

# PROVOCĂRI MANAGERIALE ÎN CONTEXTUL TENDINTELOR ȘI MODELELOR ACTUALE ALE BOLILOR PULMONARE



**Interviu cu Conf. Univ. dr. Beatrice MAHLER**  
Manager Institutul de Pneumoftiziologie  
"Marius Nasta"  
București

**Beatrice MAHLER**  
este medic primar pneumolog, conferențiar universitar la UMF Carol Davila,

Catedra Pneumoftiziologie II, Departament Cardio-Toracic IV. A obținut titlul de doctor în științe medicale în 2006, iar din 2007 este membru al corpului academic al Universității de Medicină și Farmacie Carol Davila din București. Activitatea de cercetare vizează mai multe domenii, dintre care amintesc tuberculoză, poluare, infecții respiratorii, cercetări care s-au concretizat în publicarea de articole în reviste cu impact internațional. Cele 59 de articole cotate Web of Science cu un număr de peste 153 citări în Web of Science și indexul Hirsch 8, iar FCIAP este 58,503. A fost membru al echipei de cercetare în 10 cercetări internaționale, membru al echipei în 2 granturi naționale de cercetare, lider de proiect a 2 proiecte internaționale, lider de proiect a 3 proiecte naționale. Contribuția ei la lumea academică internațională se referă și la calitatea recenziilor pe care le are în revistele afiliate DOVE, MDPI și Taylor și Francis, cu 58 peer reviews realizate.

Beatrice Mahler este managerul Institutului de Pneumoftiziologie Marius Nasta (IPMN) din decembrie 2017, fiind implicată activ în proiecte care vizează diagnosticarea și tratamentul bolnavilor de tuberculoză, coordonând proiecte internaționale și naționale în domeniul tuberculozei în cadrul institutului. A participat activ la reuniunile delegației OMS care vizează reformarea rețelei de pneumologie din România, din perspectiva serviciilor medicale, resurselor umane, diagnosticului de laborator și supravegherii epidemiologice. O altă direcție de studiu se referă la poluarea aerului și impactul poluării asupra pacienților cu boli pulmonare și infecții respiratorii.

O altă direcție a activității este legată de comunicarea medic-pacient, concretizată prin publicarea cărții "Comunicarea medic-pacient, în cuvinte și dincolo de ele", la editura Humanitas.

*Reporter: Stimată doamnă doctor, sunteți managerul unui spital de pneumoftiziologie, care este recunoscut ca fiind unul dintre centrele de referință la nivel național.*

*- Ce provocări implică/presupune managementul unui astfel de spital, din punctul de vedere al organizării, planificării, coordonării, conducerii și controlului activității?*

**Beatrice MAHLER:** În acest moment, cele mai mari provocări în gestionarea activității unui spital, sunt ca urmare a subfinanțării cronice, a infrastructurii vechi și a unei legislații parțial ajustate nevoilor actuale ale sistemului de sănătate, situații care produc consecințe directe în managementul pacientului. Lipsa finanțării nu permite investiții suficiente sau respectarea planificării acestora, nu permite acoperirea deficitului de personal și, în final, activitatea medicală are de suferit.

*- Cu ce probleme importante v-ați confruntat de la începutul mandatului dvs. de manager?*

La scurt timp după preluarea mandatului de manager schimbarea regulamentului de sporuri a creat nemulțumiri majore printre angajați, situație urmată de proteste ale cadrelor medicale, care au determinat întreruperea activității în unele secții și laboratoare. Pot spune că nici azi personalul nu consideră obiectivă plata oferită de actuala legislație pentru personalul medical din România, mai ales dacă privim la gradul diferit de asistență în spitalele din diferite județe sau a susținerii pe care unele instituții o au din partea autorităților locale.

*- Ce obstacole considerați că ar trebui depășite pentru a avea rezultatele scontate?*

**BM:** Cred că vorbim despre un proces care vizează mai multe etape, care să abordeze sistemul de sănătate din diferite perspective. Cel mai important punct este reprezentat de resursa umană. Câteva dintre obstacolele care trebuie depășite sunt:

- modul birocratic în care se realizează angajarea, sistem bazat, aproape exclusiv, pe criterii care pun pe primul plan memorarea informației și pe ultimul abilitățile practice,
- durata lungă a procesului de recrutare;
- dreptul de practică pentru angajați în altă structură a spitalului decât cea scoasă la concurs presupune o procedură extrem de stufoasă. Cred că limitarea ar trebui să fie doar din prisma limitelor de competență.

