

Denumirea canalului media: Sănătate Info, www.sanatateinfo.md

Titlul știrii: Adrian Belîi: „Epidemia s-a răspândit mai rapid decât asigurarea suficientă cu echipamente și teste. Scăpat într-un spital neprotejat, virusul va face ravagii, chiar dacă ulterior se vor lua măsuri”

Data publicării: 24.04.2020

Categoria: news

Articol pozitiv/neutru/negativ: pozitiv

Rezumat: Profesorul Adrian Belîi, Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr. 1 „Valeriu Ghereg” a USMF „Nicolae Testemițanu” a descris situația din cadrul Institutului de Medicină Urgentă, pe timp de luptă cu noul tip de coronavirus.

Link: <http://sanatateinfo.md/News/Item/9192>



Sursa Foto: Adrian Belîi, captură video, TV8

Adrian Belîi: „Epidemia s-a răspândit mai rapid decât asigurarea suficientă cu echipamente și teste. Scăpat într-un spital neprotejat, virusul va face ravagii, chiar dacă ulterior se vor lua măsuri”

Adrian Belîi, șeful Departamentului de ATI din cadrul Institutului de Medicină Urgentă, explică dincolo de emoțiile firești aspecte practice în lupta cu Covid-19. Respectiv nu este un interviu doar pentru amatori, ci și pentru specialiști, o descriere din mijlocul acțiunii a ceea ce noi, cei de acasă, putem doar să ne imaginăm.

ABTOP: IRINA PAPUC 24 АПРЕЛЯ, 2020, 11:47

Uneori, mi se întâmplă să uit să respir. Când sunt foarte concentrată sau am emoții îmi dau seama după ritmul cardiac și stare de parcă aș fi sub apă ... că iar n-am respirat. Acest interviu s-ar putea să vă inducă în aceeași stare. Veți „vedea” cu ochii voștri medici prizonieri în echipamente ermetice uzi de transpirație, obosiți, prinși într-o nebunie continuă, într-o luptă cu ceva ce nu se vede, dar cert omoară. Niște oameni care au mai văzut morți, zilnic chiar, dar acum, la final de tură, se întâmplă, firesc uman, să plângă de furie, de disperare și compasiune. Oameni care și-au văzut familiile numai pe un ecran de calculator sau telefon și nu știu cu ce se va termina această zi. Dacă vor fi bine, dacă vor mai putea. Și totuși sunt acolo, să lupte, altă soluție nu-i. Asigurați-vă că nu uitați să respirați și stați acasă.

Domnule doctor, cum arată o zi a șefului Departamentului ATI a unuia dintre cele mai importante spitale din țară și unde, respectiv, vin cei mai gravi pacienți, o instituție strategică către care este ținută atenția întregii țări? Câte ore sunteți la serviciu și când reușiți să vă odihniți?

Ziua este... foarte încărcată. Începe, de obicei, la 7:45, cu raportarea bilanțului de activitate a zilei precedente. Apoi, discuția cu medicii, asistentele, infirmierele care ies din gardă – dacă au fost sau nu probleme, neajunsuri. Dacă sunt comunicate, ne străduim să le rezolvăm. Împreună cu șeful secției, urmează trecerea în revistă a pacienților internați în secția de reanimare (evoluții de stare, date de laborator, tratamente, transferuri, proceduri). În majoritatea cazurilor, situațiile se încadrează în protocolul instituțional provizoriu de tratament, elaborat încă din primele zile de activitate specifică și care este, periodic, actualizat. Cazurile mai complicate se discută în detaliu, cu luarea deciziilor individualizate de tratament. Apreciez mult nivelul înalt de competență al medicilor, care sunt vigilenți la orice știre apărută referitor la conduita pacienților cu COVID-19. O parte semnificativă a zilei ocupă instruirea practică a colegilor din alte secții ale spitalului, care se pregătesc să primească pacienți COVID-19. Activitate administrativă, hârtii, documente, ședințe, comunicare, majoritatea fiind online. Webinare, unde predau, alte webinare, de unde învăț și eu, citirea publicațiilor și articolelor nou-apărute. În a doua jumătate a zilei, trecerea repetată în revistă a stării fiecărui pacient, discuții colegiale cu medicii. Există o dinamică zilnică, semnificativă, a pacienților – număr mare de internări, de transfer pe secții a pacienților cu stare ameliorată. Din păcate, sunt și decese. Pe lângă activitatea spitalicească, există și activitatea universitară, care nu a dispărut nicăieri. Lucrul la calculator (didactic, metodic, educațional) ocupă și el, din ore. O anumită încordare și îngrijorare plutește, totuși, în aer. Nu întotdeauna avem răspunsul dorit la toate întrebările. De la spital plec pe la 20:00, asta de luni și până sâmbătă. Duminică – o vizită scurtă la spital, iar de luni – totul de la început. Lipsa odihnei se compensează, până la o anumită limită, cu doze sporite de cafea și băuturi energizante...

