

POLITICI DE SĂNĂTATE



INTERVIU
CONF. DR.
ADELA COJAN,
PREȘEDINTE
CASA NAȚIONALĂ
DE ASIGURĂRI
DE SĂNĂTATE



**JORGE RUIZ
BENECKE:**

Este nevoie de solidaritate și parteneriat în beneficiul pacienților și pentru a construi o societate sănătoasă



**IOAN MARCEL
BOȘ:**

România a luat decizia de a elabora în premieră un program operațional multifond dedicat Sănătății!



**FLORENTINA
PĂNCESCU:**

Valoarea pentru pacient, nucleul strategiei UCB



**CRISTIAN
BUȘOI:**

Lupta împotriva cancerului, prioritate a UE

**VOM INTERVENI
ORI DE CÂTE ORI VA FI NECESAR**



ALVARIUM
TEMESIENSE

Produse de calitate din bogăția stupului, pentru minte, trup și suflet

Produse de la mănăstire



- Apifito-Tonic
- Lăptișor de matcă crud
- Extract de propolis
- Polen crud
- Miere

APITERAPIE

Produsele stupului, atât timp cât corespund standardelor de calitate și autenticitate, întăresc organismul și susțin sistemul imunitar să reacționeze atacurilor la care este supus zilnic (stres, poluare, oboseală, etc).

În afecțiunile cronice, folosirea acestor produse, complementar cu medicația alopatică, ajută pacientul să aibă un plus de energie, stare de bine, fizică și psihică, prin furnizarea de enzime, vitamine, oligoelemente și alte principii active, toate în ponderea lor naturală.

Partener logistic



www.alvariumtemesiense.com

SUMAR

iulie

REFORMA SĂNĂTĂȚII

- 04 **Parteneri pentru sănătate: COVID-19 a spart bariera dintre stat și privat. Cum continuăm?**
- 06 **Klaus Iohannis - Vom trece cu bine prin această grea încercare!**
- 08 **Ioan Marcel Boloș - România a luat decizia de a elabora în premieră un program operațional multifond dedicat Sănătății!**
- 10 **Cristian Bușoi - Lupta împotriva cancerului, prioritate a UE. Cercetarea și inovarea, decisive pentru combaterea bolii**
- 12 **Adela Cojan - Vom interveni, ori de câte ori va fi necesar, cu reglementări care să asigure accesul pacienților la servicii medicale**
- 15 **Maria Vasilescu - Fără Politici de Sănătate**
- 16 **Jorge Ruiz Benecke - Este nevoie de solidaritate și parteneriat în beneficiul pacienților și pentru a construi o societate sănătoasă**
- 20 **Laszlo Attila - Pandemia ne-a demonstrat cât de vulnerabili suntem în afara centrelor universitare**
- 22 **Florentina Păncescu - Valoarea pentru pacient, nucleul strategiei UCB**
- 26 **Theodora Benedek - Colaborarea interdisciplinară, esențială pentru succesul terapeutic în insuficiența cardiacă**
- 28 **Tamara Cioflu - DSP-urile, reevaluate ca importanță în teritoriu**
- 30 **Virgil Păunescu - OncoGen, în parteneriat cu Institutul Cantacuzino, câștigă competiția pentru finanțarea vaccinului anti-COVID**
- 32 **Andrei Baciu - Schimbări-cheie în lanțul valoric al serviciilor de asistență medicală**
- 34 **Radu Gănescu - Este nevoie de o comunicare mai bună a autorităților cu societatea civilă**
- 36 **Cătălin Codreanu - Aplicarea în România a strategiei de terapie țintită în bolile reumatice inflamatoare crește semnificativ calitatea serviciilor acordate și este și cost-eficientă**

POLITICA MEDICAMENTULUI

- 32 **Andrei Baciu - Schimbări-cheie în lanțul valoric al serviciilor de asistență medicală**
- 34 **Radu Gănescu - Este nevoie de o comunicare mai bună a autorităților cu societatea civilă**

POLITICI NAȚIONALE

- 36 **Cătălin Codreanu - Aplicarea în România a strategiei de terapie țintită în bolile reumatice inflamatoare crește semnificativ calitatea serviciilor acordate și este și cost-eficientă**

- 38 **Viorel Jinga - Digitalizarea educațională și cercetarea, prioritare în învățământul medical**
- 40 **Virgil Musta - Adevărata luptă se duce în comunitate**
- 42 **Inga Pasecinic - Cinci pași-cheie pentru un răspuns eficient al unui sistem de sănătate la COVID-19**

- 44 **Adrian Pană - Testarea antigenică versus testarea de anticorpi - care sunt beneficiile reale pentru sănătatea publică?**

REZISTENȚA ANTIMICROBIANĂ

- 46 **Tudor Pop - Infecțiile nosocomiale pot fi prevenite. Legea, în procedură parlamentară**
- 48 **Rezistența antimicrobiană (AMR) - povară și prioritate!**

EXCELENȚĂ MEDICALĂ

- 50 **Adina Ghemigian - Medicii și asistenții medicali, instruiți în patologia endocrină: deficitul de iod și complicațiile acestuia**
- 52 **Mihai Berteanu - Reabilitarea medicală, strategia de sănătate a secolului al XXI-lea**
- 54 **Remus Nica - Cu un personal medical de calitate, vom avea și pacienți care vor fi tratați profesional**

CAMPANII

- 56 **Hematologii din Moldova, propuneri pentru „Îmbunătățirea managementului LLC în România” - dezbateri Asociației Echitate în Sănătate aduce autoritățile în fața medicilor**
- 58 **15.000 de persoane din Botoșani, testate pentru depistarea virusului hepatitic C**

VOCEA PACIENȚILOR

- 60 **Marinela Debu - Hepatita C: soluții urgente pentru neasigurați**
- 62 **Dorica Dan - Centrul NoRo - 9 ani de activitate**
- 64 **Sanda Gligu - Nicăieri în lume problema autismului nu este complet rezolvată**
- 66 **Simona Tănase - Managementul durerii în scleroza multiplă: ce ne lipsește?**

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

- Dr. **Cristina Gladys Al Jashi**, medic primar obstetrică-ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon", București
- Prof. univ. dr. **Petru Armean**, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București
- Prof. univ. dr. **Leonard Azamfirei**, rector Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mures
- Dr. **Cristina Berceanu**, director medical Neolife Medical Center
- Conf. univ. dr. **Daniel Boda** - președinte Asociația Română de Imunodermatologie
- Dr. **Călin Boeru**, medic primar obstetrică-ginecologie
- Conf. univ. farm. **George Burcea**, disciplina Controlul Medicamentului, Facultatea de Farmacie
- Farm. sp. dr. **Ioana Cacovean**
- Dr. **Theodor Cebotaru**, șef secție Chirurgie cardiacă, Cardiac Center, Spitalul Monza
- Prof. univ. dr. **Alexandru Vlad Ciurea**, șef secție Neurochirurgie, Spitalul Sanador
- Prof. univ. dr. **Natalia Cucu**, profesor de biochimie, epigenetică Universitatea București, Departamentul de Genetică, Laboratorul de Epigenetică
- Prof. univ. dr. **Carmen - Daniela Domnariu**, Facultatea de Medicină, Universitatea "Lucian Blaga" Sibiu
- Conf. univ. dr. **Octav Gînghină**, medic primar chirurgie generală, Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București, Facultatea de Medicină Dentară
- Conf. univ. dr. **Doru Herghelieglu**, director general Spitalul Sanador
- Dr. **Dana Ionescu**, medic specialist dermatologie
- Dr. **Dana Jianu**, medic primar chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, Doctor în Științe Medicale, copreședinte Societatea Internațională de Medicină și Chirurgie Regenerativă
- Dr. **Ștefan Jianu**, director general Centrul Medical ProEstetica
- Dr. **Dan Jinga**, medic primar oncologie medicală
- 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. univ. dr. **Eugen Moța**, vicepreședinte Societatea Română de Nefrologie
- Conf. univ. dr. **Carolina Negrei** - medic primar medicină internă, medic specialist reumatologie, Doctor în Științe Medicale, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Facultatea de Farmacie, Disciplina Toxicologie
- Dr. **Tiberiu Paul Neagu** - medic specialist chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
- Prof. univ. dr. **Monica Neagu**, șef Laborator Imunologie, Institutul Național "Victor Babeș", președinte al Societății de Imunologie din România (SIR)
- Prof. univ. dr. **Carmen Bunu Panaiteescu** - vicepreședinte Societatea Română de Alergologie și Imunologie Clinică
- Prof. univ. dr. **Virgil Păunescu** - director Institutul OncoGen Timișoara, vicepreședinte Academia de Științe Medicale din România
- Conf. univ. dr. **Diana Loreta Păun**, Consilier Prezidențial în Administrația Prezidențială, Departamentul de Sănătate Publică
- 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
- Șef lucrări farm. **Daniela Popa**, disciplina Controlul Medicamentului, Facultatea de Farmacie
- Conf. univ. dr. **Radu Florin Popa**, șef Clinica Chirurgie Vasculară, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași
- Prof. univ. dr. **Gabriel Ioan Prada**, președinte Societatea Română de Geriatrie și Gerontologie
- Prof. univ. dr. **Vasile Pușcaș**, Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj Napoca
- Prof. univ. dr. **Alexandru Rafila**, președinte Societatea Română de Microbiologie
- Prof. univ. dr. **Dorel Săndesc**, prorector Dezvoltare Academică, 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**, vicepreședinte Academia Română

POLITICI DE SĂNĂTATE

Sub auspiciile Equity in Health Institute

Alexandra Paiu - director general
Quinn - The Medicine Media
alexandra.paiu@politicidesanatare.ro
Valentina Grigore - Editor coordonator,
manager Școala Pacienților
valentina.grigore@politicidesanatare.ro
Dr. Inga Pasecinic - director revista Politici de Sănătate, Republica Moldova
Bogdan Guță - Senior Editor
Colaboratori
Amali Teodorescu, Andreea Moțoc
Foto: Mihai Adam, Adrian Nedea
Marketing&publicitate
office@politicidesanatare.ro, 0040.723.524.837
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.

Parteneri pentru sănătate: COVID-19 A SPART BARIERA DINTRE STAT ȘI PRIVAT. CUM CONTINUĂM?

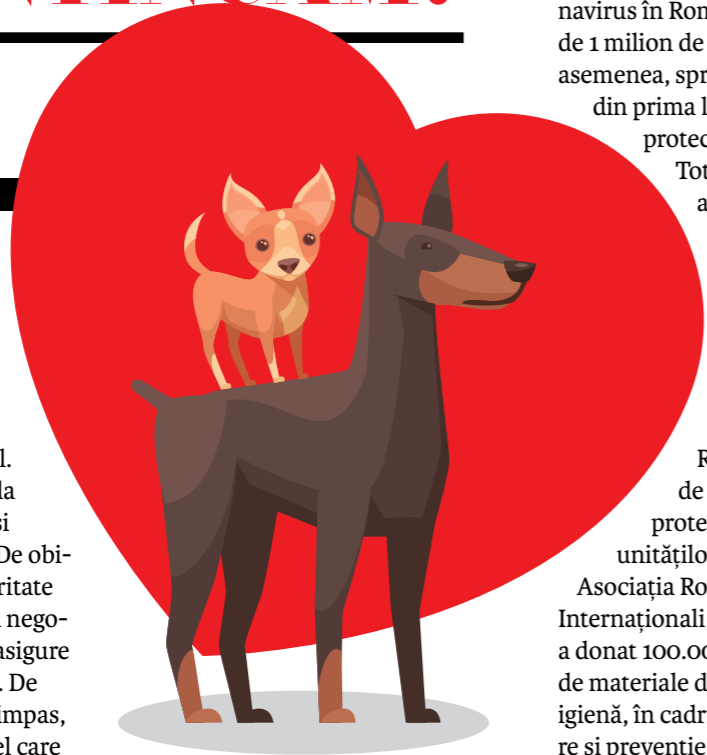


DE BOGDAN GUȚĂ

 Criza globală de sănătate cauzată de pandemia COVID-19 a provocat numeroase schimbări la toate nivelurile în societate, de la individ și comunitate, până la nivel național și continental. Schimbări au avut loc și în relațiile la nivel de bransă sau între industrie și instituții sau autoritățile statului. De obicei, relațiile dintre industrie și autoritate sunt caracterizate de o permanentă negociere, fiecare parte încercând să-și asigure un avantaj în detrimentul celeilalte. De multe ori, negocierea intra într-un impas, soluții nefiind vizibile la orizont. Cel care pierdea însă, tot timpul, era PACIENTUL.

Industria farmaceutică nu a făcut nici ea excepție, aflându-se în prim-planul atenției globale în această perioadă. În România, ca de altfel în toată lumea, industria farma s-a concentrat pe trei direcții-cheie: să asigure tocuri de medicamente pentru pacienții care au nevoie, să susțină autoritățile și sistemele de Sănătate cu know-how și să cerceteze continuu pentru identificarea unor vaccinuri, tratamente și soluții de diagnostic sau screening.

De asemenea, suportul financiar și donațiile industriei farma din România (companii producătoare, importatoare și distribuitoare de medicament) constând în echipamente chirurgicale avansate, antibiotice, echipamente de dezinfectare, dispozitive de testare a virusului, vitamine, îmbrăcăminte de protecție, ochelari de protecție, măști, mănuși și multe altele a



venit prompt și s-a adresat unor instituții publice, spitale și alte instituții sanitare, precum și populației aflate în nevoie.

Astfel, AbbVie România a donat Ministerului Sănătății 4.000 de cutii dintr-un medicament antiviral pentru tratamentul pacienților cu coronavirus aflați în tratament în 10 spitale de primă linie. 18.000 de cutii Hidroxiclorochină au fost donate Ministerului Sănătății de către Sanofi România, cele 1.080.000 de doze ajungând la peste 45.000 de pacienți din România. Sandoz, divizia de medicamente generice și biosimilare a Grupului Novartis în România, a donat, tot Ministerului Sănătății, 10.000 de doze din medicamentul generic antimalarie, doze distribuite spitalelor, pentru tratarea a peste 4.000 de pacienți spitalizați și diagnosticați cu COVID-19. Terapia – o companie Sun Pharma – a donat 200.000 de doze de sulfat de hidroxid

clorochină (HQS) pentru Unifarm. Șapte spitale din Iași au primit 300.000 de lei din partea companiei Antibiotice Iași, în semn de solidaritate față de personalul medical aflat în prima linie. Compania Bayer a donat 386.000 de lei pentru susținerea spitalelor din România în actualul context, iar Biofarm a contribuit în lupta de combatere a noului Coronavirus în România printr-o donație de 1 milion de lei, fonduri destinate, de asemenea, sprijinirii echipelor medicale din prima linie cu echipamente de protecție și aparatură medicală.

Tot o susținere financiară a venit și din partea MSD România – cu o donație de 500.000 de lei către Crucea Roșie Română. Johnson & Johnson România a donat 300.000 de lei fondului de urgență al Crucii Roșii Române pentru achiziția de echipament individual de protecție și echipament necesar unităților de terapie intensivă.


Asociația Română a Producătorilor Internaționali de Medicamente (ARPIM) a donat 100.000 de lei pentru achiziția de materiale dezinfectante, sanitare și de igienă, în cadrul „Campaniei de informare și prevenție coronavirus”, demarată de Crucea Roșie Română, în parteneriat cu Guvernul României. Aceste materiale au fost distribuite către instituții publice, spitale și alte instituții sanitare, precum și populației aflate în nevoie, cu ajutorul voluntarilor Crucii Roșii Române din cele 47 de filiale din țară ale organizației și în coordonare cu Direcțiile de Sănătate Publică locale. Colgate-Palmolive România a donat organizației umanitare Crucea Roșie peste 65.000 de produse de igienă, pentru a ajuta la prevenirea răspândirii COVID-19 în regiunile din România care se confruntă cu nevoi acute.

Pandemia COVID-19 a dovedit cât de sensibile și vulnerabile pot fi sistemele publice de sănătate și, totodată, a arătat că lucrând și stând împreună în jurul mesei, după COVID-19, industria farma și autoritățile statului pot răspunde prompt unor provocări majore. 🇨🇭



Transforming patients' lives through science™

We are in the business of breakthroughs—the kind that transform patients' lives. Dedicated to our mission of discovering, developing and delivering life-saving innovations that help patients prevail over serious diseases, we'll never give up our search for more hope, for more people, around the world.

 Bristol Myers Squibb™

Visit bms.com to see how we're bringing a human touch to everything we do.



„Vom trece cu bine prin această grea încercare!”

„ÎNCEPÂND DE ASTĂZI SE INSTITUIE STAREA DE URGENȚĂ PE ÎNTREG TERITORIUL ROMÂNIEI, PE O DURATĂ DE 30 DE ZILE. (...) ORICÂT DE GREU AR FI SĂ NE ADAPTĂM ACESTOR LIMITĂRI, ACEASTA ESTE SINGURA CALE PRIN CARE SALVĂM VIEȚILE CELOR DRAGI NOUĂ, VIEȚILE CELOR DE LÂNGĂ NOI!”. DE BOGDAN GUȚĂ



Președintele Klaus Iohannis anunța astfel că România va intra în stare de urgență începând cu 16 martie 2020 pe motivul pandemiei de coronavirus COVID-19. Aceasta a fost prima stare de urgență instaurată în România în perioada de după decembrie 1989. Pentru mulți dintre români începea o experiență cu care nu se mai confruntaseră, despre care președintele spunea că „vom trece cu bine prin această grea încercare dacă luăm imediat cele mai drastice măsuri și înțelegem cu toții că severitatea lor este pe măsura gravității perioadei pe care o traversăm”.

Medicii: eroii din linia întâi

Instaurarea stării de urgență răspundea astfel crizei globale de sănătate, fiind un act de maximă importanță, necesară pentru a limita extinderea pandemiei și pentru protejarea sistemului național de sănătate. Instaurarea acesteia

la momentul potrivit în dinamica răspândirii pandemiei era vitală pentru evoluția ulterioară a situației generale. În prima linie a luptei cu coronavirusul s-au aflat cadrele medicale, farmaciștii și angajații din sistemul public de sănătate, cărora președintele țării a ținut să li se

adreseze încă de la începutul stării de urgență și să îi asigure de sprijinul și încrederea tuturor românilor: „Ne aflăm acum într-un moment de criză majoră, în care, vă spun drept, trebuie să ne descurcăm cât se poate de bine cu ceea ce avem. Din fericire, în România sunt

în continuare medici și farmaciști, cadre medicale, profesioniști care sunt 100% dedicați salvării pacienților. Ei sunt cei care fac sacrificii extraordinare în aceste momente, sunt în prima linie a luptei cu acest virus periculos, plecând de lângă familiile lor pentru a se pune în slujba pacienților”.

Sistem spitalicesc pregătit pentru orice provocare

Managerilor de spitale li s-a cerut în mod imperios să asigure protejarea medicilor și a personalului medical, să facă tot ce este necesar pentru a le asigura echipamentele de protecție și că, de asemenea, testarea personalului medical trebuie să constituie o prioritate absolută! Tot o prioritate, imediat după ce se termină această criză, anunțată de președintele Klaus Iohannis, este evaluarea întregului sistem spitalicesc din România, pentru care „vom lua toate măsurile pentru a avea dotările cu care să facem față oricărei situații, și unei epidemii, și unui dezastru. Și, în acest sens, îi asigur pe români că suntem pregătiți acum, dar în continuare vom lua măsurile pentru a fi și mai bine pregătiți”.

Soluții pentru revigorarea economiei

Criza de sănătate provocată de pandemia de COVID-19 a fost urmată de criza economică generată de măsurile de izolare (limitarea sau încetarea activității în numeroase domenii de activitate). O altă provocare majoră la care instituția prezidențială a răspuns prompt prin identificarea unor soluții pentru toate problemele: „Avem programe, avem soluții pentru finanțarea deficitului, pentru revigorarea economică și credem că dacă facem lucrurile așa cum trebuie – și așa ne-am propus să le facem – atunci avem șanse bune să își revină economia românească și să ieșim destul de repede din situația total neplăcută, din situația de criză în care ne găsim acum”. Președintele i-a asigurat pe români că țara noastră va ieși cu bine din această criză și că parteneriatul de afaceri dintre autoritățile publice și mediul privat reprezintă calea de relansare economică și dezvoltare durabilă. 🇷🇴



„România a luat decizia de a elabora în premieră un program operațional multifond dedicat Sănătății!”

DE BOGDAN GUȚĂ



INTERVIU CU
IOAN MARCEL BOȘ,
MINISTRUL FONDURILOR
EUROPENE

Care sunt, în prezent, programele prin care sunt disponibile fonduri europene pentru domeniul Sănătate pentru perioada 2021-2027?

În viitoarea perioadă 2021-2027, România a luat decizia de a elabora în premieră un program operațional multifond dedicat Sănătății, bazat pe strategia națională de sănătate, cu o alocare de circa 4,7 miliarde de euro. Suplimentar, Sănătatea va fi finanțată și prin cele 8 programe operaționale regionale care au în vedere măsuri de eficientizare energetică a clădirilor dedicate serviciilor medicale. O altă veste bună pentru pacienți o reprezintă Programul EU4Health cu o alocare de 9,4

miliarde euro, gestionat direct de Comisia Europeană, căruia i se adaugă și alte instrumente de finanțare, precum Orizont (Horizon Europe), Programul Europa Digitală și CEF Digital, instrumente care vor finanța rețele care vor conecta factorii socio-economici, inclusiv spitale și centre medicale în zone în care nu există astfel de rețele.

Ce tip de acțiuni sunt finanțate (infrastructură medicală, echipamente medicale, resursă umană, cercetare)?

Ținând cont de importanța națională pe care o are un sistem medical performant și luând în calcul lecțiile învățate în cele două exerciții financiare parcurse deja de România, Ministerul Fondurilor Europene (MFE) are ca prioritate crearea

cadrelui legal și a întregului mecanism, inclusiv negocierile cu Comisia Europeană, astfel încât lansarea apelurilor de proiecte să se realizeze încă de la începutul exercițiului financiar 2021-2027.

PRIORITARE SUNT INVESTIȚIILE ÎN:

- **infrastructura spitalelor** regionale Cluj, Iași și Craiova – etapa a II-a, precum și în infrastructura spitalelor cu impact teritorial major;
- **serviciile de asistență medicală primară, comunitară și servicii oferite în regim ambulatoriu:** infrastructura cabinetelor medicilor de familie, infrastructura pentru servicii de asistență medicală școlară și comunitară, inclusiv servicii de

asistență stomatologică, unitățile sanitare care furnizează asistență medicală ambulatorie, centre de screening;

- **serviciile de reabilitare, paliativ și îngrijiri pe termen lung**, incluzând și investițiile în măsuri sistemice și pentru dezvoltarea competențelor personalului, precum și servicii medicale destinate persoanelor vulnerabile;
- **creșterea eficacității sectorului medical prin investiții în infrastructură și servicii**, prin dezvoltarea: sistemului de transport, preluare, precum și a unităților dedicate îngrijirii pacienților critici, inclusiv copii, a sistemului național de transfuzii, a rețelei de laboratoare regionale, a spitalelor orășenești, a rețelei de genetică medicală. Concomitent, vor fi finanțate:
 - implementarea de programe de screening populațional/diagnosticare și tratament al stadiilor incipiente în special pentru persoane din grupurile vulnerabile, pe segmente care constituie principalele cauze de mortalitate: cancer col uterin, cancer mamar, cancer colorectal, hepatite/HIV SIDA, screening metabolic, tuberculoză, testare genetică, screeningul factorilor de risc comuni ai bolilor cronice etc.
 - măsuri de diagnosticare precoce și/sau tratament antenatal/ neonatal/postnatal.
 - implementarea de programe de diagnosticare precoce și tratament, în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile, precum cancer pulmonar, cancer prostată, cancere ginecologice, cancer ale capului și gâtului, testare genetică etc.
- O componentă importantă pentru care vor fi alocate fonduri europene este cea care urmărește controlul infecțiilor asociate actului medical.
- **abordări inovative în cercetarea din domeniul medical.** Investițiile în domeniul cercetării vor sprijini:
 - dezvoltarea infrastructurii, modernizarea, reluarea producției de vaccin și dezvoltarea de noi produse farmaceutice în Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară „Cantacuzino”;
 - realizarea unei infrastructuri de cercetare-dezvoltare în domeniul genomicii;

- consolidarea capacității de cercetare-dezvoltare în domeniul tratării cancerelor.
- **digitalizarea sistemului medical:** Investițiile vor susține:
 - refacerea și modernizarea sistemului informatic al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
 - dezvoltarea Observatorului național pentru date în sănătate;
 - digitalizarea internă și externă a instituțiilor din domeniul medical precum și uniformizarea fluxurilor informaționale.
- **promovarea metodelor moderne de investigare, intervenție, tratament** – dezvoltarea de centre de excelență în terapii celulare inovative în hematologie și transplant medular, boli digestive și transplant hepatic, urologie și transplant renal.

Prioritățile bugetului european s-au schimbat odată cu criza coronavirusului. Cum s-a reflectat lucrul acesta în alocarea fondurilor pentru Sănătate în România?

Criza coronavirus a impus ca MFE să identifice rapid surse pentru realocări din actualele programe operaționale fără a afecta indicatorii propuși, totodată obținând și acordul Comisei Europene, dar creând și cadrul legal pentru implementarea noilor măsuri. Un prim exemplu au fost identificarea și realocarea a 350 de milioane de euro pentru Programul Operațional Infrastructură Mare și 120 de milioane pentru Programul Operațional Capital Uman (POCU). Suplimentar, România va mai beneficia de suplimentări ale fondurilor alocate perioadei 2014-2020 în valoare de 1,495 miliarde de euro prin ReactEU, cât și prin măsurile care vor fi incluse în planul de reziliență.

Din anul 2021 va exista pentru prima oară un program operațional dedicat exclusiv Sănătății. De ce sumă va dispune România și cum va putea fi cheltuită?

Alocarea preliminară pentru Programul Operațional Sănătate (POS) este de aproximativ 4,7 miliarde euro. Intenționăm ca programarea pentru acest domeniu să impună schimbări structurale ale modelului de finanțare:

- definirea în cadrul POS a unui număr de operațiuni de importanță strate-

gică; acestea presupun o abordare coordonată a apelurilor de proiecte care urmăresc un singur obiectiv și care în implementarea PO vor necesita o atenție și o monitorizare adecvate. Câteva exemple de operațiuni: consolidarea capacității în domeniul tratării cancerelor, măsuri destinate creșterii capacității de îngrijire medicală a pacientului critic cu patologie vasculară cerebrală acută, implementarea de măsuri de screening populațional. Prin POS se va finanța întreaga paletă de servicii medicale, de la măsuri de diagnosticare precoce, dezvoltarea de centre regionale de referință/de excelență, inclusiv dotări cu echipamente, formarea personalului cu accent pe proceduri minim invazive, dar vom sprijini și centrele de recuperare. Prin urmare, finanțarea va fi direcționată atât pentru a crește accesul la servicii de sănătate, inclusiv servicii medicale de calitate, cât și către concentrarea către soluționarea principalelor cauze de mortalitate.

- **simplificare** – în POS vor fi domeniile în care apelurile vor fi finanțate din mai multe fonduri, dar beneficiarii vor depune un singur proiect; vom prevedea pe anumite domenii opțiuni de cost simplificat, rambursarea cheltuielilor făcându-se cu dovada de prestare a serviciilor medicale.

- **pregătirea proiectelor.** La acest moment, MFE identifică soluții pentru ca anumite proiecte din domeniul Sănătății să beneficieze de sprijin în vederea pregătirii acestora.

La acest moment, care sunt cele mai mari proiecte din domeniul Sănătății aflate în derulare cu finanțare europeană?

Principalele proiecte cu finanțare europeană aflate în derulare sunt cele finanțate din Programul Operațional Regional 2014-2020, care prevăd construirea spitalelor regionale cu o valoare a contractelor între 499 și 599 de milioane de euro.

În cadrul POCU se află în contractare proiectele de screening, cele mai mari valori urmând a fi cele pentru domeniul cancer de col uterin – fiecare proiect regional poate avea o valoare de până la 10,5 milioane de euro. 🇷🇴



„LUPTA ÎMPOTRIVA CANCERULUI, PRIORITATE A UE. CERCETAREA ȘI INOVAREA SUNT DECISIVE PENTRU COMBATEREA BOLII”

DE BOGDAN GUȚĂ

O ABORDARE DE SĂNĂTATE CENTRATĂ PE PERSOANĂ

Mai mulți bani, mai multe direcții de acțiune, mai multe agenții implicate sau, pe scurt, EU4Health, noul program de sănătate european. Garantează el și îngrijiri mai bune pentru cetățenii UE?

Vom avea 9,4 miliarde de euro pentru Sănătatea cetățenilor europeni. Acești bani vor finanța un nou Program de Sănătate, solid și independent. EU4Health va investi în infrastructura de sănătate și în pregătirea pentru criză. Va sprijini dezvoltarea unui mecanism european de producere, procurare și gestionare a produselor esențiale în criză: de la medicamente, vaccinuri și materii prime pentru dezvoltarea acestora, până la aparate pentru diagnostic, ventilatoare și echipamente de protecție. Va ajuta la consolidarea programelor-cheie de Sănătate și Cercetare, rescEU și Horizon Europe, la pregătirea medicilor și a personalului medical. Europa va avea astfel o mai bună capacitate pentru prevenirea și supravegherea bolilor și colaborarea transfrontalieră în domeniul sănătății. EU4Health este dovada că apelurile mele către Comisia Europeană și ale comisarului european pentru Sănătate, Stella Kyriakides, pentru ca Europa să aibă un program independent în domeniul Sănătății, nu au rămas fără ecou. Finanțarea propusă pentru acest nou program de Sănătate este mult mai bună decât cea actuală, de 473 de milioane de euro din Fondul Social European Plus, însă am convingerea că putem obține mai mult de la Comisie

și voi face toate eforturile în Parlamentul European pentru ca bugetul de 9,4 miliarde să fie suplimentat. E drept că Europa trece printr-o criză medicală provocată de noul coronavirus, însă nu trebuie să uităm nici de lupta împotriva cancerului, prioritate asumată de Comisia Europeană, nici de hepatite, bolile respiratorii, cardiovasculare sau neurodegenerative. Toate acestea sunt, de asemenea, provocări medicale care nu cunosc granițe, iar sănătatea este un drept fundamental al cetățenilor și garanția pentru un viitor mai bun. Ca raportor pentru Programul de Sănătate al UE am avut, de altfel, recent, și o întâlnire cu medici din Europa, reprezentanți ai in-

+
INTERVIU CU
EUROPĂRMENTARUL
CRISTIAN BUȘOI,
RAPORTORUL
PARLAMENTULUI
EUROPEAN PENTRU
PROGRAMUL DE
SĂNĂTATE AL UE
2021-2027,
PREȘEDINTE AL
COMISIEI PENTRU
INDUSTRIE,
CERCETARE ȘI
ENERGIE (ITRE) DIN
PARLAMENTUL
EUROPEAN



dustriei farmaceutice și colegi eurodeputați cu responsabilități în domeniul Sănătății, unde am discutat atât despre majorarea bugetului EU4Health, cât și despre prioritățile pe care trebuie să le abordeze în raport cu problemele existente în statele membre. Împreună am convenit asupra unor soluții pe care le considerăm urgente și pe care le vom prezenta, într-un raport, Comisiei Europene. Am propus ca bugetul alocat Sănătății să fie nu doar majorat, ci și distribuit ținând în vedere și baza programului să se afle eliminarea inegalităților de sănătate. Toate acțiunile Programului ar trebui să aibă o abordare de sănătate centrată pe persoană și bazată pe rezultate.

ACCESUL MAI RAPID AL PACIENȚILOR LA TRATAMENT

Programul trebuie să sprijine investițiile în diagnosticul și screeningul timpuriu, pentru a consolida prevenirea atât pentru bolile transmisibile, cât și pentru

cele netransmisibile: bolile cardiovasculare, bolile neurodegenerative, bolile respiratorii, diabetul, cancerul. Eliminarea factorilor de risc precum fumatul, consumul excesiv de alcool, consumul ilicit de medicamente și substanțe psihoactive trebuie să ocupe de asemenea un loc important în program. Elaborarea Registrului electronic european de sănătate, care ar permite pacienților acces mai rapid la tratament, este de asemenea importantă. Investițiile în infrastructura sanitară, care ar duce la diminuarea considerabilă a infecțiilor asociate asistenței medicale, sunt esențiale. La fel, ghidurile europene pentru gestionarea bolilor cronice. În plus, este important ca EU4Health să consolideze rolul și funcționarea agențiilor UE: Centrul European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor și Agenția Europeană pentru Medicamente. Nu în ultimul rând, Comisia trebuie să se asigure că acest Program funcționează în completarea altor programe europene, precum: rescEU, Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European Plus, Horizon Europe, Programul Europa digitală și Programul Connecting Europe Facility 2 Digital (CEF Digital). Trebuie să ne asigurăm că EU4Health oferă pacienților îngrijiri la cel mai înalt standard și că garantează un nivel ridicat de protecție a sănătății publice, respectând principiul liberei circulații a persoanelor.