**R:** Spitalul pe care îl coordonați are o veche tradiție în tratarea cu succes a patologiilor pulmonare.

*- Vă rog să enumerați câteva dintre realizările notabile de-a lungul istoriei ale acestui spital.*

**BM:** Pentru că ați pomenit cuvântul istorie, aș menționa primul tratament chirurgical al tuberculozei realizat la pavilionul IV Zerlendi, în anii 30', la aproximativ 20 de ani de la descoperirea metodei în Italia. Un alt moment istoric este realizarea primului screening al tuberculozei în București de către Prof. dr. Marius Nasta, acestea

fiind doar 2 dintre exemplele care îmi trec acum prin minte.

Desigur, dintre personalitățile care au contribuit la dezvoltarea Institutului de Pneumoftiziologie Marius Nasta pot fi enumerați și următorii medici: Prof. Univ. Dr. Stoicescu Paul cu ajutorul căruia a fost marcat punctul de dezvoltare al pneumologiei în România, iar în ultimii ani, Prof. Univ. Dr. Marica Constantin a susținut lupta împotriva tuberculozei, Prof. Univ. Dr. Miron Bogdan a inițiat programul de hipertensiune pulmonară în institut și, nu în ultimul rând, Prof. Univ. Dr. Mihăiță Florin dezvoltă în continuare somnologia și susține lupta împotriva dependenței de tutun.

- Care considerați că este cea mai mare valoare pe care o are Institutul Marius Nasta?

**BM:** Cea mai mare valoare o reprezintă resursa umană, echipa „Marius Nasta”, oameni care, pe lângă empatie, sunt conștienți că performanța se face „împreună” și că educația și autoperfecționarea reprezintă responsabilități individuale care fac echipa puternică.

- Ce puncte slabe și care ar fi punctele tari ale domeniului pneumoftiziologic din România?

**BM:** Aș prefera să mă rezum la 3 puncte slabe, ca exemple esențiale ale momentului:

deficitul de personal;

- structura inadaptată a rețelei medicale, care nu răspunde solicitărilor populației, de exemplu: evaluarea bronhoscopică este extrem de limitată, la fel și specialiștii cu competență în somnologie;
- lipsa compentențelor de supraspecializare pentru asistenții medicali și limitarea excesivă a competențelor acestora, ceea ce face ca medicul să fie supra-solicitat.

Cele 3 puncte tari sunt:

- numărul mare de medici rezidenți în proces de formare, medici care vor aduce schimbarea esențială de care pacientul român are nevoie, oriunde în țara aceasta;
- capacitatea de formare și adaptare a personalului medical în situații de criză. Să nu uităm că personalul din rețeaua de pneumologie a fost în prima linie în perioada pandemiei, fiind alături de colegii din specialitatea de boli infecțioase;
- empatie deosebită față de un pacient stigmatizat de societate, și anume pacientul cu tuberculoză.

**R:** Diversitatea patologiilor, renumele spitalului și renumele echipelor de profesioniști sunt factori determinanți în alegerea făcută de pacienți în a se adresa către spitalul pe care îl coordonați pentru a beneficia de servicii și îngrijiri de calitate.

- Cum gestionați relația cu echipele renumite de profesioniști pe care îi coordonați?

**BM:** Ocup poziția vremelnică de manager de aproape 7 ani, fiind înainte de acest moment medic în cadrul institutului, post la care voi reveni când această etapă va

ajunge la final. Prin urmare, legătura cu colegii mei este aceeași, bazată pe respect, pe colaborare și găsirea de soluțiilor necesare pacienților noștri.

- Care este bazinul de proveniență al pacienților care se adresează spitalului dvs.?

**BM:** Peste 60% dintre pacienții institutului provin din afara Bucureștiului.

- În ce mod s-a schimbat acordarea de îngrijiri pentru pacientul cu afecțiuni pulmonare, în ultimele decenii?

**BM:** Schimbarea este spectaculoasă, așa da un exemplu elocvent și anume, diagnosticul tuberculozei multidrog rezistente poate fi obținut în 2 ore, prin teste rapide și cu o confirmare inclusiv prin cultură în aproximativ 5 săptămâni, proces pentru care în urmă cu 8 ani erau necesare 3 luni.

- În ce măsură au apărut schimbări în modelele de boală, în diagnosticarea și abordarea terapeutică a pacientului cu afecțiuni pulmonare?

**BM:** Schimbarea este semnificativă în toate afecțiunile pulmonare. Astmul sever se poate trata cu terapie biologică, BPOC cu triplă medicație, administrată cu un singur dispozitiv, iar de puțin timp pacienții cu fibroză pulmonară sau fibroză chistică au acces la terapii similare cu cele din țările dezvoltate ale lumii. Un alt pas important care urmează este cel al screeningului de cancer pulmonar, proiect în care IPMN alături de Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) vor realiza cel mai mare proiect de screening european al cancerului pulmonar.

- În ce măsură realizările dobândite sunt aplicate/aplicabile și în context românesc? În acest domeniu specific, este pacientul român tratat la fel ca pacienții din alte țări?