Domnule doctor, ce face Covid-19 cu plămânii oamenilor? Am văzut opinii de la diverși specialiști care spun că așa ceva nu au mai văzut. Nu poate fi asemănat cu epidemia de SARS din 2003 și nici cu orice alte virusuri studiate până acum. Ce îl face atât de periculos?

La pacienții simptomatici, virusul SARS-COV-2 provoacă câteva efecte: 1) leziunea celulară directă, determinată de „explozia” celulelor infectate în momentul eliberării milioanele de copii virale nou-sintetizate; 2) efecte biologice, cauzate de interacțiunea virusului cu receptorul ACE-2, care influențează permeabilitatea capilară, starea endoteliului în toate vasele sanguine și a celulelor alveolare pulmonare; 3) inducerea unui sindrom inflamator generalizat, foarte puternic care, la pacienții ajunși în stare gravă sau critică este numit „furtună citokinică”. Mecanismele proprii de apărare ale organismului, în intenția de a distruge virusul, lezează, secundar, majoritatea țesuturilor. De aici – leziunea pulmonară, renală, intestinală, hepatică etc., cu eliberarea în sânge a conținutului celulelor afectate; 4) virusul induce generarea de radicali liberi (molecule foarte toxice pentru țesuturi), pe baza fierului din hemoglobină, care își reduce, astfel, capacitatea de fixare și transportare a oxigenului; 4) interacțiunea dintre inflamația generalizată și tulburările de coagulare sanguină (așa-numita „tromboinflamație”) induc o stare de hipercoagulare sanguină, cu formarea de microtrombi peste tot în organism, cu predilecție în plămâni. Această trombogeneză practic, nu răspunde la tratamentele anticoagulante. Mecanismele pomenite se derulează altfel decât era cunoscut până acum pe alte modele de boală. Respectiv, tiparele de evoluție a bolii COVID-19, tablourile imagistice, parametrii de laborator ating cote de o severitate extremă, rareori întâlnite în alte boli, de exemplu, în același șoc septic „clasic”.

V-ați mai confruntat cu vreo provocare de o astfel de amploare? La Dvs ajung, de obicei, cei mai gravi pacienți, dar probabil incendiul din ianuarie 2016 se poate apropia de o astfel de amplitudie

Institutul de Medicină Urgentă (IMU) se confruntă în permanență cu o altă epidemie – cea a traumatismului, care afectează, cu predilecție, populația tânără, aptă de muncă. Suntem obișnuiți cu internări în masă după accidente rutiere, tehnogene, explozii, ce produc politraumatisme trașnice. De asemenea, în secția de reanimare a IMU sunt aduși în mod centralizat pacienți cu hemoragie masivă din varicele esofagiene (o complicație frecventă a cirozei hepatice), infecții (bacteriene) severe, numeroase alte stări critice. Anual, doar în secția de reanimare a IMU sunt tratați peste 2000 de pacienți. Bineînțeles, nimeni nu s-a confruntat, anterior, cu o provocare similară virusului SARS-Cov-2.