COMBATEREA CANCERULUI — PRIORITATE A UE

Sunteți unul dintre susținătorii devotați ai programelor pentru combaterea cancerului. Care sunt ultimele noutăți, cele mai recente decizii la nivel european în această direcție?

În primul rând sunt onorat pentru că am fost numit președintele Intergrupului pentru Lupta împotriva Cancerului din Parlamentul European și voi reprezenta România în primul și singurul grup din Parlament care se ocupă exclusiv de combaterea cancerului. Acest grup a fost creat la inițiativa Coaliției Europene a Pacienților cu Cancer (ECPC) - cea mai mare

asociație care reunește sub umbrela sa pacienții cu cancer din Europa - și este format din eurodeputați ai tuturor familiilor politice. Acest intergrup va acționa ca un canal de comunicare bidirecțional. Vom organiza audieri și dezbateri, misiuni de informare pe teme importante, cum ar fi: prevenirea, accesul la tratament, lipsa de medicamente, cercetări ale influenței cancerului asupra calității vieții, inovația în îngrijirea pacienților cu cancer și rata de supraviețuire. Vom informa direcția strategică a Parlamentului European privind lupta împotriva cancerului și vom ghida activitatea eurodeputaților în cadrul misiunii împotriva cancerului și în cadrul Planului european de luptă împotriva cancerului, bazat pe soluții non-partizane și pe dovezi concrete. Până la finalul acestui an, Europa va avea un plan pentru combaterea cancerului, care cuprinde acțiuni pentru fiecare etapă a bolii: prevenire, depistarea și diagnosticarea precoce, tratament și îngrijire pe toată durata vieții. Comisia Europeană a selectat cancerul și ca una dintre cele cinci noi misiuni pentru cercetare și inovare în UE. Scopul misiunii împotriva cancerului este să crească rata de supraviețuire la 75% până în 2030, față de la 47% cât este în prezent, prin acordarea unei atenții sporite prevenirii, tratamentului, îngrijirii bolnavilor de cancer și a supraviețuitorilor și reducerii inegalităților existente. Lupta contra cancerului este susținută și de MEPs Against Cancer, un grup care reunește 136 de eurodeputați din diverse grupuri politice, din care fac parte și eu. Misiunea noastră este să lucrăm împreună pentru a îmbunătăți controlul și prevenirea cancerului în Europa, cu convingerea că cooperarea europeană adaugă valoare acțiunilor statelor membre. În paralel, trebuie să știți că Grupul PPE, cel mai mare grup din Parlamentul European, din care facem parte și noi, liberalii, a lansat în urmă cu câteva luni cea mai amplă campanie de luptă împotriva cancerului din Europa, #EUCanBeatCancer. 🇪🇺

INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

„VOM INTERVENI, ORI DE CÂTE ORI VA FI NECESAR, cu reglementări care să asigure accesul pacienților la servicii medicale”

ÎNTR-O PERIOADĂ EXTREM DE DIFICILĂ DIN PUNCTUL DE VEDERE AL SĂNĂTĂȚII, ATÂT LA NIVEL GLOBAL, CÂT ȘI NAȚIONAL, CARE S-A SUPRAPUS PROBLEMELE DEJA EXISTENTE ÎN SISTEM, AUTORITĂȚILE DIN SĂNĂTATE AU TREBUIȚ SĂ LUCREZE LA FOC AUTOMAT PENTRU A REMEDIA OBSTACOLELE APĂRUTE LA TOT PASUL ȘI A ASIGURA, ÎN ACELAȘI TIMP, ACCESUL PACIENȚILOR LA SERVICII MEDICALE DE CALITATE. „NEVOIA DE ADAPTARE PERMANENTĂ LA ACEST CONTEXT PANDEMIC, DAR ȘI LA PROBLEMELE PERSOANELOR CU BOLI CRONICE, NE-A DETERMINAT SĂ LUĂM MĂSURI CU APLICABILITATE IMEDIATĂ, DAR SĂ NE GÂNDIM ȘI LA VIITOR, LA CUM PUTEM ÎMBUNĂȚĂȚI ÎN CONTINUARE SISTEMUL DE SĂNĂTATE”, SPUNE CONF. DR. ADELA COJAN, PREȘEDINTELE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE. DE VALENTINA GRIGORE

Pandemia COVID-19 a însemnat o mare schimbare pentru sistemul de sănătate românesc, consultațiile la distanță fiind una dintre aceste modificări. Cum ați asigurat accesul pacienților cu boli cronice la serviciile medicale de care aveau nevoie? În ce măsură a fost de ajutor consultația la distanță în această perioadă?

Pandemia a reprezentat o mare provocare pentru toate sistemele de sănătate din lume. Am introdus consultația la distanță pe perioada stării de urgență pentru a asigura accesul populației la servicii medicale cu respectarea regulilor de distanțare socială, necesare pentru a limita răspândirea infectărilor cu noul coronavirus. S-a dovedit a fi o măsură bună, în asentimentul medicilor și pacienților, motiv pentru care am menținut consultațiile la distanță la medicul de familie și la specialistul din ambulatoriul clinic până la 30 septembrie.

Căutăm soluții pentru a implementa cu caracter permanent consultația la distanță, atât la medicul de familie, cât și la specialistul din ambulatoriul clinic, pentru pacienții cu boli cronice stabilizate. Bineînțeles, medicul este cel care va decide dacă acordă o consultație la distanță sau este necesar ca pacientul să se prezinte la cabinet pentru consultația clasică.

VALABILITATEA CONTRACTULUI-CADRU, EXTINSĂ

Care va fi efectul acestor schimbări, pe termen lung? Cum se va schimba sănătatea după data de 30 septembrie 2020?

A fost o perioadă dificilă, măsurile pe care le-am luat în sistem au fost rezultatul unei strânse consultări și colaborări cu profesioniștii din domeniu, dar și cu asociațiile de pacienți. Cred că am reușit să gestionăm lucrurile destul de bine, dată fiind situația excepțională cu care ne-am confruntat.

La 1 iulie, am reintrodus validarea serviciilor medicale cu cardul național de sănătate, pentru că este necesar să avem o evidență mai clară a serviciilor acordate, astfel încât să putem gestiona cât mai eficient fondurile din sistemul de sănătate. Am exceptat de la această regulă serviciile acordate în cabinetele medicilor de familie și în ambulatoriul clinic de specialitate, care pot fi accesate fără utilizarea cardului de sănătate până la data de 30 septembrie 2020.

În funcție de evoluția situației, vom adapta condițiile în care vor fi accesate serviciile medicale. Este și motivul pentru care am prelungit valabilitatea contractului-cadru și a normelor de aplicare ale acestuia până la finalul anului, pentru că vom interveni ori de câte ori va fi necesar cu reglementări care să asigure accesul pacienților la servicii medicale. De asemenea, nici nu au existat condițiile necesare pentru a organiza dezbaterile și consultările cu specialiștii și cu asociațiile de pacienți, pentru a stabili împreună ce reglementări am putea aplica în viitor, în sistemul de sănătate, care să aducă beneficii pacienților.

În ultimele luni, a funcționat foarte bine parteneriatul dintre stat și privat în beneficiul pacienților. Companiile au venit în ajutorul statului și al spitalelor cu donații de materiale sanitare și medicamente. Cum pot fi păstrate aceste parteneriate pe termen lung? Cum pot fi dezvoltate?

Ne-am confruntat cu o situație în care contribuția fiecărei instituții, fie ea publică sau privată, precum și a societății, a fiecărui individ în parte, contează. Aș spune că societatea noastră a trecut testul, că această situație



INTERVIU CU
CONF. DR. ADELA COJAN,
PREȘEDINTE CASA NAȚIONALĂ
DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE



dificilă ne-a unit. Donațiile primite de la companii private din diverse domenii de activitate au fost foarte importante, chiar salvatoare de vieți.

PROIECTE DIN FONDURI EUROPENE

Care sunt rezultatele așteptate ale celor trei proiecte de informatizare anunțate de CNAS în luna iunie?

Sistemul informatic al CNAS a fost dimensionat la nivelul anului 2002. Echipamentele (hardware) din Platforma Informatică a Asigurărilor de Sănătate (PIAS) au fost achiziționate între anii 2002 și 2014 și cele mai multe sunt depășite tehnologic. De-a lungul timpului, au fost adăugate noi funcționalități, precum Sistemul Informatic al Prescripției Electronice, Cardul Electronic al Asigurărilor de Sănătate și Dosarul Electronic de Sănătate. De asemenea, a crescut exponențial numărul de contracte cu furnizorii, de cerințe de interoperabilitate, inclusiv la nivel european, astfel încât sistemele hard și soft existente fac față cu greu nivelului mare de date și interogări.

În această situație, singura soluție eficientă este rețehnologizarea hardware și software a PIAS, pentru a evita situațiile în care apar defecțiuni ale echipamentelor și nu mai pot fi găsite piese de schimb, care determină perioade în care sistemul funcționează greu sau nu este funcțional. Este necesar să eficientizăm timpii de operare în PIAS pentru toți actorii implicați, precum furnizorii de servicii, asigurații, instituții naționale și europene, să reducem birocrația și, nu în ultimul rând, să creștem eficiența utilizării fondurilor din sistemul de sănătate.

În cadrul actualului exercițiu financiar UE, 2014–2020, vom accesa fonduri nerambursabile pentru implementarea a trei proiecte de informatizare. În ianuarie 2020, am semnat un contract în valoare de 101 milioane de lei, prin care vom crește eficiența utilizării PIAS pentru toți furnizorii. În cadrul acestui proiect, intitulat „Sistem integrat de management în sistemul de asigurări sociale de sănătate”, se va realiza reorganizarea bazelor de date din PIAS cu instrumente pentru generarea de rapoarte personalizate în

vederea efectuării analizelor, studiilor și statisticilor, precum și evaluarea funcționalităților PIAS pentru identificarea punctelor slabe, a vulnerabilităților, a riscurilor și amenințărilor la adresa securității cibernetice.

Dosarul Electronic de Sănătate (DES) este un instrument extrem de util, care poate aduce beneficii asiguraților, printr-o mai bună informare a medicului curant despre istoricul medical al pacientului, reducerea timpului necesar stabilirii diagnosticului și creșterea acurateții acestuia. Este motivul pentru care vom accesa fonduri europene pentru proiectul „Sisteme informatice pentru conectarea la DES a furnizorilor de servicii paraclinice, ambulatoriu de specialitate pentru specialitățile clinice, de recuperare, îngrijiri la domiciliu, paliative, stomatologice, dispozitive medicale și consultații de urgență la domiciliu”, în valoare de 82 de milioane de lei, care vizează extinderea unor platforme și aplicații informatice pentru sănătate. În prezent, se lucrează la definitivarea specificațiilor tehnice și funcționale necesare pentru întocmirea proiectului tehnic, ce va fi depus pentru avizare la Comitetul Tehnico-Economic.

Un alt proiect care va contribui la creșterea calității și eficienței serviciilor decondate din FNUASS și reducerea birocrației presupune construcția unui portal în care asigurații și furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot efectua programări electronice ale serviciilor medicale de care pacienții au nevoie. Proiectul prevede și automatizarea fluxurilor de documente, mai exact, emiterea și gestionarea electronică a majorității documentelor utilizate în sistemul de sănătate: bilete de trimitere, certificate de concediu medical, scrisori medicale, recomandări electronice pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative, pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive de asistare. Proiectul „Sistem Informatic pentru Gestionarea Modernă a Accesului la Servicii Medicale Acte, Recomandări și Tehnologii” (SIGMA SMART), în valoare de 121,7 milioane de lei, se află în etapa preliminară aprobării cererii de finanțare și contractare.

De asemenea, în cadrul Programului Operațional Sănătate 2021–2027, intenționăm să accesăm finanțare pentru dezvoltarea și implementarea unui proiect prin care să realizăm o analiză completă a soluției existente în vederea identificării punctelor sensibile care necesită remediere. În urma acestei analize, vom redimensiona PIAS, astfel încât să crească interoperabilitatea sistemelor ce compun Platforma Informatică a Asigurărilor de Sănătate. Principalul scop al acestui proiect, pentru care a fost depusă fișa de proiect în luna mai a acestui an, este reducerea timpilor de lucru, atât pentru furnizorii de servicii medicale, cât și pentru angajații CNAS/CAS, în interesul direct al pacientului.

PRELUNGIREA VALABILITĂȚII CARDURILOR DE SĂNĂTATE. ECONOMII IMPORTANTE LA BUGET

Ați luat decizia de a prelungi valabilitatea cardurilor naționale de sănătate cu încă 7 ani. Care au fost motivele care au condus la această decizie?

Primele carduri de sănătate au fost emise în iulie 2013, cu o perioadă de valabilitate de 7 ani. Anul acesta, începând cu luna iulie, ar fi expirat aproximativ 4,2 milioane de carduri, urmând ca, în 2021, să expire alte 10 milioane. Un calcul simplu ne arată că retipărirea a 14,2 milioane de carduri ar fi costat Ministerul Sănătății 165,4 milioane de lei. Soluția de rescriere a unor noi certificate pentru aceste carduri, pentru a le prelungi valabilitatea cu încă 7 ani, costă aproximativ 550.000 de lei. Așadar, economisim sume importante la bugetul alocat Sănătății, de peste 30 de milioane de euro, într-o perioadă în care există o presiune financiară foarte mare în sistemul de sănătate, determinată de perioada excepțională pe care o traversăm în această pandemie. Scrierea noului certificat pe CIP-ul cardului se va face în mod automat. La nivelul aplicației furnizorului de servicii medicale, în momentul introducerii cardului în cititor, sistemul va detecta certificatul expirat și îl va înlocui fără nicio intervenție a furnizorului. 🇷🇺



Fără Politici de Sănătate



MARIA VASILESCU

VREMEA PANDEMIEI NE-A ÎNVĂȚAT DIN NOU cum trebuie să simțim, să respirăm, să mirosim o floare. Ne-a învățat să reluăm/ construim relația cu copiii noștri, abandonată pentru cauza „nobilă” a corporației. Insuportabila singurătate în doi și-a arătat rânjetul acum, în cuplurile clădite pe orice motivații, mai puțin pe IUBIRE.

Măști, combinezoane, partide politice, testare, pozitiv, negativ, ilegal, incert, fake news, carantină, izolare – toate par acum, în vremea vacanței... nici măcar vrednice de povestit. Cui să le mai povestim? Le trăim acum (cu indiferență).

RESPIRĂM adânc fâneța, marea sau muntele, copiii și soțul, mama și sora. Ridicăm ochii spre cer, noi, cei care am scăpat. Sufletele celor mai puțin norocoși să se odihnească în pace.

Logica este că există o logică.

A neînțelegerii, a traiului în prea mare grabă și a postatului pe Facebook a unor adevăruri subiective, frustrate, complexate sau doar interesate. Ideea este să rămânem văzuți, auziți, simțiți, chiar dacă doar de amicii virtuali. Pentru că FRICA îngheață sufletele și îmbolnăvește trupurile.

Acum, fără Politici de Sănătate, doar cu și despre sănătate.

Să avem cu toții și... să fim. 🇷🇺

ȘCOALA
PACIENȚILOR

Portal profesional de știri medicale pentru pacienții cronici

www.scoalapacientilor.ro



CENTRUL ANTIDIABETIC

Diabetul nu ucide! Complicațiile, DA!

www.centrud diabetic.scoalapacientilor.ro



ASTMUL SEVER

Respiră Viața! Spune NU Astmului Sever

www.astmulsever.scoalapacientilor.ro



BOLILE CRONICE RENALE

Acționează la timp pentru sănătatea rinichilor tăi!

www.bolirenale.scoalapacientilor.ro



ANTIBIOTICE, VACCINURI, SIGURANȚĂ

ZERO infecții intraspitalicești

www.sigurantapacientilor.ro

Este nevoie de solidaritate și parteneriat în beneficiul pacienților și pentru a construi o societate sănătoasă



INTERVIU CU
JORGE RUIZ BENECKE,
GENERAL MANAGER
ABBVIE ROMANIA

ÎN CONTEXTUL PANDEMIEI, COMPANIILE FARMACEUTICE AU AVUT CELE MAI MULTE OPORTUNITĂȚI PENTRU A SOLUȚIONA PROBLEMELE PACIENȚILOR. NU A FOST NICIODATĂ MAI NECESAR CA ACUM CA INDUSTRIA FARMACEUTICĂ SĂ EVIDENȚIEZE CEEA CE CONTEAZĂ. CU TOATE ACESTE, FĂRĂ A ÎNȚELEGE PERSPECTIVA PACIENȚILOR ȘI PROBLEMELE LOR CHEIE, PRECUM CONSOLIDAREA ÎNCREDERII, CONȘTIENTIZAREA BOLII ȘI O MEDICINĂ MAI UMANĂ, REZULTATELE SE VOR LĂSA AȘTEPTATE MULT TIMP. ÎN CIUDA ACESTOR PROVOCĂRI, SAU DATORITĂ LOR, SUNTEM, ACUM, ÎN PUNCTUL ÎN CARE PUTEM PUNE BAZELE UNUI SISTEM DE SĂNĂTATE PERFORMANT ȘI ALE UNEI COLABORĂRI DURABILE ÎNTRE STAT ȘI PRIVAT, TOATE, ÎN BENEFICIUL PACIENTULUI ROMÂN, DUPĂ CUM AFIRMĂ JORGE RUIZ BENECKE, GENERAL MANAGER ABBVIE ROMÂNIA. DE VALENTINA GRIGORE



Ce este important pentru pacienți și sănătate în această perioadă plină de provocări?

Pandemia a scos în evidență câteva dintre provocările cu care ne confruntăm ca societate, în ceea ce privește furnizarea unui nivel performant de sănătate cetățenilor români. Printre aceste provocări se numără deficiențe ale infrastructurii, ale accesului în timp util la terapii inovatoare și ale unui context medical care să asigure o disponibilitate continuă. Circumstanțele în care ne aflăm reprezintă un prilej bun pentru a pune bazele unui sistem medical performant în România, în beneficiul pacienților români, un sistem care să fie cel puțin conform standardelor Uniunii Europene.

Totodată, este un moment potrivit pentru consolidarea colaborării dintre autorități, societăți medicale, companiile farmaceutice, asociațiile de pacienți și alți parteneri din ecosistemul medical, pentru a lucra cu toții îndeaproape la identificarea de soluții în beneficiul pacienților, precum prevenția, programele de educație sanitară generală, diagnosticarea timpurie, registrele de boli, accesul în timp util la tratamente și mecanismele financiare care asigură o disponibilitate continuă a medicamentelor.

În contextul pandemiei de COVID-19, AbbVie a depus eforturi importante, la nivel global și local, pentru a lupta împotriva acestei crize mondiale. Cred că pandemia ne-a învățat importanța solidarității și a parteneriatului pentru deservirea celor mai mari nevoi ale pacienților și pentru construirea unei societăți mai sănătoase.

Este importanța pe care o acordați pacienților egală cu importanța pe care o acordați businessului, în organizația dumneavoastră?

Succesul unei companii farmaceutice este determinat de dezvoltarea unei strategii care are în centrul preocupărilor pacientul, dezideratul nostru fiind acela de a oferi soluții terapeutice și servicii de cea mai înaltă calitate. În cadrul AbbVie, ne punem permanent în

locul pacienților și ne adaptăm constant practicile și serviciile, astfel încât să îi deservim cât mai bine.

Echipa AbbVie se ghidează după viziunea companiei noastre și ne concentrăm activitatea pentru a avea un impact remarcabil asupra vieții pacienților. În România putem spune cu mândrie că avem o prezență activă, susținând autoritățile în eforturile acestora de eliminare a hepatitei cronice virale, o afecțiune ce poate conduce la ciroză și, dacă nu este controlată, la deces. În cadrul Strategiei Naționale de Eliminare a Hepatitei C, în ultimii cinci ani, AbbVie a sprijinit societăți medicale și asociații de pacienți în eforturile acestora de a monitoriza și îngriji populații cu risc ridicat.



ZIUA MONDIALĂ A HEPATITELOR, CARE ARE LOC ANUAL PE DATA DE 28 IULIE, REPREZINTĂ UN PRILEJ DE A CELEBRA PROGRESUL ÎN LUTA CU ACEASTĂ AFECȚIUNE ȘI DE A CONTINUA ANGAJAMENTUL NOSTRU PRIVIND ATINGEREA OBIECTIVULUI ORGANIZAȚIEI MONDIALE A SĂNĂTĂȚII DE ELIMINARE A HEPATITEI C PÂNĂ ÎN 2030.

În ceea ce îi privește pe pacienții care suferă de boala Parkinson în stadiu avansat, colaborăm cu societatea medicală pentru a furniza tratamentele care ajută pacienții să trăiască o viață cât mai aproape de normalitate, susținând, de asemenea, inițiativele societății, prin care pacienții înțeleg cum își pot gestiona cel mai bine starea de sănătate.

AbbVie a lansat recent și pentru pacienții din România o terapie eficientă care se administrează pe o durată limitată și care oferă persoanelor diagnosticate cu leucemie

limfocitară cronică (LLC) posibilitatea de a reduce riscul de progresie a bolii sau de deces. De asemenea, AbbVie este lider în domeniul imunologiei și facem demersuri continue pentru a crește capacitatea de inovare în beneficiul pacienților.

AbbVie a finalizat recent achiziționarea Allergan. Care sunt ariile terapeutice ce vor fi dezvoltate în urma acestei achiziții? Cum se va schimba portofoliul AbbVie? Care va fi impactul acestei achiziții asupra pacienților?

Este o perioadă istorică pentru AbbVie, la doar 7 ani de la înființare, ne bucurăm să le urăm bun-venit colegilor din compania Allergan, o echipă minunată de profesioniști, care ne vor ajuta să formăm o organizație mai puternică. Integrarea Allergan reprezintă un pilon strategic, întrucât ne ajută să ne consolidăm poziția de lideri și să ne diversificăm portofoliul. Adăugăm astfel ariile noastre terapeutice, virologie, imunologie, oncologie și neurologie, arii precum oftalmologie și medicină estetică, domenii care sunt într-un proces continuu de dezvoltare. Învățăm unii de la ceilalți și explorăm oportunitățile în vederea maximizării impactului pozitiv asupra unui număr ridicat de persoane ce suferă de diverse patologii.

PREDICTIBILITATE ȘI CREȘTERE ECONOMICĂ

Ați fost numit recent președinte al Local American Working Group (LAWG). Care sunt principalele dumneavoastră obiective?

LAWG înseamnă inovare. AbbVie este un membru activ în asociațiile profesionale și colaborează cu partenerii din domeniul sănătății. Alegerea și numirea în funcția de președinte al LAWG, la cea de-a 10-a aniversare a acestuia de la momentul înființării în România, reprezintă o onoare pentru mine.

LAWG este o asociație care reprezintă 14 dintre cele mai importante companii în cercetare farmaceutică și biotehnologie devotate descoperirii, dezvoltării și comercializării terapiilor ce îmbunătățesc speranța de viață, în

același timp oferind pacienților șansa să trăiască mai mult, mai sănătos și mai productiv. AbbVie este membru LAWG, dar și al altor organizații din industrie, cum ar fi ARPIM și AmCham.

Misiunea noastră în cadrul LAWG este să pledăm eficient pentru politicile publice care conduc România spre un sistem medical îmbunătățit și sustenabil, aliniat la standardele Uniunii Europene. LAWG se concentrează pe identificarea unor soluții aplicabile pe termen lung care să permită asigurarea unei finanțări adecvate, precum și accesul în timp util la terapii inovatoare de care să beneficieze toți cetățenii din România.

Ca asociație locală, reprezentăm PhRMA (Producătorii farmaceutici americani) și colaborăm îndeaproape cu instituțiile americane, inclusiv cu Ambasada Statelor Unite din România. Toți membrii cred cu tărie în transparență și puterea legii, fiind determinați să întreprindă toate demersurile pentru a asigura o mai bună predictibilitate care să creeze un mediu propice creșterii economice și unei societăți sănătoase.

Cum arată noua „normalitate” în relația cu cadrele medicale, pe durata acestei perioade?

Pandemia COVID-19 a determinat industria și mulți parteneri din ecosistemul medical să se reinventeze și să facă schimbări semnificative. Autoritățile au accelerat procesul de digitalizare a sistemului de sănătate, iar companiile farmaceutice au îmbrățișat noi canale de comunicare menite să ajute la menținerea angajamentului față de cadrele medicale și pacienți.

AbbVie a organizat mai multe seminarii online cu diferite societăți științifice, oferindu-le un forum pentru a discuta și înțelege mai bine reglementările și restricțiile pe care autoritățile le-au implementat sau modul în care COVID-19 influențează gestionarea unei boli în ariile terapeutice în care suntem prezenți.

Parteneriatul pare să fie cuvântul-cheie zilele acestea – considerată aproape imposibilă înainte, colaborarea dintre industrie și instituțiile române a fost fără cusur și



INOVAȚIA ESTE UNUL DINTRE PRINCIPIILE FUNDAMENTALE ALE ABBVIE, DEOARECE DOAR PRIN INOVAȚIE PUTEM SPORI IMPACTUL POZITIV PE CARE ÎL AVEM ASUPRA PACIENȚILOR ȘI SOCIETĂȚII.

benefică pentru pacienți (din punctul de vedere al donațiilor). Spuneți-ne despre angajamentul dumneavoastră în timpul și după COVID-19, pentru a crea protocoale cu adevărat centrate pe pacienți, cu un impact de lungă durată. Ar putea această colaborare să fie un parteneriat strategic de lungă durată?

AbbVie s-a alăturat autorităților din domeniul Sănătății pentru a sprijini eforturile naționale de a limita răspândirea noului coronavirus, prin donarea unor terapii ce au fost utilizate în tratamentul experimental al pacienților diagnosticați cu COVID-19 și prin sprijinul filantropic.

În calitate de membru al ARPIM și LAWG, AbbVie rămâne un partener implicat continuu în identificarea soluțiilor ce pot îmbunătăți considerabil sistemul de Sănătate din România și societatea.

Credem că doar printr-o colaborare pe termen lung cu autoritățile și partenerii din domeniul Sănătății putem identifica noi surse de finanțare pentru Sănătate și să propunem noi reglementări privind prețurile și accesul pacienților la terapii, într-un timp util, furnizând astfel pacienților români servicii de înaltă calitate.

ÎN SPRIJINUL PACIENȚILOR

AbbVie are numeroase programe de sprijinire a pacienților, obiectivul principal fiind obținerea unei aderențe și a unor rezultate mai bune. Care sunt ariile terapeutice

vizate de aceste programe? Câți pacienți, la nivel global, beneficiază de aceste programe? (care sunt bugetele pentru aceste programe?)

AbbVie oferă pacienților, pe lângă soluții inovatoare, o experiență excepțională, răspunzând nevoilor acestora (aflate într-o permanentă dinamică) pe tot parcursul tratamentului. Prin programele de suport pentru pacienți și prin parteneriatul cu companii specializate în domeniu, oferim servicii personalizate pacienților noștri din aria imunologie (reumatologie, dermatologie, gastroenterologie), virologie, neurologie, oncologie. Susținem aproximativ 300 de programe de suport pentru pacienți la nivel global, în care sunt înrolați peste 3 milioane de pacienți din toată lumea. Programele noastre de suport oferă pacienților educație, informații privind boala, o viziune mai clară asupra stării lor de sănătate și asupra managementului tratamentului, ducând la creșterea aderenței pacienților la planul de tratament prescris de medici și contribuind, astfel, la îmbunătățirea calității vieții lor.

Ne dorim ca toți pacienții noștri să aibă acces la terapii inovatoare, care să ofere rezultate performante, și vom continua ca prin programele de suport să oferim servicii cu valoare adăugată, pentru a avea un impact remarcabil asupra vieții pacienților.

Ce face AbbVie să fie cel mai bun loc de muncă, recunoaștere pe care ați primit-o în 2019?

Cultura organizațională a companiei AbbVie este motivul pentru care am câștigat titlul de Best Places to Work în 2019. În cadrul AbbVie, prețuim diversitatea opiniilor și încurajăm oamenii cu diferite experiențe profesionale să dezvolte idei și să provoace status quo-ul. Le oferim angajaților noștri puterea de a lua decizii într-un mod agil și curajos și îi încurajăm să continue să exploreze și să inoveze.

Promovăm o cultură a diversității, transparenței și incluziunii, în care toată lumea are un rol esențial în promovarea culturii AbbVie și în misiunea noastră de a avea un impact remarcabil asupra vieții pacienților. 🇷🇴



Pandemia ne-a demonstrat cât de vulnerabili suntem în afara centrelor universitare

PANDEMIA COVID-19 A ADUS ÎN ATENȚIA FACTORILOR DECIDENTI, O DATĂ ÎN PLUS, NEVOIA REFORMĂRII SISTEMULUI DE SĂNĂTATE, DE CARE SE VORBEȘTE, DE ALTFEL, ORI DE CÂTE ORI APARE O CRIZĂ MEDICALĂ. DEȘI A CRESCUT RESPECTUL ACORDAT CADRELOR MEDICALE, ACESTE NU AU, ÎN MULTE SITUAȚII, ȘI, MAI ALES, ÎN AFARA CENTRELOR UNIVERSITARE, CUM SĂ-ȘI FACĂ DATORIA LA CELE MAI ÎNALTE STANDARDE.

DE ROXANA MATICIUC ȘI VALENTINA GRIGORE

Cum a schimbat pandemia sistemul de sănătate?

Această perioadă ne-a demonstrat că putem face față unor solicitări deosebite doar în condițiile în care aducem modificări infrastructurii medicale existente. Suntem la un moment de cumpănă, când trebuie să ne facem strategia de sănătate pe perioada 2021 – 2027. Ar fi bine-venită găsirea unor soluții sau utilizarea unei părți din infrastructura spitalicească pentru gestionarea situațiilor de urgență. Și, pentru acest lucru, avem oportunitate în acele municipii unde se vor construi spitale regionale de urgență, să avem posibilitatea ca, prin relocarea secțiilor spre aceste unități nou-construite, să eliberăm niște spații, pe care să le menținem pentru gestionarea situațiilor de urgență. Foarte probabil că ne vom mai confrunta cu epidemii sau pandemii, vor mai exista situații de urgență provocate de catastrofe naturale sau de altă natură, și atunci va trebui să creăm cadrul administrativ pentru niște instituții care



INTERVIU CU DR. LASZLO ATTILA, PREȘEDINTE COMISIA PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ DIN SENATUL ROMÂNIEI

să fie în stand-by, pe care să le utilizăm când avem nevoie de ele. În rest, să le folosim drept centre de formare, centre de permanență.

De asemenea, ar trebui să regândim structura numărului de paturi la nivel național. Dacă mergem în continuare cu respectarea angajamentelor, ar fi bine-venită demararea discuțiilor privind obținerea unei dispense, astfel încât să avem paturi disponibile atunci când situația o impune. De ani la rând,

tot reducem numărul de paturi acute și, drept consecință, am putut gestiona situațiile complexe doar prin închiderea instituțiilor. În ultimele trei luni au fost câteva situații destul de delicate în toată țara, mai bine gestionate de centrele universitare, însă mai dificile în alte cazuri, precum cel al Clujului, care a rămas fără instituții de recuperare din cauza deciziei ca Spitalul de recuperare să devină suport COVID-19, la fel ca și spitalul privat de recuperare din zonă.

Pacienții au rămas, timp de trei luni, fără recuperare medicală.

În această perioadă, au funcționat foarte bine parteneriatele între public și privat, în folosul pacienților. Ce alte aspecte pozitive am putea remarca?

M-a surprins plăcut modul de colaborare între privat și stat și solidaritatea exprimată cu această ocazie. Alt aspect care nu poate decât să ne bucure este re poziționarea privind respectul acordat activității medicale de către societatea civilă. Ne-am dat seama de importanța personalului medical, însă și a profesiilor simple – vânzător la magazin, șofer – fără de care nu ne-am fi putut descurca.

Pe de altă parte, pe lângă această solidaritate de care s-a dat dovadă, este clar că populația a început să fie mai atentă la propria stare de sănătate. Dacă, într-o primă etapă, lumea era atentă să nu se infecteze, respectând reglementările generale de igienă emise de autorități, constatăm acum o atenție mai mare pentru starea de sănătate proprie.

