

Εθνικό Σχέδιο Δράσης
για την Πρόληψη
των Μεταδοτικών Νοσημάτων
2008 - 2012

δυνα

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

**Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων
2008 - 2012**



Αθήνα 2008

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς

Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης

για τη Δημόσια Υγεία - Επιμέλεια: Έφη Σίμου

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Επιστημονική - Γνωμοδοτική Επιτροπή

Πρόεδρος	Γιάννης Κυριόπουλος , Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Μέλη	Γιάννης Αλαμάνος , Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Εργαστήριο Υγιεινής Γιώργος Αρσένης , Επίκουρος Καθηγητής Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαος Βακάλης , Κοσμήτωρ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Καθηγητής Τομέα Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων Αλκιβιάδης Βατόπουλος , Καθηγητής Μικροβιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Δημολιάτης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Υγιεινής Ιωάννης Ιωαννίδης , Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού , Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Κωνσταντινίδης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Χρήστος Λιονής , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Νίκος Μανιαδάκης , Επίκουρος Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά Παναγιώτης Μπεχράκης , Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας Αναπνοής Πανεπιστημίου Αθηνών Κωνσταντίνος Μπουραντάς , Καθηγητής Αιματολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Ελπίδα Πάβη , Διευθύντρια Σπουδών, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Παπαδημητρίου , Γενικός Διευθυντής Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Αναστασία Ρουμελιώτου , Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Τούντας , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών Χρήστος Χατζηχριστοδούλου , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ευχαριστίες

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναγνωρίζει και ευχαριστεί τους επιστήμονες και εκπροσώπους της Κοινωνίας των Πολιτών, οι οποίοι με ενδιαφέρον και υπευθυνότητα κατέθεσαν τις επιστημονικές τους απόψεις και εμπλούτισαν το σχεδιασμό και το περιεχόμενο του παρόντος σχεδίου με κείμενα, δεδομένα, συστάσεις, διορθώσεις και προτάσεις.

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε τους κ.κ.: **Ι. Πιερουτσάκο**, Πρόεδρο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Θ. Παπαδημητρίου**, Γενικό Διευθυντή ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Ε. Τσάγκρη**, Συντονίστρια Γραφείου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Κέντρων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Α. Οικονομοπούλου**, Ιατρό ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Επίσης, ευχαριστούμε τα μέλη της Επιστημονικής Επιτροπής Φυματίωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.: **Στ. Κωνσταντόπουλο**, Συντονιστή, Καθηγητή Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, **Ε. Μαρίνη**, Αναπληρωτή Συντονιστή, Βιοπαθολόγο, Επίτιμο Διευθυντή Μικροβιολογικού Εργαστηρίου Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», **Λ. Ζέρβα**, Επίκουρη Καθηγήτρια Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών - Γ. Γ. Ν. «Αττικό», **Ν. Σιαφάκα**, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Παν. Κρήτης - Πρόεδρο Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, **Δ. Μπούρο**, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, **Κ. Ζαχαρία**, Αναπληρωτή Διευθυντή Πνευμονολογικής Κλινικής Γ.Ν. Τριπόλεως «Παναρκαδικό», **Γ. Σπάλα**, Πνευμονολόγο - Ιατρό ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Β. Ταμβάκη**, Αναπληρωτή Διευθυντή Αντιφυματικού Ιατρείου Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», **Σ. Καναβάκη**, Βιοπαθολόγο - Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου - Κέντρου Αναφοράς Μικροβακτηριδίων Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», **Κ. Τσινιτήρη**, Διευθυντή Πνευμονολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «401 Γ.Ν.Α.», **Ν. Γιατρομανωλάκη**, Πνευμονολόγο - Υπεύθυνο Ομάδας Εργασίας Φυματίωσης της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, **Δ. Πατάκα**, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπανικολάου», **Μ. Τουμπή**, Πρόεδρο Ελληνικής Ένωσης Κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος, Διευθυντή 6ης Πνευμονολογικής Κλινικής Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», **Γ. Παπουτσάκη**, τέως Γενικό Διευθυντή Δημόσιας Υγείας του Υ.Υ.Κ.Α., **Κ. Κωνσταντίνου**, Διευθυντή Αντιφυματικού Ιατρείου Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», **Μ. Τσόλια**, Υπεύθυνη του Αντιφυματικού Ιατρείου Γ.Ν. Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού».

Τέλος, ευχαριστούμε τους Οικονομολόγους της Υγείας κ.κ. **Α. Μαστρογιαννάκη** και **Μ. Κακούρο**, καθώς και την κα **Δ. Βλαντώνη**, Κοινωνική Ψυχολόγο, για την ουσιαστική τους συμβολή στην εκπόνηση της οικονομοτεχνικής μελέτης.

Περιεχόμενα

Πρόλογος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

σελ. 10

Εισαγωγικό Σημείωμα

σελ. 12

Κεφάλαιο 1ο: Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης

- σελ. 14 1. Τα Μεταδοτικά Νοσήματα στη Δημόσια Υγεία
- σελ. 25 2. Τα Μεταδοτικά Νοσήματα στην Ελλάδα
- σελ. 32 3. Η Στρατηγική και ο Ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στον Έλεγχο των Μεταδοτικών Νοσημάτων
- σελ. 34 4. Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον Έλεγχο των Μεταδοτικών Νοσημάτων
- σελ. 38 5. Μέτρα και Πολιτικές για την Προστασία από τα Μεταδοτικά Νοσήματα
- σελ. 47 6. Η Ελληνική Νομοθεσία για την Προστασία της Δημόσιας Υγείας
- σελ. 50 7. Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και Εθνικοί Οργανισμοί για τα Μεταδοτικά Νοσήματα στην Ελλάδα
- σελ. 66 8. SWOT Ανάλυση

Κεφάλαιο 2ο: Στρατηγικός Σχεδιασμός

- σελ. 68 1. Όραμα
- σελ. 68 2. Αποστολή
- σελ. 68 3. Αξίες
- σελ. 69 4. Στρατηγικοί Στόχοι
- σελ. 70 5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων
- σελ. 74 6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Κεφάλαιο 3ο: Άξονες του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

- σελ. 76 1ος Άξονας: Αναδιοργάνωση Υπηρεσιών
- σελ. 88 2ος Άξονας: Μέτρα και Προγράμματα

Κεφάλαιο 4ο: Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση

- σελ. 98 1. Διαδικασία Υλοποίησης
- σελ. 100 2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Παράρτημα

σελ. 102

Βιβλιογραφία

σελ. 152

Πρόλογος

Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για τις ευρωπαϊκές κοινωνίες του 21ου αιώνα, είναι κεκτημένο ο στρατηγικός σχεδιασμός της πολιτικής να προηγείται των θεσμικών και νομοθετικών παρεμβάσεων. Με την πρακτική αυτή, τα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη εξασφαλίζουν την ενσωμάτωση των θέσεων της Κοινωνίας των Πολιτών στην επίσημη πολιτική, κατοχυρώνουν τη διασύνδεση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την υλοποίηση προγραμματικών στόχων, διασφαλίζουν τη γρήγορη εφαρμογή της νομοθεσίας και εγγυώνται τη δημιουργία απλών και διάφανων διαδικασιών.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012 είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται στη χώρα μας για να αποκτήσουμε στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Αποτελεί μια από τις βασικές προγραμματικές μας δεσμεύσεις και αναπτύσσει εξειδικευμένες και κοστολογημένες δράσεις, για όλους τους κρίσιμους παράγοντες κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία.

Με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία βάζουμε τέρμα στην αποσπασματική και άναρχη ανάπτυξη των υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας και ανοίγουμε ένα νέο κεφάλαιο στην εξέλιξη του ελληνικού κοινωνικού κράτους.

Αποκτούμε αξιόπιστα ερευνητικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τη Δημόσια Υγεία στον τόπο μας, γεγονός που μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στη σχεδιασμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Τοποθετούμε την πρόληψη στο επίκεντρο της λειτουργίας του κοινωνικού μας κράτους, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο που έχει η υπεύθυνη και συνεχής ενημέρωση των πολιτών για ζητήματα υγείας.

Θεμελιώνουμε ρεαλιστικούς ποιοτικούς και ποσοτικούς στόχους, με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο τη συνέχεια στην υλοποίηση της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία.

Δημιουργούμε νέες δομές και υπηρεσίες, καλύπτοντας χρόνια ελλείμματα στη δομή του δημοσίου συστήματος υγείας και κατοχυρώνοντας βασικά ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα.

Εξασφαλίζουμε την εξοικονόμηση πόρων στην υλοποίηση της πολιτικής μας, αίροντας την πρακτική του δημιουργικού αυτοσχεδιασμού, πετυχαίνοντας την οριζόντια συνεργασία μεταξύ των υπεύθυνων φορέων του κράτους και κερδίζοντας πολύτιμους οικονομικούς πόρους από εξειδικευμένα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Καθιστούμε την επιστημονική κοινότητα και τον εθελοντικό τομέα πολύτιμους συνεργάτες στη χάραξη και στην υλοποίηση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία, ενώ εξασφαλίζουμε τις συνθήκες που επιτρέπουν την οργανωμένη αξιοποίηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

Σε μία εποχή που σηματοδοτείται από ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και από νέες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία διαμορφώνει τις αναγκαίες προγραμματικές και χρηματοδοτικές προϋποθέσεις για να αποκτήσει η χώρα μας ένα ισχυρό δίκτυο υγειονομικής προστασίας και ασφάλειας.

Για να αποκτήσει η Ελλάδα ανθρωποκεντρική και σύγχρονη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Δημήτρης Λ. Αβραμόπουλος



Εισαγωγικό Σημείωμα

Στην Ευρώπη, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, ο συστηματικός εμβολιασμός και η εφαρμογή πολλών και διαφορετικών προληπτικών μέτρων, είχε ως αποτέλεσμα την αποτελεσματική καταπολέμηση των μεταδοτικών νοσημάτων και τη σημαντική μείωση του ποσοστού θνησιμότητας και νοσηρότητας που οφείλεται σε αυτά τα νοσήματα.

Όμως η εύκολη και ταχεία μετακίνηση πληθυσμών, η μη εξάλειψη ορισμένων μεταδοτικών νοσημάτων, η επανεμφάνιση άλλων που είχαν εκριζωθεί και η εμφάνιση νέων, υποδεικνύει και επιβάλλει την ανάγκη συνεχούς επαγρύπνησης και επιτήρησης των μεταδοτικών νοσημάτων.

Ο αποτελεσματικός έλεγχος των μεταδοτικών νόσων στηρίζεται στην αποτελεσματική και συνεχή επιτήρηση. Ένα σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης που λειτουργεί ικανοποιητικά σε εθνικό επίπεδο είναι απαραίτητο για τη λήψη μέτρων για τον έλεγχο των λοιμώξεων, που αποτελούν προτεραιότητα και είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του μηχανισμού λήψης αποφάσεων σε όλες τις χώρες. Πλήρη και αξιόπιστα εθνικά συστήματα θα αποτελέσουν τη βάση για ένα αποτελεσματικό διακρατικό, τοπικό και, στη συνέχεια, παγκόσμιο δίκτυο για την επιτήρηση και τον έλεγχο των μεταδοτικών νόσων. Η ανάπτυξη και ενδυνάμωση των εθνικών συστημάτων επιτήρησης απαιτεί μια ουσιαστική και μακρόχρονη δέσμευση ανθρώπινου δυναμικού και πόρων, που συνήθως ξεκινά με μια συστηματική εκτίμηση των δραστηριοτήτων του εθνικού συστήματος επιτήρησης.

Προς αυτή την κατεύθυνση έχει σχεδιαστεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων, το οποίο στοχεύει:

- Στην ανάπτυξη και επέκταση των συστημάτων επιτήρησης και καταγραφής των λοιμωδών κρουσμάτων, για τη συλλογή έγκαιρης και έγκυρης πληροφορίας, με σκοπό την άμεση παρέμβαση και πρόληψη των επιδημιών.
- Στη συστηματική παρακολούθηση των διαχρονικών τάσεων ανά μεταδοτικό νόσημα.
- Στη συστηματική παρακολούθηση των γεωγραφικών διαφοροποιήσεων ανά μεταδοτικό νόσημα.
- Στην επαγρύπνηση για την ανάδυση νέων νοσημάτων.
- Στην ανίχνευση ομάδων του πληθυσμού, που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο.

- Στην τακτική αξιολόγηση και επαναπροσδιορισμό των συστημάτων επιτήρησης και επιδημιολογικής παρακολούθησης, ώστε να ανταποκρίνονται στα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα.

Το παρόν Σχέδιο Δράσης εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα 15 Σχέδια Δράσης: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υγείας.

Το σύνολο των προτεινόμενων δράσεων του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία προϋπολογίζεται σε συνάρτηση με όλες τις δράσεις των επιμέρους Σχεδίων, που αφορούν στην προώθηση και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, με στόχο την άρση των αλληλοεπικαλύψεων και τη δημιουργία ενός οριζόντιου και ολιστικού προϋπολογισμού για τη Δημόσια Υγεία. Συνοπτικός προϋπολογισμός δράσεων του παρόντος Σχεδίου Δράσης, συμπεριλαμβάνεται στο Κεφάλαιο 4 του παρόντος. Ο αναλυτικός προϋπολογισμός των δράσεων δημοσιοποιείται σε ξεχωριστό τεύχος, το οποίο αποτελεί την οικονομοτεχνική μελέτη του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και το οποίο περιγράφει αναλυτικά το κόστος των δράσεων και την πηγή χρηματοδότησής τους.

Αλέξης Ζορμπάς
Συντονιστής Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης



I. Τα Μεταδοτικά Νοσήματα στη Δημόσια Υγεία

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων αποτελεί βασική συνιστώσα της διαδικασίας για την προάσπιση και την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας. Δεν πρέπει άλλωστε να ξεχνάμε ότι κατά το παρελθόν και για μακρές περιόδους στην ιστορία της ανθρωπότητας, τα μεταδοτικά νοσήματα αποτελούσαν το μεγαλύτερο κίνδυνο που απειλούσε την ανθρώπινη ζωή.

Εξετάζοντας τις εξελίξεις στην υγεία των πληθυσμών παγκοσμίως, μπορούμε να πούμε ότι μιλάμε για τρεις βασικές περιόδους:

- Η περίοδος της πείνας και της μάστιγας των λοιμωδών¹ νόσων (Μεσαίωνας).
- Η περίοδος της επανεμφάνισης επιδημιών λοιμωδών νόσων (18ος αιώνας, η οποία φαίνεται να διήρκησε μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα, με τελευταία μεγάλη πανδημία εκείνη της γρίπης του 1918 - 1920).
- Η περίοδος των χρόνιων και μη μεταδιδόμενων νόσων (1945 - σήμερα).

Παρ' όλα αυτά, τα μεταδοτικά (ή λοιμώδη) νοσήματα εξακολουθούν να θέτουν σε κίνδυνο τη Δημόσια Υγεία. Τα τελευταία 25 χρόνια διαψεύστηκε η αισιοδοξία που επικρατούσε διεθνώς στις αρχές της δεκαετίας του 1970 -στην επιστημονική κοινότητα, αλλά και στην κοινή γνώμη- ότι «η ανθρωπότητα τελείωσε με τα λοιμώδη νοσήματα», αφού νέα νοσήματα εμφανίζονται, ενώ άλλα, που είχαν περιθωριοποιηθεί, επανέρχονται στο προσκήνιο με νέα χαρακτηριστικά (Παναγιωτόπουλος 2004). Η παγκοσμιοποίηση και ο τρόπος οργάνωσης των σύγχρονων κοινωνιών (αστυφιλία, μετακινήσεις πληθυσμών, βιομηχανοποίηση κ.ά.) δημιούργησαν νέα δεδομένα στην επιδημιολογία των λοιμωδών νοσημάτων τα οποία πλέον θεωρούνται ότι δεν έχουν σύνορα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) κ.ά. Στην εποχή μας, η εμφάνιση κρουσμάτων μεταδοτικού νοσήματος σε μια χώρα μπορεί να μεταβληθεί τάχιστα σε κατάσταση επείγουσας ανάγκης για τη Δημόσια Υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Επιπλέον, η σύγχρονη κοινωνία έχει να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο από ηθελημένη απελευθέρωση μικροοργανισμών στο πλαίσιο βιοτρομοκρατικών ενεργειών. Έτσι, αρκετοί μελετητές της Δημόσιας Υγείας θεωρούν ότι άρχισε μια τέταρτη περίοδος μετάβασης εξαιτίας της επανεμφάνισης παλαιών και της εμφάνισης νέων λοιμωδών νόσων σε συνδυασμό με

¹Στο σύνολο του κειμένου οι όροι «μεταδοτικά» και «λοιμώδη» νοσήματα χρησιμοποιούνται χωρίς διαφοροποίηση.

την κυριαρχία των χρόνιων και μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (Κρεμαστινού 2007).

I.1 Κατηγοριοποίηση των Μεταδοτικών Νοσημάτων

Για την κατηγοριοποίηση των μεταδοτικών νοσημάτων έχουν προταθεί διάφορα κριτήρια, με το πλέον διαδεδομένο να είναι εκείνο που αφορά στον τρόπο μετάδοσής τους (Ξηρός 2004). Στις περισσότερες περιπτώσεις για τη μετάδοση του νοσήματος απαιτείται: η ανθρώπινη επαφή, όπως για παράδειγμα συμβαίνει με την καθημερινή κοινωνική επαφή (διφθερίτιδα, γρίπη, ιλαρά, παρωτίτιδα και άλλα νοσήματα, τα οποία είναι μεν ενεργά, αλλά η εμφάνισή τους ως δυνάμει επιδημικών έχει καταστεί μάλλον ελεγχόμενη) ή η σεξουαλική επαφή (σύφιλη, γονόρροια, χλαμυδία, AIDS). Άλλα νοσήματα μπορεί να μεταδίδονται μέσω της διατροφικής αλυσίδας, δηλαδή μέσω του νερού ή της τροφής (άνθρακας, αλλαντίαση, λεπτοσπείρωση και άλλα νοσήματα) ή και μέσω του αέρα (λεγεονέλλωση, μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος, λοίμωξη από πνευμονιόκοκο, φυματίωση), ενώ άλλα μπορούν να μεταδίδονται από τα ζώα στον άνθρωπο (βρουκέλλωση, εχινόκοκκος, λύσσα, πυρετός Q κ.λπ.). Εκτός αυτών, ξεχωριστή κατηγορία μεταδοτικών νοσημάτων αποτελούν εκείνα τα οποία προλαμβάνονται με εμβολιασμό, αφού πρόκειται για ασθένειες που μπορούμε με σιγουριά πλέον να ισχυριστούμε ότι είναι ελεγχόμενες και μπορούν να προληφθούν. Τέλος, σημαντική κατηγορία αποτελούν τα νοσήματα που μεταδίδονται εντός νοσοκομείου ή σε άλλους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, και τα νοσήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της αυξανόμενης αντοχής των μικροβίων στα αντιβιοτικά (λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης φαρμάκων και για άλλες αιτίες).

Στον Πίνακα I που ακολουθεί, βλέπουμε τα συχνότερα παρατηρούμενα μεταδοτικά νοσήματα, όπως αυτά καταγράφονται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης των Νόσων².

²Για περισσότερες πληροφορίες βλ.: www.ecdc.eu.

Πίνακας Ι: Συχνότερα Μεταδοτικά Νοσήματα.

Μεταδοτικά Νοσήματα που εμπίπτουν στο Σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση	
Κατηγορία	Νόσημα
Μικροβιακή αντοχή και νοσήματα που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας	Μικροβιακή Αντοχή
	Νοσοκομειακές Λοιμώξεις
Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και ιογενή νοσήματα μεταδιδόμενα μέσω του αίματος	HIV/AIDS
	Χλαμύδια
	Γονόρροια
	Σύφιλη
	Ηπατίτιδα Β
	Ηπατίτιδα C
Αερογενώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα	Γρίπη
	Γρίπη των Πτηνών
	Φυματίωση
	Νόσος των Λεγεωνάριων
	SARS (Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο)
Νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό	Λοίμωξη από Πνευμονιόκοκκο
	Λοίμωξη από Μηνιγγιτιδόκοκκο
	Λοίμωξη από αιμόφιλο ινφλουέντσας b
	Κοκίτης
	Διφθερίτιδα
	Τέτανος
	Ιλαρά
	Παρωτίτιδα
	Ερυθρά
	Πολιομυελίτιδα
	Ευλογιά

Μεταδοτικά Νοσήματα που εμπίπτουν στο Σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση	
Κατηγορία	Νόσημα
Τροφιμογενή – Υδατογενή Νοσήματα (που μεταδίδονται μέσω της διατροφικής αλυσίδας)	Λοίμωξη από Καμπυλοβακτηρίδιο
	Σαλμονέλλωση
	Τυφοειδής/ Παρατυφοειδής Πυρετός
	Σιγκέλλωση
	Λοίμωξη από Escherichia coli
	Γερσινίωση
	Λιστερίωση
	Βρουκέλλωση
	Αλλαντίαση
	Χολέρα
	Ηπατίτιδα Α
	Giardiasis
	Κρυπτοσποριδίαση
	Εχινοκοκκίαση
	Τριχινίαση
	Μεταδοτική Σπογγώδης Εγκεφαλοπάθεια
	Τοξοπλάσμωση
Νοσήματα που προέρχονται από τα ζώα ή έχουν άλλη περιβαλλοντική προέλευση	Τουλαραιμία
	Πυρετός Q
	Λεπτοσπείρωση
	Άνθρακας
	Λύσσα
	Ελονοσία
	Ιογενείς Αιμορραγικοί Πυρετοί (VHF)
	Κίτρινος Πυρετός
Πανούκλα	

Πηγή: ECDC 2007.

1.2 Επιδημιολογικά Δεδομένα

Τόσο η νοσηρότητα, όσο και η θνησιμότητα, που προκαλούνται από μεταδοτικά νοσήματα, μειώθηκαν σημαντικά τα τελευταία πενήντα χρόνια (Κρεμαστινού 2007). Παρά τη γενικότερη βελτίωση όμως των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού και τη χορήγηση αντιβιοτικών ή άλλων φαρμάκων, τα μεταδοτικά νοσήματα εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας και ιδιαίτερα σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, όπου η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής είναι περίπου η μισή απ' ό,τι στις ανεπτυγμένες χώρες.

Στις ανεπτυγμένες χώρες, τα περισσότερα σοβαρά λοιμώδη νοσήματα έχουν πρακτικά εξαλειφθεί, ενώ άλλα, όπως η φυματίωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ακόμα συχνά. Σε ευρεία κλίμακα παρατηρούνται και άλλα λιγότερο σοβαρά, αλλά με πιθανές επιπλοκές νοσήματα, όπως το κοινό κρυολόγημα, η στρεπτοκοκκική κυνάγχη κ.ά. Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. δύο εκ των δέκα πρώτων αιτίων θανάτου είναι λοιμώδη νοσήματα (AIDS και πνευμονίες/ γρίπη). Το Center of Diseases Control ανακοίνωσε ότι περίπου 160.000 Αμερικανοί πεθαίνουν κάθε χρόνο από κάποιο μεταδοτικό νόσημα, ως υποκείμενη αιτία θανάτου, και ότι τα μεταδοτικά νοσήματα καλύπτουν το 25% των ιατρικών επισκέψεων κάθε χρόνο (Κρεμαστινού 2007).

Στην Ευρώπη, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης των Νόσων, αν και ο έλεγχος των μεταδοτικών νοσημάτων παραμένει σε ικανοποιητικό επίπεδο, υπάρχουν ακόμη δράσεις που κρίνονται αναγκαίες για τη μείωση της επίπτωσής τους στην κοινωνία και στη Δημόσια Υγεία. Τα δεδομένα από τα οποία αντλούνται αυτά τα αποτελέσματα υστερούν από άποψη πληρότητας και η διαπίστωση αυτή, καταδεικνύει την αναγκαιότητα περαιτέρω ανάπτυξης των συστημάτων επιδημιολογικής επιτήρησης, αφού παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις στα διάφορα κράτη-μέλη. Για ορισμένα νοσήματα καταγράφεται σημαντικότερη μείωση της συχνότητας εμφάνισής τους και εντοπίζονται πλέον μόνο σε συγκεκριμένες ομάδες υψηλού κινδύνου. Τα νοσήματα αυτά θα μπορούσαν με στοχευμένες δράσεις (εμβολιασμός, άλλα μέτρα ελέγχου) να εκριζωθούν τελείως από την ευρωπαϊκή ήπειρο (ECDC 2007). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι Ευρωπαίοι πολίτες, όπου και αν ζουν ή εάν ταξιδεύουν (εντός Ε.Ε.) είναι προστατευμένοι από τις αντίστοιχες ασθένειες. Η συντονισμένη δράση μεταξύ των εταίρων μπορεί να αποφέρει εξαιρετικά αποτελέσματα, και αυτό αποδεικνύεται από την πρόσφατη αναγνώριση του Π.Ο.Υ. για την οριστική απαλλαγή της Ευρώπης από την πολιομειλίτιδα, με επόμενο στόχο την ιλαρά.

Στον Πίνακα 2 παρατίθενται στοιχεία για 49 νοσήματα που εμπίπτουν στο σύστημα υποχρεωτικής επιτήρησης νοσημάτων στην Ευρώπη. Τα συγκεκριμένα στοιχεία, μας επιτρέπουν να αντλήσουμε χρήσιμα συμπεράσματα για την πορεία των μεταδοτικών νοσημάτων στην Ευρώπη, όπως για παράδειγμα:

- Από τα 49 νοσήματα, τα 22 εμφανίζουν διπλασιασμό και τριπλασιασμό στις τάσεις δεκαετίας (ανά εκατομμύριο πληθυσμού), ενώ άλλα 22 εμφανίζονται σταθερά.
- Τρία στα έξι νοσήματα με τα περισσότερα αναφερθέντα κρούσματα ανήκουν στην ομάδα νοσημάτων με σταθερές τάσεις εμφάνισής τους μέσα στη δεκαετία.
- 14 από τα προαναφερθέντα 22 νοσήματα πλήττουν κυρίως τις νεαρές ηλικίες (κάτω των 24 ετών), γεγονός που υποδεικνύει ότι απαιτείται επικέντρωση των δράσεων σε στοχευμένες ενέργειες σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες, ώστε να προστατευθεί η υγεία των μελλοντικών γενεών.
- Τα περισσότερα νοσήματα (εκτός ίσως από τη φυματίωση και τη λεγεωνέλλωση) προσβάλλουν τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό.

Πίνακας 2: Νοσήματα που Εμπίπτουν στο Σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης στην Ευρώπη.

Ασθένεια	Γενικές τάσεις δεκαετίας	Περιστατικά στην Ε.Ε. ανά 100.000 (2005)	Κύριες ηλικιακές ομάδες που προσβλήθηκαν (2005)	Σπουδαιότερες απειλές που εντοπίστηκαν (2005)
Μικροβιακή αντοχή και νοσήματα που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας				
Antimicrobial Resistance (AMR)	↑	Μη εφαρμόσιμη	Απουσία δεδομένων	0
Νοσοκομειακές Λοιμώξεις	Απουσία δεδομένων	Μη εφαρμόσιμη	Απουσία δεδομένων	0
HIV, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ιογενείς λοιμώξεις μεταδιδόμενες μέσω του αίματος				
HIV	↑	6,6	20 - 29	0
AIDS	↓	1,5	30 - 39	0
Χλαμύδια	↑	99,4	15 - 24	0
Γονόρροια	↔	9,5	15 - 24	0
Σύφιλη	↔	3,5	25 - 44	0
Ηπατίτιδα Β	↓	1,5	25 - 44	1
Ηπατίτιδα C	↑	8,6	25 - 44	0
Αερογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα				
Γρίπη	↔	Απουσία δεδομένων	0 - 14	1
Γρίπη των πτηνών	↑	0	Μη εφαρμόσιμη	1
Φυματίωση	↓	13	65+	1
Νόσος των Λεγεωναρίων	↑	1,1	65+	6
SARS	Μη εφαρμόσιμη	0	Μη εφαρμόσιμη	0

Νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό				
Λοίμωξη από Πνευμονόκοκκο	↔	5,8	0 - 4, 65+	0
Λοίμωξη από Μηνιγγιτιδόκοκκο	↓	1,2	0 - 4	2
Λοιμώξεις με Haemophilus των πτηνών ομάδας B	↓	0,3	0 - 4	0
Κοκίτης	↓	4,2	0 - 4, 5 - 14	0
Διφθερίτιδα	↓	<0,1	0 - 4	0
Τέτανος	↓	<0,1	65+	0
Ιλαρά	↓	0,3	0 - 4	3
Παρωτίτιδα	↓	17,7	5 - 14, 0 - 4	0
Ερυθρά	↓	0,5	0 - 4	0
Πολιομελίτιδα	↓	0	0	4
Τροφιμογενή – υδατογενή νοσήματα (που μεταδίδονται μέσω της διατροφικής αλυσίδας)				
Καμπυλοβακτηρίωση	↑	45,1	0 - 4	0
Σαλμονέλλωση	↓	39	0 - 4	13
Τυφοειδής/ παρατυφοειδής πυρετός	↓	0,3	0 - 4	1
Σιγκέλλωση	↓	1,8	0 - 4	0
Λοίμωξη από Escherichia coli	↑	1,2	0 - 4	6
Γερσινίαση	↔	2,2	0 - 4	0
Λιστερίωση	↑	0,3	65+	1
Βρουκέλλωση	↓	0,3	45 - 64, 25 - 44	2
Βοτυλίαση	↔	<0,1	45 - 64, 25 - 44	1
Χολέρα	↓	<0,1	15 - 24	6
Ηπατίτιδα Α	↓	1,7	5 - 14	3
Giardiasis	↔	5,2	0 - 4	0
Κρυπτοσποριδίωση	↓	2,8	0 - 4	0
Εχινοκοκκίαση	↓	<0,1	65+	0
Τριχινίαση	↓	<0,1	5 - 14, 45 - 64	0
Μεταδοτική Σπογγώδης Εγκεφαλοπάθεια	↔	<0,1	Απουσία δεδομένων	2
Τοξοπλάσμωση	↓	0,8	5 - 14	0

Νοσήματα που προέρχονται από τα ζώα ή έχουν άλλη περιβαλλοντική προέλευση				
Τουλαραιμία	↔	0,1	45 - 64	0
Πυρετός Q (Q Fever)	↔	0,3	45 - 64, 25 - 44	0
Λεπτοσπείρωση	↔	0,2	45 - 64	0
Άνθρακας	↔	<0,1	No data	1
Λύσσα	↓	<0,1	45 - 64	2
Ελονοσία	↓	1,1	25 - 44	0
Ιογενείς Αιμορραγικοί Πυρετοί (VHF)	Μη εφαρμόσιμη	Μη εφαρμόσιμη	Μη εφαρμόσιμη	7
Κίτρινος Πυρετός	↓	0	0	2
Πανούκλα	↓	0	0	0

Πηγή: ECDC 2007.

1.3 Τα Σημαντικότερα Μεταδοτικά Νοσήματα Σήμερα

Με βάση τις προαναφερθείσες γενικές τάσεις δεκαετίας και άλλους παράγοντες (όπως ο αντίκτυπος στη Δημόσια Υγεία και οι αναδυόμενοι κίνδυνοι) μπορούμε να συνοψίσουμε ότι τα σημαντικότερα μεταδοτικά νοσήματα που συνιστούν κίνδυνο για την Ευρώπη είναι τα ακόλουθα:

1.3.1 Λοιμώξεις λόγω μικροβιακής αντοχής

Η μεγαλύτερη απειλή λοίμωξης αυτή τη στιγμή στην Ευρώπη ανικνεύεται στους μικροοργανισμούς που έχουν καταστεί ανθεκτικοί στα αντιβιοτικά. Αυτές οι λοιμώξεις γίνονται ολοένα συχνότερες, τόσο στα νοσοκομεία, όσο και μέσα στην κοινότητα. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο περίπου 3 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ε.Ε. νοσούν από νοσοκομειακή λοίμωξη, εκ των οποίων περίπου 50.000 πεθαίνουν. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πρόβλημα της μικροβιακής αντοχής και των λοιμώξεων στους χώρους παροχής υγείας αναφέρονται στο εξειδικευμένο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων στους Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο αποτελεί μέρος του συνολικού σχεδιασμού για τη Δημόσια Υγεία.