Primul caz de COVID-19 a fost înregistrat pe data de 7 Martie. Când IMSP IMU a înregistrat primul pacient? Cum s-a schimbat logistic și practic munca Dvs și a echipelor Dvs din momentul internării pacienților cu noul tip de coronavirus? Care sunt primele lucruri pe care a trebuit să le învățați din mers?

Primul pacient cu COVID-19, aflat în stare gravă, a fost internat în secția de reanimare a Institutului de Medicină Urgentă pe 30 martie. Câteva zile mai înainte, au fost plasați în izolatorul Departamentului Primiri Urgențe alte câteva persoane cu suspjecție de infectare cu SARS-Cov-2; cei identificați pozitiv au fost transferați la Spitalul de Boli infecțioase Toma Ciorbă. Posibil, să fi fost și alții mai înainte, dar în lipsa unei testări specifice nu se poate de confirmat faptul. Primele lucruri pe care a trebuit să le învățăm din mers au fost referitor la măsurile necesare de protecție individuală și de limitare a răspândirii infecției, despre căile de transmitere ale virusului. Apoi, foarte rapid – despre diagnosticul imagistic și de laborator al maladiei COVID-19, despre principiile de tratament medicamentos și al suportului respirației. În teremeni foarte restrânși a fost adaptată, pe cât a fost posibil, arhitectura secției la specificul luptei cu agenții infecțioși periculoși, modificate circuitele pacienților și ale lucrătorilor medicali, ale traseelor de asigurare cu toate cele necesare și ale traseelor de evacuare a deșeurilor cu pericol infecțios și celor menajere. A fost modificat esențial graficul și modul de lucru al echipelor medicale (medic, asistentă, infirmieră), care a fost determinat, în special, de durata de toleranță a purtării echipamentului de protecție individuală, de cca 4 ore. Durata aflării în zonele contaminate a fost aleasă în consens colegial, după efectuarea unor teste practice.

Cum este gestionat un caz de Covid-19 de la momentul intrării în spital a pacientului? Ați putea să ne reproduceți traseul? Mă gândesc că ar fi util pentru managerii de spitale care vă vor citi și vor putea astfel prelua bune practici.

Conform reglementărilor, Institutul de Medicină Urgentă primește pacienți aflați în stare gravă, cu infecție confirmată, transferați din alte spitale cu ambulanța (serviciul 112 sau AVIASAN). De asemenea, sunt aduși pacienți cu insuficiență renală cronică, care necesită hemodializă iterativă, dar care sunt COVID-19 pozitivi. Având în vedere interacțiunea deosebit de negativă dintre virusul SARS-Cov-2 și organismul unui pacient afectat de insuficiență renală cronică, pacienții respectivi sunt internați, chiar de la început, în reanimare. Toate internările în secția de reanimare se fac prin intrarea specială, deschisă la unul din capetele blocului, la etajul 1. Pacientul intră prin ecluza formată din 2 uși, după care trece prin coridorul secției, care este considerat zonă contaminată. Din coridor, pacientul este trecut în salon, despărțit de coridor prin sistem semiboxat. Personalul medical vine în secție echipat în EPI din partea opusă, prin sistem similar de ecluză. Transportarea alimentelor, apei, lenjeriei, containerelor de laborator se face, de asemenea, prin circuite separate (circuitul curat, circuitul contaminat). Pentru diagnostic, în secție există un aparat radiografic digital și un ecograf nou-nouț, ambele portabile. După transmiterea informației cu caracter medical, datelor de laborator, investigațiilor imagistice, se prescrie (sau, după caz, se continuă) tratamentul. Pentru ușurarea sarcinii, a fost elaborat un formular ergonomic de prescripție a tratamentului și de monitorizare a stării pacienților, foarte compact, rapid de completat și care reduce la maxim eroarea

Numărul pacienților va fluctua foarte mult cu fiecare zi și, pentru că nu am atins încă un vârf epidemic, vor exista mai mulți pacienți în următoarele săptămâni. Ce capacitate are instituția în acest moment de a trata pacienții critici.