Totuși, pacienții cu boli cronice s-au plâns că nu au avut acces la servicii medicale...

E foarte adevărat că, atunci când ai de-a face cu o asemenea situație, trebuie să te pregătești cu infrastructura pentru scenariul cel mai sumbru. Din fericire, reacția populației și activitatea personalului medical au făcut să nu se adeverească aceste previziuni. Acum suntem într-o etapă în care apar focare mai mici sau mai mari. Fiecare măsură de relaxare o să ducă la o creștere într-o anumită proporție a numărului de cazuri. Dar niciodată, în cele mai grele perioade din ultimele trei luni, nu am folosit nici 10% din capacitățile rezervate efectelor pandemiei.

Însă vine și reversul medaliei: accesul celorlalți pacienți la servicii medicale. Nu discut corectitudinea deciziilor luate. A trebuit să ne adaptăm cu infrastructura existentă. Acum suntem în etapa în care trebuie să analizăm și să facem pregătirile pentru a nu mai ajunge în această situație. Această problemă a fost mai ușor gestionată în centrele mari universitare, deoarece au existat inclusiv furnizori care să acorde îngrijiri la domiciliu pentru administrarea tratamentelor care,

în mod regulat, se dau în circuit închis. Toată această perioadă ne-a demonstrat cât de vulnerabili suntem în afara centrelor universitare. Nu există astfel de furnizori în mare parte a țării.

Foarte probabil, la sfârșitul anului, când vom trage linie, vom constata că o bună parte din reușitele pe care le-am obținut în anii precedenți privind scăderea ratei mortalității în anumite boli populaționale, ratele de vindecare în diferite patologii, oncologie vor avea indicatori mult mai slabi și că am făcut pași înapoi nu cu lunile, ci cu anii.

Cum putem îmbunătăți accesul pacienților la servicii medicale în următoarea perioadă?

În primul rând, m-aș bucura să avem o situație foarte clară cum stăm, care au fost cei mai afectați. Avem nevoie de o testare corectă la nivel populațional, care să ne furnizeze datele necesare atât la nivelul populației generale, cât și al celei la risc. Dacă vom reuși acest lucru, probabil ne vom putea pregăti mult mai eficient pentru un eventual val doi al pandemiei și nu vom mai lua măsuri care să blocheze o societate întreagă, cum s-a întâmplat în ultimele trei luni. Dacă testele populaționale privind seroprevalența ne vor arăta cum stăm, atunci vom putea lua un set de măsuri care să nu blocheze societatea și, în același timp, să nu mai blocăm un sistem sanitar întreg.

Societatea se modifică în permanență ca structură. Cum putem contracara efectele îmbătrânirii?

Ne lipsesc instituții de bază, care sunt între instituția de urgență sau acută și cea cronică, mai ales în contextul modificărilor societății noastre, îmbătrânire, migrație internă și externă. Eu mă aștept la o creștere a numărului persoanelor care stau singure între patru pereți, atât în mediul urban, cât și în mediul rural. Această cifră, conform datelor din 2011, se ridică la 760.000 de persoane doar în mediul rural. Pe de altă parte, ne lipsesc secțiile sau instituțiile de paliativ. Cred că prioritatea în viitorul apropiat este problema asigurării sustenabilității finanțării. Nu vrem să conștientizăm situația la care asistăm: pe lângă îmbătrânire și creșterea înaintării în vârstă a populației, ne îndreptăm treptat

spre o perioadă în care va scădea drastic numărul contribuabililor la sistemele noastre de sănătate, respectiv de pensii, pentru că, încet-încet, decreșterea ajung la o vârstă. Cei mai în vârstă decreșterea au ajuns deja la 52-53 de ani, după care urmează încă 23 de ani cu peste 400.000 de nou-născuți până în 1989. Cu alte cuvinte, dacă ne uităm la ora actuală, suntem în jurul cifrei de 180.000 de nou-născuți, ne apropiem de o perioadă în care numărul contribuabililor la aceste sisteme o să scadă și numărul beneficiarilor va crește. Numărul beneficiarilor va asalta sistemul sanitar, cu problemele specifice vârstei lor.

Politicul își pune amprenta inclusiv în sănătate, marcată de nenumărate schimbări. Ce măsuri trebuie luate pentru ca politicile de sănătate să aibă o continuitate?

Este nevoie de o stabilitate la nivelul ministerului, măcar la acele instituții de reglementare din sistemul sanitar să asigurăm o stabilitate și continuitate în activitate. Mă refer la transferarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și Agenției Medicamentului în subordinea Parlamentului și la mandate pe cât posibil mai lungi la conducerea acestor instituții. În plus, să aibă posibilitatea parlamentul, guvernul, instituția prezidențială, societatea civilă să-și delege oamenii, întotdeauna să schimbăm o treime din membri, să nu mai asistăm la această inconsecvență. Inclusiv reglementările să aibă o consecvență.

Cum poate fi îmbunătățită finanțarea sănătății?

Am încercat o schimbare de paradigmă privind introducerea finanțării pe rezultat, în anumite domenii. Să completăm toate programele naționale cu indicatori de performanță și să începem o unificare a criteriilor de acreditare din partea Agenției, din partea Casei, din partea altor instituții care se suprapun, adică finanțarea să fie și o reflecție a modului de eficiență a actului medical. 🇷🇴

INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro



Valoarea pentru pacient, nucleul strategiei UCB

CONTEXTUL PANDEMIC A PROVOCAT MODIFICĂRI MAJORE LA NIVELUL ÎNTREGULUI SISTEM DE SĂNĂTATE, SECTORUL PRIVAT FIIND NEVOIT SĂ IA MĂSURI ATÂT PENTRU PROTECȚIA PROPRIILOR ANGAJAȚI, CÂT ȘI PENTRU A RĂSPUNDE CÂT MAI EFICIENT NEVOILOR PACIENȚILOR ROMÂNI. „PROVOCAREA NOASTRĂ A FOST SĂ IMPLICĂM PACIENTUL LA TOATE NIVELURILE DIN LANȚUL NOSTRU DE ACTIVITATE, PENTRU A RĂSPUNDE MAI EFICIENT NEVOILOR SALE DIVERSE. ACEASTA IMPLICĂ O ABORDARE DIFERITĂ ÎN ACTIVITĂȚILE NOASTRE ÎN CADRUL COMPANIEI, SCOPUL FIIND SĂ ADUCEM VALOARE PENTRU PACIENT”, SPUNE FLORENTINA PĂNCESCU, COUNTRY LEAD UCB PHARMA ROMÂNIA. DE VALENTINA GRIGORE ȘI BOGDAN GUȚĂ



Ce ar trebui să facă un lider din industria farma pentru a fi considerat un creator de valoare pentru pacienți?

Valoarea pentru pacient reprezintă nucleul strategiei UCB. De pe acum, cu toții am îmbrățișat faptul că scopul nostru este să aducem valoare pacientului. Motivația ridicată și implicarea angajaților UCB în aducerea de soluții inovatoare pentru pacienți provin din acest deziderat de a ajuta persoanele cu boli cronice să-și gestioneze starea de sănătate și să-și îmbunătățească calitatea vieții, aceasta fiind o contribuție semnificativă la societatea noastră.

Provocarea noastră în calitate de lideri a fost să implicăm pacientul la toate nivelurile din lanțul nostru de activitate, de la cercetare la reglementare, lanț de aprovizionare, marketing și vânzări, pentru a veni cu soluții mai bune și pentru a răspunde mai eficient nevoilor sale diverse. Aceasta implică o abordare

diferită în activitățile noastre în cadrul companiei, dar și în modul în care suntem organizați. În trecut, organizația s-a concentrat pe funcțiuni. Astăzi, UCB este o organizație care se concentrează pe valoarea pe care dorim să o creăm pentru pacient, cu echipe interoperaționale dedicate rezultatului dorit, în sprijinul persoanelor cu boli cronice.

Pentru colegii noștri care lucrează în departamente precum juridic, resurse umane, finanțe, care nu sunt, în activitatea lor de zi cu zi, atât de apropiați de pacienți, UCB le-a oferit experiența în domeniu sau mărturia ale pacienților, pentru a înțelege mai profund povara bolilor cu care se confruntă pacienții, astfel încât să se apropie de valoarea adăugată a soluțiilor noastre de tratament. Parte a activității mele de finanțist, am trecut printr-o astfel de experiență, care m-a ajutat foarte mult să mă apropiez de nevoile pacientului. Ulterior, percepția mea în



+ INTERVIU CU FLORENTINA PĂNCESCU, COUNTRY LEAD UCB PHARMA ROMÂNIA

legătură cu obiectivele companiei a fost diferită, având o motivație sporită pentru eficientizarea și maximizarea utilizării resurselor companiei.

Pentru a fi eficient și cu impact într-o astfel de organizație și în mediul complex cu care ne confruntăm astăzi, un lider trebuie să fie clar cu privire la viziune și obiective, pentru a le transpune în ceva concret și operațional pentru oameni. Eu, ca lider, trebuie să fiu sincer, să fac ceea ce spun, deoarece oamenii se uită la lider

și observă imediat orice inconsecvență și, astfel, îți pierzi încrederea lor.

Cum mediul se schimbă rapid și ne confruntăm cu situații fără precedent, cum ar fi pandemia cu care se luptă lumea astăzi, în calitate de lider, trebuie să mă adaptez constant la schimbări și să îi inspir pe oameni, să îi ajut să navigheze în noile incertitudini. În zilele noastre, nu autoritatea este cea care mă va ajuta ca lider pentru a-i stimula pe oameni să ofere valoare

pacienților, ci autenticitatea. Ceea ce, pentru mine, înseamnă încrederea în felul în care mă văd oamenii și motivația pe care sunt capabilă să o creez pentru fiecare dintre ei, să-și investească energia în obiectivul final, care este acela de a crea valoare pentru pacienți și pentru societatea noastră.

SĂNĂTATEA. O INVESTIȚIE

Care sunt prioritățile dvs. în calitate de vicepreședinte LAWG? Cum pot avea pacienții români acces mai rapid la inovație?

Local American Working Group (LAWG) este asociația ce reunește 14 companii producătoare de medicamente, americane sau cu centre de cercetare în SUA, lideri la nivel mondial în dezvoltarea de tratamente inovatoare în sprijinul pacienților. Ca vicepreședinte, împreună cu colegii mei din Consiliul Director (board), îmi doresc să pot contribui activ la continuarea consolidării identității asociației și la realizarea proiectelor pe care le derulăm. Ca asociație, ne dorim ca sănătatea să fie văzută ca o investiție de către orice guvern, o prioritate națională, și ne dorim să sprijinim efortul autorităților române în acest sens. Tratamentele de ultimă oră sunt din ce în ce mai eficiente, ajutând pacientul să ajungă la o calitate a vieții care să-i permită reîncadrarea în societate. Acest lucru înseamnă și reducerea costurilor generate pentru sistemul de sănătate pe termen lung, aspect care ar face mai eficientă utilizarea fondurilor alocate Sănătății.

Inițiativele noastre în a îmbunătăți accesul pacienților români la tratamente inovatoare se bazează pe fapte și date. Una dintre preocupările noastre este reducerea întârzierii accesului pacienților români la tratamente inovatoare. În România, termenul mediu pentru accesul medicamentelor inovatoare este de 775 de zile după ce tratamentul este autorizat la nivel european. Pentru a diminua această întârziere, LAWG lucrează la o propunere concretă de a constitui un fond de inovație pentru medicamente în România, ca o potențială soluție la

această problemă, urmând exemplul altor state europene. Personal, îmi doresc foarte mult ca acest proiect să fie implementat, ar reprezenta un prim pas important pentru a asigura pacienților români tratamente inovatoare de ultimă oră, care, în multe cazuri, salvează vieți.

Care este modelul operațional de business al UCB în perioada pandemiei?

UCB are în strategia sa digitalizarea încă de câțiva ani și, prin urmare, izolarea cauzată de pandemie ne-a găsit pregătiți pentru a ne derula activitățile de la distanță, într-un mod digital. Preocuparea noastră a fost și este sănătatea oamenilor noștri și a familiilor lor, accesul pacienților la îngrijiri, cooperarea maximă cu autoritățile, pentru a limita răspândirea pandemiei și a maximiza contribuția noastră la economie și societate.

Am fost într-un dialog constant cu colegii mei din filialele din România și din regiunea est-europeană și i-am ajutat să-și gestioneze preocupările și temerile legate de situația creată de pandemie. Împreună cu colegii cu atribuții relevante, am pus la punct planuri eficiente de continuitate a afacerilor, pentru a evita orice întrerupere a furnizării de medicamente și a ajuta pacienții să își continue tratamentele. Niciunul dintre produsele noastre din România nu s-a confruntat cu vreo problemă de disponibilitate, astfel încât cred că am făcut, cu adevărat, o treabă bună. UCB a contribuit prin donații la sistemul de sănătate, pentru a face față pandemiei. Compania este permanent preocupată de găsirea de modalități mai bune de gestionare a afacerilor, care să îmbunătățească contribuția pe care o aducem economiei și societății.

PARTENERIATUL STAT- PRIVAT

Cum se vede, dinspre companiile farma, parteneriatul cu autoritățile în beneficiul pacienților, în perioada de pandemie?

Cred că de la începutul pandemiei cauzate de COVID-19, parteneriatul dintre autorități și sectorul farmaceutic



TELEMEDICINA, REȚELELE ELECTRONICE, SOLUȚIILE DE LIVRARE A MEDICAMENTELOR LA DOMICILIU ȘI ÎNGRIJIREA LA DOMICILIU, CAPACITATEA ȘI PREGĂTIREA UNITĂȚILOR DE URGENȚĂ, DIGITALIZAREA LA TOATE NIVELURILE, ACTIVAREA UNOR CIRCUITE SEPARATE DE TRATARE A PACIENȚILOR CRONICI ÎN PERIOADELE DE PANDEMIE – TOATE ACESTE SUNT NECESARE PENTRU A FACE FAȚĂ UNUI NOU VAL AL PANDEMIEI SAU PENTRU A TRĂI ÎN AȘA-NUMITA „NOUĂ NORMALITATE”.

s-a îmbunătățit simțitor. Și nu vorbesc doar despre solidaritatea semnificativă dovedită de industria farmaceutică prin donații, ci și despre dialogul constant cu autoritățile și contribuția la construirea unui sistem de sănătate mai durabil și mai previzibil. Consider că acest dialog ar trebui să continue, deoarece trebuie să accelerăm transformarea completă a abordării de sănătate în România. Au fost făcuți câțiva pași importanți pentru consolidarea sustenabilității și predictibilității, cum ar fi legislația privind taxa clawback, metodologia de stabilire a prețurilor, care este în curs de desfășurare, dar există încă anumite aspecte importante care trebuie abordate: finanțarea sectorului sănătății, care este una dintre cele mai scăzute din Europa, infrastructura, digitalizarea sistemului pentru a obține eficiență, îmbunătățirea politicilor de sănătate publică, accesul mai rapid al pacienților la inovație, claritatea și respectarea termenelor în întregul sistem. Nu în ultimul rând, există o oportunitate pentru România de a atrage mai multe studii clinice și cercetări medicale.

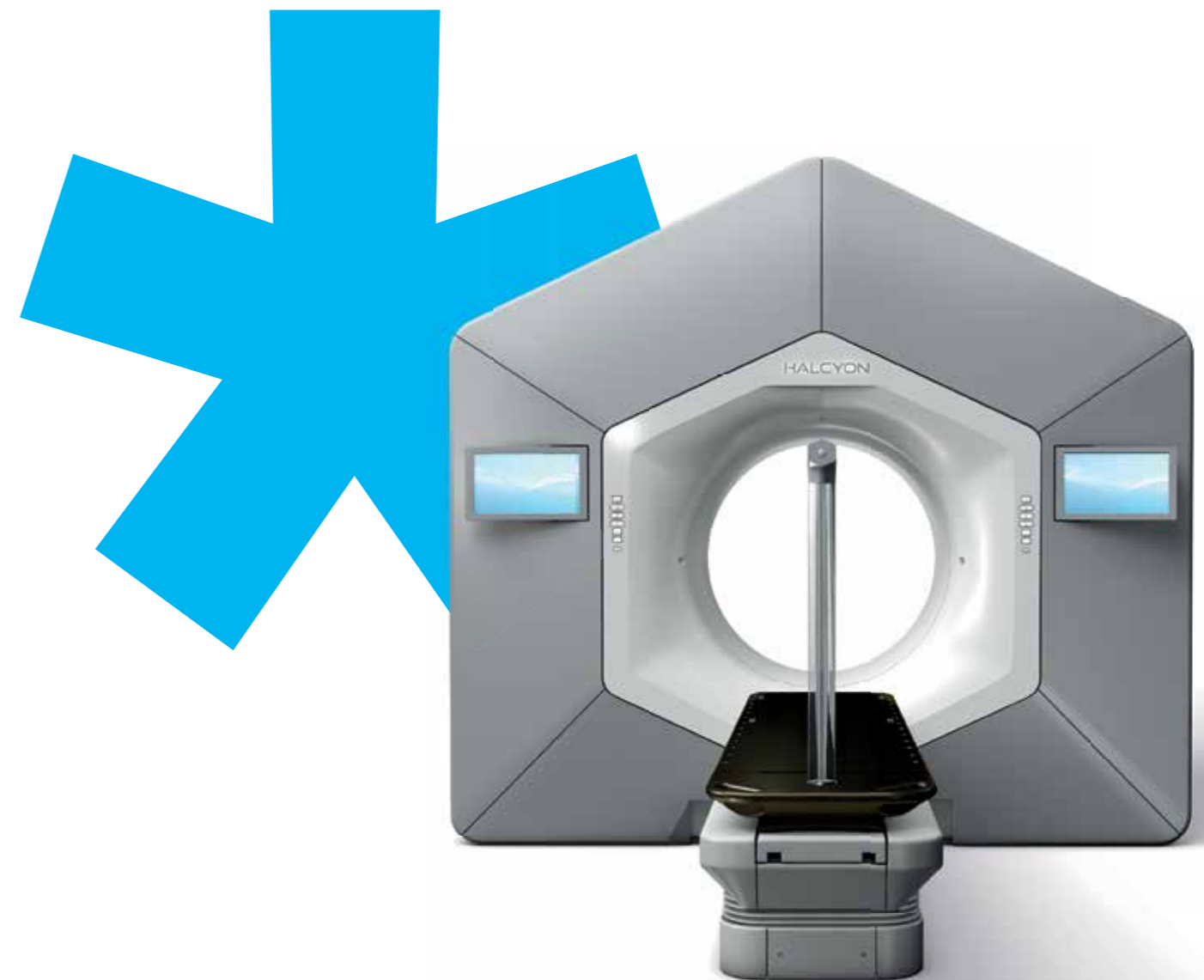
Acesta ar fi un câștig semnificativ pentru pacienți, pentru finanțarea asistenței medicale, dar și pentru creșterea economică. Dacă mă uit la Belgia, strategia lor de a crea unul din cele mai importante hub-uri europene de cercetare și dezvoltare a fost benefică și cred că autoritățile române ar trebui să fie mai strategice în abordarea lor în materie de sănătate. Nu putem construi ceva durabil, dacă nu avem o strategie clară și integrată și ne uităm la provocări doar într-un mod izolat.

Cum vedeți sănătatea post-pandemie? Ce schimbări considerați că ar trebui să rămână implementate?

Cred că nu ne vom întoarce curând la normalul nostru de dinainte de pandemie. Prin urmare, preocuparea noastră în calitate de lideri trebuie să fie găsirea de soluții pe termen lung, pentru a face față acestei situații. Se dovedește că sănătatea colectivă este pilonul unui sistem eficient de sănătate, iar guvernele din întreaga lume vor trebui să modernizeze și să adapteze sistemele de sănătate pentru a răspunde acestor provocări. De aceea, România trebuie să facă pași importanți pentru restructurarea profundă a sectorului Sănătății.

Sectorul farmaceutic este aici pentru a colabora cu autoritățile în acest scop, pentru a găsi și a implementa soluții rapide și eficiente pentru protejarea sănătății populației.

Telemedicina, rețelele electronice, soluțiile de livrare a medicamentelor la domiciliu și îngrijirea la domiciliu, capacitatea și pregătirea unităților de urgență, digitalizarea la toate nivelurile, activarea unor circuite separate de tratare a pacienților cronici în perioadele de pandemie – toate acestea sunt necesare pentru a face față unui nou val al pandemiei sau pentru a trăi în așa-numita „nouă normalitate”. Cred, de asemenea, că modalitatea în care se va derula activitatea de cercetare în domeniul Sănătății va fi, cel mai probabil, revizuită. Nu în ultimul rând, ceea ce ne-a arătat situația creată de pandemie este nevoia de solidaritate, la toate nivelurile. Cu componenta ei cea mai importantă – educația. 🇷🇺



*** Transformative radiotherapy that's not only making advancements, but making a difference.**

The Halcyon™ radiotherapy system was built to transform the way the world thinks about fighting cancer. With an intuitive workflow, image-guided precision, and reduced treatment time, Halcyon provides more opportunities to deliver more care to more patients—because new victories in the cancer fight matter now more than ever.

To learn more about our transformative innovation, visit [Varian.com/Halcyon](https://www.varian.com/halcyon)

Safety information: Radiation may cause side effects and may not be appropriate for all cancers.

© 2019 Varian Medical Systems, Inc. Varian and Varian Medical Systems are registered trademarks, and Halcyon is a trademark of Varian Medical Systems, Inc.



INTERVIU CU PROF. DR. THEODORA BENEDEK, PREȘEDINTE
COMISIA DE CARDIOLOGIE DIN MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

COLABORAREA INTERDISCIPLINARĂ, esențială pentru succesul terapeutic în insuficiența cardiacă

CU SIMPTOME ADESEORI NESPECIFICE ȘI CU O
CONȘTIENȚIZARE DE MULTE ORI SCĂZUTĂ, INSUFICIENȚA
CARDIACĂ REPREZINTĂ O AMENINȚARE SERIOASĂ ATĂT
DIN PUNCTUL DE VEDERE AL SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI,
CÂT ȘI AL BUGETELOR ALOCATE. ZECI DE MILIOANE
DE PERSOANE AU ACEASTĂ BOALĂ LA NIVEL GLOBAL,
INSUFICIENȚA CARDIACĂ FIIND PRINCIPALA CAUZĂ DE
SPITALIZARE LA VÂRSTNICI. PROF. UNIV. DR. THEODORA
BENEDEK, ȘEFĂ CLINICA DE CARDIOLOGIE DIN SPITALUL
JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TÂRGU MUREȘ ȘI PREȘEDINTE
AL COMISIEI DE CARDIOLOGIE A MINISTERULUI
SĂNĂTĂȚII, ATRAGE ATENȚIA ASUPRA IMPORTANȚEI
DIAGNOSTICĂRII CORECTE ȘI LA TIMP A ACESTEI BOLI, A
COLABORĂRII MEDICILOR DIN DIFERITE PATOLOGII,
DAR ȘI ASUPRA INSTITUIRII TRATAMENTULUI
ADECVAT ȘI EDUCĂRII POPULAȚIEI ÎN
RECUNOAȘTEREA SIMPTOMELOR INSUFICIENȚEI
CARDIACE. DE VALENTINA GRIGORE



Cât de importantă este problema insuficienței cardiace pe plan mondial?

Insuficiența cardiacă (IC) este o boală cronică gravă, în care inima nu mai pompează suficient sânge în organism, pentru a asigura buna funcționare a organelor. Putând avea mai multe cauze, ea reprezintă o povară din ce în ce mai mare pe plan mondial, având în vedere procesul de îmbătrânire a populației și supraviețuirea multor pacienți ce au suferit evenimente coronariene acute. Una dintre principalele probleme o

reprezintă insuficiența cunoaștere a acestei afecțiuni, mai ales în cadrul publicului larg.

Care sunt datele epidemiologice?

Se estimează că, pe plan mondial, există 64 de milioane de pacienți care trăiesc cu povara acestei boli și că o persoană din cinci va prezenta simptome de IC, la un moment dat în cursul vieții. Din

păcate, nu avem date foarte exacte pentru România, dar un raport elaborat de Grupul de Lucru pentru IC al Societății Române de Cardiologie estimează că ar putea exista aproximativ 1 milion de români care să sufere de această boală (4,7% din populația peste 35 de ani). Pacienții sunt spitalizați (și respitalizați) frecvent, IC reprezentând principala cauză de spitalizare în lume pentru persoanele cu vârsta peste 65 de ani... Evident, toate acestea au impact major asupra bugetelor de asigurări de sănătate.

Care este impactul asupra mortalității?

Deși toată lumea se teme de boli precum cancerul, nu mulți asociază IC cu un impact semnificativ asupra supraviețuirii. În realitate, mortalitatea la 5 ani după diagnosticul de insuficiență cardiacă este aceeași ca după diagnosticul de cancer de sân (la femei) sau de prostată (la bărbați): un pacient din doi va deceda în 5 ani de la diagnostic. Și mai îngrijorătoare sunt statisticile pentru un grup special de pacienți: din 8 pacienți cu diabet zaharat de tip 2, care sunt diagnosticați și cu IC, 7 vor deceda în următorii 5 ani.

DIAGNOSTICUL DE IC

Cifrele vorbesc de la sine despre gravitatea acestei boli. Care sunt cele mai sugestive simptome?

Principalele simptome sunt destul de nespecifice. De multe ori, dispneea, tusea, limitarea capacității de efort sau edemele sunt puse de pacienți pe seama vârstei sau a co-morbidităților preexistente, contribuind la lipsa de acțiune și la întârzierea instituirii unui tratament, cu impact negativ asupra prognosticului.

În condițiile în care simptomele sunt adesea nespecifice, pe ce se bazează diagnosticul?

Pentru un medic cu experiență clinică, diagnosticul de IC nu ar trebui să fie o problemă: examenul clinic, însoțit de o anamneză atentă, poate orienta clar diagnosticul. Un rol esențial îl are medicul de familie, care poate identifica precoce semnele și simptomele, trimițând apoi pacientul către medicul cardiolog, pentru confirmarea diagnosticului. Rol important au și medicii diabetologi – riscul



este foarte mare la acești pacienți, iar recomandarea unor controale cardiologice regulate este de un real ajutor. La cardiolog, explorările paraclinice stabilesc cu certitudine diagnosticul și contribuie la determinarea etiologiei, stadializare și evaluarea prognosticului. Multe dintre acestea sunt – sau ar trebui să fie – de rutină, altele sunt folosite doar în cazuri speciale. Mă refer, în primul rând, la ecocardiografie și la diverșii biomarkeri, în special NT-proBNP.

Cât de importantă este colaborarea interdisciplinară în managementul acestei patologii?

Aceasta este esențială pentru succesul terapeutic. Acești pacienți nu au aproape niciodată o singură afecțiune, de obicei ne confruntăm cu o boală cardio-reno-metabolică, astfel încât este absolut necesară colaborarea dintre cardiolog, nefrolog, diabetolog, de multe ori și neurolog sau alți specialiști, cu sprijinul esențial al medicului de familie, atât pentru identificarea precoce, cât și pentru monitorizarea evoluției și tratamentului.

ARSENAL TERAPEUTIC

Au pacienții români acces la tratament?

Avem la dispoziție atât un arsenal terapeutic cu dovezi de reducere a simptomatologiei și/sau a evoluției către agravare și deces, precum și ghiduri internaționale, care vin cu recomandări specifice pentru IC cu FE redusă. Ne-am bucurat că, la nivelul Comisiei de

Cardiologie a Ministerului Sănătății, am putut contribui la facilitarea accesului pacienților din România la tratamentul cu inhibitorii nepriluzinei și ai receptorilor angiotensinei, noua clasă intrată în arsenalul terapeutic. Din păcate, nu avem multe opțiuni cu dovezi clare privind beneficiul pentru IC cu FE păstrată.

Ce ne rezervă viitorul, din punctul de vedere al opțiunilor terapeutice?

Avem speranțe pentru viitor și mă refer în special la inhibitorii co-transportorului 2 sodiu-glucoză. Dezvoltate pentru tratamentul DZ2, aceste medicamente au demonstrat, în studii de durată lungă, că previn apariția și agravarea IC la pacienții cu diabet. Un prim studiu desfășurat cu un reprezentant al acestei clase la pacienți cu IC, cu sau fără DZ2, a demonstrat rezultate foarte bune.

Care ar trebui să fie pașii următori, pentru a reduce povara acestei boli?

Aș pleca de la educație, în primul rând la nivelul populației: schimbarea stilului de viață, cu o alimentație sănătoasă, evitarea sedentarismului și renunțarea la fumat sau evitarea începerii acestui obicei extrem de nociv. Evident, efortul de a ne educa și a învăța cât mai mult trebuie asumat și de către noi – medicii. Nu în ultimul rând, autoritățile trebuie să ne ajute cu resursele necesare. Realizarea unui registru național al pacienților cu IC cronică ar putea să ne ajute în gestionarea eficientă a acestor resurse. De asemenea, pacienții ar trebui să joace un rol mai activ, individual sau prin asociațiile de pacienți. 🇷🇴



INTERVIU CU DR. TAMARA CIOFU, MEMBRU AL COMISIEI
PENTRU SĂNĂTATE ȘI FAMILIE DIN CAMERA DEPUTAȚILOR

DSP-urile, reevaluate ca importanță în teritoriu

ULTIMELE 4 LUNI AU SCHIMBAT FOARTE
MULț ACTIVITATEA ÎN TOATE DOMENIILE,
MAI ALES ÎN CEL LEGISLATIV. MULTE ASPECTE
LEGATE DE SĂNĂTATE AU FOST REZOLVATE
MULț MAI RAPID, DUPĂ CUM SPUNE DR.
TAMARA CIOFU, MEMBRU AL COMISIEI
PENTRU SĂNĂTATE ȘI FAMILIE DIN CAMERA
DEPUTAȚILOR. ÎNSĂ ȘI MULTE PROBLEME
AU FOST SCOASE LA IVEALĂ, PRECUM
ACTIVITATEA DSP-URILOR, CARE, ÎN OPINIA
DEPUTATULUI, AR TREBUI REEVALUATE
CA IMPORTANȚĂ ÎN TERITORIU.

DE ROXANA MATICIUC



**Cum a schimbat această pandemie activitatea
Comisiei de Sănătate? Care au fost prioritățile?**

În primul rând, activitatea s-a desfășurat online, în al doilea rând, au avut prioritate proiectele de lege cu privire la modul de gestionare a crizei generate de COVID, iar în al treilea rând, am luat decizii mult mai rapide cu privire la probleme sanitare care stagnau de mult la nivelul parlamentului. Atât eu, cât și colegii mei de la PSD am reușit să completăm și să îndreptăm majoritatea proiectelor de legi inițiate de Ministerul Sănătății prin care erau lăsați pe dinafară pacienții non-COVID, prin care au fost uitate cadre medicale și auxiliare de la acordarea stimulentei de risc și multe alte astfel de situații.

**Sunteți de aproape doi ani în Comisia de
Sănătate din Camera Deputaților. Care sunt
proiectele dvs. de suflet?**

Am reușit împreună cu colegii mei din Guvernul PSD să realizăm prima lege pentru asistența medicală a comunităților locale. Am pornit acest demers din 2013 în primul mandat de parlamentar, când am arătat importanța dezvoltării unităților de asistență medico-socială. La nivelul județului Botoșani, am creat o rețea formată din 90 de asistenți medicali comunitari și 18 medietari sanitari. Aceștia se implică în activitățile de prevenție, depistare și urmărire a cazurilor de tuberculoză la nivel local.

Am trecut prin parlament legea pentru combaterea tuberculozei, prin care am propus un nou model de îngrijire în ambulatoriu a cazurilor de tuberculoză din România. Actul normativ, care a fost dezbătut și cu expertii Organizației Mondiale a Sănătății, prevede acces universal la diagnostic și îngrijire medicală completă și gratuită pentru toate formele de tuberculoză. Pacienții primesc o indemnizație de hrană, precum



**PE NOI NE INTERESEAZĂ
PROGRAME DE SĂNĂTATE CARE
SĂ FIE CORECT IMPLEMENTATE,
CORECT CONTROLATE, NU AȘA,
SPORADIC, ÎN SALTURI.**

și sprijin financiar pentru acoperirea cheltuielilor privind tratamentul, medicația, transportul la clinică și alte cheltuieli suplimentare generate de incapacitatea de muncă. Mai mult decât atât, aceștia beneficiază și de consiliere psihologică. Cel mai important lucru este că bolnavii sunt motivați să se țină de tratament până la vindecarea completă, evitându-se astfel riscul de recidivă, care, la tuberculoză, e foarte ridicat.