1.3.2 HIV/AIDS

Η επιδημία του AIDS αποτελεί από τα τέλη της δεκαετίας του '80 ένα από τα κυριότερα θέματα Δημόσιας Υγείας. Στις 23 από τις 25 χώρες (δεν υπάρχουν στοιχεία για την Ιταλία και την Ισπανία στο ECDC), διαγνώστηκαν το 2004 περίπου 24.000 νέες περιπτώσεις μόλυνσης με τον ιό του AIDS, με συχνότητα 68 ατόμων ανά εκατομμύριο πληθυσμού, και με αύξηση κατά 56% από το 2001. Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS έως τις 31/10/2007 που δηλώθηκαν στην Ελλάδα, ανέρχεται σε 2.829. Από αυτά τα περιστατικά τα 2.392 αφορούν σε άνδρες σε ποσοστό 84,6%, ενώ τα 437 σε γυναίκες (15,4%).

Περισσότερες πληροφορίες, επιδημιολογικά στοιχεία, καθώς και τη στρατηγική δράσης που θα ακολουθήσει η χώρα μας για την πενταετία 2008 - 2012 αναφέρονται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS, που εντάσσεται στο πλαίσιο του Στρατηγικού Σχεδιασμού για τη Δημόσια Υγεία.

1.3.3 Γονόρροια

Στις περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Νότιας Ευρώπης τα επίπεδα της νόσου είναι πτωτικά, ενώ στη Μεγάλη Βρετανία, στο Βέλγιο και στη Σουηδία, παρουσιάζεται αύξηση της επίπτωσης της νόσου από το 1996 - 1997 και μετά.

Το 2005 η συνολική επίπτωση της νόσου εκτιμάται στις 9,5 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Η αύξηση που παρατηρείται στην επίπτωση της νόσου σε χώρες με υψηλό βιοτικό και υγειονομικό επίπεδο (όπως στη Μεγάλη Βρετανία) αντανακλά πιθανώς ευρύτερες αλλαγές στη συμπεριφορά των νέων ανθρώπων, τόσο σε σχέση με την προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (π.χ. μικρά ποσοστά χρήσης προφυλακτικού λόγω μείωσης του φόβου θανάτου από AIDS μετά την εφαρμογή αποτελεσματικότερων αντιρετροϊκών θεραπειών), όσο και σε τροποποίηση διάφορων κοινωνικών στοιχείων (π.χ. αύξηση της μετανάστευσης από χώρες της Βαλτικής -με υψηλά εν γένει επίπεδα επίπτωσης γονόρροιας- σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης), γεγονός που πρέπει να προβληματίσει τις νέες πολιτικές υγείας στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης.

1.3.4 Ηπατίτιδα Β - Ηπατίτιδα C

Η ηπατίτιδα Β μεταδίδεται αιματογενώς, με τη σεξουαλική επαφή και κατά την περιγεννητική περίοδο, ενώ για το 1/3 των περιπτώσεων ο τρόπος μετάδοσης παραμένει άγνωστος. Η συχνότητα της λοίμωξης ποικίλλει ευρέως σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές, ενώ οι περισσότερες λοιμώξεις συμβαίνουν σε έφηβους και ανήλικους συγκεκριμένων ομάδων κινδύνου (ομοφυλόφιλοι, χρήστες ναρκωτικών ενδοφλεβίως κ.ά.). Στους ενήλικους, η κλινικά έκδηλη λοίμωξη είναι συχνή ενώ ο επιπολασμός της χρόνιας λοίμωξης μικρός (1 - 4%) (Χριστάκης & Λεγάκης 2002).

Η ηπατίτιδα C φαίνεται ότι έχει μεγαλύτερο επιπολασμό συγκριτικά με την ηπατίτιδα Β, δεδομένου ότι αναφέρονται σε παγκόσμια κλίμακα περισσότερες από ένα εκατομμύριο νέες περιπτώσεις ετησίως. Ο HCV μεταδίδεται κυρίως με την παρεντερική οδό. Ο επιπολασμός σε εθελοντές αιμοδότες είναι στην Ελλάδα 2,5% και στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών ενδοφλεβίως >80% (ο.π. σελ. 413).

1.3.5 Γρίπη

Παρ' όλο που στην καθημερινή γλώσσα ο όρος «γρίπη» χρησιμοποιείται συνήθως ως συνώνυμο του «κρυολογήματος» ή της «ίωσης», η γρίπη είναι νόσημα που προκαλείται συγκεκριμένα από τους ιούς Α, Β και C της γρίπης και αποτελεί μια αρκετά σοβαρότερη λοίμωξη από το κοινό κρυολόγημα, γιατί ενέχει κινδύνους σοβαρών επιπλοκών.

Στον Πίνακα 3 παρατίθενται τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του κοινού κρυολογήματος και της ιογενούς γρίπης:

Πίνακας 3: Βασικά Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα Κρυολογήματος και Ιογενούς Γρίπης.

Συμπτώματα	Κοινό κρυολόγημα	Γρίπη
Πυρετός	Σπάνια στους ενήλικες και στα μεγαλύτερα παιδιά - υψηλός (έως και 39° C) στα βρέφη και στα μικρά παιδιά	Συνήθως υψηλός πυρετός, από 38,5° C μέχρι και 40° C, που συνήθως διαρκεί 3 - 4 ημέρες
Πονοκέφαλος	Σπάνια υπάρχει	Απότομη έναρξη Μπορεί να είναι έντονος
Μυϊκοί πόνοι	Μέτριας βαρύτητας	Συνήθως έντονοι
Αίσθημα κόπωσης	Μέτριας βαρύτητας	Συχνά έντονο Μπορεί να διαρκέσει δύο ή και περισσότερες εβδομάδες
Έντονη εξάντληση	Όχι	Αιφνίδια έναρξη Μπορεί να είναι πολύ έντονη
Καταρροή	Συχνά	Μερικές φορές
Φτάρνισμα	Συχνά	Μερικές φορές
Πονόλαιμος	Συχνά	Μερικές φορές
Βήχας	Μέτριας βαρύτητας παροξυσμικός βήχας	Συνήθως έντονος βήχας

Πηγή: www.keelpno.gr.

1.3.6 Φυματίωση

Η επανεμφάνιση της φυματίωσης αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα για τη Δημόσια Υγεία διεθνώς. Καμία χώρα δεν είναι ελεύθερη από τη φυματίωση, η οποία φθάνει να είναι ενδημική στις περισσότερες φτωχές χώρες του κόσμου. Το 1/3 του πληθυσμού της γης έχει μολυνθεί χωρίς να παρουσιάζει συμπτώματα, αλλά 5 - 10% θα αναπτύξουν νόσο κατά την διάρκεια της ζωής τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει εκτιμήσει ότι το 2004 υπήρχαν σχεδόν 20.000.000 περιπτώσεις φυματίωσης (9.000.000 νέες περιπτώσεις) και 2.000.000 θάνατοι (Ε.Π.Ε.Φ. 2007).

Περίπου 60.000 νέα περιστατικά φυματίωσης αναφέρθηκαν στην Ευρώπη το 2005, με ιδιαίτερα υψηλό επιπολασμό μεταξύ των πλέον ευάλωτων πληθυσμών, όπως είναι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, οι άστεγοι και οι φορείς του ιού HIV. Εξάλλου, έχουν αναφερθεί στην Ευρώπη και ιδιαίτερα στις βαλτικές χώρες, περιστατικά φυματίωσης ιδιαίτερα ανθεκτικής στα φάρμακα, που είναι σχεδόν αδύνατο να θεραπευθεί (ECDC 2007). Το τεράστιο πρόβλημα της φυματίωσης στην Ανατολική Ευρώπη, και ειδικότερα ο εφιάλτης πιθανής ανίατης φυματίωσης κινητοποίησε ολόκληρη την Ευρώπη. Σε πρόσφατη συνάντησή τους οι Υπουργοί Υγείας κήρυξαν τη φυματίωση «επείγον τοπικό πρόβλημα για την Ευρώπη» και ζήτησαν την πολύ μεγάλη αύξηση κονδυλίων για την αντιμετώπισή της ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του «Global Plan to Stop Tb 2006 - 2015». Κύριοι στόχοι του σχεδίου αυτού είναι ο περιορισμός στο μισό της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από φυματίωση ως το 2015 και η εκρίζωση της νόσου ως το 2050 σε παγκόσμια κλίμακα (Ε.Π.Ε.Φ. 2007 - Παράρτημα Ι).

1.3.7 Λοίμωξη από πνευμονιόκοκο και μηνιγγιτιδόκοκο

Οι πνευμονιόκοκοι αποτελούν την κύρια αιτία μικροβιακής λοίμωξης των αναπνευστικών οδών, όπως η πνευμονία, η οξεία ωτίτιδα και η ιγμορίτιδα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, παραμένοντας μία σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες. Οι νεότερες και οι γηραιότερες ηλικιακές ομάδες είναι οι πιο εκτεθειμένες σε πνευμονιοκοκκικές μολύνσεις, όπως η σηψαιμία, η μηνιγγίτιδα και η πνευμονία. Η γενική τάση των τελευταίων 10 χρόνων υπήρξε σταθερή στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, με εξαίρεση τη Δανία (μειώθηκε) και το Ηνωμένο Βασίλειο, το Βέλγιο, τη Σλοβακία και τη Γαλλία (αυξήθηκε). Το 2005, 19.665 μολύνσεις καταγράφηκαν σε 19 χώρες. Τα ποσοστά περιπτώσεων είναι υψηλότερα σε ηλικίες άνω των 65 και παιδιά κάτω των 4 ετών.

Η μηνιγγιτιδοκοκκική λοίμωξη προσβάλλει συχνότερα τα παιδιά και τους νέους ενήλικες, με σοβαρή κλινική εικόνα που μπορεί να οδηγήσει σε μηνιγγίτιδα και σηψαιμία. Από το 1999, οι χώρες που είχαν αντιμετωπίσει παλιότερα αρκετά περιστατικά, όπως η Ισλανδία και η Ιρλανδία, παρουσιάζουν μία διατηρήσιμη μείωση, πιθανώς λόγω της εισαγωγής των εμβολίων στον πληθυσμό υψηλού κινδύνου. Στις άλλες χώρες, τα καταγεγραμμένα περιστατικά κυμάνθηκαν με σταθερές τάσεις ή ακόμα και μικρή μείωση μετά την εισαγωγή του εμβολίου. Εξετάζοντας την εποχικότητα, συγκεκριμένα το 2005, τα περιστατικά ήταν πολύ χαμηλότερα κατά τη διάρκεια της καλοκαιρινής περιόδου, με αποκορύφωση τον Μάρτιο (ECDC 2007).

1.3.8 Τέτανος

Λόγω του αντιτετανικού εμβολιασμού, η νόσος πλέον είναι σχετικά σπάνια στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ είναι συχνότερη σε γεωργικές και οικονομικά υποβαθμισμένες περιοχές. Η θνητότητα από τον τέτανο είναι υψηλή και κυμαίνεται από 10 έως 90%, αλλά πλέον προλαμβάνεται πλήρως χάρη στον εμβολιασμό. Η τάση εμφάνισης του τετάνου είναι πτωτική την τελευταία δεκαετία σε όλη την Ευρώπη, με συχνότητα εμφάνισης μικρότερη του 0,2 ανά 100.000 του πληθυσμού.

1.3.9 Ιλαρά

Η συχνότητα εμφάνισης της ιλαράς στην Ευρώπη έχει μειωθεί δραματικά την τελευταία δεκαετία, πιθανόν λόγω της πολιτικής εμβολιασμού δύο δόσεων στις περισσότερες χώρες. Το 2005 καταγράφηκαν 1.291 κρούσματα σε 26 χώρες, με πάνω από 50% εξ αυτών στη Γερμανία. Στην Ελλάδα αναφέρθηκαν 31 κρούσματα. Το υψηλότερο ποσοστό περιστατικών καταγράφηκε στην ηλικιακή ομάδα 0 - 4 χρονών (3,09 στα 100.000) και ακολουθούν τα παιδιά ηλικίας 5 - 14 (1,62 στα 100.000) με το ποσοστό να πέφτει ραγδαία στις επόμενες ηλικιακές ομάδες. Η εξάλειψη της ιλαράς μέχρι το 2010 αποτελεί σημαντικό μέρος του στρατηγικού σχεδίου ιλαράς του Π.Ο.Υ.

1.3.10 Σαλμονέλλωση

Η συχνότητα των σαλμονελλώσεων μειώνεται σταδιακά στη Ευρώπη από το 1995 και μετά. Ωστόσο, το 2004 σημειώθηκαν τοπικές επιδημίες σε ορισμένες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, ανεβάζοντας τη συχνότητα εμφάνισης των κρουσμάτων κατά 5% (Κύπρος, Τσεχία, Ελλάδα, Δανία και Λιθουανία). Η συνολική συχνότητα εμφάνισης της νόσου το 2005 για την Ευρώπη ήταν 39,01 περιστατικά ανά 100.000 του πληθυσμού, με το 27% εξ αυτών να εκδηλώνονται σε μωρά ηλικίας 0 - 4 ετών (ECDC 2007). Τα στοιχεία για την εποχικότητα της σαλμονέλλωσης δείχνουν αύξηση των κρουσμάτων με την αύξηση της θερμοκρασίας, με αποκορύφωση στα τέλη καλοκαιριού, ενώ με την έλευση του φθινοπώρου ο αριθμός τους σταδιακά μειώνεται.

Δεδομένου ότι δεν υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη των σαλμονελλώσεων, οι κύριες κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι μέτρα Δημόσιας Υγείας που αποσκοπούν στην αποφυγή της μετάδοσης. Η παστερίωση του γάλακτος και η κλωρίωση του νερού αποτελούν μέτρα υψηλής αποτελεσματικότητας. Άλλα μέτρα αφορούν στη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής στις φάρμες

εκτροφής ζώων και στα σφαγεία, στη βελτίωση των διαδικασιών συγκομιδής και συσκευασίας των λαχανικών και των φρούτων και στην εκπαίδευση των εργαζομένων στη βιομηχανία τροφίμων, όσον αφορά στις αρχές ασφάλειας των τροφίμων.

1.3.11 Βρουκέλλωση

Η βρουκέλλωση (ή μελιταίος πυρετός) απαντάται παγκοσμίως, αλλά συχνότερα σε χώρες που δεν διαθέτουν αποτελεσματικά και προτυποποιημένα προγράμματα Δημόσιας Υγείας και προστασίας της υγείας των ζώων. Στις περιοχές υψηλού κινδύνου ανήκει και η Ελλάδα. Δεν υπάρχει εμβόλιο και η πρόληψη της μόλυνσης μπορεί να γίνει με την αποφυγή κατανάλωσης μη παστεριωμένου γάλακτος και τυριών.

Προγράμματα εκρίζωσης της βρουκέλλας έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία στη Μεγάλη Βρετανία και στις Σκανδιναβικές χώρες, όπου εφαρμόστηκαν μέτρα ελέγχου βασισμένα στη συνεργασία κτηνιατρικών και υγειονομικών υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, το τμήμα Ζωοανθρωπονόσων της Διεύθυνσης Κτηνιατρικής του Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, εφαρμόζει εθνικό πρόγραμμα εκρίζωσης της βρουκέλλωσης από το 1977. Ένα από τα προβλήματα που έχουν εντοπιστεί κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος είναι η παράνομη εισαγωγή μολυσμένων ζώων από την Αλβανία και τη Βουλγαρία. Οι οικονομικές επιπτώσεις από τη βρουκέλλωση είναι τεράστιες. Το ετήσιο κόστος για τους ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας υπολογίζεται περί το ενάμισι εκατομμύριο Ευρώ.

1.3.12 Εχινοκοκκίαση

Τα περιστατικά εχινοκοκκίασης στην Ευρώπη έχουν μειωθεί σχεδόν στο μισό την τελευταία δεκαετία, με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της λοίμωξης να παρατηρείται στην Ισπανία ακολουθούμενη από την Ελλάδα (ECDC 2007). Παρ' όλα αυτά, ο πραγματικός αριθμός των περιστατικών ενδέχεται να είναι μεγαλύτερος από τα αναφερόμενα εξαιτίας της μακράς περιόδου ασυμπτωματικής εικόνας που παρουσιάζει η εχινοκοκκίαση, γεγονός που εξηγεί εν μέρει και τον μεγαλύτερο επιπολασμό της λοίμωξης σε ηλικιωμένα άτομα.

2. Τα Μεταδοτικά Νοσήματα στην Ελλάδα

Τόσο η νοσηρότητα, όσο και η θνησιμότητα των λοιμωδών νοσημάτων, μειώθηκαν σημαντικά τα τελευταία πενήντα χρόνια, όπως είδαμε και νωρίτερα. Εντούτοις, παρά τη γενικότερη βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού και τη χρήση εξελιγμένων αντιβιοτικών και άλλων φαρμάκων, παλαιές μορφές λοιμωδών νοσημάτων που αναδύονται ξανά, αλλά και νεοεμφανιζόμενα νοσήματα, εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ανεπτυγμένες χώρες. Μάλιστα, σε συνδυασμό με την επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων που σε μεγάλο ποσοστό οφείλονται σε τροποποιήσιμους παράγοντες (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα), μιλάμε πλέον για ένα μεταβατικό μοντέλο στη Δημόσια Υγεία, το οποίο δεν έχει προσδιοριστεί πλήρως (Κρεμαστινού 2007).

Στην Ελλάδα, η μετάβαση του επιδημιολογικού νοσολογικού προτύπου με τη μείωση των μεταδοτικών νοσημάτων, παρατηρείται ήδη από το δεύτερο ήμισυ του περασμένου αιώνα. Το 1950 εκδίδεται το βασικό διάταγμα της 3ης - 9ης Νοεμβρίου, με το οποίο καταγράφεται το σύνολο των θεωρούμενων τότε «επιδημικών νοσημάτων» και καθορίζονται σε γενικές γραμμές οι διαδικασίες για την πρόληψη και τη δήλωσή τους (Γπαπαδημητρίου 2004). Η Ελλάδα, ακολουθώντας την πορεία των ανεπτυγμένων χωρών, έχει πετύχει σημαντική πρόοδο στον έλεγχο και περιορισμό πολλών λοιμωδών νοσημάτων. Στο γεγονός αυτό συντέλεσε η ανοσοποίηση του πληθυσμού μέσω μαζικών εμβολιασμών, η εισαγωγή νέων αντιβιοτικών, οι συνεχείς βελτιώσεις στη διατροφή και στις συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης

και η επιτήρηση των μεταδοτικών νοσημάτων. Παραδείγματα αποτελούν η εκρίζωση της ευλογιάς, της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας του τετάνου και ο περιορισμός της φυματίωσης.

Στους παράγοντες που ευθύνονται για την επανεμφάνιση παλαιών μεταδοτικών νοσημάτων συμπεριλαμβάνονται:

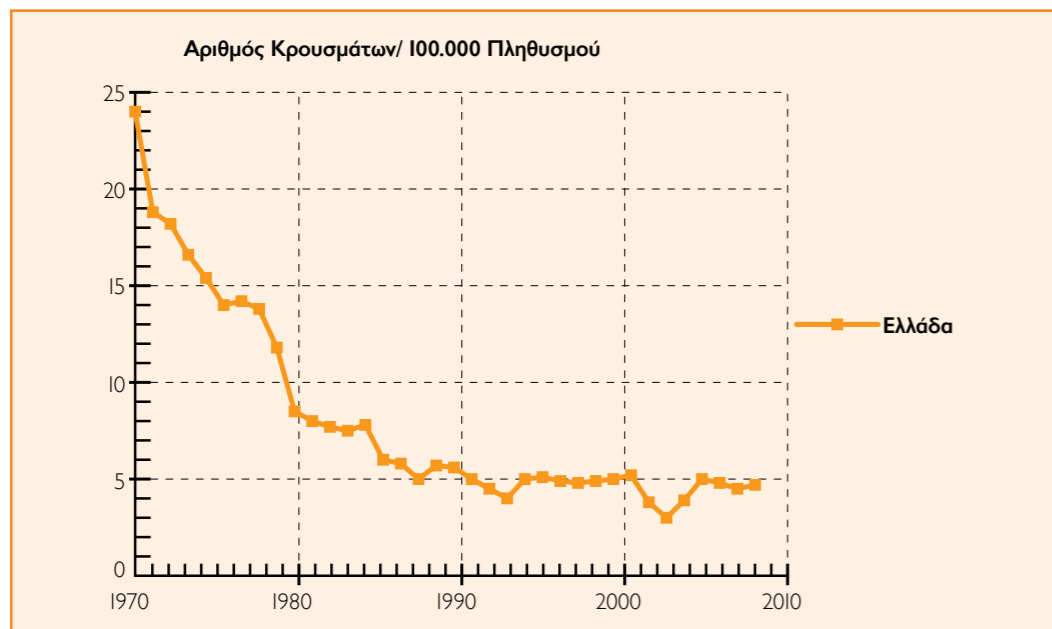
- Η μαζική και γρήγορη μετακίνηση του πληθυσμού με αερομεταφορές,
- Η μη ελεγχόμενη είσοδος μεταναστών και υπηκόων τρίτων χωρών στη χώρα μας.
- Η ανάπτυξη ανθεκτικότητας αρκετών μικροβίων στα αντιβιοτικά λόγω κατάχρησης των τελευταίων.
- Τα λάθη στη στρατηγική κατά την εφαρμογή ευρέων προγραμμάτων εμβολιασμών, όπως εφησυχασμός και έλλειψη επιδημιολογικής εποπτείας στις υπηρεσίες υγείας μετά την αρχική ραγδαία μείωση των κρουσμάτων. Η ανεπαρκής καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού - στόχου, η παρατηρούμενη αδυναμία προσπέλασης μειονοτικών ομάδων (π.χ. αθίγγανοι), η λανθασμένη επιλογή σχημάτων εμβολιασμών κ.λπ. (Λάγγας 2002).
- Η απουσία εκτεταμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) του πληθυσμού για νοσήματα, όπως η φυματίωση.

2.1 Επιδημιολογικά Δεδομένα

Στη δεκαετία του 1950 τα κρούσματα μεταδοτικών νοσημάτων ήταν περίπου 400.000/έτος. Το 2006 δηλώθηκαν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων περίπου 2.000 κρούσματα (Κρεμαστινού 2007).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. (Health for All Database) από το 1970 έως σήμερα καταγράφεται σταθερή πτώση στην επίπτωση των μεταδοτικών νοσημάτων στην Ελλάδα.

Γράφημα 1: Μεταδοτικά Νοσήματα στην Ελλάδα, Αριθμός Κρουσμάτων/ 100.000 Πληθυσμού.



Πηγή: WHO, HFA database.

Παρ' όλα αυτά, δεν πρέπει να υποτιμούμε την επανεμφάνιση παλαιών νοσημάτων που εκδηλώνονται στις μέρες μας, προβληματίζοντας τους υπευθύνους εκπόνησης στρατηγικών για τη διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας. Τα συχνότερα μεταδοτικά νοσήματα κατά τα έτη 2005 - 2006 στην Ελλάδα ήταν η βρουκέλλωση, οι σαλμονελλώσεις, η φυματίωση και η ιλαρά³ (Κρεμαστινού 2007).

Μολονότι στα περισσότερα μεταδοτικά νοσήματα παρατηρείται σημαντική μείωση της συχνότητας εκδήλωσης, ο αριθμός των περιπτώσεων νοσηλείας σε νοσοκομεία αυξάνεται, τόσο εξαιτίας της εκδήλωσης νέων μεταδοτικών νοσημάτων ή νέων επιδημιών, όσο και εξαιτίας της αύξησης του βαθμού επαγρύπνησης του πληθυσμού και των υγειονομικών υπηρεσιών.

Γράφημα 2: Περιπτώσεις Νοσηλείας Λόγω Μεταδοτικών Νοσημάτων στην Ελλάδα ανά 100.000 Πληθυσμού.



Πηγή: WHO, HFA database.

Η βελτιωμένη κατάσταση, όσον αφορά στην επίπτωση των μεταδοτικών νοσημάτων, απεικονίζεται στον Πίνακα 4 που ακολουθεί, όπου και παρατίθενται στοιχεία για τα κυριότερα μεταδοτικά νοσήματα στην Ελλάδα με βάση στοιχεία του ECDC (ECDC 2007).

³Με την αναφορά στα νοσήματα αυτά, σαφώς δεν υποτιμούμε τη σημαντικότερη επίπτωση της λοίμωξης με HIV στη χώρα μας και των λοιμώξεων λόγω μικροβιακής αντοχής και σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα στοιχεία αυτά αναλύονται στα ειδικά τεύχη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το HIV/AIDS και του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας αντίστοιχα.

Πίνακας 4: Εμφάνιση των Κυριότερων Μεταδοτικών Νοσημάτων στην Ελλάδα: Επίπτωση ανά 100.000 Άτομα του Πληθυσμού.

Νόσημα	Επίπτωση/ 100.000 πληθυσμού
Άνθρακας	<0,1
Βρουκέλλωση	1,1
Χολέρα	0
Μεταδοτικές Σπογγώδεις Εγκεφαλοπάθειες (CJD)	0
Εχινokokκίαση	<0,1
Εντεροαιμορραγική Λοίμωξη E.coli /VTEC	—
Λοίμωξη από Αιμόφιλο Ινφλουέντσας b	<0,1
Ηπατίτιδα Α	1,4
Ηπατίτιδα Β	0,8
Ηπατίτιδα C	0,1
Λοίμωξη HIV	5
Νόσος των Λεγεωναρίων	0,2
Λεπτοσπείρωση	0
Λιστερίωση	<0,1
Ελονοσία	0,2
Ιλαρά	0,3
Μηνιγγίτιδα	1,7
Παρωτίτιδα	<0,1
Κοκίτης	<0,1
Πυρετός Q (Q Fever)	<0,1
Λύσσα	0
Ερυθρά	0
Σαλμονέλλωση	9,4
Σιγκέλλωση	0,2
Σύφιλη	0
Τέτανος	<0,1
Τοξοπλάσμωση	0
Φυματίωση	6,9
Τυφοειδής/ Παρατυφοειδής Πυρετός	0,2

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα, οι ασθένειες που προλαμβάνονται μέσω εμβολιασμού φαίνεται να έχουν περιοριστεί σε πολύ μεγάλο βαθμό. Τα περισσότερα νοσήματα παρουσιάζουν επίπτωση μικρότερη ή ίση των 0,3 περιστατικών ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού. Εξαιρέση αποτελούν η βρουκέλλωση (1,1/ 100.000), η μηνιγγίτιδα (1,7/ 100.000), η φυματίωση (6,9/ 100.000), οι ηπατίτιδες Α (1,4/ 100.000) και Β (0,8/ 100.000) και η σαλμονέλλωση (9,4/ 100.000).

Η κατάσταση όσον αφορά στα μεταδοτικά νοσήματα με τη μεγαλύτερη επίπτωση για την Ελλάδα έχει ως εξής:

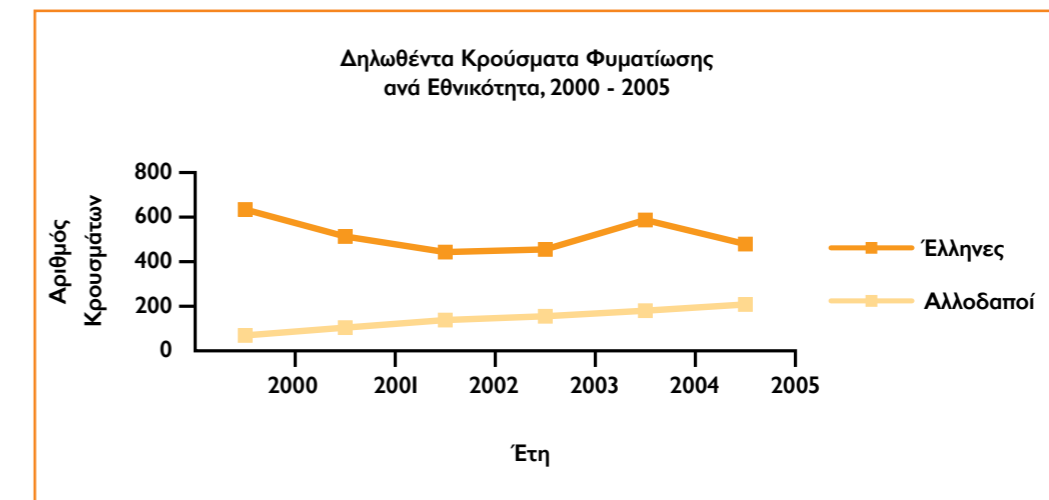
2.1.1 Φυματίωση

Στην Ελλάδα, αν και ο «Αντιφυματικός Αγώνας» καθιερώθηκε με το Νόμο 4053 του 1960, δεν υπήρξε ποτέ συστηματική επίβλεψη εφαρμογής του, ούτε ικανοποιητική επιτήρηση της νόσου και των μέτρων ελέγχου.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. η ετήσια επίπτωση της νόσου για το 2004 ήταν 7/ 100.000 πληθυσμού ενώ για το 2005 κυμάνθηκε στο 6,8/ 100.000 πληθυσμού. Από αυτά 242 ήταν νέα κρούσματα αλλοδαπών, ήτοι 32,4% (Ε.Π.Ε.Φ. 2007 - Παράρτημα).

Με δεδομένη τη σοβαρή υποδήλωση της νόσου, η μειωτική αλλά κυμαινόμενη πορεία της φυματίωσης τα τελευταία χρόνια, η ανισοκατανομή της νόσου κατά μεγάλες γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας, η αυξανόμενη συμμετοχή των αλλοδαπών στη νόσο και η μέτρια αλλά σταθερή αντοχή στα φάρμακα, είναι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της νόσου για τη χώρα μας.

Γράφημα 3: Επίπτωση της Φυματίωσης στην Ελλάδα σε Έλληνες και Αλλοδαπούς.



Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

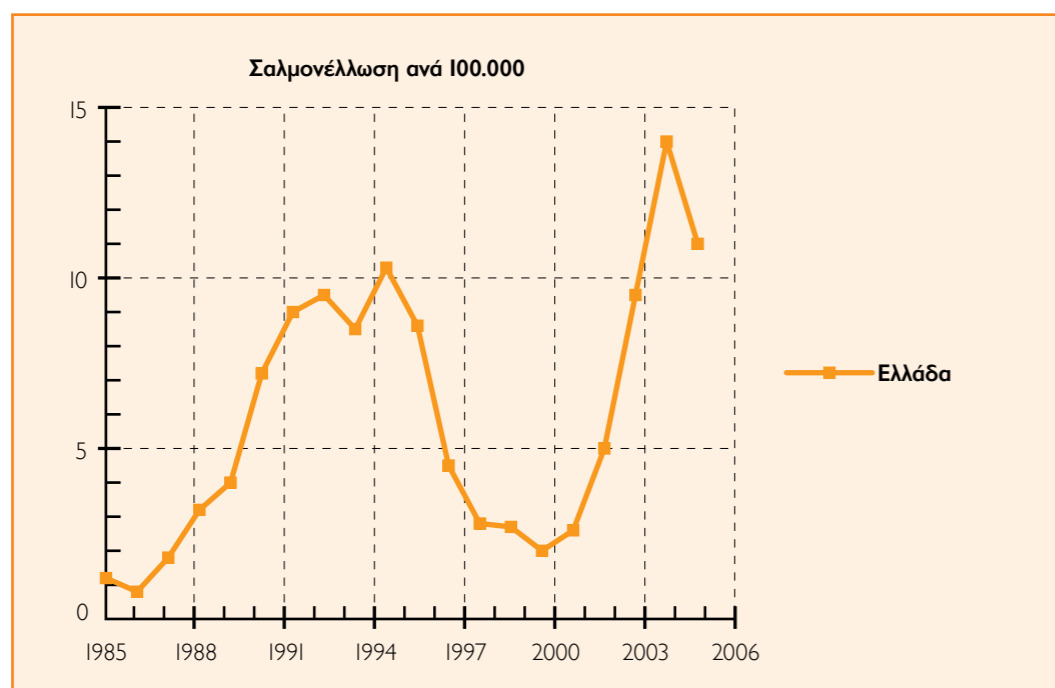
Η Επιστημονική Επιτροπή Φυματίωσης εκτίμησε την κατάσταση της νόσου στην Ελλάδα σήμερα και θεωρεί πως υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις και προβλήματα, που δεν καθιστούν δυνατή την επίτευξη των στόχων του Π.Ο.Υ. για τον έλεγχο και την εκρίζωση της φυματίωσης. Τα προβλήματα συνοψίζονται: α) στην έλλειψη νομοθετικού πλαισίου, β) στη συστηματική υποδήλωση της νόσου [ο Π.Ο.Υ. δε δέχεται στα επίσημα έγγραφα του αυτό που δηλώνουν οι Ελληνικές Υγειονομικές Αρχές (7 νέες περιπτώσεις/ 100.000/ έτος) και θεωρεί ως πραγματικό αριθμό τα 19 περιστατικά ανά 100.000 του πληθυσμού για το 2004], γ) στην αποδιοργάνωση, στον αποσυντονισμό και στη σύγχυση στόχων και φορέων του αντιφυματικού αγώνα. Για να προωθήσει τον έλεγχο της νόσου, η Επιτροπή έχει προτείνει το Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου Φυματίωσης, το οποίο βασίζεται στις εξής αρχές (Ε.Π.Ε.Φ. 2007 - Παράρτημα):

- Κάλυψη ολόκληρης της χώρας.
- Ενσωμάτωσή του στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- Άρτια οργάνωση και συνέπεια των εμπλεκόμενων υπηρεσιών.
- Συνυπολογισμό των τοπικών και κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, των επιδημιολογικών παραμέτρων της νόσου και των απαιτήσεων του εξυπηρετούμενου πληθυσμού.
- Επιτήρηση της νόσου και των μέτρων ελέγχου της.