În secția de reanimare, fiecare pat este dotat cu o mașină de ventilare pulmonară artificială, o parte din aparate fiind redistribuite și luate, temporar, din alte instituții. Actualmente, un număr de 44 de pacienți critici este cel maxim, pe care-l poate asista secția de reanimare concomitent. Ceilalți pacienți, considerați gravi, dar cu respirație și oxigenare stabile, sunt internați în secția de chirurgie toracică, care a fost adaptată pentru noile circumstanțe. Au mai fost deschise 2 secții suplimentare, adaptate (secția de chirurgie spinală și cea de neurochirurgie nr. 1). În caz de necesitate extremă, capacitățile pot fi crescute, dar, bineînțeles, până la o anumită limită.

Ce se întâmplă cu un pacient care are nevoie de ventilare mecanică? Ce șanse de supraviețuire mai are?

Un pacient trecut pe ventilare pulmonară artificială este un pacient care manifestă o severitate extremă a bolii. Deoarece durata de ventilare, descrisă în literatură, este cuprinsă între 14 și 21 de zile, nu avem, deocamdată, propria statistică. Datele publicate indică la o rată de mortalitate de cca 80%, în acest caz. Pacienții care ajung la ventilare pulmonară artificială au, de obicei, comorbidități asociate (hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, diabet zaharat, obezitate, bronhopatie obstructivă cronică, insuficiență renală etc). Din păcate, avem și pacienți tineri, fără comorbidități. În plan biologic, pacientul ajuns în stare critică este un eșec al adaptării (al coevoluției) organismului uman la conviețuirea cu un nou virus, care se află în căutarea nișei sale ecologice. În plan medical, se pune problema tratamentului unei boli cu mecanisme necunoscute cu remedii alese empiric.

Poate fi pregătit psihologic, în general, un medic să piardă masiv pacienți? Una dintre cele mai mari provocări ale sistemelor de sănătate este menținerea unei stări psiho-emoționale bune a lucrătorilor medicali, iar experiențele altor state arată că efectele sunt devastatoare. Menționez că îmi doresc, la fel ca și toată lumea, să nu fim nevoiți să asistăm la un scenariu similar Italiei, Spaniei, Franței sau Marii Britanii.

Lucrătorul medical, ca și preotul, trebuie să facă față momentului trecerii în neființă a unei persoane. Totuși, când e vorba de o maladie cu desfășurare rapidă, cu afectarea a mii de pacienți, unde eforturile de a-i salva sunt, în mare parte, ineficiente, pierderea este resimțită mult mai acut. Majoritatea lucrătorilor medicali rămân marcați după gardă, unii mai plâng pe ascuns, din disperare, frustrare, mânie, compasiune...

Aparatele de ventilare moderne au o istorie relativ scurtă în medicină, iar invenția acestora a permis salvarea pacienților cu poliomelită care omora masiv, în special copii. De ce până astăzi multe sisteme de sănătate au neglijat importanța lor și dispun de dotări modeste? A fost de vină profilul epidemiologic de până sau există o altă explicație?

Cel mai mare impact asupra sănătății publice îl au investițiile în medicina primară. Cu resurse comparativ limitate, orientate spre dispensarizare, prevenire, control al bolilor netransmisibile, se ameliorează substanțial calitatea vieții majorității dintre bolnavi. Cota parte a pacienților care ajung pe patul de terapie intensivă este de cca 5-15% din rândul celor spitalizați. Dotarea unui singur pat de terapie intensivă se ridică, cu ușurință, la 200.000 de euro, plus costurile de funcționare. Statul moldovenesc nu dispune de asemenea capacități pentru asigurarea cu dispozitive a tuturor paturilor de terapie intensivă din țară. De exemplu, numărul mașinilor de ventilare pulmonară artificială trebuie să depășească cu cel puțin 20% numărul de paturi, deoarece aparatele trebuie periodic servite, verificate metrologic, dezinfectate – acțiuni care se fac prin scoaterea temporară a dispozitivelor din circuitul medical.