Un alt proiect ar fi îmbunătățirea Legii 448 privind persoanele cu nevoi speciale.

Ca medic, nu puteam să stau inertă și să văd cum acei copii cu boli degenerative, cu amputații, cu afecțiuni de spectru autist, sunt chemați din doi în doi ani, la expertizarea capacităților intelectuale și expertiză medicală.

Acest lucru împovărează foarte mult familia, care are nevoie de foarte multe documente, multe dintre acestea sunt și eliberate contra cost. Mi-am propus că toți acești copii care se încadrează în aceste categorii de boală, care sunt depistate în diverse etape ale vârstei lor, folosindu-se de diagnosticul elaborat de medicul specialist, să nu mai fie chemați la expertizare, să primească un aviz, un certificat de handicap, până la vârsta de 18 ani, să nu mai fie revizuibil din doi în doi ani sau la trei ani, ci acești copii, odată ce au primit diagnosticul de handicap, să fie eventual urmăriți clinic (evoluția, performanțele lor), dar să nu mai fie chemați la evaluări costisitoare, care

necesită timp de așteptare și programări îndelungate.

În ultimii ani, s-a constatat o creștere alarmantă a cazurilor de copii cu autism. Ce se poate face pentru acești copii cu nevoi speciale?

La Botoșani, am făcut prima caravană de specialiști care s-a deplasat în mai mult de jumătate din localitățile din județ, trecând în revistă peste 9.000 de copii care, ulterior, în funcție de diagnosticul stabilit în urma unei evaluări corecte la spital, au fost prinși într-un program de recuperare. Nu a fost o simplă campanie de depistare a copiilor cu tulburări din spectrul autist, ci, datorită rezultatelor obținute, am putut face demersuri la Ministerul Sănătății pentru a dota Centrul de Sănătate Mintală cu o cameră multisenzorială, astfel încât acești copii să beneficieze de o abordare terapeutică corectă și holistică. Tot datorită caravanei, am reușit ca pe acei copii cu tulburări de învățare să-i orientăm către comisiile de evaluare din cadrul DGASPC-urilor și să se elaboreze curricule adaptate gradului bolii, astfel încât să evităm repetenția sau abandonul școlar. Acești copii pot fi orientați, ulterior, către profesiile potrivite. Având în vedere rezultatele obținute, aș dori să inițiez un proiect legislativ prin care să solicit Ministerului Sănătății extinderea acestei rețele de Centre de Sănătate Mintală în aproape toate județele și, mai ales, în orașele mici. Cu cât aceste centre sunt mai aproape de domiciliul copilului afectat, cu atât este mai ușor pentru familia, care, de obicei, sunt paupere, să vină la centrul de tratament, să vadă cum se lucrează cu copilul, pentru ca, ulterior, să poată face aceleași lucruri acasă.

Această perioadă pandemică a demonstrat importanța Direcțiilor de Sănătate Publică și a medicilor din teritoriu. De ce resurse ar fi nevoie pentru ca actul medical să fie realizat în condiții normale, ușoare pentru acești medici?

Eu, ca fost director al Direcției de Sănătate Publică, spun că aceste instituții ar trebui să fie reevaluate ca importanță în teritoriu. Aceste instituții trebuie să fie sprijinul Ministerului Sănătății, să fie în subordinea Ministerului Sănătății și prin ele Ministerul să fie perfect informat asupra temelor care îl interesează și care ar putea să constituie motivația în demararea unui proiect pe

diverse zone. În condițiile în care Ministerul Sănătății cunoaște cu adevărat toate problemele de sănătate publică din județ, într-un astfel de moment poate să elaboreze și programe care ulterior să fie urmărite cum se implementează în teritoriu. Și sunt suficiente instrumente de a urmări cum se implementează proiectele. În primul rând, Casa de Sănătate care stabilește contractele cu fiecare furnizor de sănătate poate să impună respectarea acestor proiecte.

Folosește Ministerul suficient de bine aceste instrumente?

Ministerul Sănătății ar trebui să își creioneze exigențele pe care să le îndeplinească Direcția de Sănătate Publică. Când eram director la Direcția de Sănătate Publică și când m-am angajat ca medic stagiar, Direcția de Sănătate era Ministerul Sănătății în județ. Aveam asistent de ocrotire care urmărea tot ce se întâmplă în județ în legătură cu nou-născuții. Aveam inspectorii, medici pediatri care mergeau la fiecare cabinet al medicului de dispensar și care urmărea evidența specială, în care trebuia să trec toate bolile cu handicap biologic: anemie, rahitism, distrofiile, după aceea, celelalte boli cronice: malformații congenitale de cord, tulburările neuropsihice, anemia și bolile genetice, bolile congenitale.

Acum, medicul de familie nu mai are niciun registru de evidență specială, dar trebuie să recunoască că altele sunt modalitățile de lucru cu Casa de Sănătate. Nu aș vrea să mă refer la ce se întâmplă în anii '80, dar în acea perioadă eu aveam în fiecare săptămână 20-22 de nou-născuți în sectorul de care mă ocupam. Nu exista să nu trec o dată la două zile la acești nou-născuți. Apoi, aveam registrul pentru copiii 0-1 lună, copiii 0-1 an și copiii de peste 1 an, care trebuiau văzuți la domiciliu. La vremea aceea, un caz de mortalitate infantilă era un lucru de temut. Atunci, toată vina o purta medicul pediatru. Acum nu este nimeni vinovat, nimeni nu mai face nimic. Dacă atunci era un extremism în care noi eram la mijloc și eram toți puși la zid, și aveam o mulțime de măsuri coercitive care ne sufocau și demnitatea profesională, și demnitatea socială, dacă vrei, acum nimeni nu mai răspunde pentru nimic. Din punctul meu de vedere, Ministerul Sănătății trebuie să aibă un aparat propriu continuu care să țină sub control toate aceste lucruri. 🇷🇺



OncoGen, în parteneriat cu Institutul Cantacuzino, câștigă competiția pentru finanțarea vaccinului anti-COVID



+ INTERVIU CU PROF. DR. VIRGIL PĂUNESCU, DIRECTORUL INSTITUTULUI ONCOGEN ȘI VICEPREȘEDINTE AL ACADEMIEI DE ȘTIINȚE MEDICALE A ROMÂNIEI

CENTRUL ONCOGEN DIN TIMIȘOARA ESTE CEL MAI AVANSAT INSTITUT DE CERCETARE MEDICALĂ DIN ȚARA NOASTRĂ ȘI SINGURUL DIN EUROPA DE EST CARE ARE ÎN TESTARE UN VACCIN ÎMPOTRIVA VIRUSULUI SARS-COV-2. RIDICAT DIN FONDURI EUROPENE, INSTITUTUL ESTE AUTOFINANȚABIL, DIN BANII CÂȘTIGAȚI DIN PROIECTE DE CERCETARE ÎN COMPEȚIȚII NAȚIONALE ȘI INTERNAȚIONALE. ÎN PREZENT, LA ONCOGEN LUCREAZĂ UN NUMĂR DE 65 DE CERCETĂTORI, ÎN MAJORITATE TINERI-CERCETĂTORI, MULȚI CU STUDII ÎN STRĂINĂTATE. DE VALENTINA GRIGORE

Încă de la mijlocul lunii ianuarie, colectivul de cercetători de la OncoGen realizase descrierea tehnologiei pentru producerea vaccinului împotriva virusului SARS-CoV-2. Acest vaccin este primul vaccin personalizat (regional) folosit împotriva unui virus. Tehnologia este derivată din zona de tratament al cancerului și se bazează, în principal, pe dezvoltarea de imunitate



celulară și, secundar, pe cea de dezvoltare de anticorpi. Va fi administrat intranasal (prin pulverizare) pentru a proteja poarta de intrare a virusului.

La cinci luni după anunțul privind posibilitatea realizării unui vaccin contra COVID-19 de către cercetătorii români, colectivul OncoGen poate, în sfârșit, să meargă mai departe. Institutul timișorean a câștigat, în parteneriat cu Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară „Cantacuzino”, competiția organizată de Ministerul Educației și Cercetării pentru dezvoltarea unui vaccin împotriva virusului SARS-CoV-2. Cât va dura până la punerea pe piață a acestui vaccin, dar și care au fost obstacolele întâlnite în toată această perioadă, ne-a explicat prof. dr. Virgil Păunescu, directorul Institutului OncoGen și vicepreședinte al Academiei de Științe Medicale a României.

Ați anunțat, încă din ianuarie, că aveți „rețeta” vaccinului contra noului coronavirus. Care a fost reacția?

Da. În 20 ianuarie aveam deja design-ul tehnologiei pentru acest vaccin, în 26 ianuarie am făcut publică pe site-ul institutului nostru, www.oncogen.ro, în limba română, tehnologia la liber. Tehnologia nu este necunoscută, dar nu a mai fost folosită pentru dezvoltarea unui vaccin antiviral.

Pe data de 8 februarie, am publicat un articol care descrie această tehnologie pe o platformă de specialitate, de tip open source. Pe 26 martie s-a încheiat sinteza peptidelor. Iar pe 30 martie au început testele pe celule umane, pentru a testa toxicitatea lor. După cum ne așteptam, nu s-a observat nici un nivel de toxicitate.

Pe data de 4 aprilie am fost recunoscuți de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) ca având în testare un vaccin

împotriva virusului SARS-CoV-2. Suntem singurul centru de cercetare implicat în această luptă din Estul Europei.

A fost interesant că, pe 4 februarie, la doar câteva zile după publicarea în limba română a tehnologiei pe pagina www.oncogen.ro, ne-a contactat Ambasada Chinei cu trei întrebări: dacă pot folosi tehnologia noastră, dacă avem nevoie

de bani (și câți) pentru a accelera procesul și dacă ne trebuie aparatură.

Le-am spus, atunci, că este prematură o discuție despre aparatură și că am prefera o colaborare cu un centru din China - erau două centre de la Shanghai și unul din Beijing - după care s-a intrat într-un blocaj pe care nu l-am înțeles la vremea respectivă. Dar în China situația devenise foarte gravă, ei izolaseră 60 de milioane de oameni. Privind retrospectiv, cred

că începuse deja presiunea internațională să recunoască faptul că această pandemie a pornit de la ei. Am avut, de asemenea, o discuție foarte bună, în data de 12 mai, cu ambasadorul Regatului Unit, domnul Andrew Noble, în care și-a exprimat dorința unei colaborări cu grupul celor trei universități britanice care lucrează la vaccinuri (Oxford, Cambridge și Imperial College). Anglia a alocat, până în prezent, aproximativ 500 de milioane de euro în cursa pentru descoperirea vaccinului împotriva COVID-19. Propunerea ambasadorului este una de colaborare cu centrele britanice.

Ce a însemnat design-ul de vaccin?

În regiunea S, de la peptidul 13 până la peptidul 1273, a trebuit să hotărâm care peptide sunt corespunzătoare limfocitelor T citotoxice și care sunt corespunzătoare limfocitelor T helper. Am luat în considerare alelele cele mai frecvente din România, în așa fel încât vaccinul,

administrat cu aceste peptide unui român luat la întâmplare, să nimerească măcar un peptid cu unul dintre HLA-urile lui.

Designul înseamnă alegerea acestor epitopi, care sunt de mici dimensiuni, dintr-o moleculă foarte mare. Virusul, în totalitate, are peste 1.000 de epitopi, iar noi am ales mai întâi 15, apoi 11 care să corespundă cu caracteristicile imune ale populației din această zonă geografică.

Vaccinul este unul personalizat, pe când cele de pe lista OMS merg pe metode mai clasice. Cum ați ajuns la această formulă?

La OncoGen lucram deja de patru ani la vaccinul personalizat în cancer (o tehnologie foarte avansată recent pusă la punct în SUA). Este ultima revoluție în domeniul cancerului. Când a izbucnit epidemia în China, noi eram pe zona de vaccinuri cu motoarele turate. Iar, când am întrevăzut posibilitatea ca epidemia să se transforme într-o pandemie, am decis să translatăm toate tehnologia din ultimii patru ani în dezvoltarea unui vaccin personalizat (regional). Suntem singurii care au făcut așa ceva, din câte știu. Cercetări mai există pe această temă, însă un vaccin, ca atare, nu.

Acest vaccin nu se bazează doar pe obținerea de anticorpi, ci în primul rând pe imunitatea celulară, exact cum se bazează și tehnologia din cancer.

Am luat decizia de administrare intranasală a vaccinului din foarte multe motive (imunitate ridicată la poarta de intrare a virusului, efecte secundare reduse etc.). Recent, britanicii, precum și alți cercetători, au anunțat că doresc să treacă și ei de la vaccinarea prin injecție la cea intranasală. Toată lumea începe să realizeze că aceasta este cea mai bună cale contra acestui tip de virus ARN. Sunt foarte puține virusuri de acest tip pentru care s-a găsit un vaccin. Pentru SARS nu avem nici acum vaccin, nici pentru MERS sau HIV, care sunt din această categorie a virusurilor ARN. Aceste virusuri nu permit vaccinuri cu metodologiile clasice. Tehnologia noastră ar putea rezolva această problemă.

Cercetătorii care sunt pe primele locuri, în momentul actual, au obținut prin metode tradiționale, un vaccin pe care l-au testat pe animale, pe maimuțe, iar acestea s-au infectat cu virusul. Recent, cercetători care lucrează la vaccinuri clasice, pen-

tru că folosesc material genetic viral, au anunțat că cei peste 65 de ani nu vor putea să fie vaccinați, cel puțin nu prin metodele clasice.

FINANȚARE DE 3.5 MILIOANE LEI

Ați câștigat, împreună cu Institutul Cantacuzino, competiția pentru realizarea vaccinului. Cât va dura până când populația va avea acces la el?

Au fost peste 30 de competitori, asociați în 13 grupuri, pentru un proiect de 700.000 de euro. Noi am fost declarați câștigători. Suma totală este de 3,5 milioane lei, durata de 18 luni.

Vaccinul, în sine, nu este cuplat cu această perioadă de 18 luni. Sperăm să ajungem la voluntari (studii clinice de fază I) cât mai repede. În proiect, sarcina Institutului Cantacuzino este verificarea, pe model animal, a vaccinului care a fost pus la punct la Timișoara. Noi am reușit să selectăm 9 peptide cu șansele cele mai mari de a determina un răspuns imun. Urmează ca, împreună, să găsim stabilizatori pentru aceste peptide, astfel încât să aibă rezultate consistente atât pe culturile celulare, cât și pe animale. Sperăm ca, la final, cele 9 peptide (fie o combinație, fie toate) să dea răspunsuri satisfăcătoare din partea sistemului imun și să ajungem curând în faza de studii clinice. Vaccinul e gata și acum, dar, ca să poată ajunge la utilizarea efectivă, trebuie să treacă prin trei faze.

V-ați administrat singur vaccinul. Care au fost reacțiile?

Vaccinul mi l-am administrat intranasal, astfel protejând toate căile de intrare a virusului. După administrarea vaccinului, am avut cinci zile sindrom post-vaccinal cu dureri de mușchi și de articulații, plus inflamație nazo-faringiană. Dar așa mi-am dat seama că sistemul imun reacționează și că doza era puțin cam mare. Pe 28 aprilie, la două săptămâni după prima administrare, am luat a doua doză, redusă la un sfert (20 de micrograme). Am sesizat a doua zi tulburări de coagulare, specifice pacienților care fac boala. Au durat vreo trei zile, după care au dispărut. Peptidele au fost foarte bine alese, stimulează eficient sistemul imun, dar și deranjează ceva din mecanismul coagulării. O să aflăm exact ce. **+**



INTERVIU CU
DR. ANDREI BACIU,
SECRETAR DE STAT
ÎN MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII

Schimbări-cheie în lanțul valoric al serviciilor de asistență medicală

PANDEMIA DECLANȘATĂ DE SARS-COV-2 A ARĂTAT ATÂT FRAGILITATEA, CÂT ȘI LIMITELE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE LA NIVEL GLOBAL. RĂSPUNSUL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE LA COVID-19 VA RĂMÂNE O PRIORITATE PENTRU O PERIOADĂ DE UNU-DOI ANI, TIMP ÎN CARE SUNT IMPLEMENTATE MĂSURI DE RELAXARE CONTROLATĂ CORELATE CU EXTINDEREA CAPACITĂȚII DE TESTARE ȘI TRATAMENT ȘI CU GĂSIREA UNOR VACCINURI SAU TERAPII EFICIENTE, EXPLICĂ DR. ANDREI BACIU, SECRETAR DE STAT ÎN MINISTERUL SĂNĂTĂȚII. DE VALENTINA GRIGORE



Ultimele trei luni au adus multe schimbări în sistemul de sănătate. Care vor fi efectele pandemiei COVID-19 pe termen lung?

Direcții precum rolul prevenției în modernizarea serviciilor medicale și eficientizarea sistemului medical, implementarea de soluții inovative, digitale pentru facilitarea accesului la servicii medicale, susținerea programelor de screening, dar și soluții de finanțare (ca de ex. asigurări medicale) vor reprezenta priorități în domeniul sănătății.

Succesul sistemului de sănătate în era post-COVID va fi determinat de capacitatea de a se adapta la următoarea normalitate, de a face față unui set specific de provocări noi sau accentuate și de a capta noi oportunități. Identificăm o serie de schimbări-cheie în lanțul valoric al serviciilor de asistență medicală. Noi paradigme pentru infrastructură, distribuția geografică a furnizorilor de îngrijiri, telemedicina, îngrijirile la domiciliu, pregătirea lucrătorilor din domeniul sănătății, aprovizionarea și gestionarea inventarului echipamentelor de protecție, circuite optime pentru livrarea îngrijirilor, precum și modul în care acestea sunt rambursate vor fi critice în următoarea etapă.

Nu există nicio îndoială că COVID-19 va lăsa o amprentă semnificativă asupra modului în care sunt finanțate și furnizate serviciile de asistență medicală. Dar, cu mari provocări, vin și oportunități mari. Un rezultat pozitiv al crizei este extinderea imediată a utilizării instrumentelor digitale. Unitățile de îngrijiri ar putea continua să ofere această soluție ca o alternativă la pacienți pentru urmărire și în perioada post-COVID, reducând astfel stresul asupra infrastructurii existente. De asemenea, estimăm că utilizarea repetată a telemedicinii în perioada de criză va crea schimbări durabile în atitudinea pacienților și medicilor față de telemedicină, soluție care va ajuta la abordarea deficienței de forță de muncă clinică în criza actuală.

Aceste tehnologii vor face asistența medicală personalizată și mai accesibilă. Cu toate acestea, guvernele trebuie să joace un rol și în deblocarea potențialului acestor tehnologii. Trebuie să asigurăm sustenabilitatea finanțării digitalizării sistemului de sănătate. Există oportunități financiare la nivel european pentru nevoile de digitalizare, pe care este esențial să le valorificăm.

Care va fi noua reconfigurare a sănătății post-pandemie?

Pe măsură ce restricțiile încep să se ridice, este nevoie de un exercițiu de evaluare a calității răspunsului la criză, urmând să abordăm lacunele critice evidențiate pentru a crește pregătirea pentru următoarele crize. Ca în cazul tuturor problemelor legate de rezultatele din domeniul sănătății, măsurarea a

cea ce se întâmplă în actuala criză este esențială pentru asigurarea pregătirii pentru viitor.

O primă reacție este că sistemele de asistență medicală trebuie să fie mai bine pregătite și mai bine orientate pentru a face față situațiilor de urgență viitoare. Pe lângă consolidarea capacității spitalicești și la nivel de terapie intensivă, sunt necesare măsuri pentru îmbunătățirea îngrijirii comunitare.

Discontinuitățile de echipamente individuale de protecție, ventilatoare și medicamente indică necesitatea îmbunătățirii gestionării și diversificării lanțului de aprovizionare. Ar trebui să acordăm atenție la nivelul nu doar al României, ci și european, pentru instituirea unui mecanism de finanțare rapidă a răspunsului care să eludeze canalele și procedurile obișnuite. De asemenea, întreruperea lanțurilor de aprovizionare de pe alte continente și creșterea cererii de produse, precum echipamentele de protecție personală, dispozitivele de monitorizare a pacienților, dar și de medicamente au arătat necesitatea consolidării sectorului de producție european și național. Este nevoie de intervenție concentrată pentru a putea diminua dependența de alte zone, iar această direcție se află la baza propunerii pentru o Strategie farmaceutică a Uniunii Europene.

În centrul oricărei discuții despre viitoarele sisteme de asistență medicală se află problemele competențelor, instruirii și educației. Criza indică necesitatea regândirii educației și formării. Puțini profesioniști din domeniul sănătății care tratează pacienți cu COVID-19 au avut vreo experiență de a face față unei boli pandemice noi, desigur necunoscute, care afectează un număr copleșitor de pacienți. O altă chestiune importantă presupune educația și comunicarea cu publicul larg, în timpul unei urgențe de sănătate.

În perspectiva unei alte crize majore de sănătate publică, supravegherea epidemiologică și de control al bolii transmisibile, precum și răspunsul la pandemii vor trebui consolidate, pentru a evita șocuri viitoare.

Conștientizarea măsurilor de igienă personală și publică a înregistrat o creștere grație apariției acestei pandemii.

Aceste recomandări vor fi păstrate pe termen lung și vor fi internalizate ca obiceiuri, determinând o nouă cultură a igienei.

CONTRIBUȚIA SECTORULUI PRIVAT

În această perioadă, parteneriatele public-privat au funcționat extrem de bine, în beneficiul pacienților. Cum ar putea fi menținute și dezvoltate aceste parteneriate?

Combinarea capacităților și resurselor publice și private poate contribui la procesul de reformare a sistemului de sănătate și la creșterea calității actului medical. În ultima perioadă, afectată de pandemia de coronavirus, sectorul privat a contribuit substanțial la eforturile de control al răspândirii virusului și la întărirea capacității de asistență imediată pentru pacienții infectați. Vorbim, de exemplu, de donații de echipamente și de dispozitive medicale, construirea de spitale modulare, sprijin în diseminarea mesajelor de conștientizare a pericolozității virusului. Este nevoie să reevaluăm distribuția riscurilor de proiect între parteneri, în funcție de capacitatea fiecărei părți de a evalua, controla și gestiona un anumit risc, pentru ca aceste modele de cooperare să fie menținute în sistemul de sănătate în domeniile în care aduc valoare adăugată.

REFORMAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

S-a vorbit în ultima perioadă de restructurarea instituțiilor publice, inclusiv a Ministerului Sănătății. Cum s-ar putea face o restructurare a instituțiilor din sănătate, astfel încât să nu se aducă prejudicii beneficiarilor finali – pacienții?

Guvernul are responsabilitatea administrării sistemului de sănătate, astfel încât să răspundă nevoilor și așteptărilor populației. Reformarea sistemului de sănătate are ca obiectiv eficientizarea actului de management întocmai în beneficiul cetățenilor. Criza COVID a arătat deficiențe de gestiune ale unităților spitalicești, dar și la nivelul direcțiilor de

sănătate publică, care trebuie corectate pentru a putea face față unor noi crize.

Un exemplu negativ al unui astfel de scenariu a avut loc la Spitalul Județean Suceava. Nefericita serie de evenimente care s-a desfășurat la Suceava demonstrează rolul crucial al managementului spitalicesc în timpul unei crize de sănătate publice. Mai mult, arată necesitatea de a elabora protocoale pentru a evita o potențială tragedie. Disfuncționalități de management au fost înregistrate și la nivelul unor direcții de sănătate publică. Aceste constatări fac esențială intervenția în reformarea sistemului, pentru a fi mai bine pregătiți într-o situație de criză viitoare.

Periodic, ne confruntăm cu dispariții de medicamente de pe piață, iar pacienții și industria dau vina pe politica de stabilire a prețului. Cum ar putea fi modificată legislația, astfel încât să se evite asemenea situații?

Într-adevăr, criza COVID-19 a accentuat anumite discontinuități în aprovizionarea cu medicamente. Problema dispariției medicamentelor de pe piața din România este una care trenează de câțiva ani. Există multiple cauze, sunt, de fapt, o combinație de factori care variază de la dependența de piețele externe pentru aprovizionarea cu substanțe active, discontinuități în lanțul de aprovizionare, până la lipsa unor stimulente pentru investiții la nivel local și reglementări ale prețurilor. Inițiativele pe termen scurt vizează, în general, măsuri reactive, care însă nu pot avea decât caracter temporar. Este nevoie de soluții pe termen lung, proactive, care să rezolve în mod real disfuncționalitățile observate în asigurarea pacienților cu medicamentele necesare. Există un grup de lucru constituit la nivelul Ministerului Sănătății care are misiunea de a defini noi soluții legislative pentru a preîntâmpina în mod sustenabil astfel de sincope în aprovizionare.

Aș menționa, în complementaritate, că este nevoie ca sistemul să fie proactiv în recunoașterea unei penurii. Lucrăm și la eficientizarea unui instrument de monitorizare și alertare cu privire la posibile discontinuități, însă și registrele de boli sunt la fel de necesare. 🇷🇴



Este nevoie de o comunicare mai bună a autorităților cu societatea civilă

PACIENȚII TREBUIE SĂ AIBĂ ACCES MULT MAI BUN LA SERVICIILE MEDICALE, IAR AUTORITĂȚILE TREBUIE SĂ COMUNICE MAI EFICIENT CU SOCIETATEA CIVILĂ, PENTRU A SE EVITA, PE VIITOR, PROBLEME PRECUM CELE CAUZATE DE ACTUALA PANDEMIE DE SARS-COV-2, ATRAGE ATENȚIA RADU GĂNESCU, PREȘEDINTE COALIȚIA ORGANIZAȚIILOR PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI CRONICE (COPAC). O PARTE ESENȚIALĂ ÎN MANAGEMENTUL UNEI BOLI CRONICE O REPREZINTĂ ȘI EDUCAȚIA, IAR ROLUL ASOCIAȚIILOR DE PACIENȚI A DEVENIT ȘI MAI EVIDENT ÎN ACEASTĂ PERIOADĂ ÎN CARE PERSOANELE BOLNAVE NU AU PUTUT MERGE LA SPITALE, RISCÂND AGRAVAREA AFECȚIUNILOR DE CARE SUFERĂ. DE VALENTINA GRIGORE

Deși România a părut închisă în aceste luni, asociațiile de pacienți au fost destul de active. Cum s-a derulat comunicarea cu pacienții?

Da, a fost o perioadă destul de dificilă pentru pacienții cronici, deoarece, îmi pare rău să o spun, deciziile comunicate de autorități au fost interpretate de fiecare așa cum a vrut. Iar cel mai mult au avut de suferit pacienții, mulți dintre ei neputând merge sau fiindu-le frică să meargă la spitale. Toate acestea nu fac decât să agraveze bolile de care suferă.

Ne-am dat seama că, în afară de a ne implica punctual, trebuie să facem ceva concret pentru pacienți la nivel național. Am organizat foarte multe seminarii și conferințe online pentru pacienți, în care am avut alături, ca de fiecare dată, medicii, care le-au adus

pacienților cele mai noi informații privind ghiduri, protocoale, terapii disponibile sau cele mai bune măsuri pentru managementul bolii de care suferă, mai ales în context pandemic.

Dar comunicarea cu autoritățile?

Aici nu am stat așa bine. Am încercat să venim în sprijinul autorităților cu soluții, dar, din păcate, nu prea am fost băgați în seamă. Pe viitor, trebuie găsită o soluție de comunicare mai bună a autorităților cu societatea civilă, cu pacienții, pentru că noi putem da soluții în timp real. În timpul perioadei de urgență au fost nenumărate cazuri în care a trebuit să intervenim punctual, din lipsă de alte soluții.

Am avut pacienți în Suceava, unde medicii au fost infectați și spitalul a fost închis, care au așteptat o soluție. N-a venit. A trebuit să intervenim noi, de la București, pentru a căuta la Suceava un grup care să controleze acei pacienți și să-i redirecționeze către alte spitale sau alte județe. La nivel local, nimeni nu a știut ce să facă și fiecare a încercat să-și acopere ineficiența. Am avut medici care nici măcar n-au luat în considerare reglementările Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu privire la neutilizarea cardului de sănătate în

această perioadă. Am avut medici de familie care n-au vrut să elibereze rețete pentru pacienți. Chiar dacă CNAS le-a dat posibilitatea să continue tratamentul pacienților, fie prin telemedicină, fie prin prezența la cabinet, medicii au refuzat. Din nou, a trebuit să intervenim pentru ca pacienții să-și primească rețetele sau să meargă în centre universitare. Au fost pacienți care au trebuit să se deplaseze la farmacie sau în spital să-și ia rețetele, chiar dacă decizia transmisă a fost că medicamentele pot fi ridicate și de aparținători. Deciziile de la București s-au aplicat doar pe o rază de 30 de km.

DEPRESIA. BOALA SECOLULUI

Pacienții sunt mai afectați de stări de anxietate și chiar depresie din cauza izolării îndelungate și a accesului dificil la serviciile medicale. Cum poate fi combătută această situație?

Traversăm o perioadă dificilă și persoanele cu boli cronice sunt cele mai vulnerabile, fizic și emoțional. Vedem tot mai des persoane în depresie, iar dacă vorbim despre pacienții cronici, în cazul lor, această stare este și mai accentuată. Chiar dacă multă lume crede că depresia este doar o stare proastă trecătoare și un moft, nu este așa. În această perioadă complicată de pandemie, lucrurile se agravează. Am demarat această campanie pentru a ajuta oamenii să înțeleagă că depresia este o afecțiune serioasă, iar cei care se confruntă cu ea au nevoie de ajutor. Este important să apelăm la serviciile specialiștilor acum și în orice moment ne simțim depășiți de situație. În plus, dacă cineva apropiat nouă suferă de depresie, să nu ignorăm. Să nu avem impresia că e o stare care va trece la un moment dat. Ignoranța are consecințe grave.

Campania pe care o derulăm atrage atenția asupra mai multor aspecte. Multe persoane care suferă de depresie au impresia că nu sunt în stare de nimic.

În necunoștință de cauză, mulți oameni

folosesc greșit termenul „depresie” și sunt „deprimați” dacă pierd un meci de fotbal, dacă nu le stau bine hainele, dacă li s-a rupt o unghie sau dacă nu mai au ketchup în frigider. Apropiatii celor care suferă de depresie au impresia că această tristețe este un alint, un moft sau un capriciu și vor doar să fie în centrul atenției. Însă nu trebuie să ignorăm evidențele: depresia este considerată „boala secolului”. Aproape 300 de milioane de oameni suferă de depresie la nivel mondial, iar numărul celor care se sinucid ajunge la aproape 800.000, spune Organizația Mondială a Sănătății.

MEDICAMENTESȘI ECHIPAMENTE DONATE PACIENȚILOR

Și pentru că vorbim de accesul la servicii medicale - care este situația în momentul de față?

Încă nu s-au deschis toate spitalele care au fost suport COVID-19. Lucrurile se mișcă foarte încet, iar timpul nu este în favoarea noastră. Ar trebui să facem circuite și protocoale mai repede, astfel încât toți pacienții să aibă acces la servicii medicale. Vedem că triajul și testarea funcționează greu

la ora actuală: ne trebuie soluții mai bune ca perioada tampon în care trebuie să stai în triaj, în care aștepti rezultatul unui eventual test, să fie mult mai funcțională. Vedem că mulți pacienți deja încep să se ducă la spitale și aglomerația din spitalele de oncologie și din alte unități medicale își spune cuvântul.

În ultimele luni au existat foarte multe parteneriate privat-stat-societatea civilă. Cât de mult au fost ajutați pacienții?

La nivelul organizației pe care o reprezint am avut susținere, inclusiv din partea distribuitorilor, care ne-au ajutat cu medicamente pe care le-am donat pacienților. Una dintre problemele ultimelor luni a fost și lipsa medicamentelor, care acum s-a acutizat. Am avut donații de măști, de dezinfectanți, pe care le-am distribuit

și noi mai departe către pacienți, mai ales către cei fără posibilități financiare. Însă am fi avut nevoie de mai multe. Mare parte dintre aceste parteneriate s-au dus către instituțiile publice. Așa și trebuia. Problema noastră este că atunci când te duci doar către spitale, trebuie să fii conștient că 99% dintre cetățenii acestei țări trăiesc în afara spitalelor și au nevoie de medicamente, de dezinfectanți, de măști etc. pentru a-și desfășura viața de zi cu zi. Dacă ne concentrăm pe o categorie mai mică de persoane, riscăm să-i pierdem pe ceilalți. La fel s-a întâmplat și cu COVID-19: ne-am concentrat pe o patologie, dar am exclus orice alte patologii.