2.1.2 Σαλμονέλλωση

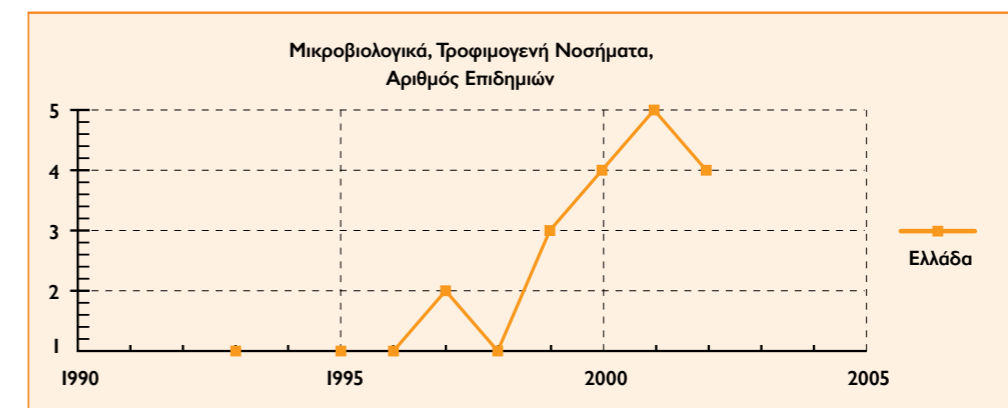
Η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλα στοιχεία χωρών που καλύπτει το ECDC, εμφανίζεται να κατέχει τη δεύτερη μεγαλύτερη επίπτωση σαλμονέλλωσης στην Ευρώπη. Η σαλμονέλλωση στη χώρα μας παρουσιάζει μια περίεργη εικόνα με υψηλές τιμές τα τελευταία χρόνια, που όμως αυξομειώνονται ανά 5ετία περίπου (Γράφημα 4), παρά τα μέτρα προστασίας της Δημόσιας Υγείας που λαμβάνονται σε σχέση με τα τροφιμογενή νοσήματα, τα οποία παρουσίασαν κατακόρυφη αυξητική τάση στο σύνολό τους (Γράφημα 5). Τα επίπεδα στα οποία κινούνται αυτά τα νοσήματα πρέπει να προβληματίσουν ιδιαίτερα όσους ασχολούνται με τον έλεγχο και την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας, αφού είναι μία εξέλιξη που πλήττει κυρίως τους χώρους εστίασης και την τουριστική βιομηχανία της χώρας μας.

Γράφημα 4: Επίπτωση Σαλμονέλλωσης στην Ελλάδα, αριθμός κρουσμάτων/ 100.000 πληθυσμού.



Πηγή: ECDC.

Γράφημα 5: Επίπτωση Τροφιμογενών Νοσημάτων στην Ελλάδα, Αριθμός Κρουσμάτων/ 100.000 Πληθυσμού.



Πηγή: ECDC.

2.1.3 Βρουκέλλωση

Η Ελλάδα, μαζί με τις υπόλοιπες μεσογειακές χώρες, ανήκει στις χώρες υψηλού κινδύνου όσον αφορά στις λοιμώξεις από βρουκέλλα, και κατατάσσεται στην τρίτη θέση στην Ευρώπη στην επίπτωση της βρουκέλλωσης μετά την Αλβανία και την Π.Γ.Δ.Μ. (ECDC 2007). Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., το 2006 ο αριθμός των κρουσμάτων βρουκέλλωσης που δηλώθηκαν στην Ελλάδα ανήλθε σε 284. Ωστόσο, ανεξάρτητες επιδημιολογικές μελέτες κατέδειξαν ότι ο αριθμός είναι σχεδόν πενταπλάσιος. Παραδείγματος χάρη, στα επίσημα στοιχεία τα κρούσματα της Ηπείρου ήταν εννέα, ενώ στην πραγματικότητα είχαν ξεπεράσει τα 50 (Παππάς 2006⁴). Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί εξάπλωση της νόσου από την Αλβανία στην Ελλάδα, καθώς και στη Βοσνία και στο Κοσσυφοπέδιο, περιοχές όπου η νόσος είχε εκλείψει.

2.1.4 Ιλαρά

Παλαιότερα η ιλαρά ήταν «υποχρεωτική» νόσος της παιδικής ηλικίας και ποσοστό μεγαλύτερο του 90% του πληθυσμού νοσούσε μέχρι την ηλικία των 15 ετών. Με την εισαγωγή του εμβολίου MMR στην Ελλάδα το 1989, η επίπτωση έχει παρουσιάσει σημαντική μείωση. Ωστόσο, το επίπεδο εμβολιασμού στην Ελλάδα δεν εγγυάται τη μη εμφάνιση νέας επιδημίας ή τοπικών εξάρσεων στην Ελλάδα (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., διαδικτυακό υλικό⁵).

Στην Ελλάδα η τελευταία επιδημία ιλαράς σημειώθηκε το 1996, με την οποία έκλεισε μία περίοδος επιδημικών κύκλων ιλαράς διάρκειας 3 - 5 ετών. Από το 1996 μέχρι το 2005 δεν είχαν αναφερθεί κρούσματα ιλαράς. Το φθινόπωρο του 2005 ξεκίνησε επιδημία ιλαράς στην Ελλάδα, παράλληλα με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η επιδημία ξεκίνησε στη Βόρεια Ελλάδα με σποραδικά κρούσματα το φθινόπωρο του 2005 και κορυφώθηκε το Δεκέμβριο του ίδιου έτους. Συνολικά δηλώθηκαν στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. 635 κρούσματα. Τα περισσότερα κρούσματα καταγράφηκαν σε ανεμβολίαστα παιδιά οικογενειών τσιγγάνων.

Στην Ελλάδα το Εργαστήριο Αναφοράς Ερυθράς/ Ιλαράς έχει ιδρυθεί το 2003 στο Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αποτελεί μέλος του δικτύου των εθνικών εργαστηρίων, που έχουν δημιουργηθεί σε όλες τις χώρες του κόσμου.

⁴Συνέντευξη στο ΒΗΜΑ, 12/11/2006, http://tovima.dolnet.gr/print_article.php?e=B&f=14914&m=H03&a=1.

⁵http://www.keel.org.gr/articles/attachments/134_attach2.doc.

3. Η Στρατηγική και ο Ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στον Έλεγχο των Μεταδοτικών Νοσημάτων

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαδραματίζει έναν κομβικό ρόλο στην παγκόσμια στρατηγική για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων. Ο Π.Ο.Υ. συντονίζει μια σειρά διεθνών προσπάθειών και πρωτοβουλιών στο πεδίο της αντιμετώπισης των λοιμωδών νοσημάτων σε τέσσερις τομείς:

1. Στον τομέα της επιδημιολογικής επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων σε παγκόσμιο επίπεδο.
2. Στον τομέα της παραγωγής εμβολίων.
3. Στον τομέα της αντιμετώπισης των επιδημιών.
4. Στον τομέα της κατάρτισης του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού.

3.1 Επιδημιολογική επιτήρηση

Ο Π.Ο.Υ. είναι ο αρμόδιος οργανισμός σε παγκόσμιο επίπεδο για το συντονισμό των δραστηριοτήτων δήλωσης και παρακολούθησης της εμφάνισης και της πορείας των διάφορων μεταδοτικών νοσημάτων, καθώς και για την παρακολούθηση της εκδήλωσης επιδημιών. Η συνεχής αυτή δραστηριότητα αποσκοπεί στην παροχή πληροφοριών σε όλα τα κράτη για τους κινδύνους από τα μεταδοτικά νοσήματα και για την έγκαιρη λήψη μέτρων πρόληψης.

3.2 Παραγωγή εμβολίων και φαρμάκων

Ο Π.Ο.Υ. συντονίζει τις διεθνείς προσπάθειες για την παραγωγή νέων εμβολίων, όπως των εμβολίων κατά των στελεχών του ιού της γρίπης που επιπολάζουν κάθε χρόνο, αλλά και κατά της ελονοσίας, της σχιστοστομιάσης, του δάγγειου πυρετού κ.λπ. Συντονίζει επίσης τις προσπάθειες για την ανακάλυψη του εμβολίου για το AIDS, καθώς και άλλων νέων εμβολίων.

Παράλληλα, συντονίζει προγράμματα παραγωγής διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων και φαρμάκων, για μεταδοτικά νοσήματα που ενδημούν κυρίως στον τρίτο κόσμο. Ιδιαίτερη δραστηριότητα αναπτύσσεται στο ζήτημα των φαρμάκων για τη φυματίωση, την ελονοσία και αρκετές παραμελημένες, ως προς την αντιμετώπισή τους, ασθένειες.

3.3 Αντιμετώπιση επιδημιών

Ο Π.Ο.Υ. συντονίζει τις προσπάθειες για τον έλεγχο επιδημιών διεθνούς σημασίας, όπως το SARS, το AIDS, η ελονοσία κ.λπ., ενώ παράλληλα οργανώνει και προγράμματα που αποσκοπούν στην ανοσοποίηση και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των νοσημάτων αυτών.

Ακόμη, συντονίζει προγράμματα που αποσκοπούν στην εκρίζωση ορισμένων νοσημάτων, όπως κατά το παρελθόν της ευλογιάς και τώρα του προγράμματος για την εκρίζωση της πολιομυελίτιδας.

Αναπτύσσει προγράμματα που αποσκοπούν στην εξασφάλιση υγιεινής ύδρευσης και στον περιορισμό των υδατογενών λοιμώξεων, καθώς και προγράμματα εξασφάλισης της υγιεινής των τροφίμων, με σκοπό τον περιορισμό των τροφιμογενών λοιμώξεων.

Παρέχει επιστημονική και τεχνική υποστήριξη για τις μεθόδους και τα προγράμματα αντιμετώπισης των λοιμωδών νοσημάτων.

Εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων.

3.4 Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός

Ο Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός είναι το νομικό όργανο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προστασία από την εξάπλωση των μεταδοτικών νοσημάτων. Με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό δίνονται σαφείς και αναλυτικές οδηγίες για τα μέτρα ελέγχου που πρέπει να λαμβάνει ένα κράτος για να προφυλαχθεί από ενδεχόμενη εισαγωγή και διασπορά μιας μεταδοτικής ασθένειας. Ο πρώτος Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός κυρώθηκε το 1951 και έκτοτε έχει υποστεί σειρά συμπληρώσεων και τροποποιήσεων. Η τελευταία αναθεώρηση έγινε το 2005. Με την πρόσφατη αναθεώρηση, προβλέπεται παράλληλα η συγκρότηση μιας σειράς οργάνων επιφορτισμένων με την εφαρμογή των μέτρων του, όπως του Μητρώου Εμπειρογνομόνων, της Επιτροπής Επείγοντων Περιστατικών και της Επιτροπής Ελέγχου. Προβλέπεται ακόμη η υποχρέωση των κρατών-μελών για τη δημιουργία Εθνικών Κεντρικών Υπηρεσιών επιφορτισμένων με την εφαρμογή του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού.

3.5 Συνεργαζόμενοι με τον Π.Ο.Υ. διεθνείς μη-κυβερνητικοί οργανισμοί

Ο Π.Ο.Υ. συνεργάζεται στενά σε διεθνές επίπεδο με μια σειρά μη-κυβερνητικών οργανισμών που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας, με τους οποίους συγκροτεί ένα δίκτυο που λειτουργεί υπό την εποπτεία και το συντονισμό του. Οι οργανισμοί αυτοί είναι:

- Το Πρόγραμμα για την Κατάλληλη Τεχνολογία στην Υγεία (Program for Appropriate Technology in Health - PATH), που έχει σκοπό την παραγωγή της κατάλληλης βιοϊατρικής τεχνολογίας για την εξυπηρέτηση των στόχων της στρατηγικής Υγείας για Όλους.
- Τη Διεθνή Πρωτοβουλία για το Εμβόλιο του AIDS (International AIDS Vaccine Initiative - IAVI).
- Το Πρόγραμμα «Φάρμακα για την Ελονοσία» (Medicines for Malaria Venture - MMV).
- Την Παγκόσμια Συμμαχία για την Ανάπτυξη Φαρμάκων Κατά της Φυματίωσης (Global Alliance for TB Drug Development - TB Alliance).
- Το Παγκόσμιο Ίδρυμα για το Εμβόλιο της Φυματίωσης (Aeras Global TB Vaccine Foundation - Aeras).
- Τη Διεθνή Συνεργασία για τα Microbicides (International Partnership for Microbicides - IPM) που στοχεύει στην παραγωγή βιολογικών παρασκευασμάτων για την πρόληψη των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Τη Διεθνή Πρωτοβουλία για το Εμβόλιο του Παιδικού Δάγγειου Πυρετού (Pediatric Dengue Vaccine Initiative - PDVI).
- Το Ινστιτούτο για την Υγεία Όλου του Κόσμου (Institute for One World Health - IOWH), που έχει σκοπό την παραγωγή ασφαλών και αποτελεσματικών φαρμάκων για τα λοιμώδη νοσήματα στον τρίτο κόσμο.
- Την Πρωτοβουλία «Φάρμακα για Παραμελημένες Ασθένειες» (Drugs for Neglected Diseases Initiative - DNDi).

Πέρα των ανωτέρω, ο Π.Ο.Υ. συνεργάζεται στενά με όλους τους άλλους διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς Δημόσιας Υγείας, επιδιώκοντας την προώθηση της παγκόσμιας συνεργασίας για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων.

4. Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον Έλεγχο των Μεταδοτικών Νοσημάτων

4.1 Το κοινοτικό πλαίσιο για τη Δημόσια Υγεία

Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, και συγκεκριμένα μετά το 1998, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει αναπτύξει μια στρατηγική στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, η οποία περιλαμβάνει δύο κύριους τομείς:

(α) Το «Πλαίσιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία», το οποίο περιλαμβάνει το «Κοινοτικό Πρόγραμμα Δράσης».

(β) Την υλοποίηση μιας «Ολοκληρωμένης Διατομεακής Στρατηγικής για την Υγεία», με οριζόντιες δράσεις που αποσκοπούν στο να εξασφαλίσουν ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή των άλλων κοινοτικών πολιτικών.

Η στρατηγική της Ε.Ε. για τον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων συγκροτείται και από τα δύο αυτά στοιχεία: Το «Πλαίσιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία» περιλαμβάνει τις δράσεις που αφορούν ειδικά στη Δημόσια Υγεία και έχουν σκοπό:

- Τη βελτίωση της πληροφόρησης σχετικά με τα μεταδοτικά νοσήματα.
- Την εξασφάλιση ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση των απειλών κατά της υγείας.

Οι στόχοι αυτοί υλοποιούνται μέσα από δύο κεντρικές επιλογές:

(α) Την ίδρυση και λειτουργία του Ευρωπαϊκού Κέντρου για τον Έλεγχο των Νοσημάτων (European Centre for Diseases Control - ECDC).

(β) Την οργάνωση και λειτουργία ενός ευρωπαϊκού δικτύου επιδημιολογικής παρακολούθησης και ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών, με επίκεντρο το ECDC και με διεθνή διάσταση.

Η «Ολοκληρωμένη Διατομεακή Στρατηγική Δημόσιας Υγείας» επιδιώκει να εξασφαλίσει την προστασία του πληθυσμού από τα μεταδοτικά νοσήματα, με τη στενή σύνδεση με ενέργειες και πρωτοβουλίες που λαμβάνονται σε άλλους τομείς πολιτικής, όπως η προστασία των καταναλωτών και το περιβάλλον. Η υλοποίηση αυτής της ολοκληρωμένης πολιτικής επιδιώκεται με τους ακόλουθους τρόπους:

- Οι προτάσεις και πολιτικές άλλων τομέων που σχετίζονται με την υγεία, πρέπει να περιλαμβάνουν μια επεξεργασία και τεκμηρίωση, που εξηγεί πώς και γιατί τα θέματα υγείας λαμβάνονται υπ' όψη.
- Επιδιώκεται η καθιέρωση συγκεκριμένων κριτηρίων και μεθόδων για την αξιολόγηση της κάθε πολιτικής σε σχέση με τον αντίκτυπό της στην υγεία.
- Προβλέπεται η δυνατότητα διεξαγωγής από κοινού ενεργειών του προγράμματος Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με άλλα κοινοτικά προγράμματα και φορείς.
- Επιδιώκεται η ενίσχυση των μηχανισμών που εγγυώνται το συντονισμό δραστηριοτήτων σχετικών με την υγεία.

4.2 Οι στόχοι του προγράμματος της Ε.Ε. για την περίοδο 2007 - 2013 σε σχέση με τα Μεταδοτικά Νοσήματα

Στις 6 Απριλίου 2005, η Επιτροπή ενέκρινε την απόφαση για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών για την περίοδο 2007 - 2013. Η κύρια καινοτομία αυτού του προγράμματος σε σχέση με το προηγούμενο, έγκειται στη συνδυασμένη προσέγγιση ως προς την υγεία και την προστασία των καταναλωτών. Ο σκοπός της επιλογής αυτής είναι να αξιοποιηθούν οι συνέργειες και να εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη αποδοτικότητα των διάφορων ενεργειών προστασίας της υγείας.

Το νέο πρόγραμμα περιλαμβάνει τους ακόλουθους στόχους σε σχέση με τη στρατηγική για την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων.

1) Ενίσχυση της επιδημιολογικής επιτήρησης.

Η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) αποτελεί το βασικό βήμα της Ε.Ε. στην πολιτική για την επιτήρηση των μεταδοτικών νοσημάτων. Το ECDC έχει ως αποστολή να πραγματοποιεί αναλύσεις, να διενεργεί αξιολογήσεις και να παρέχει συμβουλές για τους κινδύνους, τους οποίους εγκυμονούν οι μεταδοτικές νόσοι και να ενισχύσει την ικανότητα αντιμετώπισής τους. Οι ενέργειες και οι δραστηριότητες του ECDC είναι συμπληρωματικές ως προς τις προσπάθειες των κρατών-μελών. Το ECDC υποστηρίζει επίσης τις εργασίες των διεθνών οργανισμών για τον έλεγχο των μεταδοτικών νόσων.

Το πρόγραμμα, σε συνδυασμό με το «σκέλος της πληροφόρησης», επιδιώκει να καλύπτει την παρακολούθηση και την επιτήρηση των απειλών που δεν εμπίπτουν στο πλαίσιο των καθηκόντων του ECDC, να μετουσιώσει την έρευνα σε πρακτικές μεθοδολογίες και να εφαρμόσει την απόφαση για τη δημιουργία κοινοτικού δικτύου παρακολούθησης και τις οδηγίες για τις πολιτικές εμβολιασμού.

2) Εξασφάλιση της αναγκαίας εργαστηριακής υποδομής.

Για να αναπτυχθούν στην Ε.Ε. διαγνωστικές ικανότητες για τους παθογόνους παράγοντες, απαιτείται μια ευρωπαϊκή εργαστηριακή δομή αναφοράς για τους σπάνιους ή τους υψηλού κινδύνου παθογόνους παράγοντες. Η πολιτική της Ε.Ε. στον τομέα αυτό αποσκοπεί:

(α) στη θέσπιση κριτηρίων για την αξιολόγηση της απόδοσης αυτών των εργαστηρίων και (β) στη βοήθεια προς τα κράτη-μέλη και τις υποψήφιες χώρες να εφαρμόσουν τους διεθνείς κανονισμούς υγείας.

3) Αντιμετώπιση των απειλών για την υγεία.

Το σκέλος αυτό αποσκοπεί στη διαθεσιμότητα τεχνικών και επιχειρησιακών μέσων, τα οποία επιτρέπουν στην Ε.Ε. να προετοιμάζεται και να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις απειλές για την υγεία που προέρχονται από βιολογικούς παράγοντες.

Οι δράσεις που υλοποιούνται στο πλαίσιο αυτού του σκέλους του προγράμματος ενισχύουν την αποτελεσματικότητα των εθνικών δομών και πόρων μέσω μιας δράσης που αποσκοπεί:

- Στη βελτίωση του τρόπου διαχείρισης των κινδύνων και των σχεδίων επείγουσας επέμβασης για τις έκτακτες ανάγκες στον τομέα της υγείας.
- Στη διευκόλυνση των κοινοποιήσεων συναγερμού και παρακολούθησης και του συντονισμού των ενεργειών σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών υγείας.
- Στη βελτίωση των ικανοτήτων προπαρασκευής και άμεσης επέμβασης για τις έκτακτες ανάγκες στον τομέα της υγείας, με έμφαση στην πρόβλεψη συγκεκριμένων μηχανισμών και στη διάθεση των απαραίτητων υγειονομικών μέσων.
- Στη διευκόλυνση της δικτύωσης και της ανταλλαγής εμπειριών και βέλτιστων πρακτικών.

Με τον τρόπο αυτό, θα βοηθήσει τα κράτη-μέλη να αναπτύξουν τις υποδομές τους, την ικανότητά τους και τα μέσα συντονισμού που απαιτούνται για να αντιμετωπίσουν μια απειλή, π.χ. οργανώνοντας δίκτυα, εκπαιδεύοντας εμπειρογνώμονες και καταρτίζοντας σχέδια αντιμετώπισης έκτακτων αναγκών. Επιπλέον, οι φυσικές ή οι ανθρωπογενείς καταστροφές που εγκυμονούν κινδύνους εκδήλωσης επιδημιών, απαιτούν την ύπαρξη μηχανισμών προγραμματισμού και συντονισμού για την κινητοποίηση, την εξασφάλιση πόρων υγείας σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών, την αποστολή εμπειρογνομώνων κ.λπ.

4) Ανάπτυξη συνεργιών μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγείας.

Η Ε.Ε. διευκολύνει τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών για την ανάπτυξη δράσεων με σκοπό την αποδοτική διαχείριση των πόρων.

Το πρόγραμμα παρέχει δυνατότητα για την ανάληψη ενεργειών διασυννοιακής δράσης, ιδίως σε περιπτώσεις όπου αυτό δικαιολογείται από απόψεως αποδοτικότητας, όπως συμβαίνει με τις σπάνιες ασθένειες. Οι σχετικές ενέργειες περιλαμβάνουν την παροχή υποστήριξης για την πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση των νόσων μέσω της ανταλλαγής ορθών πρακτικών, της ανάπτυξης πλατφορμών, της εκπόνησης μελετών και τη δημιουργία δικτύων.

5) Παραγωγή και διάδοση περισσότερων και ποιοτικότερων πληροφοριών για την υγεία στους πολίτες, τους εμπειρογνώμονες του τομέα της υγείας και τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής. Η προτεραιότητα αυτή αναφέρεται στην ανάγκη να αναπτυχθεί, σε επίπεδο Ε.Ε., μια βάση συγκρίσιμων και αξιόπιστων πληροφοριών για την υγεία στους πολίτες και τους φορείς χάραξης πολιτικής. Η παραγωγή και διάδοση καλύτερων πληροφοριών προϋποθέτει ένα σύστημα παρακολούθησης της υγείας που να παρέχει στοιχεία χρήσιμα για όλες τις δραστηριότητες στον τομέα της υγείας, χρησιμοποιώντας, εν ανάγκη, το κοινοτικό στατιστικό πρόγραμμα.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι προβλεπόμενες ενέργειες του προγράμματος Δημόσιας Υγείας 2007 - 2013 που σχετίζονται με τα μεταδοτικά νοσήματα.

Πίνακας 5: Προβλεπόμενες Ενέργειες του Προγράμματος Δημόσιας Υγείας της Ε.Ε. 2007 - 2013 για τα Μεταδοτικά Νοσήματα.

Ενίσχυση της Επιτήρησης και του Ελέγχου των Απειλών για την Υγεία
<ul style="list-style-type: none">• Ενίσχυση της ικανότητας αντιμετώπισης των μεταδοτικών νόσων με το κοινοτικό δίκτυο επιδημιολογικής παρακολούθησης και ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών.• Ανταλλαγή πληροφοριών και ανάπτυξη στρατηγικών για τον εντοπισμό απειλών για την υγεία που προέρχονται από βιολογικές ή άλλες πηγές ή εσκεμμένες ενέργειες.• Βελτίωση της εργαστηριακής συνεργασίας για την εξασφάλιση διαγνωστικών ικανοτήτων υψηλής ποιότητας.• Ανάπτυξη νέων πολιτικών στους τομείς της πρόληψης, του εμβολιασμού και της ανοσοποίησης.• Ανάπτυξη και εφαρμογή δικτύων επαγρύπνησης και συστημάτων υποβολής εκθέσεων.• Τεχνική βοήθεια για την ανάλυση των ζητημάτων που αφορούν στη χάραξη και στην εφαρμογή των πολιτικών.
Βελτίωση Γνώσεων στον Τομέα Υγείας για την Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας
<ul style="list-style-type: none">• Συνέχιση της περαιτέρω ανάπτυξης ενός βιώσιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας.• Παροχή γνώσεων σχετικών με την υγεία.• Καθορισμός σχετικών πρόσθετων δεικτών.• Ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών υποβολής εκθέσεων.• Εξασφάλιση της τακτικής συλλογής σχετικών πληροφοριών, σε συνεργασία με το στατιστικό πρόγραμμα, διεθνείς οργανώσεις, οργανισμούς και μέσω συναφών σχεδίων.• Υποστήριξη της ανάλυσης των θεμάτων της υγείας στην κοινότητα μέσω τακτικών κοινοτικών εκθέσεων για την υγεία, τήρηση μηχανισμών διάδοσης όπως η διαδικτυακή πύλη υγείας, παροχή υποστήριξης για τη διενέργεια συνεδρίων συναίνεσης και στοχοθετημένων εκστρατειών πληροφόρησης που συντονίζονται μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών.• Εστίαση στην τακτική παροχή αξιόπιστων πληροφοριών στους πολίτες, στους υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων, στους ασθενείς, στα άτομα που παρέχουν φροντίδα, στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και σε άλλα ενδιαφερόμενα μέρη.• Ανάπτυξη στρατηγικών και μηχανισμών για την πρόληψη των σπάνιων νόσων, την ανταλλαγή σχετικών πληροφοριών και την αντιμετώπιση των νόσων αυτών.

4.3 Το Ευρωπαϊκό Κέντρο για τον Έλεγχο και την Πρόληψη των Νόσων (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC)

Το ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) είναι ένας νεοσύστατος οργανισμός της Ε.Ε. που δημιουργήθηκε για να βοηθήσει στην ενίσχυση της υπεράσπισης της Ευρώπης ενάντια στις μολυσματικές ασθένειες, όπως η γρίπη, το SARS και το HIV/AIDS.

Το ECDC δημιουργήθηκε την άνοιξη του 2004 ύστερα από εισήγηση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, προκειμένου να αντιμετωπίσει την ραγδαία εξάπλωση των μολυσματικών ασθενειών. Το ECDC είναι ένας μικρός, αλλά αποτελεσματικός φορέας της Ε.Ε. Λειτουργεί σε συνεργασία με άλλους εθνικούς οργανισμούς προστασίας της Δημόσιας Υγείας σε ολόκληρη την Ευρώπη, σκοπεύοντας στην ενίσχυση και ανάπτυξη συστημάτων επιτήρησης ασθενειών και έγκαιρης προειδοποίησης.

Αποστολή και ρόλος του οργανισμού: σύμφωνα με τον κανονισμό αριθ. 851/2004 (ΕΚ), που αναφέρεται στην ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου για την Πρόληψη και τον Έλεγχο Ασθενειών, ο σκοπός του ECDC καθορίζεται ως εξής:

- Να ενισχυθεί η ικανότητα της κοινότητας και των κρατών-μελών της για την προστασία της ανθρώπινης υγείας μέσω της πρόληψης και του ελέγχου της ανθρώπινης ασθένειας. Ο οργανισμός θα προσδιορίσει και θα αξιολογήσει τις τρέχουσες και αναδυόμενες απειλές στην ανθρώπινη υγεία από τις μεταδοτικές ασθένειες.
- Σε περιπτώσεις εξάρσεων ασθενειών αγνώστου προέλευσης, που μπορούν να διαδοθούν εντός ή εκτός της κοινότητας, το κέντρο θα λειτουργήσει κατά βούληση έως ότου είναι γνωστή η πηγή μετάδοσης. Σε περιπτώσεις εξάρσεων, που σαφώς δεν προκαλούνται από μεταδοτικές ασθένειες, το κέντρο θα λειτουργεί μόνο σε συνεργασία με την αρμόδια αρχή κατόπιν έκκλησης από αυτή.

Κατά τη διάρκεια της αποστολής του, το κέντρο, θα λαμβάνει πλήρως υπ' όψη τις ευθύνες των κρατών-μελών, της Επιτροπής και των άλλων κοινοτικών φορέων, και των ευθυνών των διεθνών οργανισμών που δρουν στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, προκειμένου να εξασφαλίζεται η συνοχή και η οργανωμένη δράση του.

Το ECDC αποτελείται από τρεις επιμέρους μονάδες, οι οποίες είναι οι εξής:

- Μονάδα για την Επιτήρηση και την Επικοινωνία (Unit for Surveillance and Communication). Ο κύριος στόχος της Μονάδας για την Επιτήρηση και την Επικοινωνία είναι η βαθμιαία ανάληψη της ευθύνης για την παρακολούθηση των μεταδοτικών ασθενειών στο επίπεδο της Ε.Ε. Συνεργαζόμενη με το επιστημονικό προσωπικό εθνικών ιδρυμάτων παρακολούθησης σε ολόκληρη την Ευρώπη, μέσω των σύγχρονων συστημάτων, συλλέγει και αναλύει τα στοιχεία και τις πληροφορίες, με σκοπό τη λήψη αποφάσεων και πολιτικών για τη Δημόσια Υγεία στην Ευρώπη.
- Μονάδα για την Ετοιμότητα και την Άμεση Αντίδραση (Unit for Preparedness and Response). Ο κύριος στόχος της μονάδας για την ετοιμότητα και την άμεση αντίδραση είναι η παρακολούθηση των ανερχόμενων απειλών για την υγεία μέσα και έξω από την Ε.Ε., η έγκαιρη αξιολόγηση του κινδύνου και ο συντονισμός για έγκαιρη αντιμετώπιση σε τέτοιες απειλές. Αυτό γίνεται μέσω του Συστήματος Έγκαιρης Προειδοποίησης και Απάντησης (Early Warning and Response System/ EWRS), αλλά και μέσω της οργάνωσης διάφορων επιμορφωτικών προγραμμάτων για τη Δημόσια Υγεία και με την υποστήριξη τη συμμετοχή του επιστημονικού προσωπικού αναλόγων φορέων των κρατών-μελών.
- Μονάδα για τις Επιστημονικές Συμβουλές (Unit for Scientific Advice). Ο κύριος στόχος της συγκεκριμένης μονάδας είναι η προώθηση ανεξάρτητων τεχνικών και επιστημονικών συμβουλών. Αυτό θα ολοκληρωθεί με έναν ισχυρό επιστημονικό πυρήνα μέσα στο κέντρο, σε συνδυασμό με τη συνεργασία επιστημόνων από την Ευρώπη σε τομείς όπως η μικροβιολογία, η επιδημιολογία, οι κλινικές μολυσματικές ασθένειες και άλλες επιστήμες.