Pacientul din terapie intensivă-reanimare, cât și personalul medical, care-l are în grijă, nu a fost niciodată în centrul atenției. Problemele specialității ATI au fost, cronic, ignorate la toate nivelele. Abordarea unui pacient aflat în stare critică este total diferită decât abordările utilizate de celelalte specialități medicale fundamentale și clinice. Respectiv, majoritatea colegilor (chirurgi, traumatologi, obstetricieni-ginecologi, internişti, pneumologi, infecționiști etc., etc.), dacă nu lucrează cot la cot cu specialistul ATI, nu-i pot percepe modul de gândire, respectiv – nici problemele aferente. Cu atât mai departe ne sunt funcționarii, din acest punct de vedere. În acest context, este extrem de greu de a forma un curent de opinie multidisciplinar, favorabil dezvoltării specialității ATI, cu toate că anume datorită progreselor medico-tehnologice în domeniul anesteziologiei și reanimatologiei au fost atinse noi frontiere în toate celelalte specialități.

Ați vorbit despre echipele care gestionează pacienții cu Covid și care au fost „ansamblate”, dintre oameni care n-au mai lucrat niciodată împreună. Ce înseamnă la modul practic o echipă care gestionează un pacient cu COVID-19?

La modul practic, o echipă (care intră în zona de lucru cu pacienții) este compusă dintr-un medic ATI, 2-3 asistente medicale, 2-3 infirmiere, 1-2 brancardieri, în total – 7-8 persoane, care trebuie înlocuite la fiecare 4 ore. După o pauză de 4 ore, aceeași oameni se întorc la pacienți. În pauza de 4 ore, personalul medical face duș (decontaminare), se rehidratează, documentează cele constatate și efectuate. Cel mai dificil moment este întoarcerea unui pacient critic pe burtă, pentru a fi ventilat în „prone position” (aceasta este modalitatea cea mai eficientă de ventilare a pacienților critici, cu COVID-19). Rotirea lină, sincronă, în jurul axei longitudinale a unui pacient de 120 de kg, în condiții de siguranță, poziționarea lui corectă, necesită mână de lucru numeroasă și suficientă forță musculară. Dar când ai 4...6...10... pacienți similari? Fără un ajutor cu personal medical „importat” din alte secții ale spitalului – asistente și infirmiere, asigurarea unui asemenea regim de muncă nu ar fi fost posibilă. Evident, nu toți au interacționat anterior cu pacienți critici, cu tehnica din dotare, cu principiile de lucru în unitățile de terapie intensivă. Mediul necunoscut, procese de lucru necunoscute e ca și venirea pentru prima dată în orice secție, colectiv „nou”. Pe de asupra, necesitatea de echipare în costume de protecție, care fac dificilă recunoașterea identității colegului. La dimensiunea secției de reanimare, 2 astfel de echipe sunt necesare la fiecare 4 ore... În exterior, lucrează personalul care se ocupă cu logistica. Suplimentar, vine, în caz de necesitate, personalul consultant: medicul internist, chirurg, neurolog etc.

Există suficiente echipe care să le înlocuiască pe cele care se află în ture 24 de ore sau mai mult?

Problema cadrelor este resimțită acut. Mizăm mult pe rezidenții ATI, pe studenții-medici, care ne ajută mult. Mizăm pe evitarea, pe cât posibilă, a infectării colegilor. O parte din personal este ținut în rezervă; el nu contactează cu personalul din reanimare. În caz de îmbolnăvire, înlocuirile se vor face din contul personalului de rezervă. Este foarte important ca acest personal „de rezervă” să fie protejat, prin testări repetate și alocare de echipamente de protecție individuală, atunci când consultă pacienți „non-covid 19”, care ar putea fi în perioadă de incubație.

Ce fac acești oameni după ture? Se duc acasă, dorm în spital? Alte state i-au cazat în hoteluri, unde se pot odihni, pe de o parte, iar pe de alta – își pot proteja familiile fiind la distanță.