Cât de importantă este educația medicală în contextul actual?

Din păcate, suntem o societate mai puțin conștientă sau mai puțin implicată în prevenție și în educație medicală. Primul lucru pe care ar fi trebuit să-l facă autoritățile ar fi fost să se implice în educația cetățenilor prin transmiterea informațiilor corecte, prin explicații privind măsurile pe care trebuie să le respectăm. Pe de altă parte, decizia de a fi sănătos și de a mă proteja, pe mine și familia mea, depinde doar de mine și de modul în care mă comport. În primul rând, eu trebuie să conștientizez că am de-a face cu o problemă majoră de sănătate publică. Eu trebuie să mă protejiez. Avem acasă vârstnici, sau persoane cu boli cronice, pe care trebuie să-i protejăm: de aceea purtăm mască, de aceea stăm la distanță. +

INTERVIU CU
RADU GĂNESCU,
PREȘEDINTE
COPAC



SOCIETATEA CIVILĂ

AUTORITĂȚI



Bolile reumatice de tip inflamator (artrita reumatoidă, spondiloartritele și artropatia psoriazică) afectează aproape 3% din populația României și determină un număr semnificativ de cazuri cu deficit funcțional major. Îmbolnăvesc un număr însemnat de pacienți tineri sau activi profesional, în lipsa unui tratament adecvat determină apariția unor leziuni osteoarticulare ireversibile, ce conduc frecvent la handicap locomotor permanent. Progresul medicinei a dus, în ultimii ani, la apariția de variate soluții terapeutice, care, prin controlul procesului inflamator, pot să oprească evoluția leziunilor articulare distructive. Secretul succesului în aplicarea acestor terapii moderne este identificarea precoce a bolii, în stadii în care încă nu s-a produs distrugerea articulațiilor, precum și ajustarea permanentă a schemelor de tratament la particularitățile fiecărui pacient, incluzând aici și răspunsul obținut la terapiile deja administrate. Această strategie terapeutică, numită **tratament țintit** („*Treat 2 Target*”), presupune ca medicul să aleagă tratamentul pe care îl consideră adecvat, să monitorizeze rezultatele obținute și să **modifice schema terapeutică administrată, urmărind permanent obiectivul reprezentat de controlul evolutiv al bolii.**

Având în vedere că terapiile moderne, în special cele biologice sau sintetice țintite, sunt, de obicei, asociate unor costuri ridicate, introducerea acestora în practică este, de obicei, percepută a crește cheltuielile în sistemele de sănătate. Din acest motiv, autoritățile și medicii prescriptori sunt interesați să controleze impactul generat de costurile ridicate pentru noile terapii. Disponibilitatea datelor derivate din **Registrul Român de Boli Reumatice**, un sistem informatic care include toți pacienții cu boli reumatice inflamatoare severe din România tratați cu biologice sau remisive sintetice țintite, permite o **analiză unică, ce îmbină evaluarea eficacității terapiilor administrate cu estimarea costurilor la nivel național.** Raportul detaliat al acestei analize a fost publicat în primul număr din 2020 al Revistei Române de Reumatologie, datele principale fiind prezentate în continuare, în rezumat.



Aplicarea în România a strategiei de terapie țintită în bolile reumatice inflamatoare crește semnificativ calitatea serviciilor acordate și este și cost-eficientă

DE PROF. DR. CĂTĂLIN CODREANU, DR. CLAUDIU C. POPESCU, DR. CORINA MOGOȘAN
CENTRUL CLINIC DE BOLI REUMATISMALE „DR. ION STOIA”, UMF „CAROL DAVILA” BUCUREȘTI

Analiza datelor din Registrul Român de Boli Reumatice a fost efectuată comparativ pe ultimii trei ani: 2016-2019. Astfel, în această perioadă, numărul de pacienți cu poliartrită reumatoidă aflați în tratament cu medicamente biologice a crescut cu aproximativ 10% în 2019 față de 2016. Interesant este că, ținând cont de toate opțiunile de tratament aplicate din 2016 până în 2019, costul per pacient al tratamentului a scăzut în această perioadă cu aproximativ 10%. De notat că schemele de scădere a expunerii la substanța activă (prin creșterea intervalului de timp între administrările uzuale) au crescut ca pondere de la 254.007 lei și 0,2% din scheme, în 2016, la 3.336.644 lei și 2,1% din scheme, în 2019.

Concluziile analizei datelor din Registrul Român de Boli Reumatice prezentate sunt simple:

- APLICAREA PRINCIPIILOR DE TRATAMENT ȚINTIT ÎN BOLILE REUMATICE DE TIP INFLAMATOR CONDUCE LA **REZULTATE TERAPEUTICE BUNE ȘI FOARTE BUNE LA PESTE 2/3 DINTRE PACIENȚII TRATAȚI;**
- DATELE COMPARATIVE ARATĂ CĂ ACEASTĂ **STRATEGIE TERAPEUTICĂ ESTE COST / EFICIENTĂ: ÎN 2019, AU FOST TRATAȚI MAI MULȚI PACIENȚI CU FORME SEVERE DE REUMATISM, IAR COSTUL TERAPIEI PENTRU UN PACIENT A SCĂZUT SEMNIFICATIV FAȚĂ DE 2016.**

Odată cu accesul medicamentelor biosimilare (cu avantajul unui preț mai mic pentru un efect similar) și al moleculelor țintite, era de așteptat ca acestea să primească un segment important din piață. Astfel, din numărul total de administrări și costuri reprezentate de infliximab, biosimilarele sale au crescut progresiv din 2016 (34,6% din administrări și 27,4% din costuri) până în 2019 (56,7% din administrări și 56,5% din costuri). Un model similar s-a evidențiat pentru etanerceptul biosimilar care, de când a devenit disponibil în România în 2017, a crescut de la 0,4% din administrări și 0,1% din costul total în primul său an, la 5,6% din administrări și 4,8% din costul total în 2019. De asemenea, comparativ cu 2018, când tratamentul cu molecule țintite (baricitinib, tofacitinib) a devenit disponibil în România și când reprezentau doar 1,1% din administrări și 0,4% din costurile totale, în 2019 acestea au ajuns la 8,0% din administrări și 7,5% din costurile totale, în condițiile în care acestea reprezintă opțiuni avantajoase din punctul de vedere al presiunii exercitate pe sistemul de sănătate: administrarea se face oral, la domiciliul pacientului, astfel încât nu necesită prezența în cabinetul medical pentru perfuzie sau injectare, nici utilizarea lanțului de distribuție la rece.

În mod similar, numărul de pacienți cu spondilită anchilozantă tratați cu medicamente biologice a crescut în 2019 cu aproape 20% față de 2016, dar cu o reducere de aproximativ 20% a costului per pacient, în aceeași perioadă. Regimurile de reducere

a expunerii la tratament au înregistrat o creștere semnificativă față de 2019: de la 1,1% dintre pacienți în 2016, la 5,4% în 2019. După cum era de așteptat, medicamentele biosimilare au început să câștige segmente semnificative pe piața tratamentului spondilitei anchilozante. Astfel, din numărul total de administrări și costuri reprezentate de infliximab, biosimilarele sale au crescut progresiv și semnificativ din 2016 (19,4% din administrări și 14,4% din costuri) până în 2019 (36,0% din administrări și 34,7% din costuri). Etanerceptul biosimilar a urmat un model asemănător: a crescut de la 0,3% din administrări și 0,1% din costul total în 2017, la 4,7% din administrări și 4,0% din costul total în 2019.

Având în vedere resursele limitate ale sistemului de sănătate, medicii reumatologi sunt interesați să diminueze costurile tratamentelor moderne pentru bolile reumatice inflamatoare, atât timp cât țintele terapeutice sunt obținute și menținute. Interesul pentru costurile terapeutice i-a determinat pe medici să recomande **reducerea expunerii terapeutice** în cazuri selectate, strategii care corespunde nevoii medicale de a reduce riscurile de evenimente adverse, reducând simultan și costurile. **Comutarea preparatelor din motive medicale** (de exemplu, evenimente adverse sau neîndeplinirea obiectivului terapeutic) corespunde principiului priorității superioare a eficacității asupra eficienței și conduce efectiv la economii, fapt confirmat de datele RRBR, deoarece previne irosirea resurselor cu medicamente ineficiente din punct de vedere medical. În plus, reducerea costurilor poate fi facilitată prin **stimularea utilizării biosimilarelor**, fapt confirmat de datele RRBR prezentate. Dacă diferența reală de preț din România a biosimilarelor în comparație cu originalele ar reflecta diferența semnificativă între aceste prețuri în Europa de Vest, impactul asupra reducerii costurilor ar fi chiar mai mare. Apariția biosimilarelor și a noilor molecule terapeutice a indus, de asemenea, fenomenul eroziunii prețurilor medicamentelor biologice originale, contribuind la menținerea cheltuielilor, la reducerea costurilor pe pacient și la tratarea mai multor pacienți, atâta timp cât ținta terapeutică este atinsă și menținută. 🇷🇺



INTERVIU CU **PROF. DR. VIOREL JINGA**,
RECTOR AL UMF „CAROL DAVILA” DIN BUCUREȘTI



Digitalizarea educațională și cercetarea, prioritare în învățământul medical

ÎNVĂȚĂMÂNTUL MEDICAL A TRAVERSAT O PERIOADĂ EXTREM DE DIFICILĂ, CARE A IMPUS LUAREA UNOR MĂSURI DRASTICE, DAR INOVATOARE. O PARTE DINTRE ACESTEA VOR CONTINUA ȘI ÎN PERIOADA POST-PANDEMICĂ, DIGITALIZAREA EDUCAȚIONALĂ FIIND UNA DINTRE PRIORITĂȚILE RECTORULUI UMF „CAROL DAVILA”, PROF. DR. VIOREL JINGA. DE VALENTINA GRIGORE

Primul mandat ca rector al UMFCD a fost marcat de pandemia de coronavirus. Cum s-a schimbat fața învățământului medical în această perioadă?

Putem spune chiar că mandatul meu ca rector a debutat concomitent cu această pandemie, care continuă încă să perturbe multe dintre activitățile socio-economice, de ordin politic, cultural și implicit pe cele din domeniul educației. La nivel instituțional, UMF „Carol Davila” a traversat o perioadă extrem de complicată din perspectiva calității actului didactic, impunându-se predarea cursurilor teoretice doar în mediul on-line, precum și o restricționare a cursurilor practice, cursuri care reprezintă

pentru un student la medicină principalul izvor de informații. Dar am reușit să strângem rândurile, să ne mobilizăm rapid și să reușim să oferim studenților, prin intermediul platformelor on-line, un acces cât mai bun la informație.

Mă gândesc totodată că această pandemie a avut și un rol pozitiv, accelerând într-un fel procesul de digitalizare educațională, aceasta fiind una dintre preocupările mele și care, de altfel, se regăsește și în programul meu managerial creionat înainte de apariția SARS CoV-2. În acest sens, am demarat deja o serie de proiecte menite să îmbunătățească substanțial calitatea învățământului din Universitatea noastră, pentru că doar printr-un nivel educațional ridicat continuu putem



PUTEM SPUNE CU CERTITUDINE CĂ EXAMENUL DE ADMITERE VA FI UNUL SCRIS ȘI CU PREZENȚĂ FIZICĂ A CANDIDAȚILOR, DUPĂ MODELUL ANILOR TRECUȚI, ÎN SCHIMB ÎNSCRIEREA ACESTORA ÎN CONCURS SE VA FACE ON-LINE.

performa și accede pe trepte superioare în clasamente internaționale de top, precum TOP Shanghai 500, unde astăzi ne situăm pe pozițiile 200-300.

A afectat pandemia interesul tinerilor pentru Medicină? Care este situația înscrierilor? Cum se va derula admiterea?

Dacă ne vom ghida după barometrul Simulării Examenului de Admitere la Facultatea de Medicină ce a avut loc la mijlocul lunii mai, anul acesta derulându-se în mediul on-line, judecând după cei 2.450 de participanți prezenți în concurs, putem spune că interesul pentru accesarea în UMF „Carol Davila” rămâne unul constant comparativ cu anii anteriori.

În ceea ce privește organizarea examenului oficial de admitere din data de 26 iulie, schimbările survenite din cauza pandemiei nu vor fi de fond, ci doar de forma acestui concurs.

În schimb, dacă discutăm despre forma de organizare, luând în calcul normele obligatorii de distanțare socială, la nivelul conducerii UMFCD, la această dată, sunt încă în analiză mai multe variante locative, printre care Pavilionul Expozițional RomExpo, Arena Națională, dar și multe alte spații ale altor universități din București.

PROIECTE SUSTENABILE ȘI PARTENERIATE CU UNIVERSITĂȚI DIN ÎNTREAGA LUME

Ce se va întâmpla în continuare cu învățământul medical? Sunt măsuri care vor putea fi implementate și după terminarea acestei crize?

În întreaga sa istorie, învățământul superior medical românesc, prin valorile sale, a demonstrat că este superpozabil sistemelor educaționale din țările dezvoltate ale lumii, chiar și în contextul în care bugetele acelor universități sunt substanțial mai mari, sistemului lor de învățământ fiindu-i alocat anual un

procent considerabil din PIB, care PIB este și el cu mult peste cel al României.

Dacă ne conturăm câteva idei despre viitor, pot spune că la nivelul UMFCD am demarat un amplu proces de dezvoltare prin care vom implementa proiecte sustenabile, în mod special pentru îmbunătățirea nivelului de pregătire a fiecăruia dintre aceste proiecte, vom informa, cu siguranță, opinia publică și, bineînțeles, mediul academic.

În ultimele trei luni, parteneriatul a stat la baza tuturor acțiunilor în sănătate. Inclusiv studenții la Medicină au încercat să ajute în această criză prin realizarea și donarea vizierelor de protecție. Vor continua astfel de acțiuni?

La nivel instituțional există o serie largă de parteneriate menite să aducă mai multă consistență în activitatea UMFCD și așa aminti aici parteneriatul pe mai multe arii de dezvoltare, pe care îl derulăm cu succes cu Universitatea POLITEHNICA din București. O realizare recentă a acestui parteneriat este dată de câștigarea EuroInvent 2020 ce a avut loc pe 23 mai, când cercetători științifici ai ambelor universități au obținut această performanță prin realizarea unui dispozitiv inovativ pentru ortopedia pediatrică.

Sigur că UMF „Carol Davila” are multe alte parteneriate cu universități din întreaga lume, colaborări fără de care nu am reuși să ne păstrăm o traiectorie ascendentă, mai ales în domeniul medical, unde evoluția extrem de rapidă a tehnologiei și informației obligă la cât mai multă cunoaștere, în contextul în care profesia unui medic este axată în mod direct pe latura umană dintr-o unică și nobilă perspectivă, aceea de a salva vieți.

UMF - LIDER REGIONAL

Ce măsuri se pot lua pentru ca UMF să devină lider regional european (așa cum v-ați propus)?

Reiterez și aici sintagma care consider că m-a călăuzit de-a lungul carierei: dacă vrei să faci un lucru bine, pune și suflet când îl faci! Și cred că în asentimentul meu se regăsesc toți membrii actualei conduceri

a Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, împreună cu care am convingerea că vom putea atinge acest deziderat în următorii ani.

În viziunea noastră, una dintre condițiile atingerii acestui pol de dezvoltare regional european, despre care ați amintit, optimizarea permanentă a managementului instituțional, este o prioritate absolută, în strânsă legătură cu implementarea unor politici sustenabile. Și aici așa aminti doar câteva dintre acestea, anume consolidarea și dezvoltarea unităților de predare, învățare și cercetare, prin investiții continue, digitalizare în condiții de transparentă; optimizarea sistemelor suport pentru studenți (burse, mobilități, tutorat, asociații studențești, consiliere și orientare în carieră, Alunni); creșterea gradului de internaționalizare al ofertei educaționale; creșterea vizibilității UMFCD prin stimularea participării în proiecte de anvergură europeană, precum și prin parteneriate cu instituții de top; stimularea activităților de cercetare-dezvoltare-inovare (CDI) în acord cu obiectivele strategice ale programului Horizon Europe 2021-2027; susținerea personalului didactic și de cercetare în vederea dezvoltării și consolidării carierei academice și, bineînțeles, atragerea de surse suplimentare de finanțare.

În campanie ați anunțat că la UMF trebuie introduse metode noi de învățare pentru studenți. Care sunt acestea? Cum pot fi implementate?

În primul rând, ne vom axa pe dezvoltarea sistemului educațional de digitalizare, care va pune la dispoziție studenților, dar și cadrelor didactice din Universitatea noastră, o platformă informațională completă cu accesare rapidă, eficientizând astfel modul operațional de predare/învățare.

Vom facilita accesul studenților către mai multe proiecte de cercetare științifică medicală în care, alături de cadrele didactice, să dezvolte idei inovative pe care să le integreze cu succes în elaborarea de noi tehnici de abordare medicală și, de ce nu, în posibile descoperiri științifice care să faciliteze simplificarea unor tratamente, prin terapii noi. 🇷🇴

Adevărata luptă se duce în comunitate

INTERVIU CU **DR. VIRGIL MUSTA**, ȘEF SECȚIE SPITALUL DE BOLI INFECȚIOASE „VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA ȘI PREȘEDINTE AL COMISIEI DE BOLI INFECȚIOASE DIN MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

CU CEI MAI MULȚI VINDECAȚI DE COVID-19 ȘI CU ZERO CADRE MEDICALE INFECTATE, SPITALUL DIN TIMIȘOARA REPREZINTĂ, FĂRĂ DISCUȚIE, UN EXEMPLU DE BUNE PRACTICI ÎN LUPȚA CU BOLILE INFECȚIOASE. DE LA ORGANIZAREA UNITĂȚII MEDICALE, LA UPDATAREA PROTOCOALELOR DE TRATAMENT ȘI INFORMAREA POPULAȚIEI, DEOARECE ADEVĂRATA LUPȚĂ SE DUCE ÎN COMUNITATE – TOATE ACESTEA AU FĂCUT DIN MĂSURILE ÎNTREPRINSE DE DR. VIRGIL MUSTA, RECENT NUMIT ÎN FRUNTEA COMISIEI DE BOLI INFECȚIOASE DIN CADRUL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII, UN CAZ DE SUCCES. DE VALENTINA GRIGORE

Spitalul din Timișoara a fost fruntaș în lupta contra COVID-19. Care este rețeta succesului?

Existența unui plan de management al pandemiei încă dinainte ca aceasta să apară în România. În momentul în care am văzut problemele din China și numărul foarte mare de persoane infectate, ne-am imaginat că, foarte probabil, din cauza conectării, la ora actuală, a tuturor statelor, prin interese financiare, de business etc., epidemia va ajunge și în Europa. Iar în momentul când au apărut primele cazuri în Italia, noi am început să facem un plan de management, să fie foarte clar ce acțiuni trebuie întreprinse pentru a face față acestei pandemii. Am văzut, încă din primele zile, că Italia a avut probleme foarte mari în a ține sub control boala.

Primul lucru pe care l-am luat în considerare a fost să protejăm angajații spitalului, deoarece aceștia trebuie să lupte. Astfel, am reorganizat structural și funcțional spitalul, l-am împărțit în trei zone: risc mare de contaminare, risc mediu și risc mic. Din fericire, acest model a fost preluat de majoritatea spitalelor și așezămintelor medicale. Apoi, am reorganizat activitatea pe echipe/ture, având ca principiu ca, într-un anumit interval, să ne folosim de minimum de personal, astfel încât să nu riscăm contaminarea unui număr mare de persoane și ieșirea lor din câmpul muncii. Apoi, poate cel mai important, a fost să gândim care sunt echipamentele necesare pentru a ne proteja. Norocul nostru a fost că o colegă a participat, în octombrie-noiembrie 2019, la Institutul Matei Balș din București, la un curs de biosecuritate de nivel 4 pentru

“

AM ÎNFIINȚAT CITY DOCTORS, UN CANAL DE COMUNICARE PE FACEBOOK, UNDE, ÎN DECURS DE CÂTEVA ZILE, S-AU ÎNSCRIS PESTE 60.000 DE OAMENI CARE URMĂREAU INFORMAȚIILE OFERITE.

Ebola. S-a discutat acolo despre circuite, a văzut cum funcționează acel departament Ebola, și atunci am putut să ne organizăm, având acele principii foarte clare. Chiar dacă nivelul de biosecuritate era puțin mai mic, am considerat că este important să ne protejăm mai mult decât este necesar. Și am făcut bine, pentru că, ați văzut, din

cauză că nu se cunoștea contagiozitatea bolii, s-au îmbolnăvit foarte mulți medici sau alte categorii de personal medical. Studiile arată că, la nivel global, 19% dintre persoanele cu COVID-19 sunt din rândul personalului medical. La noi nu a existat niciun caz de infecție, iar acest lucru a făcut să crească foarte mult încrederea personalului în măsurile luate.

Ați căutat și anunțat în permanență protocoale noi de tratament...

Acesta a fost un alt obiectiv: de a ne informa permanent asupra noutăților. Am participat la conferințe internaționale online și am implementat noutățile prin protocoale locale, care să nu contravină protocoalelor naționale. Pe baza investigațiilor biologice, am încadrat boala în mai multe forme clinice decât cele trei care erau, în mod normal, în Europa. Acestea ne-au permis să încadrăm mai exact

pacientul, iar terapia să fie instituită în funcție de mecanismul patogenetic implicat în boală. De aici și rezultatele bune.

Un alt element foarte important în rezultatele noastre: am considerat că adevărata luptă se duce în comunitate, nu la nivelul spitalului, pentru că resursele unității medicale sunt limitate. Dacă numărul de cazuri ar fi fost foarte mare, ne-am fi suflat atât la nivelul secției de boli infecțioase și pneumoftiziologie, cât și la nivelul terapiei intensive. Am decis să este nevoie de o bună comunicare cu comunitatea.

Am comunicat foarte bine și cu presa, ori de câte ori am fost solicitat sau ori de câte ori am considerat că este nevoie, tocmai pentru ca lumea să aibă informații verificate, de la profesioniști.

Cum va schimba pandemia față sănătății? La ce să ne așteptăm în perioada următoare?

Sunt convins că, mai devreme sau mai târziu, vom termina cu această pandemie, să sperăm cu cât mai puține pierderi. Lucrurile vor intra în normal, însă va fi o normalitate puțin altfel, cu care va trebui să ne obișnuim. În situații în care se anunță epidemii, un număr mare de cazuri, nu numai de COVID-19, ci și de gripă, rujeolă etc., va trebui să luăm imediat măsurile cu care am fost obișnuiți în această pandemie: distanțare socială, izolare, purtarea măștilor, igiena foarte bună a tegumentelor, a mâinilor, să ne dezobișnuim să ducem tot timpul mâna la gură și la nas, să nu mâncăm fără să ne spălăm pe mâini. Aceste elemente reprezintă cheia sănătății noastre și cred că este esențial să realizăm cât de important este să ducem o viață mai sănătoasă, care să includă controale medicale anuale și ținerea sub control a riscurilor pe care le identificăm la fiecare, pe lângă măsurile generale de alimentație sănătoasă, mișcare, eliminarea stresului, igiena locuinței și a biroului în care lucrăm. Toate acestea ne permit să ne îmbunătățim starea de sănătate și să manageriem inclusiv formele severe de boală, atunci când ne confruntăm cu astfel de epidemii sau pandemii. S-a constatat că 97% dintre persoanele care au evoluat sever și au decedat aveau multiple comorbidități.

În acest context, nu ar fi nevoie de o campanie susținută de educație a populației?

Educație și profilaxie, da. Eu cred că este important să se facă programe eficiente în acest sens. Un rol important îl are societatea civilă, care poate să creeze programe eficiente, dar și Ministerul Sănătății, care să le finanțeze și să le susțină.

ACTIVITATEA COMISIEI DE BOLI INFECȚIOASE

La începutul lunii iunie, ați fost numit președinte al Comisiei de boli infecțioase din MS. Care ar fi principalele direcții de acțiune ale Comisiei?

Este o onoare și am acceptat această numire deoarece vreau să îmi pun la dispoziție competențele. Nu fac parte din niciun partid politic și nici nu vreau să fac politică în Sănătate. Încerc ca, prin această Comisie, să ne punem la dispoziție competența, atunci când ni se cere acest lucru. Sunt foarte multe solicitări legate de diferite aspecte în bolile infecțioase. La nivelul Comisiei, răspundem solicitărilor sau, dacă constatăm că trebuie reglementat vreun aspect în domeniul bolilor infecțioase, facem propuneri Ministerului Sănătății, care analizează și hotărăște.

Cum ar trebui îmbunătățit managementul pacientului cu HIV?

Pentru pacienții cu HIV/SIDA există o rețea, o comisie aparte care s-a organizat foarte bine, astfel încât persoanele bolnave pot beneficia de terapie la nivelul standardelor oricărei țări din Europa. Mai mult, uneori avem pacienți români care veneau din alte țări, precum Germania, pentru a beneficia de tratament.

Dar în ceea ce privește hepatita C?

La hepatitele C și B, din păcate, în timpul pandemiei, întreaga activitate medicală a fost neglijată prin reorganizarea sistemului și printr-un răspuns nu foarte activ al celor care nu erau implicați în lupta contra COVID-19. Mare parte din pacienți nu a putut beneficia de servicii medicale. Noi, la spital, nu am întrerupt această activitate, care s-a desfășurat pe un program de spitalizare de zi. Este o organizare locală, există centrele care dispensează și instituie terapia pentru hepatitele B și C, prin programele naționale, la nivelul spitalelor care au secții de gastroenterologie sau specialitatea de boli infecțioase. 🇷🇺

Cinci pași-cheie pentru un răspuns eficient al unui sistem de sănătate la COVID-19

PANDEMIA COVID-19 A ATINS TOATE COLȚURILE LUMII. PESTE 10 MILIOANE DE PERSOANE AU FOST AFECTATE, IAR NUMĂRUL DE DECESE DEPĂȘISE 500.000 LA SFÂRȘITUL LUNII IUNIE. SE AȘTEAPTĂ CĂ MULTE PERSOANE SĂ FIE AFECTATE ÎNAINTE DE TRECEREA CRIZEI. URGENȚA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ GLOBALĂ RIDICĂ O MULTITUDINE DE ÎNTREBĂRI DESPRE NIVELUL DE PREGĂTIRE A ȚĂRILOR PE ÎNTREAGA PLANETĂ DE A FACE FAȚĂ, DAR ȘI DE A SUPRAVIEȚUI ÎN ASEMENEA SITUAȚII CRITICE. DE DR. INGA PASECNIC, DIRECTOR REVISTA POLITICI DE SĂNĂTATE, EDIȚIA REPUBLICA MOLDOVA



Italia, Marea Britanie, Statele Unite ale Americii au fost clasate în top 30 de The Lancet 2018 Health Care Access and Health Index (HAQ), China fiind pe locul 48 în clasament. Cu toate acestea, suntem cu toții martori că aceste clasamente, precum HAQ, apar ca indicatori incerti ai pregătirii unei țări pentru o pandemie.

ERAU. OARE. SISTEMELE DE SĂNĂTATE DIN ÎNTREAGA LUME PREGĂTITE PENTRU O PROVOCARE ATĂT DE GRAVĂ?

Este important să ne dăm seama că pandemia de COVID-19 s-a întâmplat inițial în țările bine dezvoltate, care au trecut sau au atins așa-numita tranziție a sistemelor de sănătate. Cu toate acestea, virusul nu diferențiază între dicotomiile bogate-sărace sau cele rurale-urbane. Este, în special, o amenințare pentru o țară precum Republica Moldova, cu un sistem de sănătate fragil, care luptă să jongleze atât răspunsul pandemic, cât și furnizarea serviciilor esențiale și de rutină. Ca multe alte sisteme de sănătate, cel moldovenesc se confruntă cu provocări fără precedent, iar factorii de decizie în domeniul sănătății sunt sub presiune pentru a implementa reforme rapide și măsuri de răspuns în timpul pandemiei. Principalele caracteristici ale sistemului de sănătate din Republica Moldova includ un nivel ridicat de centralizare, subfinanțare, un singur plătitor pentru administrarea asigurărilor de sănătate, un deficit acut de resurse umane,

precum și un număr insuficient de paturi în unitățile de terapie intensivă. COVID-19 poate avea un impact și mai devastator asupra sistemului de sănătate, deoarece riscul de transmitere este foarte mare, iar pacienții sunt mai dificil de testat sau izolat în timp, deoarece prezintă simptome neclare sau sunt asimptomatici.

În pofida multor documente de politici, exerciții de perspectivă și alte studii care au rezultat din alte pandemii (SARS, MERS etc.), în vederea consolidării răspunsului împotriva unor scenarii similare, COVID-19 a reușit și reușește în continuare să ia prin surprindere majoritatea factorilor de decizie.

Acum, când există o experiență globală colectivă, comună și tragică a unei pandemii în timp real, ce se poate face pentru ca sistemul nostru de sănătate să fie mai rezistent la șocurile de această natură? Ce lacune critice și linii de eroare trebuie soluționate și ce se poate învăța din experiența țărilor care au încetinit sau stopat cu succes răspândirea COVID-19?

MĂSURI CONCRETE

Pentru a combate virusul și a proteja sistemul de sănătate, autoritățile pot face următorii cinci pași:



1 Asigurarea accesibilității la diagnostic și tratament pentru toată lumea.

O sarcină critică pentru un sistem de sănătate care se confruntă cu răspândirea COVID-19 este de a proteja sănătatea tuturor cetățenilor, prin urmare, acest lucru necesită ca atât diagnosticul/testarea, cât și îngrijirile adecvate să fie disponibile cu ușurință, accesibile și să fie asigurate într-un mediu sigur. Răspândirea acestui virus nu respectă granițele și nici nu face discriminări între oamenii săraci și bogați, chiar dacă severitatea simptomelor rezultate sau capacitatea sistemelor de sănătate de a face față diferă.



2 Identificarea la timp a noilor cazuri prin testarea pe scară largă și utilizarea activă a datelor de supraveghere poate salva vieți.

Țările cu un regim de testare riguros și extensiv au demonstrat, până acum, un

succes în menținerea sub control a numărului de cazuri. Identificarea și planificarea modalității de maximizare a capacității și a resurselor de testare din timp, adaptarea strategiilor de testare pentru a ușura presiunea asupra laboratoarelor și dezvoltarea abordărilor de supraveghere cu resurse reduse sunt componente cheie ale unei strategii eficiente de testare diagnostică.



3 Ratele de deces pot fi reduse semnificativ dacă serviciile esențiale de sănătate continuă să fie furnizate maximal posibil.

Deoarece focarele de boală precum COVID-19 provoacă o creștere a necesităților în servicii de sănătate, răspunsul guvernului la această criză trebuie să funcționeze în concordanță și să fie integrat în totalitatea serviciilor medicale prestate. Serviciile de sănătate esențiale trebuie menținute și serviciile „de rutină” ar trebui să fie prioritare pentru a evita decesele (unde se poate). Trebuie, însă, să fim realiști cu privire la resursele disponibile sau care trebuie redirecționate pentru un răspuns eficient în cazul sistemului moldovenesc de sănătate, care este unul fragil. Sunt necesare măsuri adaptive pentru a asigura accesul pacienților la servicii de sănătate, medicamente și servicii medicale în timp util.



4 Eficacitatea oricărui răspuns la criza de sănătate depinde de puterea și de angajamentul forței de muncă în domeniul sănătății unei țări.

Lucrătorii medicali sunt coloana vertebrală a oricărui sistem de sănătate, ceea ce face ca bunăstarea și rezistența lor emoțională să fie vitale pentru menținerea serviciilor esențiale de sănătate. Urgențele de sănătate, cum este și COVID-19, îi expun unor suprasolicitări și pericole neobișnuit de mari, ce includ (dar nu se limitează la) o sarcină de muncă fără precedent, un stres emoțional, un risc de transmitere a bolii sau stigmă. Autoritățile pot proteja forța de muncă oferindu-le angajaților din domeniul sănătății atât echipamente de protecție individuală, cât și îndrumări cu privire la modul de diminuare a riscului de transmitere pentru ei și pentru alții. În plus, lucrătorii din do-

meniul sănătății pot fi susținuți prin intermediul instrumentelor digitale de formare profesională privind stabilirea priorităților pacienților prin triaj și proceduri pentru tratarea pacienților, informații despre strategiile de coping fizice și psihologice sau oportunități de a oferi consultări telefonice, dacă este posibil.



5 Este crucială utilizarea dovezilor pentru alocarea eficientă a resurselor existente.

Luarea deciziilor bazate pe dovezi este esențială pentru maximizarea și direcționarea resurselor de sănătate existente acolo unde acestea sunt cele mai necesare, ceea ce implică adaptarea periodică a capacității de supratenziune și a planurilor de urgență, pentru a răspunde la deficiențele critice de echipament.