4.4 Η κοινοτική πολιτική για τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων που μεταδίδονται με το νερό και τα τρόφιμα

Εκτός από τις ειδικές δράσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιδημικών λοιμωδών νοσημάτων, η Ευρωπαϊκή Ένωση αναπτύσσει ειδικές πολιτικές για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων που μπορούν να μεταδοθούν με το νερό και τα τρόφιμα. Οι πολιτικές αυτές αναπτύσσονται με την έκδοση κοινοτικών οδηγιών προς τις οποίες οφείλουν να συμμορφωθούν τα κράτη-μέλη.

Οι σημαντικότερες κοινοτικές οδηγίες στον τομέα αυτό είναι οι ακόλουθες:

- Η οδηγία 80/778 ΕΚ «Περί της ποιότητας του πόσιμου νερού».
- Η οδηγία 98/83/ΕΚ «Ποιότητα του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης».
- Η οδηγία 93/43/ΕΚ «Υγιεινή των τροφίμων».

5. Μέτρα και Πολιτικές για την Προστασία από τα Μεταδοτικά Νοσήματα

Ως μέτρα για τον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων περιλαμβάνονται (Κρεμαστινού 2007):

1. Δήλωση των νοσημάτων.
2. Επιδημιολογική επιτήρηση.
3. Εμβολιασμός του πληθυσμού.
4. Έλεγχος και περιορισμός των υποδοχών.
5. Περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων.
6. Ειδική πολιτική για την αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων και της μικροβιακής αντοχής.

5.1 Δήλωση νοσημάτων

Δήλωση είναι η γνωστοποίηση στις υγειονομικές αρχές κρουσμάτων νόσων, επιδημιών ή άλλων συμβάντων. Για να ελεγχθεί γρήγορα ένα λοιμώδες νόσημα είναι αναγκαία η ταχεία αναγνώρισή του και η δήλωσή του στις αρμόδιες υγειονομικές αρχές.

5.1.1 Στόχοι της δήλωσης νοσημάτων

Οι στόχοι της δήλωσης νοσημάτων χωρίζονται σε ειδικούς και γενικούς (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. 2004).

Ειδικοί στόχοι ενός συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης νοσημάτων είναι οι παρακάτω:

- Ανίχνευση μεμονωμένων κρουσμάτων με σκοπό να λαμβάνονται τα ενδεδειγμένα μέτρα στον περίγυρο των ασθενών (για την προφύλαξη άλλων ατόμων και τον περιορισμό της μετάδοσης της νόσου από άτομο σε άτομο) ή στο ευρύτερο περιβάλλον τους (για τον περιορισμό περαιτέρω διασποράς της νόσου από την ίδια πηγή).
- Ανίχνευση επιδημικών εξάρσεων με σκοπό τη λήψη μέτρων στην ευρύτερη κοινότητα για τον έλεγχό τους.

Οι γενικοί στόχοι κάθε συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης αποτελούνται από:

- Την εκτίμηση της επίπτωσης της νόσου και των διαχρονικών τάσεων που αυτή έχει, τόσο στην Ελλάδα συνολικά όσο και σε επιμέρους γεωγραφικές περιοχές.
- Τον προσδιορισμό της συμμετοχής διαφόρων παραγόντων κινδύνου στη νοσηρότητα από τη νόσο στην Ελλάδα.
- Την παροχή πληροφοριών για τη διατύπωση προτάσεων σχετικά με τη διαμόρφωση και αξιολόγηση πολιτικών πρόληψης και ελέγχου των νοσημάτων στην Ελλάδα.

5.1.2 Μέθοδος δήλωσης νοσημάτων

Η δήλωση επιτελείται με τη συμπλήρωση ειδικής φόρμας - επιδημιολογικού δελτίου δήλωσης. Έτσι συλλέγονται δεδομένα για τα επιδημικά λοιμώδη νοσήματα σε εθνική βάση.

Υπάρχουν δύο τύποι δήλωσης, η ατομική και η συλλογική:

- Με την ατομική δήλωση συμπληρώνονται στοιχεία για μεμονωμένα άτομα (όπως όνομα, διεύθυνση, φύλο, ηλικία, ημερομηνία έναρξης και διάγνωσης της νόσου).
- Η συλλογική δήλωση αφορά στον αριθμό κρουσμάτων σε ορισμένο χρόνο, χωρίς την καταγραφή ατομικών στοιχείων, ιδίως όταν πρόκειται για επιδημίες.

Η δήλωση επιτελείται σε τέσσερα στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο συλλέγονται στοιχεία στον τόπο όπου εμφανίστηκε η ασθένεια. Έπειτα, τα συλλεχθέντα αυτά στοιχεία προωθούνται στην ανώτερη υγειονομική αρχή. Εν συνεχεία διαμορφώνονται βάσεις δεδομένων με τα στοιχεία συγκεντρωτικά σε εθνικό επίπεδο - Κεντρική Υγειονομική Αρχή.

Το τελευταίο στάδιο είναι η δήλωση στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η τελευταία περιλαμβάνει:

- Ποια νοσήματα πρέπει να δηλώνονται σε κανονική και τακτική βάση.
- Ποιος είναι υπεύθυνος για τη δήλωση (π.χ. οι γιατροί, το νοσοκομείο).
- Τη μορφή της δήλωσης.
- Τον τρόπο προώθησης της δήλωσης προς την αμέσως ανώτερη υγειονομική αρχή.

5.1.3 Νοσήματα υποχρεωτικής δήλωσης

Τα νοσήματα που πρέπει να δηλώνονται υποχρεωτικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6: Νοσήματα ανά Χρονικό Ορίζοντα Υποχρεούμενης Δήλωσης.

Νοσήματα άμεσης δήλωσης	Νοσήματα με υποχρέωση δήλωση σε 24 ώρες από τη διάγνωση	Νοσήματα με υποχρέωση δήλωσης σε μία εβδομάδα από τη διάγνωση
Αλλαντίαση	Γρίπη (με εργαστηριακή επιβεβαίωση)	AIDS - Μόλυνση με HIV
Άνθρακας	Ερυθρά	Ανεμοευλογιά με επιπλοκές
Διφθερίτιδα	Ηπατίτιδα Α, οξεία	Βρουκέλλωση
Εγκεφαλίτιδες από αρμποιούς	Ιλαρά	Ελονοσία
Ευλογιά	Κοκίτης	Εκτινοκοκκίαση
Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	Λεγιονέλλωση	Ηπατίτιδα Β, οξεία / HBsAg (+) σε βρέφη < 12 μηνών
Λύσσα	Λοίμωξη από εντεροαιμορραγική E.coli (EHEC)	Ηπατίτιδα C, οξεία / επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)
Μελιοειδωση/ Μάλη	Μηνιγγίτιδα (βακτηριακή, άσηπτη)	Λείσμανίαση
Πανώλη	Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	Λεπτοσπείρωση
Σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS)	Παρωτίτιδα	Λιστερίωση
Τουλαραιμία	Σαλμονέλλωση	Μεταδοτική σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια, παραλλαγή (vCJD)
Χολέρα	Σιγκέλλωση	Πολιομελίτιδα
	Συρροή κρουσμάτων τροφιμογενούς - υδατογενούς νοσήματος	Πυρετός Q, οξεία λοίμωξη
	Τριχίνωση	Συγγενής Ερυθρά
	Τυφοειδής πυρετός/ παράτυφος	Συγγενής σύφιλη
		Τέτανος/ Τέτανος νεογνικός
		Χλαμύδια
		Γονόρροια
		HPV
		Φυματίωση

5.1.4 Σημαντικές παράμετροι δήλωσης

- Για τη δήλωση μίας νόσου είναι απαραίτητο αυτή να έχει καθοριστεί, να έχουν τεθεί δηλαδή εκείνα τα διαγνωστικά κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για να ταυτοποιείται και να διαγιγνώσκεται.
- Η δήλωση αφορά σε νόσους με συμπτώματα και όχι ασυμπτωματικές ή υποκλινικές περιπτώσεις, εκτός αν αυτό αναφέρεται ρητά για κάποιο συγκεκριμένο νόσημα.
- Η δήλωση δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται από τους επαγγελματίες υγείας ως γραφειοκρατική διαδικασία, καθώς χωρίς αυτή δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι της πρόληψης και προαγωγής υγείας.

Στην Ελλάδα υπεύθυνος φορέας για τις δηλώσεις, αλλά και για την επιδημιολογική επιτήρηση εν γένει, είναι το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

5.2 Επιδημιολογική επιτήρηση μεταδοτικών νοσημάτων

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., επιδημιολογική επιτήρηση είναι η συνεχής συλλογή στοιχείων, καταχώριση, ανάλυση, επεξεργασία και διάθεση των αποτελεσμάτων σε όσους απαιτείται να λάβουν στρατηγικές και πολιτικές αποφάσεις (WHO 1997).

5.2.1 Στόχοι επιδημιολογικής επιτήρησης

Οι στόχοι της επιδημιολογικής παρατήρησης παρουσιάζονται στο κείμενο που ακολουθεί:

- Καταγραφή της συχνότητας του νοσήματος και εκτίμηση του κόστους στην κοινότητα (νοσηρότητα και θνησιμότητα).
- Έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των επιδημιών.
- Αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης.
- Διαμόρφωση στρατηγικής στη Δημόσια Υγεία (Χατζηχριστοδούλου 2002).
- Η έγκαιρη προειδοποίηση για αλλαγές στη συχνότητα των νόσων ή για την εμφάνιση μίας νέας νόσου.
- Ο εντοπισμός ομάδων - στόμων υψηλού κινδύνου.

5.2.2 Τύποι επιδημιολογικής επιτήρησης

Οι τύποι της επιδημιολογικής επιτήρησης είναι τρεις: παθητική, ενεργητική και αρνητική (Κρεμαστινού 2007):

- Όταν τα δεδομένα «αναμένονται» από τους υπευθύνους, η επιτήρηση χαρακτηρίζεται ως παθητική. Οι συμμετέχοντες αποστέλλουν με δική τους πρωτοβουλία τα δεδομένα τους στην υπεύθυνη υγειονομική αρχή.
- Όταν τα δεδομένα «αναζητούνται» από τις υγειονομικές αρχές ανά τακτά χρονικά διαστήματα έχουμε να κάνουμε με τον τύπο της ενεργητικής επιτήρησης. Αυτό σημαίνει πως οι συμμετέχοντες πιέζονται για αποστολή δεδομένων σε τακτά προκαθορισμένα διαστήματα.
- Όταν οι υπεύθυνοι συλλογής των στοιχείων πιέζουν για δήλωση ακόμα και σε απουσία νόσου η επιτήρηση είναι αρνητική. Στην ουσία η αρνητική επιτήρηση αποτελεί μία υποπερίπτωση ενεργητικής επιτήρησης

5.2.3 Στάδια επιδημιολογικής επιτήρησης

Η επιδημιολογική επιτήρηση συντελείται σε εφτά διακριτά στάδια:

- Ανίχνευση περιστατικών μιας νόσου.
- Δήλωση.
- Η επιδημιολογική διερεύνηση και η επιβεβαίωση του αιτίου της νόσου.
- Η ανάλυση των δεδομένων και η ερμηνεία τους.
- Η λήψη μέτρων για τον έλεγχο της νόσου εάν απαιτούνται.
- Η επανατροφοδότηση (feed back) των αποτελεσμάτων σ' αυτούς που έδωσαν τα πρωτογενή στοιχεία ή σε άλλους αρμόδιους φορείς.
- Η συνεργασία - ανταλλαγή δεδομένων με άλλους φορείς που μπορεί να εμπλέκονται στον έλεγχο της νόσου.

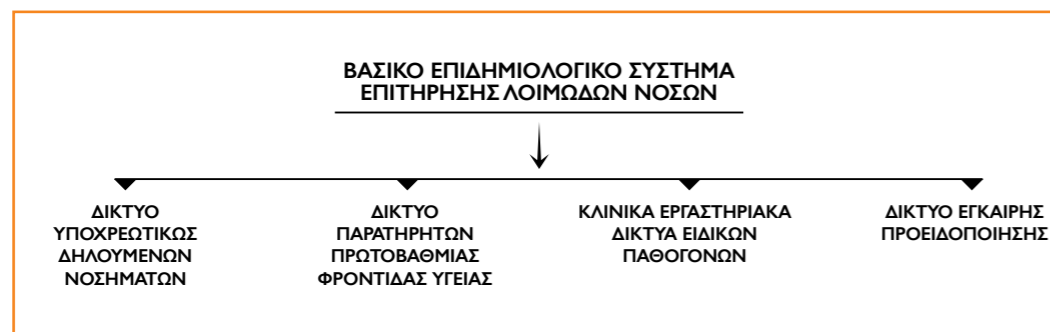
5.2.4 Συστήματα επιτήρησης

Ο μηχανισμός επιτήρησης απαρτίζεται από τα παρακάτω διακριτά μέρη:

- Σύστημα υποχρεωτικής δηλούμενων νοσημάτων.
- Σύστημα εργαστηριακής καταγραφής.
- Δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Παρακάτω απεικονίζεται η οργανωσιακή δομή του βασικού επιδημιολογικού συστήματος επιτήρησης λοιμωδών νόσων της χώρας μας (Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

Διάγραμμα Ι: Βασικό Επιδημιολογικό Σύστημα Επιτήρησης Λοιμωδών Νόσων.



- Δίκτυο Υποχρεωτικώς Δηλούμενων Νοσημάτων.
Στοχεύει στη συλλογή δεδομένων για επιδημικά λοιμώδη νοσήματα, με τη συμπλήρωση ειδικής φόρμας - δήλωσης κάθε κρούσματος από τους κλινικούς και εργαστηριακούς ιατρούς και τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.
- Δίκτυο παρατηρητών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. ενημερώνεται για ορισμένα κλινικά σύνδρομα (γαστρεντερετίδες, λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού κ.λπ.) από δίκτυο ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Αθήνα και στην επαρχία που συνεργάζονται μαζί του.
- Κλινικοεργαστηριακά δίκτυα ειδικών παθογόνων.
Για ορισμένα λοιμώδη νοσήματα λειτουργούν εξειδικευμένα δίκτυα, με τα οποία γίνεται, πέραν της επιδημιολογικής, και ειδική κλινική και εργαστηριακή επεξεργασία.
- Δίκτυο έγκαιρης προειδοποίησης.
Με το δίκτυο αυτό θα γίνεται μέσω του διαδικτύου, η επικοινωνία υγειονομικών υπηρεσιών και επιστημόνων της χώρας που ασχολούνται με τη Δημόσια Υγεία, με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

5.2.5 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση δεδομένων εστιάζει στην ανάλυση των κρουσμάτων κάτω από το πρίσμα του χώρου, του χρόνου και των χαρακτηριστικών των ατόμων που νόσησαν (Ανάλυση ΧΧΧ - Χρόνος, Χώρος, Χαρακτηριστικά). Παράδειγμα τέτοιων αναλύσεων είναι τα μαθηματικά μοντέλα για την έγκαιρη ανίχνευση έξαρσης κρουσμάτων, καθώς και τα συστήματα μηχανογραφημένης χαρτογράφησης (Geographical Information System).

5.3 Εμβολιασμός του πληθυσμού

Στη συλλογική ανοσία, τα επίπονα άτομα ενός πληθυσμού και ο πληθυσμός ως σύνολο, προστατεύονται εμμέσως από μόλυνση με μικροοργανισμό λόγω της παρουσίας άνοσων ατόμων στον πληθυσμό. Κρίσιμο σημείο αποτελεί η επίτευξη ικανού επιπέδου ανοσίας του πληθυσμού, ώστε να μπορεί να αποτραπεί η επέλευση επιδημιών (Παναγιωτόπουλος 2006). Για να δημιουργηθεί το επιθυμητό τείχος προστασίας, κρίσιμη είναι η ανοσοποίηση ενός ποσοστού του πληθυσμού κατ' ελάχιστο. Για παράδειγμα, στα περισσότερα μεταδοτικά νοσήματα για να αποφευχθεί τυχόν επιδημία η συλλογική ανοσία πρέπει να είναι της τάξης του 80 - 95% (Κρεμαστινού 2007).

5.3.1 Μορφές ανοσοποίησης

Η ανοσοποίηση επιτυγχάνεται με τις μορφές της τεχνητής ενεργητικής ή παθητικής ανοσοποίησης.

5.3.1.1 Παθητική ανοσοποίηση

Η παθητική ανοσοποίηση μπορεί να είναι είτε φυσική είτε τεχνητή:

- Στη φυσική ανοσοποίηση έχουμε μεταφορά αντισωμάτων της μητέρας στο έμβρυο δια του πλακούντα ή στο παιδί μέσω μητρικού θηλασμού. Ο μητρικός θηλασμός σε κάθε περίπτωση λοιπόν θα πρέπει να ενθαρρύνεται.
- Στην παθητική ανοσοποίηση χορηγούνται έτοιμα αντισώματα σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε κάποιο λοιμογόνο παράγοντα.

5.3.1.2 Ενεργητική ανοσοποίηση - Εμβολιασμός

Η ενεργητική ανοσία δια της τεχνητής οδού επιτυγχάνεται μέσω εμβολιασμών. Σήμερα, 200 χρόνια περίπου από την πρώτη παρασκευή εμβολίου, η εξέλιξη της τεχνολογίας επιτρέπει τη βελτίωση της παρασκευής των εμβολίων και τα καθιστά ολοένα και ασφαλέστερα - αποτελεσματικότερα.

Εμβολιασμός είναι η ενεργητική ανοσοποίηση ενός ατόμου/ ατόμων πληθυσμού με ειδικά επεξεργασμένα αντιγόνα μικροοργανισμών. Τα τελευταία χορηγούμενα προκαλούν ενεργοποίηση του αμυντικού μηχανισμού του οργανισμού, ούτως ώστε να παραχθούν αντισώματα που θα προστατεύουν τον οργανισμό από νόσηση προσωρινά ή μόνιμα.

5.3.1.3 Είδη εμβολίων (ανάλογα με το αντιγόνο και την επεξεργασία του)

- Εμβόλια με αδρανοποιημένους μικροοργανισμούς: τα εμβόλια αυτά περιέχουν ολόκληρο τον μικροοργανισμό, ο οποίος αδρανοποιείται με χημικά μέσα ή βρασαμό.
- Εμβόλια με ζωντανούς εξασθενημένους μικροοργανισμούς: τα εμβόλια αυτά περιέχουν μικροοργανισμούς που προκαλούν την απώλεια της λοιμογόνου ικανότητας ή της ικανότητας να προκαλέσει νόσηση, επιτρέπουν όμως τη διατήρηση της ανοσολογικής ικανότητας.
- Εμβόλια που περιέχουν τοξοειδή: τα τοξοειδή είναι αδρανοποιημένες εκδοχές των νοσογόνων ουσιών που ονομάζονται τοξίνες. Για μακροχρόνια ανοσία σε αυτή την περίπτωση, απαιτείται περιοδική επαναχορήγηση αναμνηστικών δόσεων.
- Εμβόλια από τμήματα του μικροοργανισμού: αυτά προέρχονται είτε από υποομάδες του μικροοργανισμού (τεμαχίδια ανοσογονικά υπεύθυνα για την ανοσολογική απάντηση του μικροοργανισμού) είτε από πολυσακχαρικά αντιγόνα της κάψας (για μικροοργανισμούς που περιβάλλονται από αυτή). Αυτά τα εμβόλια θεωρούνται περισσότερο ασφαλή.
- Συνδεδεμένα εμβόλια: τα εν λόγω εμβόλια στοχεύουν σε μεγαλύτερη ανοσολογική αποτελεσματικότητα όσον αφορά βρέφη ή σε μικρά παιδιά. Εδώ τα πολυσακχαρίδια ενώνονται σε πρωτεϊνικά αντιγονικά μόρια μικροβίων αναγνωρίσιμων από τον ανώριμο αμυντικό μηχανισμό των βρεφών, ενεργοποιώντας τον.

5.3.1.4 Χορήγηση των εμβολίων

Τα εμβόλια συχνά χορηγούνται όχι ως μεμονωμένα αντιγόνα, αλλά σε συνδυασμούς αντιγόνων. Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντικό ιδίως για τη διεξαγωγή προγραμματών εμβολιασμού, είναι το φαινόμενο της ταυτόχρονης ανοσοποίησης. Η τελευταία επιτυγχάνεται όταν πολλά εμβόλια χορηγούνται την ίδια ώρα ή το αργότερο εντός 24 ωρών.

Τα εμβόλια χορηγούνται ενέσιμα, από το στόμα, από το αναπνευστικό σύστημα, υπό μορφή νεφελώματος, και διαδερμικά.

5.3.1.5 Ασφαλής κυκλοφορία των εμβολίων και περιορισμοί (αντενδείξεις)

Για να δοθούν στην κυκλοφορία εμβόλια είναι απαραίτητες πρότερες μελέτες που θα βεβαιώνουν την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους.

Στις περιπτώσεις ατόμων με πυρετό ή που είχαν πρόσφατη λοίμωξη, καθώς και για τα άτομα εκείνα που εμφάνισαν τοπική ή γενική αντίδραση σε προηγούμενη δόση του εμβολίου, δε θα πρέπει να πραγματοποιείται εμβολιασμός. Επιπλέον, εμβόλια με ζωντανό μικροοργανισμό δε θα πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή ή σε αλλεργικά άτομα σε αυγό ή σε έγκυες γυναίκες.

5.3.1.6 Εμβολιαστική κάλυψη

Εμβολιαστική κάλυψη για κάθε εμβόλιο είναι το ποσοστό των ατόμων που είναι εμβολιασμένα. Υψηλή εμβολιαστική κάλυψη οδηγεί σε υψηλή συλλογική ανοσία. Αυτή με τη σειρά της οδηγεί σε μείωση της αντίστοιχης νοσηρότητας και θνησιμότητας. Άρα εύκολα συμπεραίνει κανείς πως η εμβολιαστική κάλυψη είναι υψηλός στόχος Δημόσιας Υγείας.

Για την Ελλάδα, στον τομέα των εμβολιασμών, οι όποιες επιδημιολογικές έρευνες έχουν γίνει, βρίσκουν ένα σημαντικό ποσοστό ανεμβολίαστων ή ελλιπώς εμβολιασμένων παιδιών, που μπορεί να φτάνει και στο 30%. Σε υποεξυπηρετούμενες και κοινωνικά μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες, το ποσοστό είναι σημαντικά υψηλότερο. Οι εμβολιασμοί των ενηλίκων με τις αναμνηστικές δόσεις του αντιτετανικού - αντιδιφθεριτικού καθώς και των ομάδων υψηλού κινδύνου με το αντιγριπικό, το αντιπνευμονιοκοκκικό και τα εμβόλια των ηπατιτίδων Α και Β βρίσκονται επίσης σε πολύ χαμηλά επίπεδα.

5.3.1.7 Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών

Σε κάθε χώρα παγκοσμίως, προκειμένου να υπάρχει μια ενιαία πολιτική εμβολιασμών, ορίζεται ένα χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών, που προγραμματίζεται από την πολιτεία, σύμφωνα με τις τρέχουσες επιδημιολογικές συνθήκες και τις διεθνείς οδηγίες. Εάν οι συνθήκες αλλάξουν, τροποποιείται η χρονολογική σειρά ή η ηλικία έναρξης ή και όλο το πρόγραμμα των εμβολιασμών. Το Πρόγραμμα Εμβολιασμών για τη χώρα μας, προτείνεται από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και το Υπουργείο το εγκρίνει ή το τροποποιεί⁶.

Στον Πίνακα 7 που ακολουθεί, παρουσιάζεται το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών για το έτος 2008.

Πίνακας 7: Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών 2008.

ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ - Χρονοδιάγραμμα Εμβολιασμών για Παιδιά και Εφήβους												
Ηλικία Εμβόλιο	Γέννηση	1 μην	2 μην	4 μην	6 μην	12 μην	15 μην	18 μην	24 μην	4 - 6 έτη	11 - 12 έτη	13 - 18 έτη
Ηπατίτιδας Β (HepB)	Hep B ³	Hep B ³ (1 - 2 δόσεις)		Hep B								
		Hep B ⁴ (1 - 2 δόσεις)	Hep B	Hep B				Hep B (όλες οι δόσεις)				
Διφθερίτιδας Τετάνου (DTaP) ²			DTaP	DTaP	DTaP		DTaP			DTaP	DTaP	
Πολυομελίτιδας (IPV) ³			IPV	IPV	IPV					IPV		
Αιμόφιλου τύπου Β ⁴			Hb	Hb	Hb	Hb						
Μηνιγγιτιδόκοκκου C (MCC) ⁵			MCC	MCC	MCC							
Πνευμονιόκοκκου (PCV) ⁶			PCV	PCV	PCV	PCV			PCV (PPV) ^{6a}			
Ιλαράς/ Παρωτίτιδας/ Ερυθράς (MVR) ⁷						MVR				MVR		
Ανεμοελογιάς (Var) ⁸						Var				Var		

⁶Βλ. περισσότερα στο: <http://62.103.163.130/gr/thefuture/anakoinoseis/Timetable%202008.xls>.

ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ - Χρονοδιάγραμμα Εμβολιασμών για Παιδιά και Εφήβους												
Ηλικία Εμβόλιο	Γέννηση	1 μην	2 μην	4 μην	6 μην	12 μην	15 μην	18 μην	24 μην	4 - 6 έτη	11 - 12 έτη	13 - 18 έτη
Ιός Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV) ⁹												HPV κορίτσια ετών 3 δόσεις
Ηπατίτιδας Α (Hep A) ¹⁰						Hep A (2 δόσεις)						
Φυματίωσης (BCG) ¹¹						Mantoux				Mantoux ¹² BOG	Mantoux ¹³	
Γρίπης (INFL) ¹²						INFL (ετησίως)						

5.4 Έλεγχος και περιορισμός των υποδόχων

Τα υποδόχα είναι οι φυσικοί μεταφορείς των λοιμωδών νόσων. Ο έλεγχός τους ποικίλλει ανάλογα με τη φύση του οργανισμού. Για τα ζώα υποδόχα μπορούμε να προβούμε σε θανάτωση ή καραντίνα. Η δράση των ανθρώπινων υποδόχων μπορεί να περιοριστεί με εμβολιασμούς, με χημειοθεραπεία (στην περίπτωση της φυματίωσης για παράδειγμα) ή με χημειοπροφύλαξη (όπως με τους μηνιγγιτιδόκοκκους).

5.5 Περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων

Ο περιορισμός της μετάδοσης των λοιμογόνων παραγόντων γίνεται με:

- Απομόνωση ασθενών - το φυσικό τους διαχωρισμό δηλαδή κατά τη διάρκεια της περιόδου μεταδοτικότητας της νόσου και για διάστημα τουλάχιστον ίσο με αυτή.
- Καραντίνα ή αλλιώς απομόνωση ή περιορισμός της ελεύθερης κίνησης υγιών ατόμων που ίσως έχουν μολυνθεί.
- Απολύμανση, που είναι η καταστροφή λοιμογόνων παραγόντων με την άμεση εφαρμογή χημικών ή φυσικών μέσων (αερισμό, ήλιο) ιδίως για νοσήματα που μεταδίδονται με σκόνη ή αγωγούς.

5.6 Ειδική Πολιτική για την αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων και της μικροβιακής αντοχής

Η εμφάνιση, με αυξανόμενη συχνότητα, λοιμώξεων που οφείλονται σε μικροοργανισμούς που εμφανίζουν αντοχή σε μία ή περισσότερες ομάδες αντιβιοτικών, αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα, αλλά και πρόβλημα Δημόσιας Υγείας σε πολλά μέρη του κόσμου. Οι λοιμώξεις αυτές συνήθως αφορούν σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία (νοσοκομειακές λοιμώξεις ή λοιμώξεις σε χώρους παροχής υγείας) και συχνά αποτελούν επιπλοκή νοσηλευτικής πράξης.

Για την αντιμετώπιση αυτού του σοβαρού αναδυόμενου προβλήματος Δημόσιας Υγείας, έχει προταθεί η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υγείας 2008 - 2012, το οποίο αποτελεί μέρος του συνολικού σχεδιασμού για τη Δημόσια Υγεία. Περισσότερες πληροφορίες, στοιχεία βιβλιογραφίας και πλήρη ανάλυση των δράσεων και των στρατηγικών αντιμετώπισης που θα λάβουν χώρα, μπορείτε να βρείτε στο κείμενο του εν λόγω Σχεδίου.

5.7 Ειδική πολιτική για την αντιμετώπιση του AIDS

Το AIDS υπολογίζεται, σύμφωνα με στοιχεία του 2007, ότι είναι υπεύθυνο για 25 εκατομμύρια θανάτους από το 1981, όταν δηλαδή για πρώτη φορά διαπιστώθηκε η ύπαρξή του, ενώ το 2006 κόστισε τη ζωή περισσότερων από τρία εκατομμύρια (3.000.000) ανθρώπων. Ο συνολικός αριθμός

οροθετικών παγκοσμίως έχει ξεπεράσει τα σαράντα εκατομμύρια (40.000.000), ενώ στη χώρα μας από την αρχή της επιδημίας έχουν δηλωθεί περίπου 8.080 περιστατικά. Η διαχρονική κατανομή τους δείχνει μια μικρή αύξηση, τα έτη 2003 και 2004, ενώ το 2005 παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση καθώς ο αριθμός των νέων μολύνσεων που δηλώθηκαν αυξήθηκε κατά 25%. Η συχνότητα των HIV θετικών ατόμων ανέρχεται σε 43,6 άτομα ανά εκατομμύριο πληθυσμού γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στο μέσο περίπου των ευρωπαϊκών κρατών.

Η επιδημιολογική κατάσταση που περιγράφηκε ανωτέρω δεν επιτρέπει τον εφησυχασμό, γι' αυτό και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της χώρας μας έχει εκπονήσει εξειδικευμένο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS 2008 - 2012, το οποίο αποτελεί μέρος του συνολικού σχεδιασμού για τη Δημόσια Υγεία. Περισσότερες πληροφορίες, στοιχεία βιβλιογραφίας και πλήρη ανάλυση των δράσεων και των στρατηγικών αντιμετώπισης που θα λάβουν χώρα, αναφέρονται στο εν λόγω Σχέδιο.

5.8 Ειδική πολιτική για την αντιμετώπιση της φυματίωσης

Στη χώρα μας η φυματίωση έχει περιληφθεί στα υποχρεωτικώς δηλούμενα νοσήματα με το ΒΔ 424 Α του 1958, ενώ ο «Αντιφυματικός Αγώνας» έλαβε νομική υπόσταση το 1960 με το Νόμο 4053, στον οποίο περιλαμβάνονται όλες οι βασικές αρχές και παράμετροι επιτήρησης και ελέγχου της νόσου. Εντούτοις η επιτήρηση τόσο της νόσου, όσο και των μέτρων ελέγχου, δεν είναι ικανοποιητική. Στην Ελλάδα δηλώνονται περί τις 7 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού, αλλά είναι γνωστή η υποδήλωση και η παροχή ελλিপών στοιχείων.