O parte din personalul medical și-a trimis copiii, soțiile la țară. Alții sunt cazați, la dorință, în spital, unde o secție a fost alocată, în acest scop. Sunt disponibile și camere de cămin, oferite de USMF „Nicolae Testemițanu”. Mulți dintre noi nu și-au văzut „pe viu” copiii și părinții mai mult de 1 lună, în speranța de a-i putea proteja.

Când estimați că vom atinge un vârf epidemic? Cine sunt pacienții Dvs? Ce vârstă medie au? Au boli concomitente? A existat o îngrijorare majoră privind vârsta medie a pacienților, având în vedere că în Italia vorbim de persoane destul de înaintate și nu putem neglija faptul că acolo speranța la viață este mult mai mare, comparativ cu Republica Moldova. Moldovenii se îmbolnăvesc de la vârste mai precoce și trăiesc mai puțin. Cum se va reflecta acest lucru în statistici?

Vârful epidemic va depinde, mult, de comportamentul populației. Ignorarea măsurilor de carantină, aglomerările, circulația, își va arăta impactul în 2-3 săptămâni după sărbători. Oricum, încă suntem în ascensiune. În Republica Moldova, speranța de viață, comparativ cu populația din Vestul Europei, este semnificativ mai mică. Dar, asta nu înseamnă că un pacient comparativ „mai tânăr” din Moldova are șanse mai mari de supraviețuire în cazul unei evoluții severe a maladiei. Vârsta cronologică nu coincide, neapărat, cu cea biologică. Maladiile concomitente, de cele mai dese ori, aflate în evoluție naturală, de rând cu „viața dulce” și stresul permanent al concetățenilor noștri, ne face mult mai fragili. Statisticile exacte, bazate pe parametri multipli, se vor face retrospectiv.

Nu pot să nu vă întreb despre tratamentul administrat

Persoanele asimptomatice nu necesită niciun tratament. Cei cu simptome minore – de asemenea. Problemele reale încep atunci când apare necesitatea de administrare a oxigenului pentru a susține oxigenarea sângelui la cote suficiente pentru a menține activitatea metabolică aerobă. De aici și până la atingerea unei stări critice nu este decât un pas (în unele cazuri, o agravare extremă se produce în decurs de câteva ore). Deoarece, deocamdată, nu este cunoscut niciun tratament eficient, se încearcă tratamente cu viză multiplă: antivirale, hidroxiclorochină (antimalaric), antiparazitare, anticoagulante, remedii antiinflamatorii, vitamine, antioxidanți, anticitokine... Toate, cu aceeași întrebare – oare funcționează? În caz de suprainfecție bacteriană – bineînțeles, antibiotice. Locul, rolul fiecărui component va fi clarificat în viitorul apropiat. De bază rămâne tratamentul suportiv – oxigenare, poziționare pe burtă, combaterea febrei, alimentare. În cazuri severe – preluarea funcțiilor vitale de către aparate (ventilare pulmonară artificială, hemodializă, oxigenare extracorporală transmembranară)... Dacă ceva nu se regăsește în versiunea actuală a unui protocol provizoriu, se va regăsi, foarte probabil, în cea viitoare.

Toată lumea a stat cu ochii mai întâi pe China, prima țară afectată, apoi pe Italia și Spania. Apoi a venit Coreea de Sud și Germania care ne-au arătat o cu totul altă evoluție și abordare. Toată lumea s-a întrebat de ce Germania are o rată atât de mică de mortalitate. Răspunsuri au fost mai multe – încrederea în guvernare, testarea masivă și buna infrastructură a paturilor de terapie intensivă – până la 40.000, acum. Hans-Georg Kräusslich (University Hospital in Heidelberg) a spus, citez “When I have an early diagnosis and can treat patients early — for example put them on a ventilator before they deteriorate — the chance of survival is much higher”. Ce înseamnă a-i pune pe ventilare înainte ca starea pacientului să se deterioreze? Este un model de preluat?