Fiecare dintre aceste etape demonstrează importanța de a răspunde la focalul COVID-19 cu o abordare integrată care are în vedere, protejează și prioritizează cu atenție resursele disponibile, alături de nevoile mai largi ale sistemului de sănătate. Criza COVID-19 demonstrează nevoia de flexibilitate și adaptabilitate în utilizarea resurselor existente, precum și de planificare pentru a răspunde creșterii cererii.

Răspunsurile politice ale sistemului de sănătate pot fi organizate pe trei priorități cheie: mobilizarea personalului, stimularea aprovizionării și optimizarea spațiului. Lecțiile din actuala criză arată că abilitatea de a crea o capacitate de creștere pe cele trei fronturi – abordare 3 „S” – personal (staff), echipamente și consumabile (supplies) și spații (space) - este o caracteristică cheie a sistemelor de sănătate rezistente. 🇨🇭





+
INTERVIU CU
DR. ADRIAN
PANĂ, EXPERT
ÎN POLITICI
DE SĂNĂTATE
PUBLICĂ ȘI
MANAGEMENT
ÎN DOMENIUL
SĂNĂTĂȚII

Testarea antigenică versus testarea de anticorpi — care sunt beneficiile reale pentru sănătatea publică?

TESTARE ÎN BUCUREȘTI, TESTARE NAȚIONALĂ, TESTARE PRIVATĂ — ÎN ULTIMA PERIOADĂ AU FOST ANUNȚATE NUMEROASE CAMPANII SAU PROGRAME DE DEPISTARE A INFECȚIEI CU SARS-COV-2 ORI A ANTICORPILOR LA CEI CARE AU TRECUT PRIN BOALĂ. CARE ESTE, ÎN REALITATE, EFICIENȚA LOR NE-A EXPLICAT DR. ADRIAN PANĂ, EXPERT ÎN POLITICI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII. DE VALENTINA GRIGORE



Sunt mai multe tipuri de testări anunțate. Care are cea mai mare relevanță?

Testarea esențială și primordială este testarea antigenică. Aceasta poate descoperi pacienții infectați. Ulterior, se poate începe testarea de anticorpi, care ne oferă o imagine asupra gradului de imunitate a populației care a trecut prin boală.

Discutăm, de asemenea, de testare individuală și populațională. Prima poate avea sens pentru un individ, o familie sau un grup, atât din perspectiva componentei antigenice, cât și de anticorpi. Testarea populațională are un scop esențial pentru îmbunătățirea și menținerea sănătății publice, deoarece rezultatele ei pot duce la decizii valabile pentru întreaga comunitate.

Cât de fiabile sunt testele folosite pentru testarea antigenică?

Ulterior apariției virusului în China, au început să apară pe piață, în ianuarie-februarie, și primele teste pentru depistarea antigenului. Testele au fost validate în regim de urgență, în diferite țări, neavând, la început, o fiabilitate foarte mare. Testele diagnostice sunt validate pe baza a doi parametri, în principal, și anume sensibilitatea și specificitatea. Nu există teste care să aibă 100% din ambele componente și atunci există, cumva, un raport între cele două care să fie acceptat ca fiind cel mai performant. Depinde foarte mult ce ne interesează: să descoperim cât mai mulți pozitivi, și atunci ne dorim un test cu sensibilitate foarte înaltă (cât mai puține teste fals negative), sau dorim să eliminăm cu adevărat pacienții care sunt negativi, adică un test cu specificitate foarte ridicată (cât mai puține teste fals pozitive).

Pe parcursul următoarelor luni, au fost dezvoltate teste din ce în ce mai performante, aproape de testarea antigenică, standardul, în momentul de față, fiind testarea PCR, acceptată la nivel global. A existat o multitudine de modalități de testare în diferite țări, ele bazându-se, în principal, pe definiția de caz, și anume ceea ce au precizat epidemiologii că ar fi persoane la cel mai mare risc de a face boala. Cei mai mulți dintre pacienții testați au fost cei încadrați în această categorie de risc. Deoarece testele nu erau disponibile în cantitate suficientă la începutul pandemiei, foarte multe țări au testat în baza unui algoritm

de priorități. Pe parcurs, având în vedere că au apărut din ce în ce mai multe teste, dar și laboratoare care să le poată prelucra, numărul de testări a crescut, e adevărat, diferit, și de aceea au fost numeroase informații referitoare la faptul că anumite țări testează limitat, altele testează în masă. De asemenea, deoarece nu exista un număr-țintă pentru testare, a apărut o recomandare a OMS care spunea că, atunci când, într-o comunitate, din totalul de teste efectuate, avem mai mult de 10% pozitive, înseamnă că nu testăm suficient. Când raportul dintre persoanele pozitive și numărul de teste trece de 10%, înseamnă că nu s-au efectuat suficiente teste pentru a găsi toți posibii infectați în comunitatea respectivă.

Unde se situează România?

La nivel național, în momentul de față, România stă foarte bine, raportul fiind între 2 și 5%. Cu cât avem mai multe cazuri și realizăm aproximativ 10.000 de teste pe zi, cu atât ne vom apropia de acea țintă de 10%. Cu cât stăm mai mult sub țintă, cu atât este mai bine. A fost o perioadă în România de creștere exponențială, în martie-aprilie, în care acest raport a fost nefavorabil — timp de aproximativ două săptămâni, a fost constant peste 10%.

Merită menționat că vorbim de o situație la nivel național. Deoarece nu avem din surse publice disponibile numărul de teste efectuate la nivel județean, ci numărul de pozitivi, nu putem spune dacă pe județe numărul de testați este suficient pentru a descoperi toate persoanele infectate.

O componentă la fel de importantă ca testarea antigenică este monitorizarea contacților. Cum s-au descurcat DSP-urile?

Țările care au avut cel mai mare succes în limitarea pandemiei au fost cele care au testat suficient și au făcut monitorizare extinsă a contacților. Din păcate, monitorizarea, în România, este una manuală — nu avem aplicații informatice, ca alte țări. În plus, avem un număr limitat de personal în Direcțiile de Sănătate Publică, persoane care pot efectua anchetele epidemiologice și depista eventualii contacți. Trebuie să luăm măsuri, deoarece capacitatea sistemului de sănătate este sub cea optimă. Această subfinanțare cronică a sistemului, de mulți ani, nu poate fi redresată peste noapte. Persoanele cu specialitățile de să-

nătate publică, epidemiologie, igienă sunt foarte puține, iar distribuția lor este extrem de inegală în România. În plus, DSP-urilor li s-au amputat de-a lungul timpului o multitudine de atribuții, fonduri și posturi, fapt care are un impact semnificativ în speranța de viață sănătoasă și mortalitatea evitabilă.

Primăria Capitalei a început, în luna mai, campania de testare antigenică pentru 11.000 de bucureșteni. Cum vedeți această campanie?

Faptul că ai inițiative de testare comunitară este un lucru bun, din perspectiva sănătății publice, la fel ca și alegerea unei zone dens populate. Un alt aspect pozitiv este metodologia propusă aproape de screening-ul sau evaluarea riscului pentru persoanele testate, similar cu astfel de campanii comunitare din alte țări. Din păcate, avem și aspecte negative. Testarea trebuia făcută în perioada de creștere exponențială, ca să aibă valoare. Nu avem absolut nicio formă de eșantionare, deci nu putem trans-



DACĂ, DIN TOTALUL DE TESTE EFECTUATE, AVEM MAI MULT DE 10% POZITIVE, ÎNSEAMNĂ CĂ NU TESTĂM SUFICIENT.

lata rezultatele pe care le descoperim la nivelul întregii comunități testate. Faptul că testăm 11.000 de persoane care s-au înscris voluntar pe o platformă online nu înseamnă că avem o semnificație statistică sau o relevanță pentru orașul în care s-a făcut testarea, nu putem extrapola datele. Acei 11.000 de oameni vor ști că, în fereastra de câteva zile în care s-au testat, erau pozitivi sau negativi — iar rezultatul testului va fi un beneficiu absolut individual. Partea cea mai problematică este că, efectuând testarea într-o perioadă de declin a epidemiei, folosim un foarte mare număr de teste, iar probabilitatea să depistăm un caz pozitiv este foarte scăzută. În consecință, beneficiul, din perspectiva sănătății publice, este nul.

Există, însă, și un risc psihologic. O testare negativă poate aduce un sentiment de ușurare și este foarte posibil ca, la anumite persoane, să fie urmată de un comportament la risc.

Care este beneficiul campaniilor de testare pentru anticorpi?

Încă nu avem un test extrem de relevant. Ceea ce putem efectua în prezent sunt teste de seroprevalență care arată că am trecut prin boală. În consecință, testele de anticorpi precizează dacă o persoană a avut infecția sau nu. Rolul major al acestor teste efectuate la nivel populațional este de a afla cât din populația respectivă a fost expusă la virus și a trecut cu bine prin boală, dezvoltând anticorpi. Facem acest lucru pentru a putea ști, în condițiile în care infectarea crește din nou, care este procentul de populație sensibil la virus și pentru a vedea dacă atingem imunitatea la nivel comunitar, care ar trebui să fie în jurul valorii de 65-70% pentru SARS-CoV-2, ca să spunem că ea funcționează.

La nivel european avem până în prezent 11 studii efectuate fie pe populație generală, fie pe seruri reziduale ale unor pacienți care au venit să-și facă analize medicale sau la donatorii de sânge. Valorile sunt variabile, de la 0 la 8,5% din populația respectivă, și arată că au avut infecția și au dezvoltat anticorpi specifici.

Pe de altă parte, studiile din Vestul Europei, în țările care au avut o rată de infectare mult mai mare decât România, ne pot ghida către concluzia că procentul poate fi mai mic de 8% la noi. Rezultatele studiului de prevalență realizat de INSP ne vor lămurii. Acesta are o metodologie precisă, eșantionaj corect, astfel încât să putem avea o imagine nu doar la nivel național, ci și în interiorul țării, referitor la populația care a trecut prin boală.

Care este relevanța testelor individuale efectuate contra cost în unitățile private?

În condițiile în care testele folosite sunt fiabile, iar laboratoarele sunt acreditate pentru a prelucra acele teste și au personal pregătit, relevanța este doar una individuală. De asemenea, pot avea utilitate în cazul unor pacienți care sunt condiționați de efectuarea unui test pentru COVID-19 la internarea în spital. Deși nu înțeleg pe deplin fundamentul acestei obligativități în condițiile în care, în spital, personalul poartă echipament corespunzător, pacientul nu este dintr-o categorie la risc înalt, iar triajul epidemiologic se efectuează corect. **+**

Infecțiile nosocomiale pot fi prevenite. Legea, în procedură parlamentară

DE VALENTINA GRIGORE

În România, infecțiile nosocomiale sunt mult subraportate de către spitale. Care sunt motivele? Care este dimensiunea reală a infecțiilor nosocomiale?

Din nefericire, nu cunoaștem numărul infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM) din România. Doar îl presupunem, pentru că avem, în general, o problemă cu recunoașterea problemelor cu care ne confruntăm. Preferăm să le ascundem sub preș, ca și cum ele ar dispărea de acolo, dar în realitate ies și lovesc virulent. Până în 2011, raportarea infecțiilor din spitale era sancționată, dar după tragicul moment #Colectiv, în care multe dintre victime au căzut pradă aceluși „avem de toate” combinat cu infecțiile intraspitalicești, s-a încercat printr-o serie de acte administrative încurajarea raportării, pentru că doar cunoscând dimensiunea problemei putem trata, acționa și preveni.

Într-adevăr, acest tip de infecții nu poate dispărea cu totul, nu există niciun spital în lume în care ele să nu fie prezente. Dar pot fi limitate, prevenite prin măsuri la care participă atât corpul medical, cât și pacienții și vizitatorii lor. Dar nu doar teama de sancțiuni a făcut ca raportarea să nu aibă legătură cu realitatea, ci și o anumită mentalitate a managerilor de spital și de secții, care pun în balanță imaginea proprie și a instituției cu situația reală. „Așa ceva nu se întâmplă în spitalul/secția mea” e în directă legătură cu perpetuarea sistemului de plăți informale care împiedică recunoașterea infecțiilor nosocomiale față de cel care a dat bani neimpozabili, întrucât recunoașterea ar putea fi un posibil factor de scădere a clientelei.

Subraportarea cazurilor de IAAM se întâmplă la toate nivelurile, de la medicul curant la spital sau Direcția de Sănătate Publică. În același timp, nu se realizează constant studii de prevalență de moment privind IAAM și, astfel, nu putem cunoaște cu adevărat numărul infecțiilor din spitalele din România. De altfel, ultimul studiu de prevalență de moment efectuat în anii 2016-2017 la nivel european a indicat o incidență de 5,9% pentru cele 40 de spitale participante din România, foarte aproape de media europeană, dar de 10 ori peste cea rezultată din raportările oficiale ale spitalelor noastre.

Trebuie, totuși, înțeles că prin raportarea corectă a IAAM spitalul se expune unor multiple erori de interpretare și atacuri din partea pacienților, corpului medical, presei ori autorităților, care reacționează la stimulul presei și care, de regulă, aplică sancțiuni pe tiparul „vă dăm capul lui Moțoc sau pe acarul Păun” fără a schimba cu adevărat nimic.

DIAGNOSTIC, ÎNGRIJIRE ȘI SUPRAVEGHERE

Ce măsuri se pot lua pentru limitarea acestor infecții?

Măsuri simple, precum spălarea pe mâini înainte și după orice procedură medicală. Oricât de banal ar suna, acest spălat pe mâini e esențial în limitarea circulației bacteriilor în spitale, alături de curățenia și dezinfectia efectuate zilnic. Există o serie de proceduri și protocoale și în prezent, ele trebuie doar respectate judicios.

Modalitățile prin care aceste infecții pot fi limitate merg pe trei componente: diagnosticul, îngrijirea și supravegherea.

Cele menționate mai sus țin, alături de altele, de prevenire. Efectuarea de teste de diagnostic microbiologic și de screening pentru a putea depista pacienții infectați sau colonizați cu microorganisme ce reprezintă un risc major epidemiologic, izolarea sau gruparea acestora într-un singur compartiment sau secție de patologie infecțioasă, asigurarea personalului dedicat exclusiv îngrijirii acestor pacienți și un tratament antibiotic adecvat, cu suportul medicilor infecționiști, astfel încât să se reducă excesul și erorile de tratament antibiotic, sunt câteva dintre măsurile care țin de diagnostic și îngrijire. Procesul de supraveghere a infecțiilor este la fel de important, pentru că el ține sub control focarele și le limitează.

Pe lângă aceste trei direcții, alte măsuri care contribuie la spitale mai puțin infectate sunt cele care țin de mentalitatea corpului medical și a pacienților. Avem nevoie de o cultură a colaborării, a cooperării și înțelegerii eforturilor comune pe care trebuie să le facem pentru a diminua infecțiile și, de multe ori, morțile evitabile. Conformarea pacientului la măsurile de prevenire a infecțiilor și la tratamen-

+
INTERVIU CU
TUDOR POP, MEMBRU
AL COMISIEI PENTRU
SĂNĂTATE ȘI FAMILIE DIN
CAMERA DEPUTAȚILOR



tul recomandat este de dorit, precum și informarea lui corectă de către medici și asistenți cu privire la regulile pe care trebuie să le urmeze pe durata internării și după externare.

Multe dintre aceste infecții apar din cauza utilizării excesive a antibioticelor, fenomen care se manifestă la nivel global. Cum putem combate aceste percepții ale românilor că antibioticul este bun la orice și oricând? Cum putem îmbunătăți comunicarea dintre medic și pacient în sensul evitării consumului excesiv de antibiotice?

Acest aspect are nevoie de o muncă fără întrerupere și constantă de informare, atât din partea Ministerului Sănătății, prin campanii naționale, cât și din partea medicilor de familie, asupra efectelor antibioticelor. Farmaciștii au, la rândul lor, responsabilitatea legală de a nu elibera antibiotice fără prescrierea medicului, dar și pe aceea de a informa pacientul asupra efectelor secundare. Aș merge mai departe și aș spune că educația privind antibioticele poate fi parte a educației sanitare predate în școală. Medicii ar putea să prescrie cât mai rar

antibiotice cu risc major de a declanșa infecțiile cu Clostridium difficile – cele mai răspândite de la noi.

LEGEA, DEPUȘĂ ÎN MAI LA SENAT

Care sunt cele mai importante prevederi ale Legii pentru prevenirea, tratamentul și raportarea infecțiilor intraspitalicești? (și cel mai ușor/rapid de îndeplinit, totodată?)

Legea a fost depusă în luna mai la Senat și urmează procedura parlamentară obișnuită. Cele mai importante prevederi, precum și alte informații utile ce pot contribui la educarea publicului pot fi regăsite pe site-ul creat special pentru promovarea acestei legi, www.stopnosocomiale.ro și pe pagina cu același nume de pe Facebook. Mai mult, am inițiat o petiție și îi invit pe toți cititorii dvs. să o semneze și să se alăture celor aproape 1.500 de cetățeni care au semnat deja pentru reducerea infecțiilor din spitalele românești.

Prevederi legate de prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale sunt prevăzute și în alte acte normative, dar cu

rang inferior față de o lege, de aceea este necesară abordarea separată a acestei probleme majore de siguranță a pacientului, neglijată multă vreme în România. Printre principalele prevederi ale legii se numără înființarea, prin hotărâre de guvern, a unui comitet național pentru prevenirea și limitarea IAAM, cu scopul unei mai bune coordonări a activităților în domeniul prevenirii, supravegherii și îngrijirii IAAM.

Aminteam de subraportare mai de vreme. Prin actuala lege, dorim obținerea unei imagini cât mai apropiate de realitate a IAAM în România, prin stimularea raportării cazurilor de IAAM și prin studii de prevalență de moment. Adoptarea anuală a unor planuri clare de prevenire a IAAM și de utilizare judicioasă a antibioticelor, adaptate activităților și problemelor specifice, nu numai în fiecare spital, ci și în centrele rezidențiale, și aplicarea acestora e o altă măsură imediată. Programele de studii pentru medici și asistenți medicali trebuie modificate și actualizate cu tematici legate de IAAM și utilizarea antibioticelor, iar completarea cu activități de formare continuă pentru întregul personal din unitățile medicale este mai mult decât necesară. Tot imediat, trebuie asigurat un cadru pentru finanțări distincte, de la nivel central, a activităților legate de prevenția IAAM, precum și decontarea îngrijirilor pacienților diagnosticați și raportați cu infecții nosocomiale, cu scopul stimulării raportării.

Pe termene medii și lungi, sunt necesare construirea și amenajarea de infrastructură adecvată pentru izolarea pacienților în fiecare spital, înființarea de laboratoare de microbiologie în spitale și creșterea calității activității lor, încât să contribuie la depistarea rapidă a infecțiilor și a colonizărilor. Dar fără personal suficient, cu pregătire adecvată, rațional distribuit în unitățile medicale și cu atribuții bine definite, în domeniile care se ocupă de microorganism și infecții – epidemiologie, boli infecțioase, microbiologie –, nu putem produce o schimbare consistentă în sistem. **+**

INTERVIUL COMPLET
POATE FI CITIT PE

www.politicedesanatate.ro

REZISTENȚA ANTIMICROBIANĂ (AMR) – POVARĂ ȘI PRIORITATE!

CONFORM RAPORTULUI ANUAL AL EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC), AMR ESTE CONSIDERATĂ UNA DINTRE CELE MAI MARI AMENINȚĂRI DIN DOMENIUL SĂNĂȚĂII PUBLICE, IAR ESTIMĂRILE EARSNET ARATĂ CĂ PESTE 670.000 DE INFECȚII DIN UE ȘI SPAȚIUL ECONOMIC EUROPEAN (EEA) SUNT GENERATE DE REZISTENȚA ANTIMICROBIANĂ.

DE BOGDAN GUȚĂ



Cât (ne) costă AMR?

În UE, se estimează că povara economică asociată cu infecțiile rezistente la antibiotice este de aproximativ 1,5 miliarde de euro pe an (însemnând costuri suplimentare de asistență medicală și pierderi de productivitate a muncii din cauza bacteriilor rezistente la antibiotice). De asemenea, 2,9 trilioane USD până în 2050 vor fi pierderile cumulate estimate în țările OCDE cauzate de AMR. Între 10.000 USD până la 40.000 USD reprezintă costurile suplimentare de spitalizare pentru fiecare pacient în țările OCDE.

AMR provoacă 33.000 de decese anual în Europa, iar 24 milioane de oameni ar putea fi împinși în sărăcie extremă până în 2030. România se afla, la finele anului trecut, pe locul 5 în Uniunea Europeană în ceea ce privește consumul de antibiotice care a crescut cu 3% față de 2017. De asemenea, România ocupă locul 3 privind povara rezistenței la antimicrobiene la nivelul UE, după Italia și Grecia. Doar 14%

dintre adulții din România se documentează cu privire la utilizarea corectă a antibioticelor, media europeană la același indicator fiind de 33%.

Povara economică, socială și de sănătate a AMR este un semnal de alarmă la care oficialii europeni au răspuns prompt: „Rezistența la antimicrobiene reprezintă o amenințare gravă la adresa sănătății publice. Chiar dacă s-au înregistrat progrese în domeniul sănătății animale, Comisia Europeană, împreună cu statele membre, trebuie să își intensifice și mai mult eforturile pentru a combate această amenințare în creștere”, declara Nikolaos Milionis, membrul Curții de Conturi Europene. „Rezistența antimicrobiană este una dintre primele zece amenințări la adresa sănătății publice la nivel mondial cu care ne confruntăm în prezent. A lua măsuri eficiente pentru soluționarea acesteia este una dintre prioritățile esențiale ale Comisiei în domeniul sănătății”, a declarat Stella Kyriakides, Comisarul European pentru Sănătate.

Progrese limitate în lupta cu AMR

Potrivit raportului Combaterea rezistenței la antimicrobiene, elaborat la sfârșitul anului 2019 de Curtea de Conturi Europeană, nici o nouă clasă de antibiotice nu a mai devenit disponibilă din anii 1980. Această lipsă de medicamente noi este complicată de faptul că unele antibiotice existente, care sunt în continuare eficiente, nu mai sunt comercializate pe scară largă de către producătorii de medicamente. Mai multe corporații mari și-au anunțat în ultimii ani retragerea din sectorul cercetării și dezvoltării de antibiotice. Cercetarea în acest domeniu este un proces de lungă durată, incert și costisitor și, prin definiție, orice medicament nou descoperit va trebui să fie utilizat cu prudență pentru a-și menține eficacitatea. Un proiect recent estima că introducerea pe piață a unui nou medicament ar putea costa 1 miliard de euro. De asemenea, raportul atrage atenția că eliminarea, combaterea, la nivelul UE a „bacteriilor multirezistente”, în special

Necesitatea unei abordări integrate

În 2017, în urma Planului de acțiune mondial al Organizației Mondiale a Sănătății, Comisia Europeană a adoptat Planul de acțiune al UE „O singură sănătate” (One Health) împotriva rezistenței la antimicrobiene (AMR), care conține acțiuni în domeniul sănătății umane, în cel al sănătății animale și în domeniul mediului și care se bazează pe planul anterior al Comisiei din 2011. Obiectivele cheie ale acestui nou plan sunt construite pe trei piloni principali: UE – regiune model pentru best practice; stimularea activităților de cercetare, dezvoltare și inovare; conturarea unei agende globale. Desigur, un rol esențial îl joacă în acest context și prevenția. Iată ce declară în acest sens europarlamentarul Cristian Bușoi, președinte al Comisiei pentru Industrie, Cercetare și Energie din Parlamentul European: „Susțin întâi prevenția și numai atunci când acest lucru nu funcționează intervenția cu antimicrobiene. Ne confruntăm cu o diferență crescândă între rezistența antimicrobiană și dezvoltarea de noi antibiotice și introducerea lor în prac-

tica clinică, și trebuie să găsim un echilibru între a stimula cercetarea și inovarea și disponibilitatea agenților noi antimicrobieni.

Tot la nivelul UE, în cadrul ECDC, funcționează The European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net).

De asemenea, există și Grupul parlamentar de interes pentru rezistența antimicrobiană (AMR) care a organizat întâlnirea oficială de lansare pe 19 februarie 2020 la Parlamentul European. Concluziile întâlnirii grupului de interes AMR au fost: sensibilizarea opiniei publice cu privire la AMR; sprijin în stabilirea obiectivelor și în elaborarea politicilor AMR; promovarea finanțării pentru investiții referitoare la AMR; prevenția este în centrul tuturor acțiunilor AMR; rezolvarea deficiențelor pieței în domeniul C&D pentru antibiotice. Europarlamentarul Nicolae Ștefănuță, vicepreședintele Grupului, a solicitat întreprinderea de acțiuni urgente pentru a sprijini eforturile statelor membre: „Această luptă împotriva rezistenței antimicrobiene are în vedere oamenii și modul de protejare a vieții lor. Trebuie să mobilizăm resurse și să promovăm fonduri europene dedicate pentru a sprijini dezvoltarea și punerea în aplicare a planurilor naționale de acțiune One Health”.

În fine, raportul Curții de Conturi Europene face trei recomandări în ce privește combaterea AMR:

- ➔ îmbunătățirea răspunsului UE la rezistența la antimicrobiene printr-o mai bună sprijinire a planurilor naționale de acțiune ale statelor membre;
- ➔ promovarea unei mai bune monitorizări și a utilizării prudente a antimicrobienele de uz veterinar;
- ➔ consolidarea la nivelul UE a strategiilor de stimulare a cercetării în domeniul rezistenței la antimicrobiene. 🇪🇺

SURSE:

- ECDC DATA AND REPORTS: ANTIMICROBIAL RESISTANCE AND CONSUMPTION, 2017,
- EMA: LATEST FIGURES ON SALES OF VETERINARY ANTIBIOTICS, OCTOBER 2016
- OECD: ANTIMICROBIAL RESISTANCE – POLICY INSIGHTS, NOVEMBER 2016
- OECD: HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2016: STATE OF HEALTH IN THE EU, 2016
- WORLD BANK: DRUG-RESISTANT INFECTIONS - A THREAT TO OUR ECONOMIC FUTURE, SEPTEMBER 2016
- [HTTPS://EC.EUROPA.EU/HEALTH/AMR/SITES/HEALTH/FILES/ANTIMICROBIAL_RESISTANCE/DOCS/AMR_2017_FACTSHEET.PDF](https://ec.europa.eu/health/amr/sites/health/files/antimicrobial_resistance/docs/amr_2017_factsheet.pdf)
- [HTTPS://WWW.ECA.EUROPA.EU/LISTS/ECADOCUMENTS/SR19_21/SR_ANTIMICROBIAL_RESISTANCE_RO.PDF](https://www.eca.europa.eu/lists/ecadocuments/sr19_21/sr_antimicrobial_resistance_ro.pdf)
- [HTTPS://WWW.ECA.EUROPA.EU/EN/PAGES/DOCITEM.ASPX?DID=51992](https://www.eca.europa.eu/en/pages/docitem.aspx?did=51992)

Medicii și asistenții medicali, instruiți în patologia endocrină: deficitul de iod și complicațiile acestuia

DE ROXANA MATICIUC



Conduceți unul dintre cele două mari proiecte pe fonduri europene care se derulează în prezent în Institutul Parhon. Care este scopul „EndoMIP”?

EndoMIP este un proiect câștigat în cadrul competiției derulate în anul 2016. Este un proiect cofinanțat de Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020, în valoare de 3 milioane de euro.

Obiectivul general al proiectului constă în actualizarea cunoștințelor și abilităților clinice referitoare la patologia endocrină în rândul specialiștilor din domeniul medical, în scopul creșterii calității serviciilor medicale și îmbunătățirii stării de sănătate a pacienților. Cele două mari teme cuprinse în proiect sunt centrate pe deficitul de iod, insuficient corectat, și pe complicațiile acestuia privind disfuncțiile endocrine și patologia de creștere și sexualizare a copilului. Grupul-țintă cuprinde 900 de participanți, din care 225 de medici și 675 de asistenți medicali. Institutul implementează acest proiect în parteneriat cu Asociația PartNET. Cursurile sunt gratuite, iar cadrele medicale obțin puncte de educație medicală continuă – medici, 20 de credite EMC, iar asistenții, 30 de credite EMC. În plus, proiectul prevede organizarea a 20 de stagii clinice cu durata de 2 zile, desfășurate în institut.

Există dotările tehnice necesare implementării tehnice a proiectului?

Deși, în institut, proiectul a demarat cu peste un an întârziere, am reușit, ca urmare a implicării și a eforturilor remarcabile ale echipei de implementare, recuperarea întârzierii și implementarea majorității activităților propuse. A fost refăcut amfiteatrul, dotat cu un videoproiector și tablă „smart”. Au fost achiziționate ecograful portabil, spectrofotometru și congelatorul necesare derulării stagiilor clinice. Spectrofotometrul va oferi posibilitatea dozării eliminării urinare de iod, investigație care nu mai este disponibilă de mai bine de 10 ani. Vom putea, astfel, monitoriza statusul iodat al gravidei, cât și al disfuncțiilor tiroidiene induse de deficitul sau excesul de iod.

Au fost organizate zece cursuri cu medici endocrinologi și medici de familie – două în București, restul în țară – și două stagii clinice.

În momentul actual, se derulează contractul pentru instalarea unui sistem audio-video în două dintre sălile noastre de operație, creând posibilitatea transmiterii, în direct, a intervenției chirurgicale cursanților aflați în amfiteatru. În institut funcționează singura secție de chirurgie endocrină din țară, în care se practică peste 2.500 de intervenții pe an de tiroidă și paratiroide.

Cum a schimbat pandemia activitatea în cadrul Institutului Parhon?

A fost o perioadă extrem de dificilă, ce a presupus reorganizarea spațiilor și

a activității zilnice pentru respectarea normelor epidemiologice. Un imens efort a fost depus de conducerea institutului în asigurarea echipamentelor de protecție, a dezinfectanților și în instruirea întregului personal privind măsurile de prevenire a răspândirii pandemiei.



ÎN MOMENTUL ACTUAL, AȘTEPTĂM CU NERĂBDARE RELUAREA ACTIVITĂȚII MEDICALE LA CAPACITATE MAXIMĂ – 40.000 INTERNĂRI/AN.

Cu toate acestea, implementarea proiectului nu a fost afectată. Echipa s-a adaptat rapid, cu transferul activității în mediul online, cu desfășurarea a încă trei cursuri cu ajutorul platformei Cisco. A avut loc, de asemenea, prima conferință din cadrul proiectului. Sunt deja programate ultimele două cursuri și a doua conferință. În ceea ce privește a treia conferință, ne-am propus ca dată a desfășurării ei luna octombrie sau noiembrie, cu speranța că va putea fi organizată cu participarea fizică, efectivă, a celor 150 de specialiști.

Din păcate, nu vom putea derula școlile de vară/iarnă stabilite în următoarele luni și nici participarea fizică la cele



INTERVIU CU
CONF. DR. ADINA
GHEMIGIAN,
MEDIC PRIMAR
ENDOCRINOLOGIE,
ȘEFĂ SECȚIA CLINICĂ DE
ENDOCRINOLOGIE V –
PATOLOGIA GONADICĂ
ȘI INFERTILITATE,
INSTITUTUL NAȚIONAL
DE ENDOCRINOLOGIE
„C.I. PARHON”

trei manifestări științifice internaționale din această toamnă, din care una a fost anulată, iar două se vor desfășura online. În momentul actual, au început demersurile pentru organizarea înscrierii la cele două manifestări online. O veste bună a fost decizia Ministerului Fondurilor Europene de prelungire a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 cu încă șase luni, fapt care ne-a dat speranța că întâlnirile bilaterale transnaționale vor putea fi realizate.

O altă realizare a proiectului este Ghidul de bune practici, în curs de finalizare de specialiștii noștri, care urmează a fi completat cu un Compendiu de bune practici privind patologia de interes major discutată în cadrul cursurilor și conferințelor.

Dosarul privind dezvoltarea a trei noi standarde ocupaționale, a căror nevoie pentru creșterea calității serviciilor medicale a fost identificată de grupul de experți din proiect, a primit deja avizul Ministerului Sănătății și se află în evaluare la Ministerul Muncii.

UNICA SECȚIE DE CHIRURGIE ENDOCRINĂ DINTĂRĂ

Institutul Parhon are o mare adresabilitate. Care sunt atuurile unității medicale?