Το περιφερειακό Ιο Επίπεδο του προγράμματος ελέγχου της φυματίωσης λειτουργεί πλημμελώς και ανάλογα προς τις πρωτοβουλίες και την επιμέλεια του υγειονομικού προσωπικού. Νομοί με γνωστή και άλλοτε δηλούμενη υψηλή επίπτωση της νόσου, τα τελευταία χρόνια δηλώνουν μηδενική επίπτωση. Τα αντιφυματικά ή πνευμονολογικά ιατρεία συχνά δεν είναι στελεχωμένα και δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες του προγράμματος.

Το ενδιάμεσο, 2ο Επίπεδο, με τις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (και των Υγειονομικών Περιφερειών), επίσης συχνά είναι ανεπαρκές όσον αφορά στη συλλογή και επεξεργασία στοιχείων, αλλά και στα προγράμματα ανίχνευσης νέων περιπτώσεων ή διερεύνησης του περιβάλλοντος νέου κρούσματος φυματίωσης. Συνήθως προβάλλεται ανεπαρκής στελέχωση.

Στο κεντρικό 3ο Επίπεδο, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τα τελευταία χρόνια καταβάλλεται σοβαρή προσπάθεια αναδιοργάνωσης του προγράμματος ελέγχου και επιτήρησης της φυματίωσης. Το Γραφείο Φυματίωσης του Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., συλλέγει και αναλύει λεπτομερώς τα μερικώς έστω δηλούμενα κρούσματα. Τα αποτελέσματα κοινοποιούνται περιοδικά με σχετικό έγγραφο ή ως ανακοίνωση (μέσω του Επιδημιολογικού Δελτίου Λοιμωδών Νοσημάτων Ελλάδας) σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Πρόσφατα εκδόθηκε εγχειρίδιο με τον τίτλο «Οδηγίες για την Αντιμετώπιση της Φυματίωσης» το οποίο διανέμεται ήδη.

Στο πλαίσιο αναβάθμισης του ελέγχου της φυματίωσης, δημιουργήθηκε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. η Επιστημονική Επιτροπή Φυματίωσης με ευρύτατη σύνθεση, με σκοπό την αναθεώρηση του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης.

Το Ινστιτούτο Έρευνας για τη Φυματίωση, έχει ατονήσει τα τελευταία χρόνια ως προς τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα αυτό.

Η ανίχνευση νέων κρουσμάτων είναι οργανωμένη σε συγκεκριμένες περιοχές όπου λειτουργούν αντιφυματικά ιατρεία ή υπηρεσίες υγείας με επαρκή στελέχωση, ενώ σε πολλές περιοχές, ο έλεγχος στο

περιβάλλον του φυματικού, ή ο έλεγχος άλλων ομάδων αυξημένου κινδύνου, είναι πλημμελής.

Η διαγνωστική προσπέλαση της νόσου θεωρείται επαρκής, αλλά η εργαστηριακή υποστήριξη για την ανεύρεση και ταυτοποίηση του μυκοβακτηριδίου δεν είναι πιστοποιημένη, με αποτέλεσμα να υπολείπεται σε διάφορα επίπεδα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το συμπέρασμα αυτό βγαίνει εύκολα από το χαμηλό ποσοστό εργαστηριακά διαγνωσμένης φυματίωσης (40%) καθώς και από τον παρατεταμένο χρόνο λήψης των αποτελεσμάτων της οξεάντοχης χρώσης και της ταυτοποίησης. Η έλλειψη πιστοποίησης σημαίνει ότι δεν υπάρχει κανένας είδους νομοθετικό πλαίσιο ή έλεγχος αναφορικά με τη διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων. Για ένα παθογόνο τόσο σημαντικό για τη Δημόσια Υγεία και με δεδομένη την παγκόσμια εξάπλωση των πολυανθεκτικών στελεχών, κανένα εργαστήριο δεν ελέγχεται ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Σε αυτήν περιλαμβάνονται τόσο η μεθοδολογία που εφαρμόζεται, όσο και η ποιότητα των καλλιεργητικών υλικών και η διενέργεια Εξωτερικού Ελέγχου Ποιότητας. Επίσης, συμβαίνει και το αντίθετο. Σε περίπτωση αδυναμίας διενέργειας των αντίστοιχων εξετάσεων (που παρατηρείται συχνά στην περιφέρεια) δεν είναι διαθέσιμος κανένας μηχανισμός μεταφοράς του κλινικού δείγματος σε άλλα διαγνωστικά κέντρα.

Η θεραπεία συνήθως δεν παρουσιάζει προβλήματα, αν και ενίοτε παρατηρούνται ελλείψεις φαρμάκων, ιδίως στα δευτερεύοντα αντιφυματικά. Η συμμόρφωση ενίοτε είναι προβληματική και δεν υπάρχουν προγράμματα επιβλεπόμενης θεραπείας (DOTS). Η νοσοκομειακή νοσηλεία έχει διευρυνθεί προς τα γενικά νοσοκομεία, αλλά συχνά δεν τηρούνται οι αρχές ελέγχου της διασποράς του μυκοβακτηριδίου.

Η θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης εφαρμόζεται συνήθως σωστά, αλλά η συμμόρφωση είναι προβληματική και η ενημέρωση ατελής.

Ο εμβολιασμός με BCG αν και είναι υποχρεωτικός με νόμο και με επανειλημμένες εγκυκλίους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εντούτοις δεν καλύπτει υψηλό ποσοστό του παιδικού πληθυσμού, τουλάχιστον σε ορισμένες περιοχές.

Τα μέτρα ελέγχου διασποράς του μυκοβακτηριδίου είναι κατά κανόνα ελλιπή. Δεν υπάρχουν μονόκλινα δωμάτια, ειδικός κλιματισμός δεν υπάρχει, η απολύμανση του θαλάμου νοσηλείας συνήθως δεν εκτελείται και η οργάνωση των μικροβιολογικών εργαστηρίων κατά κανόνα είναι πλημμελής. Κατόπιν των ανωτέρω, είναι εμφανές ότι το πρόγραμμα ελέγχου της φυματίωσης στη χώρα μας χρειάζεται αναδιοργάνωση, προκειμένου η νόσος να ελεγχθεί κατά τα πρότυπα των λοιπών ευρωπαϊκών χωρών (Ε.Π.Ε.Φ. 2007- Παράρτημα Ι).

6. Η Ελληνική Νομοθεσία για την Προστασία της Δημόσιας Υγείας

Η νομοθεσία για την προστασία της Δημόσιας Υγείας από τα μεταδοτικά νοσήματα εκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα τομέων που επηρεάζουν την υγεία. Η νομοθεσία αυτή περιλαμβάνει:

1. Την υιοθέτηση του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού.
2. Τη νομοθεσία για τη δήλωση των λοιμωδών νοσημάτων και την επιδημιολογική επιτήρηση.
3. Τη νομοθεσία για τον υγειονομικό έλεγχο των επιχειρήσεων υγειονομικού ενδιαφέροντος.
4. Τη νομοθεσία για την υγιεινή της ύδρευσης.
5. Τη νομοθεσία για την υγιεινή των τροφίμων.
6. Τη νομοθεσία για την υγιεινή του περιβάλλοντος.
7. Τη νομοθεσία για την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας.

6.1 Υιοθέτηση του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού

Ο Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός, στην αναθεώρηση του 2005, περιλαμβάνει 66 άρθρα, διαρθρωμένα σε 10 κεφάλαια, καθώς και μια σειρά παραρτημάτων με τεχνικές οδηγίες. Ο Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός έχει γίνει ομόφωνα δεκτός από όλα τα κράτη-μέλη της 58ης Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, και από την ίδια χρονιά έχει μεταφραστεί στα ελληνικά, σε επίσημη μετάφραση του Υπουργείου Εξωτερικών.

6.2 Νομοθεσία για τη δήλωση των λοιμωδών και την επιδημιολογική επιτήρηση

Το βασικό νομοθετικό πλαίσιο για την υποχρεωτική δήλωση των λοιμωδών νοσημάτων καθορίζεται από το Β.Δ. της 3/11/1950. Το νομοθέτημα αυτό καθορίζει ποιος κάνει τη δήλωση, τη διαδικασία της δήλωσης και τις υπηρεσίες που είναι επιφορτισμένες με το έργο αυτό. Το Β.Δ. καθορίζει ως υποχρεωτική τη δήλωση 44 λοιμωδών νοσημάτων, ο κατάλογος των οποίων ανανεώθηκε πρόσφατα από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

6.3 Νομοθεσία για τον υγειονομικό έλεγχο των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος

Το βασικό νομοθέτημα που καθορίζει τη διαδικασία ελέγχου των καταστημάτων και επιχειρήσεων υγειονομικού ενδιαφέροντος είναι η υγειονομική διάταξη ΑΙβ/8577/1983 «Υγειονομικός έλεγχος επιχειρήσεων υγειονομικού ενδιαφέροντος» (ΦΕΚ 526Β'/1983). Με τον κανονισμό αυτό καθορίζονται οι διαδικασίες και τα όργανα για τον υγειονομικό έλεγχο των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος (καταστήματα τροφίμων κ.λπ.), οι όροι ίδρυσης, αδειοδότησης και λειτουργίας παρόμοιων επιχειρήσεων, με τρόπο που να εξασφαλίζει την προστασία της Δημόσιας Υγείας από τα λοιμώδη νοσήματα, ειδικές διατάξεις κ.λπ.

6.4 Νομοθεσία για την υγιεινή των τροφίμων

Τα κύρια νομοθετήματα που αφορούν στην υγιεινή για τη νομοθεσία των τροφίμων είναι:

- Η Κ.Υ.Α. 1100/1987 «Κώδικας Τροφίμων και Ποτών» (ΦΕΚ 788Β'/1987).
- Η Κ.Υ.Α. 487/2000 «Υγιεινή των τροφίμων σε συμμόρφωση με την Οδηγία 93/43/ΕΚ του Συμβουλίου» (ΦΕΚ 1219Β'/2000).
- Η υγειονομική διάταξη ΑΙβ/8577/83 «Υγειονομικός έλεγχος επιχειρήσεων υγειονομικού ενδιαφέροντος» (ΦΕΚ 526Β'/1983).

Ειδικότερα:

- Με την Κ.Υ.Α. 1100/1987 «Κώδικας Τροφίμων και Ποτών», υιοθετείται η τελευταία έκδοση του Διεθνούς Κώδικα Τροφίμων και Ποτών (Codex Alimentarius). Η Κ.Υ.Α. 1100/1987 συνοδεύεται από μια σειρά τροποποιητικών και συμπληρωματικών αποφάσεων, με τις οποίες ενσωματώνονται στην ελληνική νομοθεσία μεταγενέστερες συμπληρώσεις του Κώδικα. Ο Κώδικας Τροφίμων και Ποτών αναφέρεται στις συνθήκες υγιεινής διάθεσης, επεξεργασίας, συσκευασίας, μεταφοράς και αποθήκευσης των τροφίμων, τη διαδικασία δειγματοληψίας κ.λπ.
- Η Κ.Υ.Α. 487/2000 «Υγιεινή των τροφίμων σε συμμόρφωση με την Οδηγία 93/43/ΕΚ του Συμβουλίου» (ΦΕΚ 1219Β/04.10.2000) αποτελεί τη βάση της πολιτικής της Ε.Ε. για την ασφάλεια των τροφίμων, και αναφέρεται στους όρους υγιεινής κατά την προμήθεια, μεταφορά, αποθήκευση και επεξεργασία πρώτων υλών και τροφίμων, τη συντήρηση, συσκευασία, αποθήκευση και σερβίρισμα έτοιμων προς κατανάλωση τροφίμων, την υγιεινή του προσωπικού, τους ελέγχους και τις διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας, την καθιέρωση του συστήματος ποιότητας HACCP κ.λπ.
- Η υγειονομική διάταξη ΑΙβ/8577/1983, όπως αναφέρθηκε, αναφέρεται στον υγειονομικό έλεγχο επιχειρήσεων τροφίμων.

6.5 Νομοθεσία για την υγιεινή της ύδρευσης

Τα κύρια νομοθετήματα που αναφέρονται στην υγιεινή του πόσιμου νερού και της ύδρευσης είναι τα ακόλουθα.

- Η υγειονομική διάταξη Γ 3α/761/1968 «Περί ποιότητας του πόσιμου ύδατος».
- Η Κ.Υ.Α. «Ποιότητα του πόσιμου νερού σε συμμόρφωση με την οδηγία 80/778 ΕΚ» (ΦΕΚ Β'53/1986).
- Η Κ.Υ.Α. Υ2/2600/2001 «Ποιότητα του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης, σε συμμόρφωση προς την οδηγία 98/83/Ε.Κ.» (ΦΕΚ 892Β'/2001).
- Η Υ.Α. ΑΙβ/4841/1979 «Ποιότητα των εμφιαλωμένων νερών».
- Το Π.Δ. 433/1983 «Κυκλοφορία στο εμπόριο φυσικών μεταλλικών νερών».
- Η Κ.Υ.Α. 329/1998 «Τροποποίηση του Π.Δ. 433, σε συμμόρφωση προς την οδηγία 96/70».

Το περιεχόμενο των παραπάνω νομοθετημάτων αναφέρεται στα ακόλουθα:

- Τα φυσικά χαρακτηριστικά του πόσιμου νερού.
- Τα μικροβιολογικά χαρακτηριστικά του πόσιμου νερού.
- Τα χημικά χαρακτηριστικά του πόσιμου νερού.
- Τα μέτρα προστασίας των υδάτων και των υδατοδεξαμενών.
- Τα μέτρα και τις διαδικασίες ελέγχου και αξιολόγησης της ποιότητας του πόσιμου νερού.

6.6 Νομοθεσία για την προστασία και υγιεινή του περιβάλλοντος

Τα σημαντικότερα νομοθετήματα που αναφέρονται στο περιβάλλον είναι:

- Ο Ν. 1650/1986 «Προστασία του περιβάλλοντος» (ΦΕΚ 160Α'/1986).
- Ο Ν. 3010/2002 «Τροποποίηση διατάξεων του 1650 για την προστασία του περιβάλλοντος» (ΦΕΚ 91/2002).
- Η Υ.Α. 69269/1990 «Κατάταξη έργων και δραστηριοτήτων... για μελέτες περιβαλλοντικών επιπτώσεων...» (ΦΕΚ 678Β'/1990).
- Ειδικές διατάξεις για οικιακά λύματα, οικόσιτα ζώα, αστικά και βιομηχανικά απόβλητα, ηχορύπανση, κολυμβητικές δεξαμενές κ.λπ.

6.7 Νομοθεσία για την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας

Ένας από τους τομείς που αφορούν άμεσα στην προστασία της Δημόσιας Υγείας είναι ο τομέας της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας. Στον τομέα αυτό υπάρχει μια μακρά σειρά νομοθετημάτων, αντικείμενο των οποίων η διασφάλιση της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ αυτών, πολλές διατάξεις έχουν ως στόχο τη μείωση των κινδύνων εμφάνισης νοσοκομειακών λοιμώξεων, την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής και την προστασία των εργαζομένων και των ασθενών από ιατρογενείς λοιμώξεις.

7. Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και Εθνικοί Οργανισμοί για τα Μεταδοτικά Νοσήματα στην Ελλάδα

7.1 Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

7.1.1 Κεντρική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας

Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η Κεντρική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας και είναι αρμόδια για τον έλεγχο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και την εποπτεία της εφαρμογής των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Π.Ο.Υ. για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Καταρτίζει εισηγήσεις για τη δημιουργία πολιτικών και στρατηγικών Δημόσιας Υγείας.
- Ελέγχει τους φορείς που είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή των πολιτικών Δημόσιας Υγείας.
- Ασκει την εποπτεία των φορέων Δημόσιας Υγείας που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Συνεργάζεται με το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. και το Κέντρο Επιχειρήσεων του Σ.Ο.Τ.Υ. στη διαχείριση του κινδύνου και στη λήψη αποφάσεων ταχείας αντίδρασης.
- Τηρεί Μητρώο Λειτουργών Δημόσιας Υγείας και Μητρώο Εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας.
- Εφοδιάζει τα όργανα και τους υπαλλήλους που ασκούν υγειονομικούς ελέγχους με τα απαραίτητα έγγραφα για την εκτέλεση των καθηκόντων τους, όπως αυτά καθορίζονται με υπουργικές αποφάσεις.
- Συντονίζει και εποπτεύει τα Δίκτυα Δημόσιας Υγείας, τα οποία περιλαμβάνουν τα εργαστήρια, τις κλινικές και τις μονάδες, που έχουν ως αντικείμενο την επιστημονική παρακολούθηση, έλεγχο και αντιμετώπιση ενός νοσήματος ή παράγοντα κινδύνου ή απειλής με υψηλή προτεραιότητα για τη Δημόσια Υγεία.

Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας συγκροτείται από τις παρακάτω Διευθύνσεις και Τμήματα:

- Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής.
- Διεύθυνση Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος.
- Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων.
- Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με Περιφέρειες και Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις.
- Διεύθυνση Στοματικής Υγείας.
- Αυτοτελές Τμήμα Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Αυτοτελές Τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών.

Η διάρθρωση και οι αρμοδιότητες των παραπάνω Διευθύνσεων παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 2. Από τη συγκεκριμένη διάρθρωση, οι οργανικές μονάδες που έχουν άμεση σχέση με την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων είναι κατά κύριο λόγο οι μονάδες της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής.

Διάγραμμα 2: Οργανόγραμμα Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.



Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής συγκροτείται από τα Τμήματα:

- Τμήμα Επιδημιολογίας Νοσημάτων.
- Τμήμα Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας.
- Τμήμα Υγειονομικών Κανονισμών Δημόσιας Υγείας.

Επίσης, αρμοδιότητες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων έχουν επίσης και τα ακόλουθα Τμήματα:

- το Τμήμα Υγειονομικού Ελέγχου Υδάτων και Αποβλήτων της Διεύθυνσης Υγιεινής Περιβάλλοντος και
- το Τμήμα Περιβαλλοντικής Υγιεινής Μονάδων Υγείας και Οικισμών.

Πίνακας 8: Αρμοδιότητες Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> Τη μελέτη της κατανομής και των επιπτώσεων των διάφορων νοσημάτων στο πληθυσμό, καθώς και των παραγόντων που τα επηρεάζουν. Την επιδημιολογική μελέτη των κάθε είδους λοιμωδών νοσημάτων. Το σχεδιασμό, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης και καταπολέμησης των λοιμωδών νοσημάτων. Τον προγραμματισμό για την παραγωγή και προμήθεια ορών, εμβολίων, βιολογικών προϊόντων, κ.λπ. για την περιστολή των λοιμωδών νοσημάτων. Την τήρηση της εφαρμογής του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού. Την ανταλλαγή επιδημιολογικών πληροφοριών με τον Π.Ο.Υ., την Επιτροπή Υγείας του Συμβουλίου της Ευρώπης, την Ε.Ε. και τα κράτη. Τη συνεργασία και συμμετοχή σε προγράμματα και δραστηριότητες διεθνών οργανισμών και της Ε.Ε., και την εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας.
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
<ul style="list-style-type: none"> Τη μελέτη της κατανομής και των επιπτώσεων των διάφορων χρόνιων νοσημάτων στον πληθυσμό και των παραγόντων που τα επηρεάζουν. Το σχεδιασμό, παρακολούθηση και την αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης και καταπολέμησης των χρόνιων νοσημάτων. Την καθιέρωση μέτρων για την προστασία της υγείας των εργαζομένων, τη μελέτη των επαγγελματικών νόσων και την παρακολούθηση της εφαρμογής των διεθνών προτύπων για την υγιεινή και την ιατρική της εργασίας. Την επιδημιολογική διερεύνηση των κάθε είδους ατυχημάτων και τη λήψη μέτρων για την πρόληψή τους. Τον καθορισμό κανόνων και μέτρων για την υγιεινή μητρότητας και των παιδιών βρεφικής και προσχολικής ηλικίας. Την παρακολούθηση και τη μελέτη στοιχείων, που αφορούν στη μητρική, νεογνική, βρεφική και παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τη μελέτη, το σχεδιασμό και τη διαμόρφωση εθνικής διατροφικής πολιτικής, για την προστασία και προαγωγή της υγείας σε εθνικό επίπεδο. Τα θέματα που αφορούν στην προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας, προς τις Οδηγίες της Ε.Ε. σχετικά με το κάπνισμα. Την υποβολή προτάσεων για την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας. Τη συμμετοχή στη διαμόρφωση των οδηγιών του Π.Ο.Υ. και της Ε.Ε., την παρακολούθηση της εφαρμογής τους και την εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας. Τη συνεργασία και συμμετοχή σε προγράμματα και δραστηριότητες με διεθνείς οργανισμούς.
ΤΜΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
<ul style="list-style-type: none"> Τον καθορισμό των υγειονομικών όρων ίδρυσης και λειτουργίας καταστημάτων και επιχειρήσεων που από τη λειτουργία τους επηρεάζεται η Δημόσια Υγεία. Τον καθορισμό μέτρων και σχεδίων υγειονομικού ελέγχου των εγκαταστάσεων των ως άνω επιχειρήσεων και του προσωπικού τους. Τον καθορισμό μέτρων υγειονομικού ελέγχου σε επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών, κοινωνικά μέσα, δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Τη συγκέντρωση και την επεξεργασία στοιχείων υγειονομικών ελέγχων και επιθεωρήσεων. Την επεξεργασία και την έκδοση Υγειονομικής Νομοθεσίας, και το συντονισμό για την κωδικοποίησή της, καθώς και την εναρμόνιση με οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Την εποπτεία, το συντονισμό και τον έλεγχο του έργου των υπηρεσιών υγειονομικού ελέγχου. Τη συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες της Ε.Ε. για τα παραπάνω.

Πίνακας 9: Αρμοδιότητες Διεύθυνσης Υγιεινής Περιβάλλοντος.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
ΤΜΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΔΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> Τη μελέτη, τον προγραμματισμό και την παρακολούθηση της εφαρμογής υγειονομικών διατάξεων, που αφορούν στην υγειονομική προστασία και στην εξυγίανση των υδάτων, των υδρευσεων και αποχετεύσεων, τον έλεγχο της ποιότητας των πόσιμων νερών και των ακτών κολύμβησης κ.λπ. Τον έλεγχο και την παρακολούθηση της ποιότητας των εμφιαλωμένων νερών και την εφαρμογή της εθνικής και κοινοτικής νομοθεσίας σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής. Την παροχή οδηγιών και τη διενέργεια ερευνών για τη διαπίστωση και την παρακολούθηση της ποιότητας των νερών και των συνθηκών υγιεινής διάθεσης των λυμάτων και υγρών αποβλήτων. Τον έλεγχο μελετών και έργων επεξεργασίας υγρών αποβλήτων και λυμάτων, καθώς και επεξεργασίας νερών. Τη μελέτη, τον προγραμματισμό και την παρακολούθηση της εφαρμογής υγειονομικών διατάξεων και προγραμμάτων, που αφορούν στις κολυμβητικές δεξαμενές. Τις μελέτες περιβαλλοντικών και υγειονομικών επιπτώσεων και την έγκριση περιβαλλοντικών όρων.
ΤΜΗΜΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΙΣΜΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> Την κατάρτιση προγραμμάτων προμήθειας εξοπλισμού επεξεργασίας αποβλήτων των μονάδων υγείας, καθώς και την εποπτεία για τα ανωτέρω έργα και εγκαταστάσεις. Τη σύνταξη ενιαίων προδιαγραφών και κανονισμών λειτουργίας του ως άνω εξοπλισμού. Τη μελέτη, τον προγραμματισμό και την παρακολούθηση της εφαρμογής υγειονομικών διατάξεων που αφορούν στην υγιεινή συλλογή, αποκομιδή και διάθεση των στερεών απορριμμάτων και στην προστασία από τη ρύπανση με τοξικές και επικίνδυνες ουσίες. Την παροχή οδηγιών και τη διενέργεια ελέγχων για διαπίστωση και παρακολούθηση της ποιότητας του εδάφους, των νερών και των συνθηκών υγιεινής διάθεσης των στερεών και τοξικών αποβλήτων και την εκτίμηση των επιδράσεων αυτών στη Δημόσια Υγεία. Τη μελέτη, την κατάρτιση και την παρακολούθηση της εφαρμογής υγειονομικών διατάξεων που αφορούν στην υγιεινή της κατοικίας, των οικισμών, των κοινόχρηστων χώρων, των εσωτερικών χώρων, των εγκαταστάσεων και των χώρων συγκέντρωσης ή διακίνησης κοινού. Την παροχή οδηγιών και τη διενέργεια υγειονομικών ελέγχων για την επισήμανση των συνθηκών υγιεινής των ανωτέρω και για τη λήψη μέτρων προστασίας και εξυγίανσης από τους υπόχρεους. Τη θέσπιση μέτρων και την παρακολούθηση της εφαρμογής υγειονομικών διατάξεων και κανονισμών που αφορούν στον έλεγχο των θορύβων και κραδασμών.

7.1.2 Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας

Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας ιδρύθηκαν για πρώτη φορά με τους νόμους 2503 και 2517 του 1997, ως Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας ενταγμένες στον οργανισμό των αντίστοιχων Περιφερειών. Στη συνέχεια, με το Ν. 3172/2003 οι υπηρεσίες αυτές μετονομάστηκαν σε Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας, ενώ με το Ν. 3370/2005, το μεν Τμήμα Πρόνοιας παρέμεινε στις Περιφέρειες, ενώ η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιήλθε στην αρμοδιότητα της αντίστοιχης Δ.Υ.Π.Ε.

Σύμφωνα με το Ν 3172/2003 και τις τροποποιήσεις του με βάση το Ν 3370/05, κάθε Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει στη διάρθρωσή της:

- Τμήμα Υπηρεσιών και Επαγγελματιών Υγείας.
- Τμήμα Προστασίας και Προαγωγής Περιβάλλοντος.
- Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας.
- Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης.

Η προβλεπόμενη στελέχωση των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει επόπτες Δημόσιας Υγείας, επισκέπτες υγείας, υγιεινολόγους μηχανικούς, κτηνίατρους ή άλλα επαγγέλματα

Δημόσιας Υγείας. Εντούτοις, οι υπηρεσίες αυτές στην πράξη δεν έχουν συγκροτηθεί και στελεχωθεί, ούτε ασκούν τις αρμοδιότητές τους.

Παράλληλα, σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια, προβλέπεται η συγκρότηση Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας, στο οποίο προεδρεύει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και μετέχουν οι προϊστάμενοι των νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, το έργο των οποίων σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία και των υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας. Εντούτοις, τα Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας δεν κατέστη ακόμη δυνατόν να συγκροτηθούν και να λειτουργήσουν.

7.1.3 Νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων αποτελούν συνέχεια των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγιεινής, οι οποίες έχουν μακρά διαδρομή και σημαντική συμβολή στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Η ίδρυση υπηρεσιών υγιεινής σε νομαρχιακό επίπεδο έχει τις ρίζες της στο 19ο αιώνα. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο αποτέλεσαν για δεκαετίες τον κύριο μηχανισμό Δημόσιας Υγείας της χώρας, ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Με αυτή την υπηρεσιακή ένταξη, η οργανική τους διάρθρωση και αρμοδιότητες καθορίστηκαν για τελευταία φορά το 1989, με το Π.Δ. 224/1989. Στη συνέχεια, με την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης με το Ν. 2218/1994, περιήλθαν στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Τέλος, με το Ν. 3172/2003, θεσμοθετήθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο οργανισμού των νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, προς το οποίο θα πρέπει να προσαρμοσθούν όλες οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις.

Σύμφωνα με το Ν. 3172/2003, κάθε νομαρχιακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει στη διάρθρωσή της τα παρακάτω Τμήματα:

- α) Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής,
- β) Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας,
- γ) Τμήμα Περιβαλλοντικής Υγιεινής και Υγειονομικού Ελέγχου,
- δ) Τμήμα Υπηρεσιών και Επαγγελματιών Υγείας και
- ε) Τμήμα Φαρμάκων και Φαρμακείων.

Εντούτοις, από την ψήφιση του Ν. 3172/2003, δεν υπήρξαν μέχρι τώρα μεταβολές στους υφιστάμενους οργανισμούς των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και συμμόρφωση προς τις διατάξεις του νόμου 3172. Σχεδόν το σύνολο των Ν.Α. διατηρούν τη διάρθρωση που υιοθέτησαν στον πρώτο τους οργανισμό, ο οποίος είναι κατά κανόνα σύμφωνα με το Π.Δ. 224/1989.

Η διάρθρωση αυτή, με μικρές αποκλίσεις, περιλαμβάνει:

- α) το Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής,
- β) το Τμήμα Υπηρεσιών Υγείας (το οποίο ασκεί και τις αρμοδιότητες Φαρμακείων και Φαρμάκων),
- γ) το Τμήμα Προστασίας και Προαγωγής της Υγείας και
- δ) το Τμήμα Γραμματείας.

Οι ισχύουσες αρμοδιότητες έχουν καθορισθεί στους οργανισμούς των Ν.Α. με βάση το Π.Δ. 224/1989. Σύμφωνα με αυτό, οι αρμοδιότητες των Τμημάτων των νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγιεινής συνοψίζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10: Αρμοδιότητες Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

1. Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής
Εφαρμογή υγειονομικού κανονισμού και υγειονομικών διατάξεων.
Έλεγχος υγιεινής ύδρευσης και αποχέτευσης.
Έλεγχος τροφίμων και καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος.
Εφαρμογή διατάξεων για την προστασία των εργαζομένων.
Περιβαλλοντική, αστική και αγροτική υγιεινή, έλεγχος διάθεσης αποβλήτων.
Έκδοση αδειών για τα ανωτέρω.
2. Τμήματα Υπηρεσιών Υγείας
Έκδοση αδειών και έλεγχος καλής λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών.
Έκδοση αδειών και έλεγχος λειτουργίας εργαστηρίων, φαρμακείων, οδοντιατρείων, φυσικοθεραπευτηρίων κ.λπ.
Χορήγηση αδειών άσκησης επαγγελματιών υγείας και έλεγχος αυτών.
3. Τμήματα Προστασίας και Προαγωγής Υγείας
Εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και προληπτικής ιατρικής.
Εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας μητέρας - παιδιού.
Εφαρμογή προγραμμάτων για τα χρόνια και δυσίατα νοσήματα.
Δήλωση, καταγραφή και επιδημιολογική έρευνα λοιμωδών νοσημάτων και επιδημιών.
Αγωγή και προαγωγή υγείας.

Οι κύριες κατηγορίες προσωπικού στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας είναι οι ιατροί Δημόσιας Υγείας, οι επισκέπτες υγείας και οι επόπτες Δημόσιας Υγείας.

Η ικανότητα των υπηρεσιών να ανταποκριθούν στην αποστολή τους είναι άμεση συνάρτηση της στελέχωσης και της επάρκειας του ανθρώπινου δυναμικού, ιδίως στις τρεις προαναφερθείσες κατηγορίες.

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζεται η προβλεπόμενη και η υφιστάμενη στελέχωση των νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε ότι αφορά στο ιατρικό προσωπικό, ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Από τις 140 προβλεπόμενες θέσεις ιατρών Δημόσιας Υγείας είναι καλυμμένες συνολικά μόλις οι 33 (23,6%) και από τις 168 προβλεπόμενες θέσεις ιατρών άλλων ειδικοτήτων και οδοντιάτρων, μόνο οι 40 (23,8%).

Πίνακας 11: Ιατρική Στελέχωση των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας κατά Γεωγραφικά Διαμερίσματα.

	Ιατροί Δημόσιας Υγείας		Ιατροί ειδικ. - Οδοντίατροι	
	Οργανικές	Υπηρετούντες	Οργανικές	Υπηρετούντες
Αττική	36	12	41	18
Θράκη	7	1	9	3
Μακεδονία	27	3	27	11
Ήπειρος	8	2	11	2
Θεσσαλία	9	2	4	3
Στερεά Ελλάδα	9	3	15	0
Πελοπόννησος	12	5	16	0
Κρήτη	12	3	23	1
Νησιά Αιγαίου	9	1	15	1
Νησιά Ιονίου	11	1	7	1
ΣΥΝΟΛΟ	140	33	168	40

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζεται η στελέχωση των υπηρεσιών με επισκέπτες υγείας και επόπτες Δημόσιας Υγείας. Σε όλη τη χώρα προβλέπονται 666 θέσεις εποπτών Δημόσιας Υγείας, από τις οποίες είναι καλυμμένες οι 338 (50,8%). Η αναλογία υπηρετούντων εποπτών Δημόσιας Υγείας είναι 1 ανά 32.300 κατοίκους.