Abordarea bazată pe o testare masivă a populației (Coreea de Sud, Germania), cu izolarea imediată a persoanelor cu rezultat pozitiv și al cercului de persoane cu care aceasta a contactat, permite preluarea controlului asupra procesului epidemic și evită suprasolicitarea sistemelor medicale. Această etapă a fost scăpată în Moldova. Reluarea parțială a controlului asupra epidemiei cere, deja, măsuri drastice, cu consecințe sociale și economice enorme. Sistemul medical se confruntă, în acest caz, cu consecințele epidemiei, unde paturile disponibile de terapie intensivă se epuizează imediat. În cadrul terapiei intensive, există mai multe tactici de tratament (intervenție), care pot fi aplicate „precoce” sau „amânat” – de exemplu, este vorba de momentul trecerii pacientului la ventilare pulmonară artificială sau de cel al montării canulei traheostomice. Aceste abordări nu sunt dificil de preluat, ele nu necesită investiții suplimentare, ci doar dovada că ele funcționează. Hans-Georg Kräusslich recomandă abordarea precoce. Datele comunicate din SUA indică contrariul...

Ce ne așteaptă în următoarele 3-4 săptămâni? Putem estima o rată de mortalitate, aproape de specificul Republicii Moldova?

Este similar unei prognoze meteo. Ce va fi peste 3-4 săptămâni, de fapt, pot să se expună doar un grup foarte restrâns de specialiști. Idem – cu rata de mortalitate. Oricare ar fi ea, mă tem că sistemul medical nu o va putea influența semnificativ.

Este similar unei prognoze meteo. Ce va fi peste 3-4 săptămâni, de fapt, pot să se expună doar un grup foarte restrâns de specialiști. Idem – cu rata de mortalitate. Oricare ar fi ea, mă tem că sistemul medical nu o va putea influența semnificativ.

Nu pot să nu vă întreb despre infectarea medicilor cu Covid-19, pentru că dacă cineva este pregătit să vorbească despre eroare și greșeală în sistemul spitalicesc, acela sunteți Dumneavoastră. De ce nu putem vorbi despre o greșeală imputabilă lucrătorului medical și, foarte important, de ce orice măsură de pedeapsă (fie și exprimată prin îngrădirea dreptului la stimulente financiare) poate fi o măsură de management destul de dăunătoare?

Într-adevăr, un număr extrem de mare de lucrători medicali s-a infectat, ceea ce reflectă aplicarea unei strategii incorecte din start. Răspândirea epidemiei s-a produs mai rapid decât asigurarea suficientă cu echipament de protecție și cu teste diagnostice. Pe acest fundal, negarea problemei, lipsa unei comunicări transparente pe verticală a condus la continuarea funcționării în regim „normal” al instituțiilor medicale și la întârzierea măsurilor de protecție. Erorile individuale ale lucrătorilor medicali, chiar dacă acestea s-au produs, provin din cele organizaționale și nu explică numărul mare de infecții în rândul lor. Odată scăpat într-un spital neprotejat, virusul va face ravagii, chiar dacă ulterior aceste măsuri vor fi luate. O abordare punitivă doar va agrava problema, deoarece oamenii fie vor părăsi sistemul, fie nu vor fi motivați să-și facă bine treaba.

Cu ce lecții învățate vom ieși după această pandemie de Covid-19, mai mult la nivel macro mă refer? Dar poate aveți și reflecții personale pe care ați vrea să le expuneți, după ce ați văzut, experimentat și...e abia începutul.

Ceea ce învață oamenii din istorie este că nu învață nimic din istorie. Medicina, învățământul și justiția sunt fundamentele prosperității oricărui stat, iar corupția și indiferența distrug totul. Dacă la nivel individual epidemia va modifica percepția personală a unei mase critice a populației, ea va cere și va obține schimbări. Fără o presiune de jos, la nivel macro nu se va schimba nimic, acolo întotdeauna este confortabil. Dacă nu – nu.