Institutul nu s-a abătut și nu se abate de la tradiția unui corp profesional de

excepție. Aici a fost înființată, în 1933, prima catedră de endocrinologie din lume, de către profesorul dr. C.I. Parhon, care a fost și organizatorul primului Congres European de Endocrinologie, desfășurat la București în 1939. Și astăzi, cea mai importantă catedră de endocrinologie din țară își desfășoară activitatea tot în cadrul institutului. Beneficiem de un laborator de cercetare rezultat al unui proiect european în valoare de 10 milioane de euro, dotat cu aparatură de ultimă generație. În așteptarea viitoarelor competiții pentru proiecte de cercetare, actuala echipă managerială a demarat o competiție internă, finanțată din bugetul propriu.

Pe lângă acestea, institutul beneficiază nu numai de unica secție de chirurgie endocrină din țară, ci și de singura secție de endocrinopediatrie și una dintre cele trei secții de terapie izotopică din țară, unde se administrează radioiod pacienților tiroidectomizați cu carcinom tiroidian diferențiat.

Ce aparatură medicală ar mai fi necesară?

Aparatura medicală necesară derulării activității la standardele pe care ni le-am asumat se regăsește atât pe lista de investiții din bugetul propriu, cât și pe cea finanțată de Ministerul Sănătății. Se referă la echipamentele medicale care trebuie periodic actualizate pe măsura creșterii performanțelor acestora, necesare pentru diagnosticul și

tratamentul pacienților noștri: ecografe, osteodensitometru, tomograf, RMN, gamma-camera.

Ce politici de sănătate ar putea ajuta în managementul bolilor tiroidiene, dar și în dezvoltarea Institutului Parhon?

O politică de sănătate inițiată anul trecut a fost programul de determinare a statusului vitaminei D în populație, oferind posibilitatea dozării vitaminei D la un important număr de locuitori, din fondurile Ministerului Sănătății. Partea mai tristă este că am pierdut un alt program de screening derulat de institut, acela de depistare a cancerului tiroidian, care funcționa încă din 2013.

În condițiile actuale de pandemie, la nivel european s-a creat oportunitatea creșterii finanțării unităților sanitare publice, prin demararea unui program în valoare de 350 de milioane de euro lansat de Ministerul Fondurilor Europene, în parteneriat cu Ministerul Sănătății, privind creșterea capacității de gestionare a crizei sanitare COVID-19. În acest context, conducerea Institutului a creat o strategie de participare cu un proiect care să includă și dotarea cu o parte din echipamentele medicale aflate pe listele de investiții.

Sunt fonduri suficiente alocate programului de endocrinologie?

Dacă ne referim la programul de screening finanțat din fondurile Ministerului Sănătății, răspunsul este nu. A dispărut nu numai programul de screening al cancerului tiroidian, ci și cel de screening pentru osteoporoză, de mai bine de 6 ani.

Toate demersurile întreprinse pentru a convinge Ministerul Sănătății de importanța osteoporozei și a impactului pe care fracturile osteoporotice îl au asupra bugetului de sănătate au rămas fără rezultat. Este incontestabil faptul că este mult mai simplu și mai puțin costisitor să previi, decât să tratezi.

În ceea ce privește programul național curativ de endocrinologie, finanțat de CNAS, nu ne putem lăuda cu sume mari. Un succes recent a fost includerea unui preparat injectabil în tratamentul osteoporozei severe cu risc crescut de fractură, care poate fi administrat și pacienților cu boală renală cronică. 🇷🇴



INTERVIU CU **PROF. DR. MIHAI BERTEANU**, ȘEF CLINICA DE RECUPERARE NEUROLOGICĂ, SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ ELIAS

Reabilitarea medicală, strategia de sănătate a secolului al XXI-lea

REABILITAREA (RECUPERAREA) MEDICALĂ ESTE ABSOLUT OBLIGATORIE DUPĂ O AFECȚIUNE CRONICĂ CARE GENEREAZĂ DIZABILITĂȚI. STUDIILE ARATĂ CĂ A NU FACE RECUPERARE ESTE MULT MAI COSTISITOR PENTRU SISTEMLOR DE SĂNĂTATE DECÂT A FACE. DE ALTFEL, ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂȚII A DECLARAT CĂ REABILITAREA MEDICALĂ TREBUIE CONSIDERATĂ O STRATEGIE DE SĂNĂTATE A ACESTUI SECOL, ATRAGE ATENȚIA PROF. DR. MIHAI BERTEANU.

DE VALENTINA GRIGORE

Reabilitarea medicală reprezintă un aspect esențial în managementul multor boli. Cum s-a desfășurat activitatea în toată această perioadă pandemică, în care s-a evitat mersul la spital?

Recomandarea a fost mai mult pentru afecțiunile cronice, care nu necesită o intervenție rapidă; de teamă și de neinterpretare corectă, lumea a evitat să meargă la spital și pentru afecțiuni acute, ceea ce nu a fost bine deloc. În mod clar, chiar dacă reabilitarea medicală se referă, practic, la afecțiuni cronice, trebuie să avem în vedere faptul că aceste afecțiuni cronice netratate și neintervenind cu reabilitare medicală, pot duce la complicații acute, care pot deveni extrem de grave și pot lăsa sechele și dizabilități ireversibile.

Există în continuare riscul de infecție cu SARS-CoV-2, dar trebuie pusă în balanță necesitatea intervenției medicale,

cu riscurile aferente mersului la spital, cu riscurile statului acasă, fără a face reabilitare.

Cum credeți că se va schimba sănătatea post-pandemie? Există exemple de bune practici care ar putea fi menținute?

Noi, chiar de la începutul stării de urgență, am pus la dispoziția pacienților, pe site-ul spitalului, cu ajutorul serviciului de IT, o formă de reabilitare medicală la distanță – un chestionar pe care o persoană, fie că a mai fost internată pe secția noastră de reabilitare, fie că avea o afecțiune nouă și nu mai fusese la noi, îl putea completa și astfel, putea beneficia de o consultație din partea echipei de medici de pe secția de reabilitare. Formularul avea și opțiunea de a atașa buletine de analiză, imagini radiologice sau alt gen de documente medicale. Au fost multe solicitări, dar mulți pacienți au avut nevoie de ajutor în completarea chestionarului online. Este clar că există o necesitate pentru astfel de servicii. Fiecărui om, la un moment dat, îi poate fi greu să vină la spital, din diferite motive, dar are nevoie de sfatul unui medic. Credem că această abordare, a chestionarului ce poate fi completat online de către pacienți, poate fi o soluție

și în perioada „normală”, fără pandemie. Este adevărat că presupune un efort în plus din partea echipei medicale, pentru că este o activitate extra față de cea curentă, de spital, dar, pe de altă parte, trebuie să luăm în considerare și faptul că, uneori, solicitările persoanelor nu se referă la ceva foarte grav, care necesită neapărat o vizită la medic, mai ales dacă pacientul respectiv



a și fost internat la spital în trecut și contactează medicul curant, care știe despre ce este vorba. Această modalitate de lucru s-ar putea extinde mai ales pentru persoanele care sunt cunoscute clinicii, chiar dacă nu atașează un document medical. Medicul poate vedea pe calculator toate datele pacientului.

Totuși, trebuie să ținem cont că medicina rămâne o meserie practică. A pune mâna pe pacient, a-l consulta și a-ți folosi toți anii de experiență în managementul unui caz este ceva ce nu se poate face la distanță, prin telemedicină.

Acum la spital, avem regula ca toți pacienții, care se internează pe orice secție, și care nu sunt acuți (cei care vin direct la UPU, cu Salvarea), să fie contactați telefonic și să răspundă la un chestionar referitor la riscul existenței unei infecții cu SARS-Cov-2. În viitor, această discuție telefonică ar putea fi înlocuită cu un formular online pe care să-l completeze o persoană care știe că se va interna în spital în următoarele 1-2 zile.

Care sunt cele mai noi metode de reabilitare medicală? Cum stăm, comparativ cu alte țări?

În general, evident că bugetul pe care îl acordă România sănătății constituie un factor limitativ pentru toate specialitățile medicale. Indiferent ce idee avem noi ca specialiști, potența financiară a țării își pune amprenta. Referitor la reabilitarea medicală la nivel internațional, lucrurile au fost extrem de dinamice în ultimii 10 ani, iar dinamica aceasta este într-o creștere exponențială. Reabilitarea, pe lângă componenta de evaluare medicală, investigații, tratamente medicamentoase, infiltrații etc., are și un aspect mai tehnic. Asistăm, în ultima decadă, la o dezvoltare explozivă a roboților în reabilitare medicală, în a suplini activitatea pe care o face fizioterapeutul (care este un membru esențial al echipei de reabilitare). De asemenea, această dezvoltare a senzorilor purtabili, a dispozitivelor legate la Internet (IoT) deschide, pentru reabilitarea medicală, un segment foarte larg și foarte dinamic. Spitalul Elias și Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” sunt incluse în câteva proiecte de cercetare europene și naționale, în care asistăm la această tranziție de la medicina clasică, pe

care am învățat-o fiecare dintre noi, către aspectele legate de Inteligența artificială, de tehnologii foarte avansate.

MĂSURI PENTRU ÎMBUNĂȚĂȚIREA PREGĂTIRII REZIDENTILOR

Sunteți președintele Comisiei de medicină fizică și reabilitare din Ministerul Sănătății. Cum ați îmbunătățit activitatea de reabilitare medicală din România, în general?

Aș vrea să mă refer la problemele legate de curriculum de pregătire a medicilor rezidenți. Asistăm la o situație foarte dezavantajoasă pentru pregătirea medicală a tinerilor. Concret: dacă această comisie pe care o conduc, aduce astăzi o modificare în curriculum de pregătire a rezidenților și în tematica de examen, aceasta intră în vigoare peste cinci ani, atâta cât durează rezidențiatul. Însă Medicina se schimbă cu rapiditate în permanență, apar cercetări și studii noi, aparatură nouă, protocoale terapeutice noi! Însă noi punem rezidenții să învețe ce a fost acum cinci ani. Este o situație care ar trebui schimbată cât mai repede. Trebuie să ținem cont că suntem în Uniunea Europeană, rezidenții pot oricând să meargă să lucreze în altă țară UE (ceea ce și fac), iar acolo nu există acest handicap.

Un alt aspect care ar putea fi reglementat simplu, prin decizie ministerială, este legat de bibliografia de pregătire, care, potrivit reglementărilor naționale, trebuie să fie în limba română. Problema este că, în prezent, un medic care nu citește în limba engleză nu are nicio șansă să facă o medicină actuală și de performanță. Mai mult decât atât, dacă cineva vrea să promoveze, din punct de vedere academic, de la asistent, la șef de lucrări, conferențiar și profesor trebuie, conform regulilor tuturor universităților de Medicină din România, să publice în reviste care sunt indexate în baze de date internaționale. Însă toate aceste reviste publică articolele numai în limba engleză. A menține această idee că

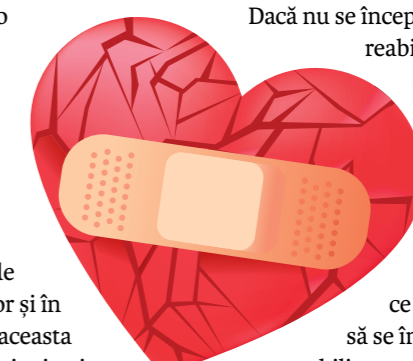
bibliografia pentru pregătirea rezidenților trebuie să fie doar în limba română mi se pare o mare frână în formarea, dezvoltarea unui tânăr rezident.

REABILITAREA POST-AVC

AVC-ul reprezintă prima cauză de mortalitate în România și a treia în lume. Cât de importantă este reabilitarea neurologică în această ecuație?

Accidentul vascular-cerebral poate să lase niște dizabilități majore, precum pareza/paralizia unei jumătăți a corpului. Dacă nu se începe la timp un program de reabilitare medicală, aceste dizabilități fie rămân așa cum sunt, fie, de cele mai multe ori, se agravează. Este absolut esențial ca, după un AVC sau orice altă afecțiune cronică ce generează dizabilități, să se înceapă un program de reabilitare medicală. Numeroase studii internaționale arată că a nu face reabilitare este mai scump decât a o face. De exemplu, în Germania, după implantarea chirurgicală a unei endoproteze de șold, urmează obligatoriu un program de reabilitare. Dacă pacientul nu urmează acest program, este pe răspunderea lui, și orice complicație ar apărea trebuie s-o plătească din buzunar, nu din asigurare.

Când vorbim de povara economică a AVC-ului, nu ne referim doar la tratamentul complicațiilor medicale – spasticitate, tromboză, agravare de deficit etc., ci și la costurile indirecte – concedii medicale, indemnizația de handicap, persoana de îngrijire etc.. În plus, dacă persoana afectată de AVC are o dizabilitate importantă, persoana din propria familie care trebuie să o îngrijească nu se mai duce la muncă, nu mai plătește impozite – ceea ce înseamnă costuri suplimentare pentru societate. OMS are un plan de acțiune – Rehabilitation 2030 – care pune accentul tocmai pe aspectele acestea. Mai mult decât atât, se spune că reabilitarea este un deziderat de sănătate publică pentru secolul XXI. Potrivit OMS, reabilitarea este strategia de sănătate a acestui secol. **+**





„Cu un personal medical de calitate, vom avea și pacienți care vor fi tratați profesional”

DE ROXANA MATICIUC

TREBUIE SĂ OBSERVĂM FRUMOSUL DIN JURUL NOSTRU

De unde vă luați optimismul, de unde vă reîncărcați pozitiv, având în vedere că la spital nu vin oamenii să vă spună ce bine se simt, ci pentru că au diverse probleme?

Optimismul îl putem lua de pretutindeni. În special de la spital putem spune că plecăm cu inima mare, plină de realizări, de ce am reușit să facem pentru pacienți și împotriva bolii. Acest lucru e extraordinar de important și motivant pentru noi. În orice om și de la orice om este foarte important să încerci să preiei sau să găsești, dacă nu-ți oferă, partea sa frumoasă. Pentru că fiecare om are ceva frumos și ceva urât. De noi depinde cu ce vrem să lucrăm. Energia cu care întâmpini și cu care tratezi pe cineva, dar și modul în care comunică sunt foarte importante. Iar răspunsul acelei persoane este suma a

ceea ce tu îi transmiți. De asemenea, trebuie să observăm frumosul din jurul nostru, începând de la natură, oameni, frumusețea a tot ce ne înconjoară.

În condițiile în care pacienții vin la spital cu probleme, cu dureri, cu nemulțumiri, care este momentul în care vă recăpătați optimismul?

Sunt chestiuni un pic diferite. Partea de boală este una, partea de nemulțumiri este alta. În privința bolii, legătura este directă. Pacientul vine cu boala lui să construiască, să realizeze o echipă cu medicul sau cel puțin așa ar trebui să facă. Ar trebui să vină cu încredere la persoana care ar putea să îl ajute să treacă peste momentul respectiv. Din păcate, cultura mai mult sau mai puțin dezvoltată la noi îl face pe pacient să spună „poftim, asta este boala

mea, poftim povara, rezolv-o, că vin eu mai târziu să mă trezesc gata sănătos!”. E greșit așa!

Aveți tot ce vă trebuie să-l ajutați pe pacient să plece din spital vindecat? Din punctul de vedere al accesului pacienților la tot ce înseamnă tratamente de ultimă generație, medicamente, îngrijiri medicale?

Vorbim despre Spitalul Militar Central și răspunsul este: da! Din punct de vedere administrativ, în ultimii ani spitalul a avut un management constructiv, atât la nivel central, cât și la nivelul secțiilor, pot spune cu toată convingerea. Avem aparatură de ultimă generație, de foarte bună calitate, comunicăm foarte eficient și există o deschidere atunci când dorim ceva, se fac eforturi să se achiziționeze.

+ INTERVIU CU **DR. REMUS NICA**, MEDIC PRIMAR – CHIRURGIE GENERALĂ ȘI ONCOLOGICĂ LA SPITALUL MILITAR CENTRAL DIN BUCUREȘTI. ESTE specializat în chirurgia cancerului de sân, un domeniu în care operează de mulți ani cu succes. Este membru al Societății Americane de Chirurgie a Cancerului de Sân și al Societății Române de Chirurgie. Este și violonist în Orchestra Mondială a Medicilor, precum și în Orchestra Națională a Medicilor.

Care ar fi spectrul de operații pe care le efectuați?

Efectuez o gamă largă de intervenții chirurgicale, începând cu patologie tiroidiană, vasculară (varice), neoplazii cutanate, dar preponderent ne ocupăm de chirurgie digestivă (hernii, colecisti, apendici, eventrații, tumori benigne, dar și neoplasmate situate la diverse segmente digestive). Ce-i drept, în ultimul timp m-am aplecat mai mult asupra chirurgiei cancerului de sân. Nu știu de ce. Poate pentru că este o patologie curabilă, care dă satisfacții și pacientului, și medicului. Al doilea aspect este dat de faptul că este numărul unu mondial ca număr de cazuri noi în ultimii ani, deci e necesar să fim cât mai mulți aplecați asupra acestei patologii. Este o chirurgie de suprafață și ai posibilitatea să o vezi ușor. Deși e realizată de mulți specialiști, rezultatele sunt diferite pentru că există niște mici secrete, care țin de minuțiozitatea chirurgului. Aceasta face diferența.

La ce trebuie să fie atent chirurgul când operează un cancer la sân?

E greu să descriu și nu ar fi nici elegant să comentez o operație, pentru că deja ar trebui să fac diferențe între chirurghi. Eu sunt în primul rând atent să fie o chirurgie curativă, adică să extrag tot ce este

rău, să nu las în spate daune de genul mâna umflată sau diverse zone de anestezie ale membrului respectiv sau ale toracelui. Deci să nu faci rău! Este o politică chirurgicală



esențială! Chiar și când nu poți face bine, important e să nu faci rău! Și trebuie, de asemenea, să pregătim terenul chirurgului plastician, care să poată readuce încrederea în sine și zâmbetul pe buze doamnelor care au suferit astfel de operații. Este foarte important că se poate reface anatomia prin implanturi, astfel încât acest handicap temporar să fie alungat după o perioadă scurtă sau chiar în timpul aceleiași operații. Dar principalul nostru scop este cel oncologic, viața! În chirurgia cancerului mamar, rolul cel mai important îl are echipa care se ocupă de pacient. Aceasta include de la medicul de familie, care identifică problema, și medicii specialiști pe diverse ramuri, chirurgul, medicul care face ecografia, RMN, CT, medicul radiolog și apoi oncologul și chirurgul plastician, care reface și care ia toți laurii, pentru că se ocupă de chirurgia frumuseții. E normal!

NE TREBUIE CAMPANII DE EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE MAI AGRESIVE

Câte paciente vă vin pe săptămână, pe lună?

Au fost săptămâni când am operat șase-șapte tumori și săptămâni în care am operat o singură pacientă cu patologie neoplazică mamară. Dar este înțelegător numărul de cazuri noi. În România, în ultimul an sunt cam 1.500-2.000 de cazuri noi în plus față de anul anterior. De exemplu, în 2017 au fost în jur de 7.500 de cazuri, în 2018 au fost 9.100 de cazuri, pentru 2019 încă nu știm, pentru că nu avem cifrele. Anul trecut, la Congresul Mondial de Chirurgie a Cancerului de Sân de la Londra, la o discuție cu mai mulți specialiști reprezentativi, s-au tras câteva concluzii. De exemplu, incidența la noi este de 1 la 8, adică una din opt femei are această problemă. Este incredibil de mare! Aceeași incidență este și în SUA. La nivel mondial, sunt 1,67 milioane de cazuri noi pe an, iar incidența cea mai mare o găsim la popoarele asiatice, peste 60%.

Ce se poate face pentru a repara, într-o mică măsură, efectele acestei lipse de educație?

Ne trebuie campanii de informare agresivă în media și în cabinetele medicilor de familie, pot avea un rol extrem de constructiv. Sunt și acum campanii, din ce văd la te-

levizor, susținute de autorități publice, dar și de diverse organizații. Dar se poate face ceva mai energic, putem fi mai agresivi în mod constructiv. O idee ar fi, de exemplu, ca orice persoană asigurată să fie obligată de la o anumită vârstă (odată era 40 de ani, în ultimii ani am avut numeroase cazuri de neoplazii de sân la paciente între 20 și 40 de ani, ceea ce înseamnă că am putea să scădem acest prag), prin medicul de familie, să meargă să se investigheze.

O dată la câți ani ar trebui să-și facă o femeie un control de acest gen?

Depinde de vârstă. Inițial, se spunea că o dată la doi ani. Practic, eu spun că autocontrolul se poate face la fiecare duș sau cât mai des. E bine ca o femeie să aibă în rutină să se autocontroleze, să se palpeze. Neoplasmul la bărbați este, de asemenea, prezent și chiar într-un procent destul de mare. Autocontrolul este esențial, după care trebuie făcută o ecografie la șase luni, un an.

Fiind pasionat de chirurgia cancerului de sân, v-ați gândit să dezvoltați proiecte în acest sens?

În urmă cu doi ani, observând trendul la nivel mondial, am tras semnale de alarmă și am propus conducerii spitalului un astfel de proiect, dorindu-mi să fim prima instituție care are un departament care ar include toate specialitățile necesare, astfel încât pacienta să iasă din acest departament complet vindecată.

Un fel de Institut al sânelui...

Exact! Mi-aș fi dorit să fie în Spitalul Militar Central. Între timp, sunt spitale care au deschis secții, dar sunt plâpânde. Cu certitudine, am fi mult mai buni și chiar suntem cu ce facem, pentru că acum suntem secții separate unde, cu profesionalism, fiecare își atinge scopul. Nu este un departament, dar lucrurile merg bine și acum. La Ponderas s-a creat un departament care se ocupă de chestiunea aceasta, i-am vizitat pe colegii de acolo și am fost plăcut impresionat de ceea ce am văzut. Se poate face un spital dedicat pentru așa ceva. Dar tot nu ar fi suficient. **+**

INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro



HEMATOLOGII DIN MOLDOVA, PROPUNERI PENTRU „Îmbunătățirea managementului LLC în România”

**- DEZBATEREA ASOCIAȚIEI
ECHITATE ÎN SĂNĂTATE
ADUCE AUTORITĂȚILE
ÎN FAȚA MEDICILOR**



“

**LEUCEMIA LIMFOCITARĂ
CRONICĂ (LLC), DEȘI ESTE
O BOALĂ RARĂ, ESTE CEA
MAI FRECVENTĂ DINTRE
HOMEOPATIILE MALIGNE,
CARE AFECTEAZĂ NU
NUMAI VÂRSTNICII, FIIND
DEPISTATĂ, ÎN ULTIMII ANI,
ȘI LA PERSOANELE
MAI TINERE.**

CEA DE-A TREIA EDIȚIE A DEZBATERII „ÎMBUNĂȚIREA MANAGEMENTULUI LLC ÎN ROMÂNIA”, CARE A AVUT LOC LA IAȘI, A DAT OCAZIA MEDICILOR DIN MOLDOVA SĂ DISCUȚE CU AUTORITĂȚILE NAȚIONALE ȘI LOCALE DESPRE PROBLEMELE CU CARE SE CONFRUNTĂ ÎN MANAGEMENTUL ACESTEI BOLI. **DE VALENTINA GRIGORE**

De la efectuarea investigațiilor performante, care să indice un tratament cât mai țintit, la lipsa medicilor hematologi din zonă și până la managementul de caz – reprezentanții Caselor de Sănătate Națională și Județeană Iași au solicitat medicilor prezenți să vină cu recomandări prin care să poată fi îmbunătățită îngrijirea acordată persoanelor cu Leucemie Limfocitară Cronică (LLC).

„În momentul de față, avem un subprogram în cadrul oncologiei care funcționează. Este adevărat că nevoia este în creștere, pentru că și terapiile sunt din ce în ce mai multe și mai performante, mai țintite, și noi trebuie să ținem pasul cu ele, să găsim soluții administrative, astfel încât să le facem bine pacienților și să venim în sprijinul specialiștilor din Sănătate cu niște fluxuri de lucru cât mai facile, cât mai

puțin birocratice și să asigurăm finanțarea țintită, deoarece aceasta este tendința și în Europa – abordarea bolilor într-un management de caz. Cred că ar fi timpul să facem modificări în acest sens și în legislația românească”, a afirmat ec. Radu Țibichi, președintele Casei Județene de Asigurări de Sănătate Iași, în cadrul dezbaterii organizate de Asociația Echitate în Sănătate, în parteneriat cu revista Politici de Sănătate.

Investigații necesare

Leucemia limfocitară cronică, deși este o boală rară, este cea mai frecventă dintre homeopatiile maligne, care afectează nu numai vârstnicii, fiind depistată, în ultimii ani, și la persoanele mai tinere. Specialiștii au atras atenția că un diagnostic de precizie permite administrarea acelei terapii care are un efect maxim. „Investigația care dictează tratamentul

este cea moleculară și citogenetică. Restul se poate rezolva cu o singură ecografie, radiografie, investigații imagistice care nu necesită mari performanțe. Aceste investigații se fac în momentul în care există niște criterii clinice. Nu poți să ceri la orice limfocitoză care este într-adevăr leucemie limfatică cronică, din prima, investigație moleculară sau citogenetică. Pacientul trebuie urmărit doar cu o singură hemogramă. Iar aceste investigații moleculare sau de foarte mare finețe sunt necesare la un număr mic de pacienți”, a explicat dr. Gabriela Borșaru, medic hematolog la Spitalul Clinic Colțea din București.

În momentul de față, investigațiile se fac cu ajutorul voucherelor sau prin intermediul contractelor cu companiile farmaceutice, astfel încât pacienții care au nevoie să nu fie împiedicați de aspectul financiar. Însă „acest aspect nu poate fi lăsat așa, la nesfârșit. Trebuie o practică unitară la nivel național. Sistemul acesta de întoarcere a unor contribuții ale firmelor pentru anumite patologii, că vorbim de medicamente sau investigații, există în România. Modelul cost/volum s-ar preta la investigații”, a explicat Radu Țibichi.



Lipsa medicilor de specialitate

Medicii au mai atras atenția asupra personalului de specialitate care poate efectua aceste analize. „Nu putem lucra fără aceste metode moderne de diagnostic, însă pe partea de personal de laborator nu stăm foarte bine, atractivitatea postului este mică din cauza diferenței de salarizare. Se pierd oameni cu experiență mare în spate. Avem un singur om la imunofenotipări”, a atras atenția dr. Gabriela Dorohoi, medic specialist hematolog, Institutul Regional de Oncologie (IRO) Iași. Nici în privința medicilor hematologi, situația în toată zona Moldovei nu este mai bună. „La Vaslui este un singur hematolog, la Botoșani la fel...la Bacău nu există niciunul. La Suceava sunt doi hematologi, dar nu pot iniția tratament și trimit pacienții la Iași”, a mai spus dr. Dorohoi. „Un pacient onco-hematologic, spre deosebire de cel oncologic, poate face aplazie medulară, dacă nu are hematolog aproape. Ar trebui să existe cineva în teri-



toriu care să-i facă o hemogramă la trei zile, să-i spună ce să facă. Vorbim de o boală cu resurse terapeutice foarte eficiente, dar noi pierdem pacienții din astfel de cauze”, a completat dr. Borșaru.

Din păcate, specialitatea de hematologie este rară în Moldova. „Această specialitate există numai la IRO Iași. Noi lucrăm într-un spital nou, de opt ani. S-au făcut foarte multe pentru pacienții oncologici. În fiecare lună, se decontează aproape două milioane de euro numai pentru medicamente în programul de oncologie. Avem aproape 13.000 de pacienți în evidență și 3.000 de cazuri noi în fiecare an. Suntem singurul spital de stat din țară care are un PET CT și facem analiza tuturor pacienților care ni se adresează.

Suntem printre puținele centre din țară incluse în programul de depistare și monitorizare a leucemiilor și, atunci, primim probe și de la alte unități. Avem centru de cercetare realizat cu 12 milioane de euro din fonduri europene, unde se pot face și investigații de înaltă performanță în domeniul medicinii de laborator”, a explicat ec. Mirela Grosu, managerul Institutului Regional de Oncologie (IRO) Iași.

„Autoritățile nu pot lua decizii corecte, dacă nu se bazează pe date culese din teritoriu, de la profesioniști. Multe probleme s-au rezolvat plecând de jos în sus. Dumneavoastră ne transmiteți materialul, noi îl înaintăm mai departe și dezbaterem problemele existente”, a promis Radu Țibichi. ■



15.000 de persoane din Botoșani, TESTATE PENTRU DEPISTAREA VIRUSULUI HEPATITIC C



LA INIȚIATIVA ASOCIAȚIEI ECHITATE ÎN SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DECEMBRIE 2019 – FEBRUARIE 2020 A AVUT LOC ÎN PREMIERĂ, ÎN JUDEȚUL BOTOȘANI, CEA MAI AMPLĂ CAMPANIE DE TESTARE PENTRU DEPISTAREA VIRUSULUI HEPATITIC C. **DE BOGDAN GUȚĂ**



CAMPANIE ÎN PREMIERĂ ÎN BOTOȘANI

23 de medici de familie au testat, timp de trei luni, 14.913 persoane cu vârste cuprinse între 18 și 90 de ani din orașul Dorohoi și comunele învecinate (Vârful Câmpului, Losna, Cordăreni, Leorda, Dărăbani, Hilișeu etc.). Potrivit raportărilor medicilor, 166 de persoane dintre cele testate au fost depistate ca fiind purtătoare ale virusului hepatitic C, ceea ce înseamnă 1,113% din numărul total al celor testați. În rândul femeilor au fost depistate 124 de cazuri, cele mai multe – 98 – la grupa de vârstă 60+, iar în rândul bărbaților au fost depistate 42 de cazuri, cele mai multe –

29 – la aceeași grupă de vârstă (60+). Într-o singură localitate în care s-a desfășurat campania – Dărăbani –, procentul a fost de peste 3% (3,16%), în celelalte înregistrându-se valori mai mici: Leorda – 2,77%, Hilișeu – 2,48%, Losna – 2,33%.

SCREENING ȘI PREVENȚIE

Pacienții depistați cu VHC pozitiv au fost îndrumați pentru investigații suplimentare către centrele de diagnostic și tratament pentru hepatita C. Oficiali de la nivel județean și central, precum și medicii de familie care au participat la campanie spun că aceasta a oferit o șansă reală, în special pacienților din mediul rural și din zonele defavorizate, unde accesul la

starea de sănătate a locuitorilor județului. Faptul că această campanie s-a derulat, cu succes, în municipiul Dorohoi și în comune limitrofe este de apreciat, pentru că au beneficiat de ea cetățeni care au un acces mai dificil la acest gen de servicii medicale. Totodată, prin campania de screening se asigură și prevenția, un element extrem de important atunci când vorbim de sănătatea noastră. Este un lucru de normalitate bine primit atât de medicii de familie, cărora vreau să le mulțumesc pentru implicarea în campanie, cât și de pacienți”.

OȘANSĂ REALĂ PENTRU PACIENȚII DIN MEDIUL RURAL

„O campanie utilă care ar trebui să se repete. Mulțumesc Asociației Echitate în Sănătate, care ne-a pus la dispoziție gratuit kiturile complete pentru testare. Această campanie gratuită oferă o șansă reală pacienților din mediul rural, unde accesul la servicii medicale este încă deficitar”, a declarat **dr. Irina Nedelcu**, medic de familie, comuna Leorda.

„Campania de testare a fost mai mult decât bine-venită pentru pacienții mei, întrucât am putut testa și pacienții neasigurați, pentru care plata la laborator a analizei de depistare a VHC ar fi fost dificilă. Complanța pacienților a fost foarte bună, mulți venind special la cabinet să ne întrebe de testare, după ce au văzut afișele pe care le-am distribuit. Beneficiind de ajutorul asistenței comunitare din zonă, am putut face testare și la domiciliul unor persoane greu deplasabile. Pacienții noștri nu au fost deloc reticenți, ba chiar, din contra, unii au vrut să se testeze și în decembrie, și la sfârșitul lunii februarie, ca nu cumva să se fi infectat între timp. Mulțumesc Asociației Echitate în Sănătate pentru inițiativă și colaborare și sper să mai participăm la campanii pentru sănătate, în folosul pacienților noștri”, a declarat **dr. Dorina Radu**, medic de familie din localitatea Cîndești. „Pacienții mei au fost foarte mulțumiți în urma acestei campanii. Eu sunt medic și de familie și de medicina muncii, ca atare am testat și la unele întreprinderi, unde sunt tot pacienții mei. Am identificat câteva cazuri pozitive, pe care le-am direcționat către medicii specialiști. Pacienții au fost foarte mulțumiți, cum spuneam, pentru că știau că

testul este destul de scump. Mulțumim celor care au sponsorizat, celor care s-au ocupat de derularea acestei campanii și suntem disponibili și pe viitor pentru astfel de acțiuni”, a spus și **dr. Doina Nicolaiciuc**, medic de familie din Botoșani.