Πίνακας 12: Στελέχωση των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με Επισκέπτες Υγείας και Επόπτες Δημόσιας Υγείας, κατά Γεωγραφικά Διαμερίσματα.

	Επόπτες Δημόσιας Υγείας		Επισκέπτες Υγείας	
	Οργανικές	Υπηρετούντες	Οργανικές	Υπηρετούντες
Αττική	148	78	42	13
Θράκη	27	16	7	4
Μακεδονία	142	71	40	13
Ήπειρος	38	18	17	6
Θεσσαλία	44	19	24	10
Στερεά Ελλάδα	54	26	19	8
Πελοπόννησος	75	38	20	6
Κρήτη	43	25	15	6
Νησιά Αιγαίου	67	34	16	6
Νησιά Ιονίου	28	13	9	1
ΣΥΝΟΛΟ	666	338	209	73

Σε ότι αφορά στους επισκέπτες υγείας, προβλέπονται μόλις 209 θέσεις (1 θέση ανά 52.200 κατοίκους), από τις οποίες είναι καλυμμένες μόνο οι 73 (34,9%). Η αναλογία υπηρετούντων επισκεπτών υγείας είναι 1 ανά 149.300 κατοίκους (!).

Τέλος, στον Πίνακα 13 παρουσιάζεται η στελέχωση των νομαρχιακών υπηρεσιών με νοσηλεύτριες, μαίες, διοικητικό και λοιπό προσωπικό, από τον οποίο προκύπτει και πάλι η εμφανής ανεπάρκεια της υφιστάμενης στελέχωσης.

Πίνακας 13: Στελέχωση των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με Νοσηλεύτριες, Μαίες, Διοικητικό και Λοιπό Προσωπικό, κατά Γεωγραφικά Διαμερίσματα.

	Νοσηλεύτριες - Μαίες		Διοικητικό & Λοιπό Προσωπικό	
	Οργανικές	Υπηρετούντες	Οργανικές(*)	Υπηρετούντες
Αττική		22		97
Θράκη	10	7		12
Μακεδονία(1)	28	16		43
Ήπειρος(2)	26	6		8
Θεσσαλία	-	-		-
Στερεά Ελλάδα	12	3		32
Πελοπόννησος(3)	21	11		5
Κρήτη	17	7		10
Νησιά Αιγαίου(4)	5	-		2
Νησιά Ιονίου(5)	2	1		5
ΣΥΝΟΛΟ	121	73		214

(*) Οι περισσότερες Ν.Α. έχουν ενιαίους οργανισμούς που δεν κάνουν διάκριση των οργανικών θέσεων διοικητικού προσωπικού κατά υπηρεσία.

(1) Δεν περιλαμβάνονται οι νομοί Θεσσαλονίκης, Καβάλας, Πιερίας, Χαλκιδικής.

(2) Δεν περιλαμβάνεται ο νομός Άρτας.

(3) Δεν περιλαμβάνονται οι νομοί Αρκαδίας και Κορινθίας.

(4) Δεν περιλαμβάνονται οι νομοί Δωδεκανήσου και Σάμου.

(5) Δεν περιλαμβάνονται οι νομοί Κέρκυρας και Κεφαλληνίας.

7.1.4 Άλλες υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε τοπικό επίπεδο

7.1.4.1 Αρμοδιότητες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που αφορούν στη Δημόσια Υγεία

Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης ασκούν ορισμένες αρμοδιότητες σημαντικές για τη Δημόσια Υγεία, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται:

- Η ύδρευση.
- Η αποχέτευση και η διαχείριση των υγρών αποβλήτων.
- Η δημόσια καθαριότητα.
- Η αποκομιδή και διάθεση των απορριμμάτων.
- Οι κολυμβητικές δεξαμενές.
- Οι λαϊκές αγορές.
- Οι βρεφονηπιακοί και παιδικοί σταθμοί.
- Τα γηροκομεία και τα Κ.Α.Π.Η.
- Η διενέργεια προγραμμάτων μυοκτονίας και εντομοκτονίας κ.λπ.

Οι Νόμοι 3172 και 3370 αναφέρονται στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, με σκοπό να προσδιορίσουν νομοθετικά ότι η Τοπική Αυτοδιοίκηση, κατά την άσκηση των προαναφερθέντων δραστηριοτήτων, τελεί έργο Δημόσιας Υγείας και συνεπώς οι δραστηριότητες αυτές διέπονται και πρέπει να ελέγχονται ως προς την τήρηση των διατάξεων που αφορούν στη Δημόσια Υγεία.

7.1.5 Δραστηριότητες Δημόσιας Υγείας από υπηρεσίες υγείας

Σε τοπικό επίπεδο τέλος, δραστηριότητα σε κάποιους τομείς της Δημόσιας Υγείας και κυρίως στον τομέα των εμβολιασμών αναπτύσσουν τα Κέντρα Υγείας και τα υποκαταστήματα του Ι.Κ.Α.

7.1.6 Κέντρα αναφοράς

Σύμφωνα με το EN Official Journal of the European Union L 185/56 24.7.2003, τα νοσήματα για τα οποία απαιτείται επιτήρηση μέσω αντίστοιχων δικτύων και κέντρων αναφοράς είναι:

1. Νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό

Diphtheria
Infections with Haemophilus influenza group B
Influenza
Measles
Mumps
Pertussis
Poliomyelitis
Rubella
Smallpox
Tetanus

2. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Chlamydia infections
Gonococcal infections
HIV-infection
Syphilis

3. Ιογενείς ηπατίτιδες

Hepatitis A
Hepatitis B
Hepatitis C

4. Υδατογενή, τροφιμογενή και νοσήματα

Anthrax
Botulism
Campylobacteriosis
Cryptosporidiosis
Giardiasis
Λοιμώξεις από Enterohaemorrhagic E. coli
Leptospirosis
Listeriosis
Salmonellosis
Shigellosis
Toxoplasmosis
Trichinosis
Yersinosis

5. Άλλα νοσήματα

5.1 Νοσήματα που οφείλονται σε μη συμβατικούς παράγοντες

Transmissible spongiform encephalopathies, variant Creutzfeldt-Jakob's disease.

5.2 Αερογενή νοσήματα

Legionellosis
Meningococcal disease
Pneumococcal infections
Tuberculosis

5.3 Λοιπές ζωνόσοι (Εκτός αυτών που περιγράφονται στην Παράγραφο 4)

Brucellosis
Echinococcosis
Rabies
Q-fever
Tularaemia

5.4 Σοβαρά εισαγόμενα νοσήματα

Cholera
Malaria
Plague
Viral haemorrhagic fevers

6. Ειδικά Ζητήματα Δημόσιας Υγείας

6.1 Λοιμώξεις σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας

S aureus-entrococci
Enterobacteria
Non fermenters
Anaerobes
Μύκητες

7.1.7 Άλλες υπηρεσίες που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία

Στο έργο της Δημόσιας Υγείας μετέχουν και σειρά άλλων υπηρεσιών, είτε του Υπουργείου Υγείας, είτε αρμοδιότητας άλλων υπουργείων, όπως οι κτηνιατρικές υπηρεσίες (που έχουν ουσιώδη συμβολή στον έλεγχο των ζωοανθρωπονόσων και στην υγιεινή των ζωικών τροφίμων), οι υπηρεσίες των Υπουργείων Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, Ανάπτυξης (πρώην Εμπορίου) και η Αγορανομία στον έλεγχο των τροφίμων, του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας στον τομέα της Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων στην αγωγή υγείας κ.λπ.

7.2 Εθνικοί οργανισμοί Δημόσιας Υγείας

7.2.1 Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

Ιδρύθηκε το 1992, ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με την επωνυμία «Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)», αποτελώντας τον εθνικό φορέα για την πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων, με έμφαση στο σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS), τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις ιογενείς ηπατίτιδες.

Σταδιακά το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. επέκτεινε τη δραστηριότητά του στην αντιμετώπιση και άλλων λοιμωδών νοσημάτων (φυματίωση, νοσοκομειακές λοιμώξεις κ.λπ.), οξέων συμβάντων Δημόσιας Υγείας από βιολογικά, τοξικά και χημικά αίτια, στην επιδημιολογική επιτήρηση κ.λπ.

Από το 2005, το Κ.Ε.Ε.Λ. μετονομάζεται σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) επεκτείνει τις δραστηριότητές του σε όλους τους τομείς της Δημόσιας Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των χρόνιων μη λοιμωδών νοσημάτων, των ατυχημάτων, της περιβαλλοντικής υγιεινής κ.λπ., ενώ ενσωματώνονται σ' αυτό το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.), τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) όπως επίσης και το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών. Επίσης, έχει την αρμοδιότητα αναγνώρισης εργαστηρίων, τμημάτων Α.Ε.Ι., Ε.Σ.Δ.Υ. και μονάδων νοσοκομείων ή άλλων φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα ως κέντρα αναφοράς, για συγκεκριμένα θέματα Δημόσιας Υγείας.

7.2.1.1 Οργανωτική διάρθρωση του ΚΕ.Ε.Λ.Π.ΝΟ. και ανθρώπινο δυναμικό

Σύμφωνα με το Νόμο 2071/1992, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) εποπτευόμενο από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο διοικείται από 9μελές διοικητικό συμβούλιο, που ορίζεται από τον Υπουργό.

Στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. λειτουργούν επιστημονικές επιτροπές, οι οποίες συγκροτούνται από το Δ.Σ. και έχουν γνωμοδοτικό χαρακτήρα.

Η οργανωτική διάρθρωση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. υπήρξε αποτέλεσμα μιας, εξελικτικής πορείας, ανάλογης με την πορεία ανάπτυξης του οργανισμού.

Με το Ν. 3370/2005, η διοικητική διάρθρωση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. αναδιοργανώθηκε ριζικά. Σύμφωνα με το νέο οργανωτικό πρότυπο, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. συγκροτείται από επτά (7) διευθύνσεις και συγκεκριμένα:

- Διεύθυνση Λοιμωδών Νοσημάτων και Επειγόντων Συμβάντων.
- Διεύθυνση Πρόληψης Χρόνιων μη-Λοιμωδών Νοσημάτων.
- Διεύθυνση Πρόληψης και Ελέγχου Ατυχημάτων.
- Διεύθυνση Περιβαλλοντικής Υγιεινής.
- Διεύθυνση Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας.
- Διεύθυνση Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας.
- Διεύθυνση Διοικητικού Συντονισμού και Στήριξης.

Εντούτοις, η νέα αυτή οργανωτική διάρθρωση δεν έχει ακόμη υλοποιηθεί.

7.2.1.2 Δραστηριότητες και υπηρεσίες

Οι κύριες δραστηριότητες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. είναι οι ακόλουθες:

- Επιδημιολογική επιτήρηση και έλεγχος λοιμωδών νόσων.

Η επιδημιολογική επιτήρηση και ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων της χώρας είναι ευθύνη του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Η πολιτική για την επιδημιολογική επιτήρηση παρουσιάζεται συνοπτικά στο Κεφάλαιο 5.

- Δράσεις του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. για την αντιμετώπιση του AIDS.

Ο ρόλος του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. στην αντιμετώπιση της HIV/AIDS λοίμωξης είναι διπλός και αφορά στην προστασία τόσο της ατομικής, όσο και της Δημόσιας Υγείας. Στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. λειτουργούν γραφεία και υπηρεσίες με αντικείμενο την ολοκληρωμένη και σε όλα τα επίπεδα αντιμετώπιση της νόσου HIV.

- Δράσεις για την καταπολέμηση ιογενών ηπατίτιδων.

Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην παρακολούθηση και καταπολέμηση των ιογενών ηπατίτιδων. Προς το σκοπό αυτό λειτουργεί ειδικό γραφείο ηπατίτιδας, το οποίο σε συνεργασία με το δίκτυο ηπατολογικών ιατρείων που έχει οργανώσει το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., υλοποιεί το Εθνικό Πρόγραμμα Ηπατίτιδας του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με τρεις άξονες:

- την επιδημιολογική και οροεπιδημιολογική παρακολούθηση,
- την ενημέρωση και εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και των ευπαθών ομάδων και
- την προληπτική και θεραπευτική αγωγή.

- Αντιμετώπιση βιολογικών και τοξικών κινδύνων.

Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχει την ευθύνη της ανταπόκρισης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε συμβάντα βιοτρομοκρατίας με στόχο την ανίχνευση, την επιδημιολογική επιτήρηση, τη γρήγορη εργαστηριακή διάγνωση και την εφαρμογή των μέτρων ελέγχου. Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχει οργανώσει ένα σύστημα 24ωρης ετοιμότητας, με ανοικτή τηλεφωνική γραμμή, το οποίο συνεπικουρείται από τη λειτουργία του δικτύου συνδρομικής επιτήρησης, παρέχοντας τη δυνατότητα συλλογής πληροφορίας σε πραγματικό χρόνο. Επίσης, οργανώνει τη λειτουργία δικτύου κλινικών και ερευνητικών εργαστηρίων για τη βιοτρομοκρατία και συντονίζει τη λειτουργία μονάδων μονώσεων/ αρνητικής πίεσης σε τριτοβάθμια νοσοκομεία καθώς και τη λειτουργία δικτύου κλινικών μονάδων λοιμώξεων.

Επιπλέον, μεριμνά για την ενημέρωση του πληθυσμού, την εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, την προμήθεια ατομικών μέσων προστασίας και την επιτήρηση της αγοράς σε ότι αφορά στην επάρκεια φαρμάκων και εμβολίων.

- Δημόσια Υγεία και μετακινούμενοι πληθυσμοί.

Για την αντιμετώπιση επειγόντων προβλημάτων υγείας σε λαθρομετανάστες ή σε άλλες ομάδες μετακινούμενων πληθυσμών που εισέρχονται μαζικά στη χώρα, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχει οργανώσει κινητή μονάδα ιατρικής παρέμβασης για επί τόπου κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, με δυνατότητα διενέργειας εμβολιασμών, χορήγησης φαρμάκων κ.λπ. Ταυτόχρονα αναπτύσσει δράσεις ιατρικής φροντίδας σε μόνιμους καταυλισμούς, σε υγειονομικούς σταθμούς και σε μετακινούμενους πληθυσμούς.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχει αναπτύξει πρόγραμμα αξιολόγησης κινδύνων στη Δημόσια Υγεία από μετακινούμενους πληθυσμούς. Πρόγραμμα επιτήρησης και ελέγχου νοσημάτων που αφορούν στη Δημόσια Υγεία διενεργείται επίσης σε μετακινούμενους πληθυσμούς.

- Αντιμετώπιση φυματίωσης και ζωοανθρωπονόσων.

Η φυματίωση αποτελεί παγκόσμιο υγειονομικό πρόβλημα που επιδεινώνεται κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω και των μετακινούμενων πληθυσμών.

Στις δράσεις του γραφείου φυματίωσης και ζωοανθρωπονόσων, με στόχο τον έλεγχο της φυματίωσης περιλαμβάνονται:

- Εκτίμηση του κινδύνου μόλυνσης από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, κατά υγειονομικές περιφέρειες.
- Οργάνωση του δικτύου επιδημιολογικής επιτήρησης της φυματίωσης.
- Έκδοση θεραπευτικών οδηγιών εργαστηριακής διάγνωσης της φυματίωσης.
- Εκπαίδευση προσωπικού για την στελέχωση του δικτύου επιδημιολογικής επιτήρησης φυματίωσης.
- Ανίχνευση άτυπων μυκοβακτηριδίων στο περιβάλλον.

Παράλληλα, με την αντιμετώπιση της φυματίωσης γίνεται και έλεγχος σπλαχνικής λείσμανιάσης, διάφορες δράσεις για τη βρουκέλλωση καθώς και δράσεις και έλεγχος για τη σπογγώδη εγκεφαλοπάθεια.

- Τμήμα παρεμβάσεων σε χώρους παροχής υγείας.
Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχει αναλάβει δράσεις για την υλοποίηση, το συντονισμό, την επιτήρηση και πρόληψη λοιμώξεων σε χώρους παροχής υγείας (νοσοκομεία, γηροκομεία, πρωτοβάθμιας περίθαλψης κ.λπ.) και συγκεκριμένα:
 - Λειτουργία δικτύου επιτροπών νοσοκομειακών λοιμώξεων νοσοκομείων.
 - Εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης, επιτήρησης μικροβιακής αντοχής, ορθής χρήσης αντιβιοτικών κ.λπ.
 - Σύνταξη κατευθυντήριων οδηγιών αντιμετώπισης λοιμώξεων, βάσει αρχών τεκμηρίωσης.

Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. εστιάζει στο σχεδιασμό προγραμμάτων και εκστρατειών ενημέρωσης γενικού πληθυσμού και ειδικών πληθυσμιακών ομάδων στους κινδύνους από μεταδοτικές λοιμώξεις και στα μέτρα προφύλαξης. Υλοποιεί εκδηλώσεις για την ενημέρωση γύρω από τα λοιμώδη νοσήματα, οργανώνει ημερίδες και εκδίδει ενημερωτικά έντυπα.

- Δράσεις ενημέρωσης - εκπαίδευσης.
Οι δράσεις ενημέρωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. εστιάζουν στο σχεδιασμό προγραμμάτων ενημέρωσης του πληθυσμού γύρω από τους κινδύνους από μεταδοτικές λοιμώξεις και για τα μέτρα προφύλαξης. Επίσης, στη διάθεση επιστημονικού και άλλου υλικού, ημερίδων, στην έκδοση ενημερωτικών εντύπων και ραδιοτηλεοπτικού υλικού κ.λπ.
Παράλληλα, προωθούνται προγράμματα κατάρτισης του επιστημονικού προσωπικού του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και λοιπών επιστημόνων.

7.2.2 Κεντρικό και Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας

7.2.2.1 Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.)

Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας ιδρύθηκε το 1920. Μέχρι το 2005, λειτουργούσε υπό την άμεση ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως οργανική μονάδα αυτού, υπαγόμενη στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας. Από το 2005, με το Νόμο 3370/2005, η αρμοδιότητά του περιήλθε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Σκοπός του Εργαστηρίου είναι:

1. Η βοήθεια στη διάγνωση, επισήμανση και λύση σημαντικών υγειονομικών και επιδημιολογικών προβλημάτων της χώρας, με εργαστηριακή υποστήριξη κρατικών φορέων (Διευθύνσεις Δημόσιας Υγιεινής, Ε.Φ.Ε.Τ., ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Δ.Ε.Υ.Α., νοσοκομεία, κ.λπ.) για μικροβιολογικούς ελέγχους ποσίων νερών, εμφιαλωμένων νερών, νερών αναψυχής, τροφίμων και βιολογικών προϊόντων.
2. Η ερευνητική δραστηριότητα για την εφαρμογή νέων μεθόδων μικροβιολογικών αναλύσεων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.
3. Η εκπαίδευση προσωπικού άλλων συναφών υπηρεσιών.
4. Η συνεργασία με εθνικά κέντρα αναφοράς, εργαστήρια πανεπιστημιακών σχολών, Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Κ.Ε.Ε.Λ., Ε.Σ.Δ.Υ., Γενικό Χημείο του Κράτους, Ι.Γ.Μ.Ε. κ.λπ.

Το Κ.Ε.Δ.Υ. είναι μέλος της Ελληνικής Ένωσης Εργαστηρίων και της συμβουλευτικής ομάδας ευρωπαϊών μικροβιολόγων της Ε.Ε. (EMAG) για θέματα μικροβιολογικής ποιότητας νερού.

Στα πλαίσια της αποστολής του, οι αρμοδιότητες του Κ.Ε.Δ.Υ. είναι οι ακόλουθες:

1. Η άσκηση προληπτικού και κατασταλτικού υγειονομικού ελέγχου στα πόσιμα νερά, αναψυκτικά, γάλα, τρόφιμα που πραγματοποιείται με τη μικροβιολογική εξέταση στα είδη αυτά.
2. Ο μικροβιολογικός έλεγχος θαλάσσιων νερών για τον χαρακτηρισμό της καταλληλότητάς τους για κολύμβηση.
3. Οι μικροβιολογικές, βιολογικές και λοιπές εξετάσεις βιολογικών προϊόντων προς διαπίστωση της στεριότητάς τους, της έλλειψης τοξικότητας ή πυρετογόνου δράσης.

4. Η εκτέλεση διαγνωστικών και λοιπών εξετάσεων που εξυπηρετούν την προώθηση της Δημόσιας Υγείας (Διαγνωστικό Κέντρο Χολέρας).
5. Η εξασφάλιση της ικανότητας άμεσης και ακριβούς διαχείρισης μεγάλου αριθμού αναλύσεων σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών, βιοτρομοκρατίας και κάθε άλλης κατάστασης ανάγκης.
6. Η συντήρηση, διακίνηση προς όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας και διάθεση εμβολίων, ορών και συναφών βιολογικών προϊόντων που προμηθεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
7. Ο συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος του επιστημονικού έργου των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και η ανάπτυξη διατομεακής συνεργασίας και δράσης με άλλες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα.
8. Η συμμετοχή σε διυπουργικές ομάδες και επιτροπές, ομάδες εργασίας της Ε.Ε., δίκτυο μικροβιολογικών εργαστηρίων νερού κ.λπ.

7.2.2.2 Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας

Η ίδρυση των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας προβλέπεται από το Νόμο 2519/1997. Σκοπός των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η εργαστηριακή υποστήριξη του έργου των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην περιφέρειά του.
- Ο εργαστηριακός έλεγχος της επεξεργασίας των λυμάτων.
- Ο έλεγχος της λειτουργίας κάθε άλλου δημόσιου ή ιδιωτικού εργαστηρίου της περιφέρειας, του οποίου η δραστηριότητα σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία.
- Η τήρηση, επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων που προκύπτουν από τους εργαστηριακούς ελέγχους που πραγματοποιούνται στην περιφέρεια.
- Η συνεργασία με το Κ.Ε.Δ.Υ., το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., τους άλλους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και κάθε άλλο φορέα αρμόδιο για τη συλλογή, ανάλυση ή περαιτέρω διερεύνηση αντίστοιχων στοιχείων.
- Η υποβολή αναφορών και τη τακτική διαβίβαση στοιχείων στις αρμόδιες ελεγκτικές αρχές ή υπηρεσίες επιδημιολογικής επιτήρησης και σε δικαστικές αρχές, όταν προκύπτουν ενδείξεις παράβασης διατάξεων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Τα Π.Ε.Δ.Υ. που προβλέπεται να ιδρυθούν είναι συνολικά 9. Εντούτοις, μόνο σε 5 από αυτά έχουν προχωρήσει οι εργασίες κατασκευής των υποδομών (Αλεξανδρούπολης, Θεσσαλονίκης, Μυτιλήνης, Ιωαννίνων και Ρόδου) και μόνο ένα από αυτά (της Θεσσαλονίκης) έχει εισέλθει σε φάση έναρξης μιας υποτυπώδους λειτουργίας. Τα υπόλοιπα 4 που έχουν κατασκευασθεί δε διαθέτουν προσωπικό και δεν έχουν ξεκινήσει ακόμη να λειτουργούν.

7.2.3 Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur ιδρύθηκε το 1919, με σκοπό:

- Τη μελέτη και καταπολέμηση των λοιμωδών και παρασιτικών νόσων.
- Τη συμμετοχή στον αγώνα κατά της ελονοσίας και της φυματίωσης.
- Την παρασκευή εμβολίων και άλλων βιολογικών ή θεραπευτικών προϊόντων.
- Τη διδασκαλία της Μικροβιολογίας.

Η σύγχρονη λειτουργία του Ινστιτούτου βασίζεται στο Ν. 390/1976, με τον οποίο κυρώνεται η σύμβαση της 24/10/1975 μεταξύ του ελληνικού δημοσίου και του Γαλλικού Ινστιτούτου Pasteur.

7.2.3.1 Οργανωτική διάρθρωση

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur αποτελεί ανεξάρτητο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, το οποίο εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τη Γενική Γραμματεία Ερευνας και Τεχνολογίας, και από το Γαλλικό Ινστιτούτο Pasteur. Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur διοικείται από 9μελές διοικητικό συμβούλιο, με συμβουλευτικό όργανο το επιστημονικό συμβούλιο του Ινστιτούτου, που αποτελείται από 6 μέλη.

Η οργανωτική του διάρθρωση περιλαμβάνει μία γενική διεύθυνση, στην οποία ανήκουν τα ακόλουθα τμήματα:

- Τμήμα Μικροβιολογίας, με εργαστήρια Βακτηριολογίας, Βιοτεχνολογίας, Ιολογίας, Κυτταρικής Ανοσολογίας, Μοριακής Γενετικής κ.λπ.
- Τμήμα Βιοχημείας, Ανοσολογίας, Κυτταρικής και Μοριακής Νευροβιολογίας και Ανοσοβιοτεχνολογίας.
- Μονάδες παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών, (αναπαραγωγής και διάθεσης πειραματόζων, διαγονιδιακής τεχνολογίας και οπτικής μικροσκοπίας).
- Κέντρα αναφοράς λοιμώξεων, γρίπης, εντεροϊών, γονοκόκκου και λειψιδίωσης.
- Τμήμα διάγνωσης.
- Τμήμα εμβολίων, που περιλαμβάνει τη μονάδα παραγωγής - συσκευασίας και τη μονάδα ποιοτικού ελέγχου.

Το Ινστιτούτο διαθέτει συνολικά 136 άτομα, επιστημονικό, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό.

7.2.3.2 Δραστηριότητες και υπηρεσίες

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur έχει διπλό προσανατολισμό: αφενός την προώθηση της έρευνας στα πεδία της μικροβιολογίας και βιοχημείας και αφετέρου την παροχή υπηρεσιών και την παραγωγή προϊόντων προστασίας της Δημόσιας Υγείας.

Το ερευνητικό έργο του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur αναπτύσσεται στους τομείς των λοιμωδών νοσημάτων, της ανοσοβιολογίας, της νευροβιολογίας, την ανάπτυξης νέων τεχνολογιών αιχμής, κ.λπ., σε συνεργασία με ερευνητικές ομάδες του εξωτερικού.

Η παροχή υπηρεσιών και προϊόντων Δημόσιας Υγείας (εμβόλια, εξειδικευμένη διάγνωση, κέντρα αναφοράς) αποτελεί το δεύτερο πυλώνα γύρω από τον οποίο αναπτύσσεται η δραστηριότητα του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur

1. Οι μονάδες παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur (αναπαραγωγής και διάθεσης πειραματόζων, διαγονιδιακής τεχνολογίας, οπτικής μικροσκοπίας) δημιουργήθηκαν, αναπτύχθηκαν και υποστηρίζονται από τα ερευνητικά εργαστήρια του Ινστιτούτου.
2. Τα κέντρα αναφοράς λοιμώξεων (γρίπης, εντεροϊών, γονοκόκκου και λειψιδίωσης) έχουν μια σημαντική συμβολή στην αντιμετώπιση των αντίστοιχων νοσημάτων. Μάλιστα, τα κέντρα αναφοράς της γρίπης και των εντεροϊών είναι τα μόνα αναγνωρισμένα στην Ελλάδα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ενώ καταβάλλονται προσπάθειες και τα υπόλοιπα κέντρα αναφοράς να τύχουν ανάλογης αναγνώρισης.
3. Το τμήμα διάγνωσης του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur διαθέτει την ανάλογη υποδομή και τεχνογνωσία για την προσφορά μιας σειράς υπηρεσιών προς δημόσιους φορείς και επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα που σχετίζονται άμεσα με τη Δημόσια Υγεία. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν:
 - Υγειονομικό έλεγχο προσωπικού, τροφίμων και νερών ξενοδοχειακών μονάδων.
 - Έλεγχο αντιμικροβιακής δράσης απολυμαντικών ουσιών.
 - Προσδιορισμό αντιμικροβιακής δράσης νέων ουσιών.
 - Δοκιμές στεριότητας βιομηχανικών προϊόντων.
 - Εκτίμηση αποστειρωτικής ικανότητας μονάδων αποστείρωσης νοσοκομειακών αποβλήτων.
4. Η μονάδα εμβολίων του Ινστιτούτου Pasteur είναι η μοναδική στη χώρα μας που παράγει και συσκευάζει εμβόλια και βιολογικά προϊόντα από το 1923. Από το 1988, η μονάδα λειτουργεί κάτω από τις προδιαγραφές που ορίζονται από τις ευρωπαϊκές οδηγίες και τον Ε.Ο.Φ. Η λειτουργία της υποστηρίζεται από το εργαστήριο ποιοτικού ελέγχου και τη μονάδα πειραματόζων. Τα προϊόντα της μονάδας διατίθενται κυρίως στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Ι.Κ.Α.
5. Το εργαστήριο ποιοτικού ελέγχου λειτουργεί ανεξάρτητα από την μονάδα εμβολίων του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur και εφαρμόζει τα προβλεπόμενα από την ευρωπαϊκή φαρμακοποία και το PIC/S (Pharmaceutical Inspection Co-Operation Scheme) πρότυπα, καθώς και τα πρότυπα EN 45001, ISO17025.

Είναι εξουσιοδοτημένο από το Ι.Φ.Ε.Τ. να εκτελεί ελέγχους σε εμβόλια και βιολογικά προϊόντα και έχει την ευθύνη ελέγχου του 80% των διακινουμένων από τον δημόσιο τομέα εμβολίων.

7.2.4 Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.)

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών (Υ.Σ.Α.) ιδρύθηκε το 1929, και με το Νόμο 2194/1994, μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.). Αποτελεί εκπαιδευτικό και ερευνητικό ίδρυμα με τη μορφή Ν.Π.Δ.Δ. Οι τίτλοι σπουδών που απονέμει αποτελούν μεταπτυχιακούς τίτλους ειδίκευσης διάρκειας ενός έτους στη Δημόσια Υγεία και στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Η Ε.Σ.Δ.Υ. είναι διαρθρωμένη σε τομείς, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα γνωστικών αντικειμένων της Δημόσιας Υγείας, από τους οποίους αρκετοί έχουν προσανατολισμό την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων (τομείς επιδημιολογίας και βιοστατιστικής, παρασιτολογίας, εντομολογίας και τροπικών νόσων, γενικής και εφαρμοσμένης μικροβιολογίας, υγιεινής του περιβάλλοντος και υγειονομικής μηχανικής, κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας).

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας έχει διαδραματίσει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη Δημόσια Υγεία στη χώρα μας, και ιδιαίτερα στον τομέα της καταπολέμησης των λοιμωδών νοσημάτων, της ελονοσίας, των ζωοανθρωπονόσων, των τροφιμογενών και υδατογενών λοιμώξεων κ.λπ.

7.2.5 Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.)

Ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.) ιδρύθηκε με το Ν. 2741/1999, με κύρια αποστολή την προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της εισαγωγής, της παραγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων και τη διασφάλιση της ποιότητάς τους.

Η οργανική διάρθρωση του Ε.Φ.Ε.Τ. περιλαμβάνει (α) την κεντρική και (β) τις 13 περιφερειακές του υπηρεσίες, που βρίσκονται στις έδρες των διοικητικών περιφερειών.