**BM:** La acest moment, problema sistemului românesc de sănătate nu o reprezintă accesul la medicație, ci deficitul de asistență uniformizat, măcar pentru un nivel bazal în toate regiunile țării, ceea ce face ca dreptul la sănătate al cetățenilor să nu fie respectat peste tot. Un alt punct critic este cel al medicinei defensive care începe să devină un fenomen îngrijorător, rezultat din lipsa legislației clare și care afectează direct pacientul, dar și segregarea intraprofesională, ori nu putem vorbi de medicină performantă fără cunoștințe tehnice, juridice și economice.

- Ce provocări viitoare considerați că pot influența modul de organizare și funcționare al activității la nivelul unității sanitare pe care o coordonați?

**BM:** Spitalul este unitatea care, indiferent de situația de criză pe care o traversează statul, trebuie să se adapteze și să ofere asistență oamenilor bolnavi. Adaptarea este o cerință obligatorie pe care personalul medical trebuie să și-o însușească încă din perioada formării, deoarece dezechilibrele pot să apară în situații variate, de la calamități, la război, de la pandemii, la atacuri teroriste.



**R:** Una dintre problemele spinoase care pot afecta siguranța actului medical este reprezentată de apariția infecțiilor asociate actului medical (IAAM). Unitățile medicale, secțiile sau spațiile în care se acordă îngrijiri de sănătate au riscuri variate de apariție, în funcție de specificul activității, dar și de riscul pacienților tratați. Pacienții cu boli maligne pulmonare sunt categorii la risc deoarece sunt mai predispuși la a contacta infecții și de a nu se apăra cu tot arsenalul disponibil.

- Ce măsuri de management ați adoptat în vederea prevenirii apariției IAAM la acești pacienți la risc?

**BM:** Riscul de infecții asociate asistenței medicale este mai mare la pacienții cu imunitate compromisă, dar este prezent la orice persoană internată. Măsurile sunt variate și dincolo de investițiile în infrastructură, este extrem de important să educăm personalul, gesturile simple, igiena mâinilor, curățenia, echipamentul de protecție, sunt doar câteva direcții pe care le abordăm în mod activ, le perfecționăm și le ajustăm de la an la an, prin cursuri de formare pentru personalul din institut. Acest lucru este posibil pentru că personalul din institut a participat la cursuri oferite de World Health Organization (WHO), „train the trainers”, fiind în acest moment trainer pentru 3 cursuri „Igiena mâinilor”, „Basic life support” și „Igiena pacientului imobilizat”.



- Ce măsuri sunt adoptate la nivelul tuturor secțiilor/spitalului în vederea prevenirii apariției IAAM?

**BM:** Adoptarea măsurilor de prevenire a IAAM trebuie să se facă unitar, cu respectarea normelor în vigoare, izolarea cazurilor, curățenia și dezinfecția terminală a saloanelor, după externarea pacienților infectați.

**R:** În calitate de cadru didactic și de manager cu experiență vastă:

- Ce sfaturi le-ați putea oferi tinerilor medici pentru cariera lor viitoare?

**BM:** Am un singur sfat, „să aibă încredere în ei și să respecte pacientul”, pentru că, dacă au reușit să finalizeze facultatea, procesul care începe ulterior presupune o finisare și ajustare a informației, care se realizează pas cu pas, dar nu poate străluci fără încredere în ei și respect față de pacient.

- Care considerați că sunt cele mai mari realizări ale dvs. ca manager al Institutului Marius Nasta?

**BM:** IPMN este un spital cu infrastructură veche care a necesitat și necesită schimbări majore. Pot spune că încă sunt departe de a fi mulțumită cu punctul în care se află investițiile din spital. Totuși 3 categorii sunt semnificative:

1. Schimbarea generației de medici, jumătate dintre ei fiind încadrați în ultimii 5 ani;
2. Anul 2024 a însemnat și finalizarea unor proiecte europene în valoare de 35,5 milioane de euro, cu demararea altora în valoare de peste 20 de milioane de euro, excluzând construcția spitalului Zerlendi, unde, un rol esențial, în acest moment, îl au Primăria Sectorului 4 București și Ministerul Sănătății;
3. Creșterea nivelului de dotare cu aparatură medicală a IPMN, deși trebuie menționat că investiția în dotare reprezintă un proces continuu pentru că aparatura medicală se uzează.

**R:** Dacă considerați că este necesar să răspundeți și la o altă întrebare care nu v-a fost adresată, acum este momentul.

**BM:** Împreună cu Directorul de Îngrijiri, Asist. Med Lic. Daniela Trandafir, Asist. Med. Lic. Daniela Voinea, asist. Mădălina Crețoi și asist. Claudina Dănăilă am pus bazele unei săli de training pentru activități hands-on în IPMN. Astfel sunt posibile cursuri pentru principalele manevre de care are nevoie personalul medical care îngrijește pacientul cu boli pulmonare.