HEPATITA C SE POATE VINDECA

Mirela Voicu, vicepreședinte Asociația Echitate în Sănătate: „Testarea salvează vieți și mă bucur că și medicii de familie din județul Botoșani au răspuns apelului Asociației Echitate în Sănătate, fiind conștienți de beneficiile depistării timpurii a hepatitei C. Până în prezent, campaniile de testare pentru depistarea VHC s-au realizat cu precădere în marile aglomerări urbane. De data aceasta, campania s-a adresat populației din orașele mici, din comune și sate, tocmai pentru a da șansa tuturor pacienților să aibă acces egal la servicii de sănătate. Chiar dacă infecția cu VHC reprezintă o problemă de sănătate publică în România, de cele mai multe ori, virusul este depistat întâmplător. Și asta, din cauza lipsei simptomelor. Mulți români nu știu că sunt purtători ai virusului, iar demersul nostru vine în sprijinul lor. Odată depistată, hepatita C se poate vindeca datorită tratamentului de ultimă generație disponibil gratuit și la noi în țară pentru pacienții asigurați”.

Pentru buna desfășurare a campaniei, **Asociația Echitate în Sănătate** a pus gratuit la dispoziția celor 23 de medici de familie kituri pentru testarea rapidă, precum și materialele sanitare necesare testării: ace și comprese sterile, alcool sanitar, plasturi și recipiente pentru colectarea deșeurilor medicale. În lunile decembrie – februarie, **Asociația Echitate în Sănătate** a organizat și întâlniri de lucru cu medicii de familie parteneri în proiect, cu medicii specialiști și autoritățile din Sănătate. Colaborarea dintre aceste categorii de profesioniști în vederea stabilirii diagnosticului, instituirii tratamentului și respectării protocoalelor de prescriere a tratamentului, precum și îndrumarea pacienților cu VHC pentru a avea acces la tratament sunt extrem de importante pentru a da o șansă la viață bolnavilor. Această campanie a fost susținută prin intermediul unui grant Gilead Sciences Europe Ltd.

INTERVIU CU **MARINELA DEBU**, PREȘEDINTA ASOCIAȚIEI
PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI HEPATICE DIN ROMÂNIA (APAH-RO)

Hepatita C: soluții urgente pentru neasigurați

DATELE OFICIALE ARATĂ CĂ AVEM ÎN JUR DE 800.000 DE CAZURI DE HEPATITĂ B (PERSOANE CU BOALĂ ACTIVĂ SAU CU BOALĂ INACTIVĂ). ÎNSĂ, POTRIVIT ASOCIAȚIEI PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI HEPATICE DIN ROMÂNIA (APAH-RO), DIN ACEȘTIA CU SIGURANȚĂ NU SUNT DEPISTAȚI MAI MULT DE 15% DE CÂND SE FAC TOT FELUL DE CONTROALE. LA HEPATITA C LUCRURILE STAU PUȚIN MAI BINE, AVÂND ÎN VEDERE CĂ AU FOST ȘI MAI MULTE CAMPANII DE TESTARE ȘI, DIN 2016, VORBIM DE VINDECAREA HEPATITEI C ÎN ROMÂNIA, EXPLICĂ MARINELA DEBU, PREȘEDINTA ASOCIAȚIEI.

DE ROXANA MATICIUC

S-au făcut testări prin spitale, în afara lor, cu ajutorul medicilor de familie și al specialiștilor gastroenterologi și infecționiști. La ora actuală, cât de gravă este problema legată de infectarea cu hepatitele B și C la noi în țară?

Din iulie 2018, medicii de familie au la îndemână testarea din pachetul de bază, ceea ce înseamnă că, pe lângă femeile însărcinate, cum era înainte de iulie 2018, medicii de familie au voie să testeze pacienții aflați la risc.

De curând, am avut cazuri de tineri din populațiile sărace, din populațiile cu un nivel de igienă precară, cu hepatite B la vârste de 17, 18, 19 ani, unde clar nu s-a încheiat schema de vaccinare sau cine știe ce s-a întâmplat. Problema care apare este că foarte

multe dintre aceste campanii, în afară de campaniile de testare stradale și cele care s-au făcut anonim, se adresează persoanelor asigurate. Prin urmare, rămâne să rezolvăm acum și problema persoanelor neasigurate.

În hepatita B avem o armă: vaccinarea. Este folosită suficient?

Din păcate, nu. Aici vorbim de vaccinarea și a nou-născuților, și a adulților. Am sugerat CNAS să mai introducă în setul de analize din pachetul de bază și titrul de anticorpi pentru virusul B, astfel încât să fie completă toată această parte de prevenție la medicul de familie, dar, în același timp, să se găsească o soluție pentru a putea să testezi gratuit măcar persoanele neasigurate de pe listă.

Din păcate, pe perioada stării de urgență și a stării de alertă, testările s-au limitat spre minimum. Speranța noastră este să se înțeleagă că suntem obligați să testăm pentru hepatitele virale masiv, pentru că doar astfel putem să ne apropiem de obiectivul de eliminare. Trebuie să încurajăm vaccinarea copiilor și a adulților și să asigurăm accesul la aceste vaccinuri.

Hepatita nu are program național. Cum afectează acest lucru pacienții?

Un pacient cu hepatită, depistat, nu va beneficia automat de tratament dacă este neasigurat. Pentru hepatite există doar



program de tratament. Este important să găsim soluții astfel încât toți pacienții depistați să aibă acces la tratamentul antiviral, indiferent de tipul hepatitei, să oferim posibilitatea actualizării continue a listei de medicamente compensate cu noile molecule care apar la nivel european, imediat după ce acestea au fost aprobate de Agenția Europeană a Medicamentului, și să grăbim accesul la trialurile clinice, care sunt ultima șansă pentru unii pacienți cu afecțiuni hepatice. Deși, oficial, multe analize se pot efectua pe spitalizarea de zi, în cadrul evaluării anuale, în practica de zi cu zi, pacienții sunt în continuare puși în situația de a plăti încă sute sau mii de lei pentru analize, în special pentru că în multe spitale din țară analizele nu sunt posibile din cauza lipsei aparatului necesare. Sperăm ca această situație pandemică să fie o lecție pentru cei responsabili și să înțeleagă faptul că o patologie virală cum este și hepatita necesită acces neîngrădit la tot ceea ce înseamnă investigații și tratament.

ROMÂNIA A FĂCUT PAȘI MARI ÎN CEEA CE PRIVEȘTE HEPATITA C ÎN ULTIMII CINCI ANI

Cum stăm cu tratamentul în ceea ce privește pacienții cu virus C?

Am așteptat, din păcate, peste cinci luni până s-a reluat noul contract cost-volum-rezultat, după care a început pandemia COVID-19 și România a intrat în starea de urgență, urmată de starea de alertă, ceea ce a afectat dramatic accesul la tratament, deși programul s-a reluat oficial la finalul lunii februarie. În ultimele luni, prea puțini pacienți au avut șansa de a intra pe terapie, după o lungă așteptare.

În acest moment, avem 17.800 de pacienți pe noul contract cost-volum-rezultat, dar după cinci luni de pauză, aplicându-se legea compensației, nu mai pare atât de mult. Vestea bună este că de la 1 iunie se oferă o șansă la tratament și pacienților care nu au răspuns la tratamentul cu interferon free.

E minunat că tratăm de la FO, dar este păcat că pe acest nou contract n-am găsit o soluție să introducem și neasigurații

cu hepatita C, pentru că acolo chiar este o problemă. De asemenea, este păcat că în noul contract nu și-au găsit loc nici pacienții cu ciroze decompensate, care au nevoie urgentă de ajutor.

România a făcut pași mari în ceea ce privește hepatita C în ultimii cinci ani, dar, ca să nu pierdem ce am făcut bine, suntem obligați să înțelegem toți că este nevoie să continuăm și să urmăm aceiași pași în cazul hepatitelor virale și de etiologie non-virală.

Aș vrea să mai fac o precizare, apropo de noul contract cost-volum-rezultat: pentru prima dată, avem copii pe tratament. Cei cu vârsta între 12 și 18 ani au posibilitatea de a intra pe tratamentul fără interferon. Comisia de specialitate a aprobat 100 de copii.

În afară de crearea unui program național, ce ar mai putea face statul român?

Să lucreze cu cei care au experiență, adică ONG-uri, medici de familie, societăți profesionale. La nivel de medic de familie, cred că trebuie mai multă informare pentru că de aproape doi ani aceștia au posibilitatea de a depista hepatitele virale putând prescrie tuturor pacienților asigurați de pe listă, dacă se încadrează în factorii de risc cunoscuți, testarea pentru hepatitele B și C în pachetul de bază.

Cu ONG-urile din țară putem face campanii de informare în școli, cu girul Ministerului Educației și Ministerului Sănătății. Mai e un lucru important: trebuie să existe continuitate. Campaniile de



PUTEM SPERA CĂ VOM CREȘTE RATA DE TESTARE, SĂ DEPĂȘIM UN 20%, DAR MAI E MULT DE LUCRU ȘI ÎN CAZUL HEPATITEI C. MAREA ȘANȘĂ ÎN HEPATITA C ESTE CĂ PUTEM SĂ VORBIM DE VINDECARE – PACIENTUL ESTE DEPISTAT, DUS LA MEDIC ȘI, AVÂND ACCES LA TOATE MEDICAMENTELE, POTI SĂ-L ȘI TRATEZI.

informare în mediile defavorizate trebuie să fie sistematice. Tinerii trebuie să știe cum să se protejeze și cum să se comporte dacă întâlnesc pe cineva cu o formă de hepatită, pentru a nu-l stigmatiza.

Ne vom confrunta, ușor-ușor, cu o altă formă de hepatită: steatoza hepatică, iar aceasta ține de stilul de viață și avem tendința de a o ignora. Cred că jumătate din cazurile care s-au adresat asociației au fost de steatoză hepatică gradul 1, gradul 2. Pe de altă parte, gândiți-vă că avem probleme cu steatozele hepatice la acei copilași pe care îi vedeți dolofani pe stradă. Aici toți trebuie să ne implicăm.

După cum sună și mesajul Alianței Mondiale pentru Hepatite, cu ocazia Zilei Mondiale de Luptă împotriva Hepatitelor, pe care o marcăm în fiecare an pe 28 iulie, noi toți, autorități în domeniu, personal medical și organizații nonguvernamentale, trebuie să fim activi și să încercăm să găsim milioanele, în cazul nostru sutele de mii de pacienți lipsă, care apar doar în statisticile de prevalență, dar nu sunt depistați. La nivel european, împreună cu ELPA (Asociația Europeană a Pacienților cu Boli de Ficat) milităm pentru o Europă fără hepatite virale. Pare un obiectiv greu de realizat, dar nu imposibil, dacă înțelegem că, investind azi în depistarea și accesul la tratament al pacienților cu hepatită, putem face din România un exemplu pozitiv. Avem șansa de a nu mai fi arătați cu degetul în toate statisticile.

Ar fi oportun ca medicii de familie să prescrie tratament măcar pentru pacienții cu FO?

Eu cred că primul pas nu este ca medicii de familie să prescrie, ci primul pas este să se extindă în toate județele prescrierea cel puțin la medicii specialiști. În ceea ce privește prescrierea, ea poate veni de la medicii de boli infecțioase, gastroenterologi sau interniști cu competențe în Gastroenterologie, pentru că sunt județe care au deficit de medici pe segmentul acesta. După aceea, da, ne putem gândi și mai departe. Și încă un lucru: medicii de familie, de la 1 februarie, au posibilitatea ca, pe continuările la terapia de lungă durată, să prescrie rețete pentru pacienții cu hepatită B. Rugăm medicii de familie să se folosească de această noutate pentru a-și ajuta pacienții. +



INTERVIU CU **DORICA DAN**, COORDONATOR CENTRUL NORO ȘI PREȘEDINTE ALIANȚA NAȚIONALĂ PENTRU BOLI RARE

Centrul NoRo

- 9 ani de activitate

PESTE 9.000 DE PERSOANE CU BOLI RARE, ADULȚI ȘI COPII, AU BENEFICIAT DE SERVICIILE TERAPEUTICE ȘI MEDICALE OFERITE DE SPECIALIȘTII CENTRULUI NORO ÎN CEI NOUĂ ANI DE FUNCȚIONARE, ANIVERSAȚI ÎN IUNIE 2020. DEȘI ULTIMA PERIOADĂ A FOST EXTREM DE DIFICILĂ PENTRU PACIENȚII DIN ÎNTREAGA ȚARĂ, OBLIGAȚIA DE A STA CÂT MAI MULT ÎN CASE A DETERMINAT ASOCIAȚIILE DE PACIENȚI SĂ GĂSEASCĂ SOLUȚII PENTRU CA BOLNAVII SĂ NU FIE LIPSII DE ÎNGRIJIRI. IAR MARE PARTE DINTRE ACESTE SERVICII VOR COMPLETA, ȘI POST-PANDEMIE, PALETA DE ÎNGRIJIRI OFERITE DE CENTRUL NORO, NE SPUNE DORICA DAN, PREȘEDINTE AL ALIANȚEI NAȚIONALE PENTRU BOLI RARE ȘI COORDONATOR AL CENTRULUI.

DE VALENTINA GRIGORE



Persoanele cu boli rare au un risc mult mai mare de a contracta sau de a prezenta complicații în cazul contractării SARS-CoV-2. Cum s-a desfășurat activitatea centrului în această perioadă?

Centrul NoRo este un centru-resursă ce oferă servicii terapeutice și medicale. Scopul său principal este de a oferi servicii integrate de îngrijire, de sănătate și sociale persoanelor afectate de bolile rare și familiilor acestora. Din păcate, situația sanitară prin care am trecut ne-a determinat să închidem pentru două luni centrul, dar și să gândim proiecte cu aplicabilitate imediată. Pentru a asigura suportul pacienților, am creat echipe cu părinții și am oferit terapie telefonic și online, prin intermediul unei

platforme nou-create, ori de câte ori a fost nevoie. De asemenea, am început să organizăm grupuri de pacienți – primul a fost cel de Miastenia Gravis. Aceștia au beneficiat de consiliere psihologică, informare și îndrumare medicală, consiliere socială, kinetoterapie, activități demonstrative, întâlniri cu alți specialiști, printre care și medic nutriționist. În iulie, urmează un grup internațional pe sindromul Prader-Willi.

Au aceste proiecte aplicabilitate pe viitor?

Ne-am dat seama că, prin proiectele derulate acum, am putea extinde serviciile Centrului NoRo și în perioada post-pandemică, de exemplu pentru persoanele care nu se pot deplasa la centru. În plus, în acest mod putem extinde capacita-

tea centrului oferind servicii online de terapie, consultații, putem beneficia de serviciile altor medici, care vor să sprijine pacienții cu boli rare în sistem online, putem organiza grupuri de pacienți, inclusiv internaționale. Toate acestea vor fi servicii permanente care pot ajuta pacienții cu astfel de afecțiuni grave.

Încă un lucru pe care l-am considerat important, în această perioadă, a fost să aflăm și percepția pacienților și medicilor referitor la COVID-19 și la bolile rare. Am aplicat un chestionar privind impactul COVID-19 asupra pacienților cu boli rare și am publicat rezultatele. Un alt chestionar, aplicat specialiștilor, a fost legat de oportunitatea tratamentului la domiciliu, deoarece am vrut să vedem opinia lor privind posibilitatea acordării

acestui tip de serviciu medical. De asemenea, am creat un grup de lucru care lucrează la o propunere privind acordarea tratamentului la domiciliu.

La Hackathonul de la Cluj ați lansat proiectul risk alert. Cum funcționează?

Chiar dacă nu am câștigat, continuăm să dezvoltăm această aplicație alături de voluntari. Pe scurt, cu ajutorul ei, serviciile de urgență sunt alertate în cazul pacienților cu boli rare. Pe perioada COVID-19, pacienții vor fi orientați pe un traseu special, care să-i ferească de infecție atunci când au nevoie să ajungă la urgență. În perioada non-COVID, se va aplica același principiu, deoarece pacienții cu boli rare au un risc mai mare de infecție din diferite cauze decât alte persoane. De asemenea, aplicația ar fi utilă celor cu boli rare care au anumite restricții la medicamente. Astfel, echipajul de urgență și cel din spital vor putea ști dinainte cum să trateze pacientul.

În ultimii ani, se vorbește foarte mult de o abordare integrată în managementul bolilor rare și nu numai. Cum se realizează acest lucru în Centru?

Prin colaborarea cu experți, universități medicale și servicii sociale la diferite niveluri, centrul este capabil să reunească idei noi. De asemenea, a contribuit la proiectul INNOVCare al Uniunii Europene, ce reprezintă o cale inovatoare de îngrijire, reunind centrele

naționale de resursă pentru bolile rare. Ca serviciu în stilul ghișeu-unic, Centrul NoRo este capabil să ofere o abordare holistică, implementând management de caz pentru persoanele afectate de boli rare. Activitățile întreprinse aici sunt menite să ajute aceste persoane să-și consolideze abilitățile și capacitățile proprii. Obiectivul este de a le permite acestora să participe pe deplin la viața comunității, promovând drepturile lor fundamentale. De exemplu, oferim acces la terapeuți care efectuează vizite la domiciliu, ajutând părinții să continue intervențiile de îngrijire pentru copiii lor. Centrul cuprinde o abordare preventivă prin educația terapeutică a beneficiarilor și prin conectarea lor cu alte servicii, pentru a asigura continuitatea îngrijirii. Pentru persoanele cu boli rare, intervenția timpurie și continuă este foarte importantă.

În centrul nostru, grupuri de 12-14 persoane diagnosticate cu aceeași boală participă la sesiuni de o săptămână, unde au acces la terapie, educație și reabilitare. Persoanele cu dizabilități sau dizabilități produse de boli rare sunt instruite pentru a-și dezvolta abilități de viață independentă. În plus, avem un centru de zi care organizează terapie individuală și de grup pentru aproximativ 60 de copii cu boli rare sau cu tulburări de spectru autist. Fiecare copil are acces atât la terapii individualizate propuse de echipa de specialiști ai centrului

CENTRUL NORO

- CENTRU DE EXPERTIZĂ ÎN BOLI RARE;
- FACE PARTE DIN REȚEAUA NAȚIONALĂ RO-NMCA-ID;
- ESTE MEMBRU AL REȚELEI EUROPENE DE REFERINȚĂ ITHACA;
- ESTE MEMBRU AL REȚELEI EUROPENE DE CENTRE-RESURSA PENTRU BOLI RARE – RARERESOURCENET.

pentru fiecare caz în parte, cât și la terapii de grup, prin care se urmărește dezvoltarea de abilități pe diverse componente (cognitiv, limbaj, comportament, psihomotor, interacțiune socială, autonomie personală), care să facă posibilă integrarea în societate.

Cum poate fi sprijinită funcționarea Centrului NoRo?

Asigurarea finanțării din partea autorităților locale și naționale pe termen mediu și pe termen lung este extrem de importantă. Autoritățile publice ar trebui să ofere sprijin echitabil, cel puțin la nivelul standardelor minime de cost, pentru furnizarea de servicii stabilite la nivel național. În plus, existența unui sistem de acreditare și recunoaștere a serviciilor integrate și de finanțare a acestora ar facilita activitatea noastră. 🇷🇺



INTERVIU CU SANDA GLIGU, PREȘEDINTE ASOCIAȚIA ROMÂNĂ DE TERAPII ÎN AUTISM ȘI ADHD – „ARTAADHD”

„NICĂIERI ÎN LUME problema autismului nu este complet rezolvată”

DE ROXANA MATICIUC



Cine este Sanda Gligu?

Sanda Gligu este psiholog cu competențe în psihologie clinică și psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională. Experiența mea în domeniul psihopatologiei copilului și adolescentului începe în 2005. De atunci și până în 2010, am colaborat cu diverse asociații de profil și am constatat că unele „arii de afectare psihologică sau psihocomportamentală” lipseau cu desăvârșire din abordarea instituțiilor respective sau erau atinse insuficient. Multe din asociații tratau autismul, dar acesta are multe comorbidități și netratarea lor îngreunau rata de progres în recuperarea copiilor. Eu mi-am dorit mai mult pentru copiii și tinerii speciali, am dorit să nu-i discriminăm mai mult decât o face diagnosticul grav, iar în 2012 am înființat Asociația Română de Terapii în Autism și ADHD – ARTAADHD pentru a aduce un suflu nou, o completare a serviciilor adresate copiilor și tinerilor speciali. Am investit mult în recuperarea cu ajutorul terapiilor comportamentale și cognitive-comportamentale, zonă neacoperită a căror adresabilitate fiind spre copii cu tulburări comportamentale, tulburări hiperkinetice, tulburări de atenție (vezi ADHD; ADD; ODD) zonă unde post-diagnostic nu se întâmpla nimic. Recuperarea și integrarea socială a unui copil începe cu diagnosticul, dar nu se rezolvă cu

aflarea diagnosticului. Un alt vid pe care eu, din colaborările pe care le-am avut în acel moment ca specialist independent și pe care mi-am dorit ARTAADHD să-l acopere era acela al plajei de diagnostice. Alte asociații se raportau doar la autism și dacă un copil avea sindromul Cornelia de Lange, de exemplu, și ajungea într-un centru, nu era primit pentru că specialiștii nu știau ce moduri/metode/tehnici terapeutice pot să-l ajute. Din păcate, acel copil cu dificultățile de dezvoltare psihologică specifice bolii, care puteau avea sau nu legătură cu autismul, pierdea timp important de recuperare, pierdea timp prețios pentru că nu avea cine să-l ajute cu un plan de intervenție individualizat, pentru a putea recupera acele întârzieri sau tulburări de dezvoltare specifice. Noi în acest moment avem trei fete cu sindromul Cornelia de Lange în centru.

De asemenea, avem copii cu scleroză tuberoasă, diverse tipuri de retard mintal de la ușor la sever, Sindromul Williams, tulburări de învățare și alte multe diagnostice medicale care au asociate întârzierile/tulburările în dezvoltarea psihică și/sau întârzierile de limbaj. Dacă nu ești un bun profesionist sau dacă nu ești o persoană implicată care să ia fiecare diagnostic ca o oportunitate de dezvoltare profesională, e foarte simplu să spui „nu știu”, dar în acel moment riști să condamni viitorul

copilului, iar părintele disperat să alege dintr-o parte în alta fără să găsească soluții, pierzând astfel un timp extrem de prețios în evoluția copilului. Noi ne-am propus să ajutăm fiecare părinte care ni se adresează, să-l consiliem, să oferim servicii de recuperare terapeutică și psihoeucațională adaptate nivelului și specificității diagnosticului fiecăruia. De asemenea, ce facem noi cu ARTAADHD diferit de ce făceau asociațiile în marea lor majoritate până atunci, deși nu mi-am propus să fac un studiu, a fost plaja de vârstă până la care se face terapie cu un copil. Foarte multe centre se limitau/limitează la a face terapie doar până la 6 ani, vârstă la care copiii se îndreaptă spre mediul școlar. Cei mai mulți până la această vârstă nu se recuperează sau nu se recuperează total.

Astfel, mi s-a părut nedrept ca aceia peste 6 ani să nu mai beneficieze de terapie și nici măcar părinții să fie consiliați. În consecință, am decis ca în ARTAADHD vârsta până la care să poată face terapie să fie vârsta până la care copilul/tânărul are nevoie. Acum avem în centrele noastre pacienți cu vârsta cuprinsă între 12 luni și 20 de ani. Anul trecut, am deschis o grupă și pentru tineri, pentru că și aceasta este o provocare și un gol imens pe piața recuperărilor și a serviciilor psihologice, terapii și centre de respiro pentru adolescenți și tineri speciali. Dacă pentru copii nou-diagnosticați găsim centre, mai ales în București, pentru că în țară lucrurile sunt așa cum sunt, în direcția adolescenților și tinerilor nu există mai nimic. Sunt doar câteva asociații care fac la cel mai profesionist nivel terapia cu tinerii. Ei au nevoie de un plan de dezvoltare a abilităților de viață, pentru a le crește gradul de independență. În lipsa unei strategii clare de comportamente și abilități, tot progresul lor/toată investiția părinților, profesioniștilor și, nu în ultimul rând, al/a lor se pierde.

Școlile și liceele speciale nu ne ajută deloc, pentru că din păcate acolo sunt amestecați în aceeași clasă adolescenți cu diagnostice de la cele mai simple până la cele mai complexe și cei cu probleme sociale. Am descoperit că sunt foarte multe școli speciale care înscriu copii



romi în detrimentul copiilor speciali, acei copii romi fiind din medii defavorizate obțin certificat CES; ei au întârzieri de dezvoltare psiho-școlară și psiho-socială pentru că nu sunt bine și la timp stimulați, dar nu au retard sau altă tulburare psihologică gravă. Școlile speciale ar trebui regândite din temelii, acum ele sunt plătite pe numărul de elevi, iar dacă nu ar exista copiii din mediile defavo-

rizate care să completeze numărul (în ultimii ani crește numărul copiilor care se îndreaptă spre școlile de masă și scade numărul copiilor care se înscriu în școlile speciale), fondurile ar fi mult mai mici și ar putea fi închise, iar atunci se ajunge la această struțo-cămilă. Astfel, s-a găsit respectiva metodă, tristă, din păcate pentru societate, de a transforma problemele sociale în probleme medicale.

Din observațiile dumneavoastră, care este tendința în ceea ce privește numărul copiilor cu astfel de nevoi speciale?

Din 2012, de când am deschis porțile Asociației, și până astăzi, din păcate numărul copiilor care se îndreaptă spre noi e din ce în ce mai mare. În momentul acesta, noi avem 97 de copii și tineri cu diverse afecțiuni, de la cele mai grave la ușoare. Trimitem anual la școlile și la grădinițele de masă copiii pe care cu ajutorul programelor de recuperare i-am ajutat să atingă un prag care să le permită integrarea școlară. Anul acesta, am trimis 10 copii la grădiniță, unii au păstrat câteva ore de terapie, alții vin doar pentru terapie logopedică o dată sau de două ori pe săptămână. Ei au fost integrați cu succes cu sau fără shadow (însoțitor, n.a.), cei mai mulți fără shadow, în învățământul de masă.

Deci anual recuperăm un număr de copii care se îndreaptă spre învățământul de masă. Dacă avem un retard ușor sau ADHD care înseamnă hiperactivitate psihomotrică cu sau fără tulburare de atenție sau impulsivitate, copilul nu poate să-și stăpânească anumite comportamente și este nevoie de cineva care să-l ajute să-și redireze comportamentele dezadaptative. În cazul copilului cu autism, chiar dacă se recuperează, din păcate la nivel relațional și social el nu se dezvoltă suficient, noi implementăm anumite gesturi/reguli sociale, dar acestea sunt achiziționate adesea mecanic, el nu înțelege noțiunile de socializare și niciun terapeut din lume nu poate preda toate contextele, și sigur că mai rămân goluri, dar ei se pot pierde în mulțime dacă au doar această problemă încă în lucru. La clasă, el are această problemă: când spune doamna „vă rog să scoateți caietul de matematică”, el adesea nu îl va scoate pentru că așteaptă/ pentru că el nu înțelege că este parte din comunitate/grup, nu face asocierea în mod natural, este nevoie să i se spună nominal și abia atunci va executa. ❗

INTERVIUL COMPLET POATE FI CITIT PE

www.politicidesanatate.ro

Managementul durerii în scleroza multiplă: ce ne lipsește?

DE VALENTINA GRIGORE

➔ Durerea este o constantă în viața bolnavilor cu scleroză multiplă (SM), mai ales a celor cu forma primară progresivă, care reprezintă aproximativ 10% din numărul total de persoane afectate de această boală neurodegenerativă. Din păcate, deși recuperarea fizică ar însemna un ajutor mai mult decât binevenit, în România sunt extrem de puțini specialiști care știu să lucreze cu bolnavii, la fel, centre dedicate. Echipa de management al durerii în scleroza multiplă ar trebui să fie alcătuită din neurolog, kinezoterapeut, masaj și psiholog, spune Simona Tănase, președintele Asociației Învingătorii Sclerozei Multiple.

Cât de mult afectează durerea viața unei persoane cu SM?

Din păcate, persoanele cu scleroza primară progresivă, cum sunt și eu, au dureri mult mai mari, care se agravează dacă sunt neglijate. O altă problemă cu care ne confruntăm este diagnosticarea dificilă a bolii, cunoscută și ca „boala cu o mie de fețe”. Iar cu cât diagnosticarea este mai târzie, cu atât problemele, inclusiv cele cognitive, care nu se văd decât la RMN-ul funcțional, sunt mai mari și durerile mai puternice.

Kinetoterapia poate ajuta în ameliorarea durerilor?

Ne ajută să viețuim. Însă kinezoterapeutul, masajul și psihologul ar trebui să lucreze împreună pentru a găsi cele mai bune soluții de ameliorare a durerii. De asemenea, neurologul este cel care ar trebui să le indice celorlalți specialiști cum trebuie să lucreze cu pacientul cu SM, deoarece recuperarea în această boală este diferită față de altele. Din păcate, nu sunt suficiente cadre medicale specializate. Boala nefiind foarte cunoscută, sunt puțini kinezoterapeuți care aprofundază exerciții tipice pentru SM. Din fericire, avem un manual în limba română privind exercițiile pentru SM, dar nu este întotdeauna suficient.

Există centre dedicate recuperării persoanelor cu SM?

Nu, sunt doar centrele de balneo-fizioterapie, care, oricum, sunt foarte puține. În plus, în spitalele de recuperare din țară ar trebui să existe un specialist pe scleroza multiplă, astfel încât să poată adapta exercițiile.

Când am înființat Asociația, în 2013, principalul scop a fost de a reuși să construim un centru de recuperare cu terapii complementare în scleroza multiplă: hipoterapie, kinezoterapie adaptată fiecărui pacient (20% din recuperare înseamnă exerciții adaptate), psihoterapie de grup și individuală, un anumit tip de hidrokinoterapie, nutriție. Un astfel de centru ar costa 3,5 milioane de euro,

+

INTERVIU CU
SIMONA TĂNASE,
PREȘEDINTE
ASOCIAȚIA
ÎNVIINGĂTORII
SCLEROZEI
MULTIPLE

pe care încercăm să-i strângem din donații. Avem proiectul deja făcut de o echipă de arhitecți dispusă să lucreze pro bono.

În contextul în care această boală nu este foarte cunoscută, cât de importantă este educația medicală?

Acesta este un alt rol pe care ni l-am asumat, de fapt, scopul pentru care există asociațiile de pacienți: acela de educație nu doar a publicului, ci și a cadrelor medicale, în recunoașterea simptomelor acestei boli. Până acum, am distribuit flyere cu informații despre boală și am organizat seminarii în toată țara, în care medicii au stat de vorbă cu persoanele cu SM, dar și cu aparținătorii lor. De asemenea, prin campania „Dansând cu SM” am încercat să arătăm, mai ales celor care nu cunosc boala, cum se manifestă. Este vorba de un dans executat de persoanele cu scleroză multiplă, în care se văd perfect simptomele cu care vine această boală. Ideea a pornit de la instructorul nostru, care a văzut în Anglia genul acesta de terapie executată de pacienți în scaun cu roțile. 🇷🇺

Provocările cele mai dificile. Știința cea mai avansată.

Infruntăm cele mai dificile provocări din domeniul sănătății folosind știința cea mai avansată, acolo unde este cea mai mare nevoie. Misiunea noastră, în calitate de companie biofarmaceutică globală, este să avem un impact remarcabil asupra vieții pacienților.

Este nevoie de noi toți pentru ca milioane de oameni să aibă acces la medicină. Prin urmare, colaborăm cu autorități, instituții academice, grupuri de suport pacienți și programe științifice, pentru a îndeplini acest deziderat. Împreună scriem viitorul medicinei.

abbvie.com

abbvie

People. Passion.
Possibilities.®



Cea de-a 4-a Conferință a Asociației Române de Imuno-Dermatologie

Cea de a 49-a Conferință a Societății de Imunologie din România

30 septembrie - 03 octombrie 2020

Eveniment online

Co-președinți



Conf. univ. dr. Daniel Boda,
Președinte Asociația Română
de Imuno-Dermatologie



Prof. univ. dr. Monica Neagu,
Președinte Societatea
de Imunologie din România

Management logistic și Comunicare

QUINN
The Medical Media

Revista
POLITICI
DE SĂNĂTATE