Η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. σε ότι αφορά στην προστασία του καταναλωτή, στην πιστοποίηση της ποιότητας και στην αποτροπή φαινομένων νοθείας και παραπλάνησης του καταναλωτή, περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Τη διεξαγωγή συστηματικών επιθεωρήσεων σε επιχειρήσεις τροφίμων για τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων ορθής υγιεινής πρακτικής και ορθής βιομηχανικής πρακτικής, καθώς και των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής των τροφίμων (HACCP).
- Το συστηματικό έλεγχο των τροφίμων κατά τη διακίνηση, την εμπορία και τη διάθεσή τους.
- Την παροχή τεχνικής βοήθειας προς τους παραγωγικούς κλάδους, μέσω της έκδοσης οδηγιών υγιεινής, σεμιναρίων κ.λπ.
- Την αντιμετώπιση των διάφορων διατροφικών κρίσεων.
- Τη διαμόρφωση ελληνικών θέσεων στην Ε.Ε. σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την εισήγηση για τη διαμόρφωση εθνικής νομοθεσίας σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την επικοινωνία με τον καταναλωτή, με σκοπό την πληροφόρησή του και την εκπαίδευσή του σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την προστασία του καταναλωτή από δόλιες ή παραπλανητικές εμπορικές πρακτικές ή από τη νόθευση των τροφίμων.
- Το συντονισμό των νομαρχιακών υπηρεσιών που ασκούν έλεγχο σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την εγκατάσταση περισσότερο αποτελεσματικών συστημάτων αξιολόγησης, παρακολούθησης και διαχείρισης των διατροφικών κινδύνων.

Ο Ε.Φ.Ε.Τ. πραγματοποιεί προγράμματα τακτικών και έκτακτων ελέγχων. Οι τακτικοί έλεγχοι γίνονται στη βάση εθνικών και κοινοτικών προγραμμάτων παρακολούθησης. Οι έκτακτοι έλεγχοι επιβάλλονται μετά από καταγγελίες, ειδοποίηση από το σύστημα alert ή μετά από εκδήλωση διατροφικών κρίσεων.

3. SWOT Ανάλυση

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (STRENGTHS)	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ (WEAKNESSES)
<ul style="list-style-type: none"> Υπαρξη εξειδικευμένου επιστημονικού δυναμικού στον τομέα των μεταδοτικών νοσημάτων. Υποδομές και συστήματα που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο των Ολυμπιακών Αγώνων. Υπαρξη εθνικών οργανισμών για την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Ινστ. Pasteur κ.λπ.). Υπαρξη εργαστηριακής υποδομής (Κ.Ε.Δ.Υ., Π.Ε.Δ.Υ., Α.Ε.Ι., Ε.Σ.Δ.Υ., Κέντρα Αναφοράς, Ινστ. Pasteur, εργαστήρια ύδρευσης, κτηνιατρικά εργαστήρια). Η ύπαρξη και η δράση του Ε.Φ.Ε.Τ. στον τομέα των τροφιμογενών λοιμώξεων. Υπαρξη δικτύων επιδημιολογικής επιτήρησης. Υπαρξη μηχανισμού ταχείας αντίδρασης. Υπαρξη εθνικής πολιτικής εμβολιασμών. Υπαρξη εθνικής πολιτικής για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις. Υπαρξη εθνικής πολιτικής για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS. Ενσωμάτωση στην ελληνική νομοθεσία του διεθνούς υγειονομικού κανονισμού. 	<ul style="list-style-type: none"> Απουσία περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Ανεπάρκειες των νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Προβλήματα στη λειτουργία του Κ.Ε.Δ.Υ. και των Π.Ε.Δ.Υ. Ανεπάρκειες στο σύστημα δήλωσης και καταγραφής λοιμωδών. Ανεπάρκειες του συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης. Ανεπαρκείς ιατρικές και νοσοκομειακές πρακτικές στη χρήση αντιβιοτικών. Ανεπαρκής διατομεακή συνεργασία με κτηνιατρικές υπηρεσίες και εργαστήρια ύδρευσης. Απουσία επαρκούς πληροφόρησης και επιστημονικής τεκμηρίωσης. Απουσία πολιτικών ελέγχου των μεταδοτικών νοσημάτων στους μετανάστες.
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)	ΚΙΝΔΥΝΟΙ (THREATS)
<ul style="list-style-type: none"> Η πολιτική της Ε.Ε. για τα μεταδοτικά νοσήματα. Ο νέος Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός και οι σύγχρονες πολιτικές του Π.Ο.Υ. για τα μεταδοτικά νοσήματα. Η διεθνής συνεργασία για τη Δημόσια Υγεία στην περιοχή των Βαλκανίων. Οι νέες τεχνολογίες αντιμετώπισης των μεταδοτικών νοσημάτων. Οι ευκαιρίες εξυγίανσης των δικτύων ύδρευσης και αποχέτευσης. Η αυξανόμενη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα Δημόσιας Υγείας. Η δυνατότητα αξιοποίησης των μέσων ενημέρωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> Εμφάνιση νέων μεταδοτικών νοσημάτων. Η επανεμφάνιση παλαιών νοσημάτων όπως της φυματίωσης κ.λπ. Ο κίνδυνος επανεμφάνισης νοσημάτων που έτειναν να εξαλειφθούν. Η διασπορά λοιμωδών μεταξύ των μεταναστών. Η αύξηση της μικροβιακής αντοχής. Οι κίνδυνοι εκδήλωσης μεγάλης κλίμακας υδατογενών ή τροφιμογενών επιδημιών.



Στρατηγικός Σχεδιασμός



1. Όραμα

Η οργανωμένη, συνεχής και απρόσκοπτη συνεργασία όλων των επιστημονικών και κοινωνικών δυνάμεων που εργάζονται για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, με σκοπό την ανάδειξη της σπουδαιότητας της έγκαιρης ανίχνευσης και της επιτήρησής τους, ώστε να εξασφαλίζεται η προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας και η αποτελεσματική υγειονομική θωράκιση της χώρας.

2. Αποστολή

Η υλοποίηση σταθερής, βιώσιμης και οριζόντιας στρατηγικής για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, με στόχο:

- Την πρωτογενή πρόληψη.
- Την έγκαιρη ανίχνευση και επιτήρηση.
- Τη συστηματική ανάλυση των δεδομένων για τη χάραξη ορθολογικής πολιτικής.
- Την αξιολόγηση των δομών και την υποβολή προτάσεων πολιτικής υγείας.
- Την αποτελεσματική θεραπεία.

3. Αξίες

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων στηρίζεται σε τρεις κυρίαρχες αξίες:

- Πρόληψη.
- Έγκαιρη διάγνωση.
- Αποτελεσματική Επιτήρηση.

4. Στρατηγικοί στόχοι

4.1 Πολιτικοί Στόχοι

- Η εξασφάλιση διακομματικής συναίνεσης για την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Η ανάπτυξη συστήματος αξιολόγησης, για τη συνεχή παρακολούθηση της προόδου υλοποίησης των δράσεων του Σχεδίου.
- Η διασφάλιση της συνέχειας της κυβερνητικής πολιτικής στο χρονικό πλαίσιο της υλοποίησης του Σχεδίου.

4.2 Κοινωνικοί Στόχοι

- Η υιοθέτηση από τους πολίτες συμπεριφοράς σύμφωνης με τους κανόνες και τα μέτρα δημόσιας και ατομικής υγιεινής.
- Η θεμελίωση ενός σύγχρονου συστήματος Δημόσιας Υγείας, που εγγυάται ισότιμη πρόσβαση σε έγκαιρη διάγνωση, βέλτιστη και ποιοτικά διασφαλισμένη θεραπεία και διαχείριση των μεταδοτικών νοσημάτων.

4.3 Οργανωτικοί Στόχοι

- Η εξασφάλιση σταθερής διατομεακής συνεργασίας για την υλοποίηση των οριζόντιων δράσεων και παρεμβάσεων.
- Η ενεργητική συμμετοχή της Ελλάδας στις διεθνείς συναντήσεις και στα κέντρα λήψης αποφάσεων, που διαμορφώνουν τις κατευθύνσεις για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων.

4.4 Επιδημιολογικοί Στόχοι

- Η ανάπτυξη και επέκταση των συστημάτων επιτήρησης και καταγραφής των μεταδοτικών νοσημάτων, για τη συλλογή έγκαιρης και έγκυρης πληροφορίας, με σκοπό την άμεση παρέμβαση και τον περιορισμό των επιδημιών.
- Η συστηματική παρακολούθηση των διαχρονικών τάσεων ανά μεταδοτικό νόσημα.
- Η συστηματική παρακολούθηση των γεωγραφικών διαφοροποιήσεων ανά μεταδοτικό νόσημα.
- Η επαγρύπνηση για την ανάδυση νέων νοσημάτων.
- Η ανίχνευση ομάδων του πληθυσμού, που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μεταδοτικού νοσήματος.
- Η τακτική αξιολόγηση και ο επαναπροσδιορισμός των συστημάτων επιτήρησης και επιδημιολογικής παρακολούθησης, ώστε να ανταποκρίνονται στα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα.

5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων στοχεύει στην ανάπτυξη μιας σταθερής και βιώσιμης οριζόντιας στρατηγικής για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, ώστε να εξασφαλίζεται αποτελεσματικά η προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας και η αποτελεσματική υγειονομική θωράκιση της χώρας.

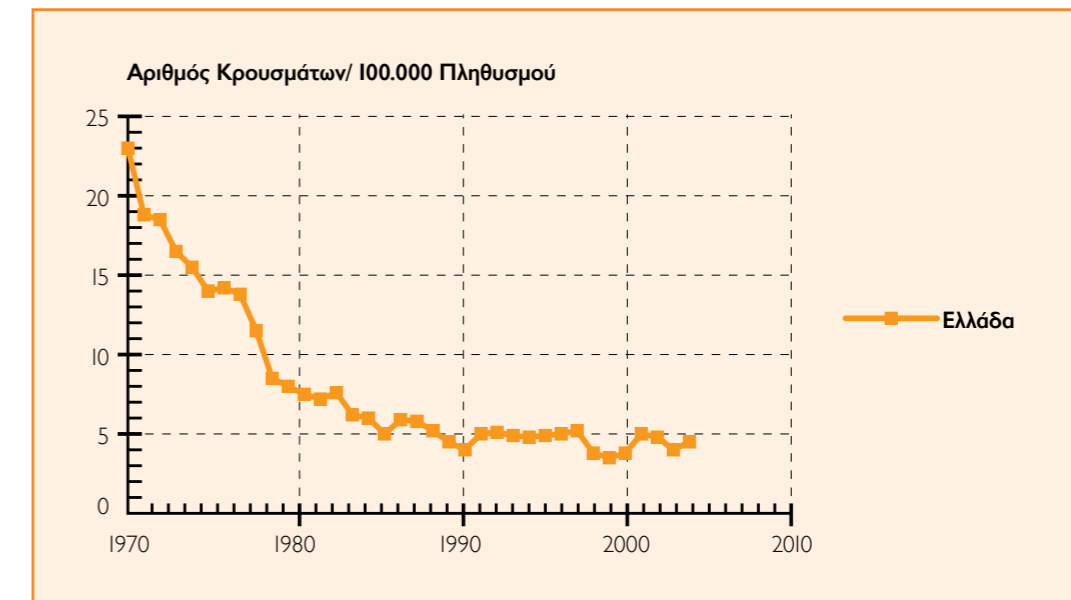
Τα μεταδοτικά νοσήματα αποτελούσαν κατά το παρελθόν μία από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας, νοσηρότητας και αναπηρίας του πληθυσμού στον ανεπτυγμένο κόσμο. Στις δυτικές χώρες, η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και διαβίωσης, ο συστηματικός εμβολιασμός του πληθυσμού και η χρήση αντιβιοτικών και άλλων φαρμάκων, έχουν καταπολεμήσει την εξάπλωση των μεταδοτικών νοσημάτων και έχουν μειώσει τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα που οφείλονται σε αυτά. Παρ' όλα αυτά, ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες τα μεταδοτικά νοσήματα εξακολουθούν να αποτελούν πηγή θνησιμότητας και νοσηρότητας για τον πληθυσμό, να αφήνουν μόνιμες και σοβαρές αναπηρίες, αλλά και να επιφέρουν μεγάλες οικονομικές απώλειες στα υγειονομικά συστήματα και στην οικονομία γενικότερα. Παράλληλα, με την επανεμφάνιση παλαιών νοσημάτων που θεωρούνταν «ξεχασμένα», νέα ιογενή νοσήματα κάνουν την εμφάνισή τους, όπως το σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS), το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) και η γρίπη των πτηνών, συνιστώντας μια άμεση απειλή για τη Δημόσια Υγεία. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Π.Ο.Υ. για το 2007, τα μεταδοτικά νοσήματα προκάλεσαν 10,9 εκατομμύρια θανάτους σε όλο τον κόσμο, το 56% των οποίων οφείλεται στο AIDS, στη φυματίωση και στην ελονοσία (WHO 2007⁷).

5.1 Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων αναμένεται να μειώσει τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και την αναπηρία που οφείλεται στους λοιμογόνους παράγοντες.

Στη χώρα μας, αν και παρατηρείται γενικά μείωση στον αριθμό κρουσμάτων των μεταδοτικών νοσημάτων, αυτά εξακολουθούν να αποτελούν απειλή για τη Δημόσια Υγεία. Στο σχήμα που ακολουθεί φαίνεται η εξέλιξη της επίπτωσης των μεταδοτικών νοσημάτων στη χώρα μας τα τελευταία 30 χρόνια (WHO, Health For All Database).

Γράφημα 6: Εξέλιξη της Επίπτωσης των Μεταδοτικών Νοσημάτων στην Ελλάδα.



Το έτος 2005 αναφέρθηκαν συνολικά 227 θάνατοι από μεταδοτικά νοσήματα στη χώρα μας (1 θάνατος από γρίπη, 86 θάνατοι από φυματίωση, 2 θάνατοι από βρουκέλλωση, 4 θάνατοι από τέτανο, 98 θάνατοι από ιογενή ηπατίτιδα, 36 θάνατοι από μηνιγγίτιδα). Η ετήσια νοσηρότητα που προκαλούν τα μεταδοτικά νοσήματα είναι δύσκολο να υπολογισθεί, καθώς η πλειοψηφία των κρουσμάτων δε χρήζει νοσηλείας.

Η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, δίνοντας ιδιαίτερο βάρος στην πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, αναμένεται να βοηθήσει στη μείωση της επίπτωσής τους, και ιδιαίτερα όσον αφορά σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (πρόσφυγες, ρομά), αφού μεγάλο μέρος των προληπτικών δράσεων αφορούν σε ειδικά στοχευμένα προγράμματα γι' αυτούς τους πληθυσμούς. Επιπλέον, η προώθηση της συλλογικής ανοσοποίησης του πληθυσμού με την εμβολιαστική κάλυψη και των πληθυσμών που παραδοσιακά δεν είχαν πρόσβαση στα εμβόλια (ρομά, παράνομοι πρόσφυγες, άλλες κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες) αναμένεται να βελτιώσει το επιδημιολογικό προφίλ της Ελλάδας και να περιορίσει τη διασπορά μεταδοτικών νοσημάτων.

⁷WHO, website access at 02.10.2008 http://www.searo.who.int/en/Section10_10466.htm.

5.2 Άμεσο οικονομικό κόστος

Η υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων αναμένεται να μειώσει το κόστος που προκαλεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας η νοσηλεία των ασθενών, αφού μέσω της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης θα μειωθούν τα νέα κρούσματα. Οι συνολικές ημέρες νοσηλείας των ασθενών με λοιμώδη νοσήματα ανήλθαν για την Ελλάδα το 2004 στις 63.908, προκαλώντας κόστος της τάξης των 15.337.920 Ευρώ για τις υπηρεσίες υγείας της χώρας.

Νόσημα	Κόστος νοσηλείας ανά νόσημα, Ελλάδα 2004 (Κόστος σε Ευρώ)
Γρίπη	134.400
Φυματίωση	7.989.600
Ελονοσία	69.120
Βρουκέλλωση	925.920
Ιλαρά	46.080
Ερυθρά	2.880
Διφθερίτιδα	3.840
Τέτανος	20.400
Κοκίτης	115.920
Πολιομυελίτιδα	84.000
Ηπατίτιδα Α και Β	2.732.160
Μηνιγγίτιδες	3.213.600
Σύνολο	15.337.920

Στο άμεσο ιατρικό κόστος περιλαμβάνεται και το κόστος από τη θεραπεία χρόνιων νοσημάτων που προκαλούνται από τα μεταδοτικά νοσήματα, όπως της κίρρωσης του ήπατος οφειλόμενης σε ηπατίτιδα Β και του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος οφειλόμενου σε ηπατίτιδα Β. Για το έτος 2001 το ετήσιο άμεσο ιατρικό κόστος ανά περιστατικό στον Καναδά υπολογίσθηκε σε 2.987 Δολάρια και 99.066 Δολάρια αντίστοιχα (Gagnon Y.M. et al. 2004).

Το άμεσο ιατρικό κόστος μπορεί να καλυφθεί σε απόλυτο βαθμό και να προκύψουν και οφέλη για το σύστημα υγείας, εάν εφαρμοστούν με συνέπεια προγράμματα συστηματικού εμβολιασμού. Σύμφωνα με την έρευνα των Ryan et al. (2006) ένα πρόγραμμα αντιγριπικού εμβολιασμού που θα κάλυπτε 100% όλες τις ομάδες υψηλού κινδύνου στην Ε.Ε. των 25 θα οδηγούσε σε 7,22 εκατομμύρια λιγότερα κρούσματα γρίπης, 1,96 εκατομμύρια λιγότερες ιατρικές επισκέψεις για την ίδια αιτία, 796.743 λιγότερες εισαγωγές σε νοσηλευτικά ιδρύματα και τέλος, 68.537 λιγότερους θανάτους οφειλόμενους στη γρίπη. Για την εφαρμογή της πλήρους αντιγριπικής ανοσοποίησης του πληθυσμού υψηλού κινδύνου σε Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία, Ιταλία και Μεγάλη Βρετανία θα απαιτούνταν επένδυση 1,52 δις Ευρώ. Από αυτή την επένδυση θα προέκυπτε οικονομική ωφέλεια της τάξης των 39,45 εκατ. Ευρώ από λιγότερες επισκέψεις σε γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περαιτέρω οικονομία 1,59 δις Ευρώ από τη μειωμένη νοσηλεία στις χώρες αυτές.

5.3 Έμμεσο οικονομικό - κοινωνικό κόστος

Το έμμεσο οικονομικό κόστος που προκαλούν τα λοιμώδη νοσήματα στην οικονομία υπερβαίνει κατά πολύ το άμεσο ιατρικό κόστος που επιβαρύνει το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Μεγάλος αριθμός κρουσμάτων νοσηλεύεται κατ' οίκον και το κόστος της ιατρικής φροντίδας αυτών επιβαρύνει τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και την οικογένεια/ τους άτυπους οικογενειακούς φροντιστές (συνήθως πρόσωπα του στενού περιβάλλοντος του ασθενή). Για την Ιλαρά υπολογίζεται ότι ποσοστό 35 - 50% των κρουσμάτων δεν αναζητά ιατρική φροντίδα σε πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο επίπεδο (Carabin, H. et al. 2002).

Με τη συστηματική αναθεώρηση του συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης και καταγραφής που προτείνεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης αναμένεται ο περιορισμός των λοιμωδών παραγόντων στη χώρα, αφού είναι γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των κρουσμάτων των μεταδοτικών νοσημάτων δεν αναφέρεται στις αρχές, καθώς οι ασθενείς δεν αναζητούν θεραπεία.

Επίσης, το εκτιμώμενο κοινωνικό κόστος των μεταδοτικών νοσημάτων είναι ιδιαίτερα υψηλό, διότι προκαλούν μεγάλο αριθμό χαμένων εργατωρών και σχολικών ωρών. Η ετήσια εποχική επιδημία γρίπης στις Η.Π.Α. στοίχισε περίπου 87,1 δισεκατομμύρια Δολάρια το 2003, ποσό το οποίο μεταφράζεται σε κατά κεφαλήν κόστος γύρω στα 92 Δολάρια εάν υπολογίσουμε μόνο τα χαμένα κέρδη και τη χαμένη παραγωγικότητα και μπορεί να φτάσει μέχρι και τα 299 Δολάρια εάν συνυπολογιστούν και οι θάνατοι εξαιτίας της γρίπης. Τα συνολικά ποσά εξαιτίας της γρίπης που χάθηκαν το 2003 στις Η.Π.Α. αντιπροσωπεύουν το 0,24 του Α.Ε.Π. (Molinar et al. 2007). Αναφορικά με τους μαθητές οι Li & Leader (2006) έδειξαν ότι οι μαθητές που ζούσαν σε νοικοκυριά όπου καταγράφηκε τουλάχιστον ένα περιστατικό γρίπης, έχασαν 1,91 σχολικές ημέρες ανά έτος έως και 4,87 σχολικές ημέρες εάν στην οικογένεια υπήρχαν τρεις ή περισσότεροι μαθητές.

Συμπερασματικά, η υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων αναμένεται να επιδράσει θετικά στους δείκτες υγείας του πληθυσμού, μειώνοντας τη θνησιμότητα και νοσηρότητα που προκαλούν τα μεταδοτικά νοσήματα και να εξοικονομήσει πόρους από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μειώνοντας τις ημέρες νοσηλείας που οφείλονται σε λοιμώδη περιστατικά. Αναμένεται επίσης να μειώσει το οικονομικό κόστος που προκαλούν οι ετήσιες επιδημίες λοιμωδών στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και να αυξήσει την παραγωγικότητα του ενεργού πληθυσμού.

6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

1ος Άξονας: Αναδιοργάνωση Υπηρεσιών

- Δράση 1: Ενίσχυση Υπηρεσιών Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αναφορικά με την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων.
- Δράση 2: Αναβάθμιση των Υπηρεσιών των Διευθύνσεων Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Δ.Υ.Ν.Α.) ως προς την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων.
- Δράση 3: Αναδιοργάνωση των Κέντρων Αναφοράς και του Δικτύου Μικροβιολογικών Εργαστηρίων.
- Δράση 4: Ανασυγκρότηση και Ενίσχυση της Λειτουργίας του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) και Ενεργοποίηση Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.).
- Δράση 5: Δημιουργία Παρατηρητηρίου Υγείας των Μεταναστών και των Προσφύγων.
- Δράση 6: Ενίσχυση του Γραφείου για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.
- Δράση 7: Ενίσχυση του Γραφείου για τη Φυματίωση στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
- Δράση 8: Αναδιοργάνωση - Ενίσχυση Υπηρεσιών που Εμπλέκονται στην Πρόληψη και στη Θεραπεία της Φυματίωσης.

2ος Άξονας: Μέτρα και Προγράμματα

- Δράση 1: Προγράμματα Πρόληψης και Θεραπείας στους Χώρους Υποδοχής Μεταναστών.
- Δράση 2: Θέσπιση Κριτηρίων Επιλογής για την Εισαγωγή ενός Νέου Εμβολίου.
- Δράση 3: Εκπόνηση Μελετών Κόστους - Ωφέλειας.
- Δράση 3: Εθνικό Αρχείο Εμβολιασμών.
- Δράση 4: Σύσταση Δικτύου Επιτήρησης Παρενεργειών από τα Εμβόλια.
- Δράση 6: Εκπόνηση Κατευθυντήριων Οδηγιών.
- Δράση 7: Εμβολιαστική Κάλυψη Επαγγελματιών Υψηλού Κινδύνου.
- Δράση 8: Εμβολιαστική Κάλυψη Ευπαθών Ομάδων Λόγω Ηλικίας ή Γενικής Κατάστασης Υγείας.
- Δράση 9: Εμβολιαστική Κάλυψη Μειονοτικών Ομάδων, Τσιγγάνων και Μεταναστών.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης



Ιος Άξονας: Αναδιοργάνωση Υπηρεσιών

Δράση Ι. Ενίσχυση Υπηρεσιών Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αναφορικά με την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων

Περιγραφή

Ο βασικός ρόλος του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων στη πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, βάσει της κείμενης νομοθεσίας, έγκειται στη συστηματική επιτήρηση και στην πρόληψή τους.

Στόχοι

- Ο στόχος των προτεινόμενων μέτρων είναι η αποτελεσματικότερη οργάνωση των υπηρεσιών επιδημιολογικής επιτήρησης και παρακολούθησης, ώστε να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους ως προς την πρόληψη και περιορισμό των λοιμωδών παραγόντων στη χώρα, αλλά και στις υποχρεώσεις ως προς τις κατευθύνσεις και τις απαιτήσεις που θέτει η Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Αξιολόγηση, αναδιοργάνωση και επέκταση των δικτύων επιδημιολογικής επιτήρησης και υποχρεωτικής δήλωσης νοσημάτων.
- Επέκταση των δικτύων επιτήρησης και στον ιδιωτικό τομέα υγείας, ώστε να εναρμονιστεί η επιτήρηση με αντίστοιχες μεθοδολογίες άλλων ευρωπαϊκών χωρών.
- Δημιουργία δικτύου έγκαιρης ανίχνευσης και παρέμβασης, βασισμένο στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.
- Σύνταξη των πρωτοκόλλων επιτήρησης (επιτηρούμενο νόσημα, αντικείμενα επιτήρησης, ορισμός κρούσματος, εργαστηριακά κριτήρια χρησιμοποιούμενα για την κατηγοριοποίηση της διάγνωσης, δίκτυα στα οποία περιλαμβάνεται το νόσημα, ο τρόπος ροής των δεδομένων, η ανάλυση και αξιολόγηση των πληροφοριών, σε ποιούς γίνεται και πώς η κοινοποίηση των πληροφοριών, το απόρρητο των πληροφοριών).

- Σύνταξη των πρωτοκόλλων διερεύνησης κρουσμάτων (σκοπός της διερεύνησης, μεθοδολογία της διερεύνησης, αλγόριθμος της διερεύνησης) και κοινοποίηση των πρωτοκόλλων στους συνεργαζόμενους φορείς.
- Εκπαίδευση των εργαζομένων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. στην επιδημιολογία πεδίου.
- Εκπαίδευση των ενσασχολούμενων με την επιδημιολογική επιτήρηση στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, των περιφερειών και των νοσοκομείων, στην ανίχνευση και στη διερεύνηση επιδημιών που συμβαίνουν στο χώρο τους, καθώς και στη συλλογή στοιχείων, στην αξιολόγηση και στην ανάλυσή τους.
- Συμμετοχή των ειδικευμένων στην επιδημιολογία πεδίου, επιδημιολόγων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. στη διερεύνηση συμβάντων που η σοβαρότητά τους ή η έκτασή τους ξεπερνά τις δυνατότητες του τοπικού φορέα.
- Αναβάθμιση εξοπλισμού.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Κέντρα Αναφοράς.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Ανάπτυξη πρωτοκόλλων.

2009 - 2010: Μελέτες αξιολόγησης.

2010 - 2012: Επέκταση δικτύων.

2010 - 2012: Αναβάθμιση εξοπλισμού.

Δράση 2. Αναβάθμιση των Υπηρεσιών των Διευθύνσεων Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Δ.Υ.Ν.Α.) ως προς την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων

(Η δράση υλοποιείται στο πλαίσιο των οριζόντιων δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία)

Περιγραφή

Αξιολόγηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Δ.Υ.Ν.Α.) ως προς το ρόλο τους στην πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων και την επάρκειά τους σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή.

Στόχοι

- Αναβάθμιση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Μελέτη αξιολόγησης της λειτουργίας των Δ.Υ.Ν.Α.
- Επαναπροσδιορισμός διαδικασιών και κανόνων λειτουργίας ως προς το ρόλο τους στην επιδημιολογική επιτήρηση μεταδοτικών νοσημάτων.
- Υλικοτεχνική αναβάθμιση.
- Στελέχωση.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Αξιολόγηση.

2009: Αναδιοργάνωση υπηρεσιών.

2009 - 2010: Υλικοτεχνική αναβάθμιση.

2010 - 2012: Στελέχωση.

Δράση 3. Αναδιοργάνωση των Κέντρων Αναφοράς και του Δικτύου Μικροβιολογικών Εργαστηρίων

Περιγραφή

Η επιδημιολογική επιτήρηση και γενικά η κατανόηση της επιδημιολογίας των μεταδοτικών νοσημάτων βασίζεται στη σωστή (εργαστηριακή) διάγνωσή τους.

Η επαρκής διαγνωστική ικανότητα των κλινικών μικροβιολογικών εργαστηρίων και η επαρκής λειτουργία των Κέντρων Αναφοράς αποτελούν τις βασικές προϋποθέσεις. Για το λόγο αυτό:

1. Τα Κέντρα Αναφοράς παρέχουν εργαστηριακή υποστήριξη στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, αλλά και εξειδικευμένο διαγνωστικό έργο. Είναι κυρίως φορείς παροχής υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και όχι ερευνητικά κέντρα.
2. Επικεντρώνονται σε ένα παθογόνο (μικροβιακό είδος) ή σε μία ομάδα παθογόνων.
3. Στο αντικείμενό τους περιλαμβάνεται (ανάλογα και με το παθογόνο):
 - Η επιβεβαίωση της (εργαστηριακής) διάγνωσης.
 - Η τυποποίηση των μικροβιακών στελεχών ως εργαλείο της.
 - Η παρακολούθηση της διασποράς του μικροοργανισμού στον πληθυσμό.
 - Η ειδική μελέτη παρουσίας τοξινών ή λοιπών παθογόνων ιδιοτήτων.
 - Η φύλαξη των στελεχών και η δημιουργία συλλογής δεδομένων.
 - Η εκπαίδευση και η εναρμόνιση των διαγνωστικών τεχνικών, καθώς και η διεξαγωγή εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου στα κλινικά εργαστήρια.
 - Η συμβολή στην έρευνα στο αντικείμενο του Κέντρου.
4. Τα Κέντρα Αναφοράς έχουν επιστημονική αυτονομία, αλλά και την απόλυτη υποχρέωση τροφοδότησης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με τα παραγόμενα επιδημιολογικά δεδομένα. Έτσι:
 - Λειτουργούν ως δίκτυο με συντονισμό από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (και το Κ.Ε.Δ.Υ.).
 - Τα παραγόμενα αποτελέσματα των εξετάσεων (και τα στελέχη) εντάσσονται άμεσα στη Βάση Δεδομένων του συστήματος Δημόσιας Υγείας και είναι άμεσα προσβάσιμα από τους ενδιαφερόμενους φορείς Δημόσιας Υγείας και επιδημιολογικής επιτήρησης.
 - Το επιστημονικό προσωπικό των Κέντρων Αναφοράς έχει το δικαίωμα και την υποχρέωση της χρήσης των δεδομένων αυτών στην έρευνα για επιστημονικές δημοσιεύσεις κ.λπ.
 - Ερευνητικές προσπάθειες που γίνονται σε εθνικό επίπεδο μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα δεδομένα των Κέντρων Αναφοράς, πάντα με τη σύμφωνη γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων αυτών.
5. Τα μικροβιολογικά εργαστήρια εκτελούν κυρίως κλινικό έργο, αποτελούν όμως συχνά ευαίσθητη πηγή επιδημιολογικών δεδομένων, και έχουν την υποχρέωση αποστολής δεδομένων και μικροβιακών στελεχών στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, με τους όρους που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο.

Στόχοι

- Η επιστημονική αναβάθμιση και επέκταση -όπου κρίνεται αναγκαίο- των Κέντρων Αναφοράς.

Ενέργειες Υλοποίησης

1. Ο επαναπροσδιορισμός των Κέντρων Αναφοράς ως προς:

α) Τα αντικείμενα που πρέπει να καλύπτουν. Εδώ θα συνοπολογιστούν:

- Οι οδηγίες του European Center of Diseases Control.
- Οι ειδικές ανάγκες της χώρας.

β) Τους φορείς όπου τα Κέντρα θα είναι εγκατεστημένα. Εδώ θα συνοπολογιστούν:

- Η γεωγραφική κατανομή.
- Οι ανάγκες της χώρας (ανά περιοχή).
- Η τεχνογνωσία και η επιστημονική παρουσία του φορέα.
- Ειδικά ενδιαφέρει η λειτουργία του φορέα ως κυρίως φορέας Δημόσιας Υγείας. Σημειώνεται ότι ένα Κέντρο Αναφοράς μπορεί (ανάλογα με τις συνθήκες και την υπάρχουσα τεχνογνωσία) να αποτελεί consortium 2 ή περισσότερων εργαστηρίων.
Σε αυτή την περίπτωση:
 - Θα πρέπει να υπάρχει υπογεγραμμένη σύμβαση συνεργασίας, όπου θα περιγράφονται το αντικείμενο, τα καθήκοντα, οι υποχρεώσεις, η πιθανή γεωγραφική κατανομή του αντικειμένου και το ποσοστό της χρηματοδότησης κάθε εργαστηρίου - μέλους.
 - Θα υπάρχει εκπρόσωπος του consortium με τον οποίο το σύστημα υγείας θα επικοινωνεί.
 - Θα υπάρξει και δυνατότητα σύναψης συμβάσεων με εργαστήρια του εξωτερικού.

