și se adresează copiilor. Profilaxia intermitentă, de scurtă durată, care se adresează celor cu artropatiile debilitante, care sunt în cărucioare, s-a derulat în 15 județe în 2018 (13 în 2017), față de 42, deci nici în jumătate din județele țării.

În primul semestru din anul 2018, am tratat aproximativ 800 de pacienți. Dacă rămânem cu aceeași atitudine, vom ajunge la consumul a doar două unități per capita, sub așteptările noastre”, a atras atenția prof. dr. Margit Șerban, Coordonator al Centrului European de tratament al hemofiliei Timișoara și al board-ului național pentru hemofilie. 📌

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.¹ 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**

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

 **Immuno-Oncology**

NR. 1 • IANUARIE 2019 • SUB AUSPICIILE EQUITY IN HEALTH INSTITUTE

POLITICI DE SĂNĂTATE

REPUBLICA MOLDOVA

LANSEAZĂ
EDIȚIA PENTRU

SAVE
THE
DATE

REPUBLICA
MOLDOVA

UN CONCEPT EDITORIAL UNIC,
DIN IANUARIE 2019



AUTORITĂȚI



PROFESIONIȘTI



MANAGERI SPITALE



REPREZENTANȚI COMPANII

BY

QUINN
The Medicine Maker