γ) Τους κανόνες λειτουργίας τους, και ειδικότερα η αναγκαιότητα και οι όροι διαπίστευσης των εργαστηρίων, οι ελάχιστες απαιτήσεις λειτουργίας, θέματα εφημερίας, θέματα σχέσης με τα δημόσια και ιδιωτικά κλινικά εργαστήρια κ.λπ.

2. Η λειτουργική διασύνδεση των Κέντρων Αναφοράς σε δίκτυο με το Κ.Ε.Δ.Υ. (Γ.Ε.Δ.Υ.), το Σύστημα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και τους λοιπούς φορείς Δημόσιας Υγείας. Ειδική σημασία έχουν:

α) Η ανάπτυξη και διατύπωση των σχετικών κανόνων και Ειδικών Σχεδίων Δράσης (Standard Operating Procedures) ως προς τη συλλογή και μεταφορά των δειγμάτων, την αποστολή απαντήσεων, την εν γένει επικοινωνία κ.λπ.

β) Η διατύπωση των σχετικών πρωτόκολλων συνεργασίας (memorandum of understanding).

γ) Η ανάπτυξη του σχετικού λογισμικού διασύνδεσης.

3. Η λειτουργική διασύνδεση των Κέντρων Αναφοράς με τα κλινικά μικροβιολογικά εργαστήρια.

- Καθορισμός των ελάχιστων διαγνωστικών ικανοτήτων (καθώς και το επίπεδο διαπίστευσης) που πρέπει να έχουν:
 - α) Τα εργαστήρια των νομαρχιακών νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα κ.λπ.
 - β) Τα εργαστήρια των περιφερειακών νοσοκομείων.
- Επίσης πρέπει να καθοριστούν οι αναγκαίες αναβαθμίσεις των εργαστηρίων.
- Τέλος πρέπει να καθοριστούν οι διαδικασίες - πρωτόκολλα αποστολής δεδομένων και δειγμάτων μεταξύ μικρών εργαστηρίων, περιφερειακών κλινικών εργαστηρίων και Κέντρων Αναφοράς.

Φορείς Υλοποίησης

Ειδική επιτροπή από εκπροσώπους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., της Ε.Σ.Δ.Υ., και των συντονιστών των εμπλεκόμενων Σχεδίων Δράσης για τον καθορισμό των Κέντρων Αναφοράς.

Ad Hoc συμμετοχή εκπροσώπων επιστημονικών εταιριών, τομέων επιδημιολογίας των πανεπιστημίων και ειδικών επιστημόνων για συγκεκριμένα ερωτήματα.

Επιτροπή από εκπροσώπους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., της Ε.Σ.Δ.Υ., της Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρίας και καθηγητές Μικροβιολογίας πανεπιστημίων, για ιεραρχική ταξινόμηση των ελάχιστων διαγνωστικών ικανοτήτων των κλινικών εργαστηρίων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Αξιολόγηση Κέντρων Αναφοράς.

2009 - 2010: Στρατηγικός σχεδιασμός και ανάπτυξη νέων κέντρων.

Δράση 4. Ανασυγκρότηση και Ενίσχυση της Λειτουργίας του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) και Ενεργοποίηση Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)

Περιγραφή

Ανασυγκρότηση της τεχνολογικής και εργαστηριακής υποστήριξης, επέκταση των δραστηριοτήτων του Κ.Ε.Δ.Υ. και ενεργοποίηση της λειτουργίας των Π.Ε.Δ.Υ., με σκοπό την αποτελεσματική διαχείριση, τον έλεγχο και την παρακολούθηση των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου.

Στόχοι

- Εργαστηριακή Υποστήριξη των Περιβαλλοντικών Ελέγχων:
 - Υγειονομικός έλεγχος τροφίμων και ποτών.
 - Υγειονομικός έλεγχος υδάτων ανθρώπινης κατανάλωσης.
 - Υγειονομικός έλεγχος κολυμβητικών δεξαμενών, θαλασσιών υδάτων και άλλων σχετικών.
 - Έλεγχος περιβάλλοντος για Legionella.
 - Υγειονομικοί έλεγχοι τροφίμων, υδάτων και άλλων στοιχείων του περιβάλλοντος, στα πλαίσια της διευκρίνησης συγκεκριμένων επιδημικών επεισοδίων (λοιμώξεων από Listeria, που ενδεχόμενα σχετίζεται με την κατανάλωση τροφίμων, λοιμώξεων από S. aureus μελών ενός αθλητικού σωματείου μετά από κοινή χρήση ιματισμού, νοσοκομειακών λοιμώξεων από P. aeruginosa ασθενών μιας Μ.Ε.Θ. που προέρχονται από μολυσμένες συσκευές και άλλα).
 - Υγειονομικός και χημικός έλεγχος υδάτων και λυμάτων, και συγκεκριμένα έλεγχος απόδοσης λειτουργίας μονάδων βιολογικών καθαρισμών δημοτικών, ξενοδοχειακών και βιομηχανικών μονάδων, καθώς και έλεγχος ποιότητας επιφανειακών νερών (γλυκών και θαλάσσιων) σε εφαρμογή των διεθνών συμβάσεων και σε συνάρτηση πιθανών επεισοδίων ρύπανσης.
 - Έλεγχος παρασιτικών και τροπικών νοσημάτων.
 - Έλεγχος ζωοανθρωπονόσων.
- Εργαστηριακή υποστήριξη της επιδημιολογικής επιτήρησης και της επιδημιολογικής διερεύνησης των μεταδοτικών νοσημάτων:
 - Επιβεβαίωση εργαστηριακής διάγνωσης κυρίως σπανίων ή επανεμφανιζόμενων λοιμωδών νοσημάτων ή νοσημάτων με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη Δημόσια Υγεία.
 - Εργαστηριακή τεκμηρίωση του τρόπου διασποράς των μικροοργανισμών - αιτιών των λοιμωδών νοσημάτων μεταξύ των κρουσμάτων, τεκμηρίωση της κλωνικότητας και μικροβιακή τυποποίηση.
- Συντήρηση και διάθεση εμβολίων, θεραπευτικών ορών και σφαιρινών και λοιπών βιολογικών προϊόντων, εκτέλεση μελετών ανοσοεπιδημιολογίας.
- Ανάπτυξη και συντήρηση Εθνικής Συλλογής Μικροοργανισμών:
 - Διαμόρφωση από το Κ.Ε.Δ.Υ., σε συνεργασία με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., καταλόγου κλινικών αλλά και άλλων μικροβιακών στελεχών από διάφορα νοσοκομειακά εργαστήρια, τα οποία οφείλουν να φυλάσσουν τα μικροβιακά αυτά στελέχη, τα οποία αποτελούν περιουσία των εργαστηρίων και η χρησιμοποίησή τους γίνεται σε συνεννόηση με αυτά.
- Διαπίστευση τυποποίησης των διαδικασιών και διασφάλιση της ποιότητας των αποτελεσμάτων για όλα τα εργαστήρια και κέντρα αναφοράς.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προγραμματική σύμπραξη μεταξύ ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. - Ε.Σ.Δ.Υ., με σκοπό τη συνένωση των επιστημονικών και τεχνολογικών δραστηριοτήτων στην κατεύθυνση της εθνικής υγειονομικής πολιτικής και στην ανάδειξη των πλεονεκτημάτων, τα οποία διαθέτει η χώρα, ιδιαίτερα στους ανθρώπινους πόρους.
- Αναβάθμιση - επέκταση δραστηριοτήτων Κ.Ε.Δ.Υ.
- Ενεργοποίηση Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.
- Η ενίσχυση και εκσυγχρονισμός του επιστημονικού και εργαστηριακού εξοπλισμού και η βελτίωση των υποδομών και λειτουργιών του Κ.Ε.Δ.Υ. και των Π.Ε.Δ.Υ.
- Δημιουργία ενός εθνικού Βιοεργαστηρίου Τύπου 4.
- Συμπράξεις και συνεργασίες με εργαστήρια και κέντρα αναφοράς πανεπιστημιακών σχολών.

Φορείς Υλοποίησης

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Υγειονομικές Περιφέρειες, Κέντρα Αναφοράς και εργαστήρια πανεπιστημιακών σχολών, Γενικό Χημείο του Κράτους, Διευθύνσεις Υγείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Έναρξη ανασυγκροτημένου Κ.Ε.Δ.Υ.

2008 - 2010: Λειτουργία Π.Ε.Δ.Υ.

2008 - 2010: Σταδιακή στελέχωση.

Δράση 5. Δημιουργία Παρατηρητηρίου Υγείας των Μεταναστών και των Προσφύγων

Περιγραφή

Δημιουργία Παρατηρητηρίου Υγείας των μεταναστών/ προσφύγων.

Στόχοι

- Διάγνωση και καταγραφή περιστατικών μεταδοτικών νοσημάτων.
- Παροχή άμεσης ιατρικής φροντίδας για τη διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση οξέων συμβαμάτων υγείας.
- Διασυννοριακή συνεργασία με υπηρεσίες άλλων χωρών, με σκοπό την αναγνώριση σοβαρών μεταδοτικών νοσημάτων.
- Καταγραφή των μεταδοτικών νοσημάτων σε πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων.
- Συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες.
- Βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των μεταναστών, μέσω της προσφοράς υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.
- Σημαντική μείωση των περιστατικών μεταδοτικών νοσημάτων που παρατηρούνται στη χώρα μας.
- Σημαντικός περιορισμός πιθανότητας εκδήλωσης μιας πιθανής επιδημίας και δυνητική αποτροπή της.
- Ενημέρωση για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το HIV/AIDS σε πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Δημιουργία και στελέχωση της κεντρικής συντονιστικής δομής και των περιφερειακών μονάδων.
- Δημιουργία ηλεκτρονικού συστήματος, το οποίο θα διασυνδέει όλες τις εμπλεκόμενες δομές και κινητές μονάδες.

Φορείς Υλοποίησης

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Υγειονομικές Περιφέρειες, Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Τοπική Αυτοδιοίκηση, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, οργανώσεις μεταναστών.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Σύσταση Παρατηρητηρίου.

Δράση 6. Ενίσχυση του Γραφείου για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

Περιγραφή

Δημιουργία ειδικού γραφείου για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.) στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Στόχοι

- Ο έλεγχος της διασποράς των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Συλλογή/ ανάλυση/ επεξεργασία των πληροφοριών (ποιοτικός έλεγχος, στατιστική ανάλυση, ενοποίηση στοιχείων από διαφορετικές πηγές) για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Υποστήριξη/ βελτίωση/ συγκρισιμότητα δεικτών παρακολούθησης.
- Ανάπτυξη νέων δεικτών.
- Επεξεργασία κατευθυντηρίων οδηγιών.
- Παροχή πληροφοριών για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.
- Συμμετοχή στην πρόληψη για την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας.
- Ανταλλαγή πληροφοριών σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Φορείς Υλοποίησης

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, ορολογικά εργαστήρια, δερματολογικά ιατρεία, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, επιστημονικές εταιρίες, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

- 2009 - 2010: Ερευνητικά προγράμματα.
- 2010 - 2012: Ενέργειες εκπαίδευσης και δημοσιότητας.

Δράση 7: Ενίσχυση του Γραφείου για τη Φυματίωση στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Περιγραφή

Συστηματική εφαρμογή μέτρων και προγραμμάτων για τον αποτελεσματικό έλεγχο και περιορισμό της φυματίωσης.

Στόχοι

- Έγκαιρη ανίχνευση νέων περιπτώσεων φυματίωσης.
- Έλεγχος της φυματίωσης στους χώρους υγείας σε ειδικούς χώρους (φυλακές).
- Ειδικές ομάδες πληθυσμού (οροθετικά άτομα, μετανάστες).
- Αποτελεσματικός συντονισμός και εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Εκπαίδευση του προσωπικού.
- Ενέργειες συντονισμού και εφαρμογής του Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης, σύμφωνα με τις συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής για τη Φυματίωση (Παράρτημα Ι).
- Παραγωγή ενημερωτικού και εκπαιδευτικού υλικού.

Φορείς Υλοποίησης

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Παραγωγή εκπαιδευτικού υλικού.

2010 - 2011: Εκπαίδευση.

2009 - 2012: Εφαρμογή Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης.

Δράση 8: Αναδιοργάνωση - Ενίσχυση Υπηρεσιών που Εμπλέκονται στην Πρόληψη και στη Θεραπεία της Φυματίωσης

Περιγραφή

Η αντιμετώπιση της αναζωπύρωσης της φυματίωσης απαιτεί την οργάνωση των νοσοκομείων, ώστε να μπορούν να διαγιγνώσκουν και να νοσηλεύουν τους ασθενείς με ασφάλεια, τόσο για το προσωπικό, όσο και για τους υπόλοιπους ασθενείς, χωρίς να χρειάζεται η μετακίνηση του ασθενούς από την περιφέρεια της κατοικίας του. Η ανάγκη μετακίνησης του ασθενούς θα μπορούσε να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα αποτελεσματικής θεραπείας ασθενούς.

Στόχοι

- Στόχος της αναδιοργάνωσης του κλινικού τομέα αποτελεί αφενός η έγκαιρη διάγνωση της φυματίωσης και αφετέρου η δυνατότητα απομόνωσης των ασθενών κατά το διάστημα που είναι μεταδοτικοί.
- Η επίτευξη υψηλής πιστότητας συγκρίσιμων εργαστηριακών εξετάσεων και η έγκαιρη διάγνωση των ανθεκτικών μορφών φυματίωσης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ενίσχυση του ειδικού ιατρείου αντιμετώπισης πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης των Αθηνών και ενεργοποίηση αντίστοιχου στην Θεσσαλονίκη.
- Ενίσχυση της μικροβιολογικής κάλυψης μέσω της αναβάθμισης των υποδομών και της πιστοποίησης όλων των συναφών εργαστηρίων.
- Ενίσχυση (υποδομές και προσωπικό) του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων και δημιουργία αντίστοιχου στην Θεσσαλονίκη.
- Ενσωμάτωση των αντιφυματικών ιατρείων στις πνευμονολογικές κλινικές και αναβάθμιση των υποδομών τους.
- Ενίσχυση (υποδομές και προσωπικό) των ειδικών ιατρείων πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης.
- Νομοθετικές ρυθμίσεις για τη δήλωση κρουσμάτων και τη συνταγογραφία φαρμάκων για τη φυματίωση.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Υγειονομικές Περιφέρειες, νοσοκομεία.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2011: Υποδομές - Προσωπικό.

2009 - 2010: Οργανωτικές ρυθμίσεις.

2ος Άξονας: Μέτρα και Προγράμματα

Δράση Ι: Προγράμματα Πρόληψης και Θεραπείας στους Χώρους Υποδοχής Μεταναστών

Περιγραφή

Άμεση πρόσβαση στους χώρους υποδοχής μεταναστών.

Στόχοι

- Βελτίωση των συνθηκών υποδοχής και της αντιμετώπισης των παράνομα εισελθόντων στην Ελλάδα.
- Προστασία της Δημόσιας Υγείας και υγειονομική θωράκιση της χώρας.
- Εξάλειψη των φραγμών που επιβραδύνουν τα προγράμματα πρόληψης και τις παρεμβάσεις στους μετανάστες και στις οικογένειές τους.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων ενημέρωσης, αγωγής υγείας και μελέτης τροποποίησης συμπεριφοράς για τον παράνομα μετακινούμενο πληθυσμό.
- Εκπαίδευση πολιτισμικών διαμεσολαβητών για την επικοινωνία με την ομάδα-στόχο.
- Μετάφραση/ πολιτισμική προσαρμογή του ενημερωτικού υλικού στις γλώσσες των μεταναστών.
- Εκτίμηση του νομοθετικού πλαισίου για τα ανθρώπινα δικαιώματα των παράνομων μεταναστών.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εποπτευόμενοι φορείς του, Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, Γραφείο Χωρίς Σύνορα, Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Αξιολόγηση αναγκών.

2009 - 2012: Ενέργειες εκπαίδευσης και δημοσιότητας.

Δράση 2: Θέσπιση Κριτηρίων Επιλογής για την Εισαγωγή ενός Νέου Εμβολίου

Περιγραφή

Η δημιουργία μηχανισμού λήψης αποφάσεων για την εισαγωγή ενός νέου εμβολίου στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, αποσκοπεί στη δημιουργία εμπεριστατωμένης πρότασης στους υπευθύνους για το σχεδιασμό πολιτικής για το κατά πόσο πρόκειται μακροπρόθεσμα να ωφεληθεί η Δημόσια Υγεία από την εισαγωγή του νέου εμβολίου, κυρίως σε περιπτώσεις νέου εμβολίου που δεν έχει δοκιμαστεί επί μακρόν στον ανθρώπινο πληθυσμό.

Στόχοι

- Η διαμόρφωση τεκμηριωμένης εισήγησης για το ωφέλιμο της εισαγωγής νέου εμβολίου στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών, βάσει των υγειονομικών αναγκών και των κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων του ελληνικού πληθυσμού.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Συγγραφή πρωτοκόλλου μεθοδολογίας αξιολόγησης του τρόπου εισαγωγής των εμβολίων στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.
- Σύγκληση της Επιτροπής Εμβολιασμών σε περιπτώσεις που απαιτείται η εξέταση εισαγωγής νέου εμβολίου στο Πρόγραμμα Εμβολιασμών.
- Σύνταξη μνημονίου και κοινοποίηση του στους αρμόδιους φορείς.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2011: Υλοποίηση προγραμμάτων.

Δράση 3: Εκπόνηση Μελετών Κόστους - Ωφέλειας

Περιγραφή

Εκπόνηση μελέτης κόστους - ωφέλειας, πριν αποφασισθεί η εισαγωγή νέου εμβολίου στο Πρόγραμμα Εμβολιασμών, και εκπόνηση μελέτης σκοπιμότητας για το αν πληρούνται οι ικανές και αναγκαίες συνθήκες για την υλοποίηση του Προγράμματος Εμβολιασμών.

Στόχοι

- Ο σκοπός της εκπόνησης των μελετών είναι η τεκμηρίωση της ορθότητας της απόφασης εισαγωγής ή μη ενός νέου εμβολίου στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Η ανάθεση του σχεδιασμού της μελέτης και η υλοποίησή της θα πραγματοποιείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε συνεργασία με επιστημονικούς φορείς Δημόσιας Υγείας.
- Κοινοποίηση του πορίσματος της μελέτης στους φορείς που θα συναποφασίσουν την εισαγωγή ή μη του νέου εμβολίου.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Χρονοδιάγραμμα

Κάθε φορά που πρόκειται να γίνει εισαγωγή νέου εμβολίου.

Δράση 4: Εθνικό Αρχείο Εμβολιασμών

Περιγραφή

Σύσταση και λειτουργία Εθνικού Αρχείου Εμβολιασμών.

Στόχοι

- Συστηματική καταγραφή και διαχρονική παρακολούθηση της εμβολιαστικής κάλυψης του γενικού πληθυσμού.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ανάπτυξη στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων web - based πληροφοριακού συστήματος καταχώρησης των διενεργούμενων εμβολιασμών, στο οποίο όλοι οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες θα υποχρεούνται στη δήλωση των αντίστοιχων εμβολιασμών.
- Θεσμικό πλαίσιο καθορισμού πρωτοκόλλου υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη διενέργεια εμβολιασμών (παιδίατροι, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, αγροτικοί γιατροί).
- Ανάπτυξη πρωτοκόλλου εμβολιασμού για μετανάστες και μετακινούμενους πληθυσμούς.
- Ετήσια έκδοση αναφορών από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων σχετικά με το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού.
- Διασύνδεση δεδομένων με τη γεωγραφική - πληροφοριακή βάση του Υγειονομικού Χάρτη.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Κέντρα Υγείας, ιατρικοί σύλλογοι, Διευθύνσεις Υγείας Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Έκδοση εγκυκλίων.

2008 - 2009: Ανάπτυξη πληροφοριακού συστήματος.

2009 - 2010: Εκπαίδευση προσωπικού.

2011: Αξιολόγηση.

Δράση 5: Σύσταση Δικτύου Επιτήρησης Παρενεργειών από τα Εμβόλια

Περιγραφή

Όταν ένας πληθυσμός εμβολιάζεται με ένα νέο ή και με δοκιμασμένο εμβόλιο, επιβάλλεται παράλληλα να δημιουργείται ένα σύστημα επιτήρησης των πιθανών παρενεργειών, από το οποίο θα συλλέγονται πληροφορίες για την ανταπόκριση των εμβολιαζόμενων στο εμβόλιο.

Στόχοι

- Επιτήρηση των ενδεχόμενων παρενεργειών του εμβολίου στον ελληνικό πληθυσμό.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Συγγραφή του πρωτοκόλλου επιτήρησης των παρενεργειών.
- Σχεδιασμός του δικτύου επιτήρησης των παρενεργειών του νεοεισαχθέντος εμβολίου.
- Ενημέρωση των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, των νοσοκομείων της επικράτειας, ιατρών για τη δημιουργία του δικτύου επιτήρησης των παρενεργειών και κοινοποίηση του πρωτοκόλλου επιτήρησης.
- Ενημέρωση του πληθυσμού για την ύπαρξη του δικτύου επιτήρησης και τη δυνατότητα δήλωσης των παρενεργειών στις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων.
- Διασύνδεση δεδομένων με την πληροφοριακή βάση του Υγειονομικού Χάρτη.

Φορείς Υλοποίησης

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Συγγραφή πρωτοκόλλου.
2008 - 2009: Ανάπτυξη δικτύου επιτήρησης.
2008 - 2009: Κοινοποίηση στους φορείς.
2009: Έναρξη λειτουργίας.

Δράση 6: Εκπόνηση Κατευθυντήριων Οδηγιών

Περιγραφή

Από τη στιγμή που θα εγκριθεί ένα εμβόλιο και θα συμπεριληφθεί στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, θα πρέπει ο εμβολιασμός να γίνεται με συστηματικό τρόπο. Για το λόγο αυτό, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε συνεργασία με την επιστημονική κοινότητα, θα εκπονήσουν κατευθυντήριες οδηγίες προς όλους όσοι εμπλέκονται στον εμβολιασμό του πληθυσμού (ιατρούς, επισκέπτες υγείας και νοσηλευτές των τμημάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, παιδίατρους, γενικούς ιατρούς), ώστε να είναι καταρτισμένοι και ικανοί να οργανώσουν το συστηματικό εμβολιασμό του πληθυσμού της περιφέρειας ευθύνης τους.

Στόχοι

- Η πραγματοποίηση των εμβολιασμών με επιστημονικά αξιόπιστο και οργανωμένο τρόπο.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών προς τις Δ.Υ.Ν.Α. και τους ιατρούς που εμπλέκονται στον εμβολιασμό.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι., Ιατρικοί σύλλογοι, φαρμακευτικοί σύλλογοι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών.

Δράση 7: Εμβολιαστική Κάλυψη Επαγγελματιών Υψηλού Κινδύνου

Περιγραφή

Η ευθύνη της ενημέρωσης των επαγγελματιών, στους οποίους απαιτείται ειδική ή εμβολιαστική κάλυψη, ανήκει στον ιατρό εργασίας που εξετάζει τον εργαζόμενο όταν προσλαμβάνεται. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες (ιατροί, κτηνίατροι) θα πρέπει να ενημερώνονται κατά την εγγραφή τους στο σύλλογό τους.

Στόχοι

- Αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης σε επαγγελματίες υψηλού κινδύνου.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Εκπόνηση κατευθυντήριων οδηγιών από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, σχετικά με το ποιες επαγγελματικές ομάδες χρειάζονται επιπλέον εμβολιαστική κάλυψη και για ποια νοσήματα.
- Ενημέρωση των συλλόγων εργαζομένων για τη διαδικασία που θα πρέπει να ακολουθηθεί, ώστε να εμβολιαστούν οι εργαζόμενοι.
- Ενημέρωση των ιατρών εργασίας για την εμπλοκή τους στη διαδικασία ενημέρωσης των εργαζομένων και πραγματοποίηση μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων επί του θέματος.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, ιατρικοί σύλλογοι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Κατευθυντήριες οδηγίες.

2009 - 2010: Ενημέρωση φορέων.

2009 - 2010: Εκπόνηση ενημερωτικού υλικού.

Δράση 8: Εμβολιαστική Κάλυψη Ευπαθών Ομάδων Λόγω Ηλικίας ή Γενικής Κατάστασης Υγείας

Περιγραφή

Οι ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, είτε λόγω ηλικίας είτε λόγω γενικής κατάστασης της υγείας τους, χρειάζονται ενίοτε επιπλέον εμβολιαστική κάλυψη. Η αρμοδιότητα χορήγησης των εμβολίων αφορά στο γενικό - οικογενειακό γιατρό.

Στόχοι

- Αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης σε ευπαθής ομάδες πληθυσμού.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Οργάνωση ημερίδων για την ενημέρωση των γενικών - οικογενειακών ιατρών για τους εμβολιασμούς.
- Εκπόνηση ενημερωτικού υλικού.
- Συμμετοχή των γενικών ιατρών στο δίκτυο καταγραφής παρενεργειών εμβολιασμού.
- Ο εμβολιασμός προτείνεται να διενεργείται από τους γενικούς ιατρούς ή τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2010: Ενημέρωση φορέων.

2009 - 2010: Διενέργεια εμβολιασμών.

Δράση 9: Εμβολιαστική Κάλυψη Μειονοτικών Ομάδων, Τσιγγάνων και Μεταναστών

Περιγραφή

Η εμβολιαστική κάλυψη των ειδικών ομάδων απαιτεί διαφορετική προσέγγιση, δεδομένου ότι υπάρχουν δυσκολίες στη προσέγγισή τους.

Στόχοι

- Αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης σε μειονοτικές ομάδες.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Εκπόνηση μελετών για την εκτίμηση του ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης των ομάδων αυτών ανά νομό, ώστε να αναδειχθούν οι ανάγκες και να χαραχθεί πολιτική εμβολιασμού εστιασμένη στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Τις μελέτες θα τις εκπονήσει το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Ειδικά προγράμματα εμβολιασμού ειδικών ομάδων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2010: Εκπόνηση ειδικών μελετών.

2009 - 2010: Ειδικά προγράμματα εμβολιασμού.

Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση



I. Διαδικασία Υλοποίησης

I.1 Συντονισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, ο συντονισμός και η παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί στην Εθνική Συντονιστική Επιτροπή για την Πρόληψη και τον Περιορισμό των Μεταδοτικών Νοσημάτων, η οποία θα περιλαμβάνει μέλη από όλους τους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση του Σχεδίου φορείς.

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα διαθέτει μια μόνιμη Γραμματεία - Συντονιστικό Κέντρο, με επικεφαλής τον Πρόεδρο της Επιτροπής.

Η θητεία της Εθνικής Επιτροπής θα είναι όση και η διάρκεια του Σχεδίου Δράσης, χωρίς να υπόκειται σε πολιτικές μεταβολές.

I.2 Πολιτική Εποπτεία και Συντονισμός

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα συνεργάζεται άμεσα με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και θα λογοδοτεί στο Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας και στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πορεία υλοποίησης του Σχεδίου Δράσης.

I.3 Σύστημα Ελέγχου και Αξιολόγησης - Δημόσια Διαβούλευση

Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης θα συνοδεύεται από μια διαρκή διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και τον επανασχεδιασμό των δράσεων, για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του Σχεδίου. Η επιστημονική εποπτεία του συστήματος ελέγχου και παρακολούθησης θα πραγματοποιείται από την Εθνική Συντονιστική Επιτροπή. Η διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη:

- (α) με τους δείκτες παρακολούθησης του Σχεδίου Δράσης και
- (β) με τη διαρκή διαδικασία δημόσιας λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου Δράσης και των αποτελεσμάτων του.

Ο έλεγχος και η αξιολόγηση θα γίνεται με βάση αντικειμενικούς, επιστημονικούς δείκτες και στοιχεία που θα παρέχει το σύστημα συλλογής στοιχείων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., σκοπός του οποίου είναι:

- Η βελτίωση της γνωστικής υποδομής και επιστημονικής βάσης του σχεδιασμού των δράσεων για τη πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων.
- Ο προσδιορισμός πρότυπων μεθόδων και καλών πρακτικών σε κάθε κατηγορία δράσεων και ενεργειών.
- Η εξασφάλιση της επιστημονικής υποστήριξης της υλοποίησης των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου.
- Η προώθηση της συνεργασίας στον τομέα της επιστημονικής τεκμηρίωσης με την Ε.Ε., τις χώρες της Ε.Ε. και τρίτες χώρες.

Η διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη με μια διαρκή διαδικασία δημόσιας λογοδοσίας για την πορεία του σχεδίου δράσης και των αποτελεσμάτων του. Η δημόσια λογοδοσία για το σύνολο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης και την πορεία της εθνικής στρατηγικής για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, γίνεται με την έκδοση από την Εθνική Επιτροπή Συντονισμού ετήσιας αναφοράς – παρουσίασης του έργου της επιτροπής.

2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Ο συνολικός προϋπολογισμός των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων είναι **47.432.339 Ευρώ**. Ειδικότερα, ο προϋπολογισμός κάθε άξονα του Σχεδίου Δράσης παρουσιάζεται στον Πίνακα 15, ενώ στον Πίνακα 16 παρουσιάζεται η κατανομή του προϋπολογισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης σε βάθος πενταετίας.

Ο αναγνώστης μπορεί να αναζητήσει αναλυτική οικονομοτεχνική μελέτη, στην οποία παρουσιάζεται η κοστολόγηση ανά δράση και πηγή χρηματοδότησης, στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη www.ygeianet.gov.gr.

Πίνακας 15: Συνολικός Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά Άξονα.

A/A	ΑΞΟΝΕΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΑΞΟΝΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ €
1	ΑΞΟΝΑΣ I	Αναδιοργάνωση Υπηρεσιών	42.162.918
2	ΑΞΟΝΑΣ II	Μέτρα και Προγράμματα	5.269.421
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:			47.432.339

Πίνακας 16: Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για Κάθε Έτος Εφαρμογής.

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟ ΣΕ €
2008	1.000.000
2009	12.908.850
2010	11.863.918
2011	11.316.488
2012	10.343.083
ΣΥΝΟΛΟ	47.432.339

Επίσης, στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι πηγές χρηματοδότησης των προβλεπόμενων δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης και στον Πίνακα 18 η ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους ανά πηγή χρηματοδότησης.

Πίνακας 17: Πηγές Χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

ΑΞΟΝΕΣ	ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ		
	ΤΙΜΕΣ ΣΕ €		
	Ε.Σ.Π.Α.	ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	Ε.Κ.Ε.
I. Αναδιοργάνωση Υπηρεσιών	35.113.352	7.049.566	-
II. Μέτρα και Προγράμματα	4.069.421	600.000	600.000
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	39.182.773	7.649.566	600.000
ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	82,61%	16,13%	1,26%

Πίνακας 18: Ετήσια Κατανομή του Εκτιμώμενου Κόστους σε Ευρώ ανά Πηγή Χρηματοδότησης.

ΠΗΓΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	2008	2009	2010	2011	2012	ΣΥΝΟΛΟ
Ε.Σ.Π.Α.	-	9.464.850	10.612.998	10.048.140	9.056.785	39.182.773
ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	1.000.000	3.294.000	1.100.920	1.118.348	1.136.298	7.649.566
Ε.Κ.Ε.	-	150.000	150.000	150.000	150.000	600.000
ΣΥΝΟΛΟ	1.000.000	12.908.850	11.863.918	11.316.488	10.343.083	47.432.339

Παράρτημα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Συστάσεις της Επιστημονικής Επιτροπής Φυματίωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Το Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου της Φυματίωσης (Ε.Π.Ε.Φ.) εκπονήθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή Φυματίωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και έχει στόχο τη βελτίωση της αντιμετώπισης της φυματίωσης στη χώρα μας. Είναι σύμφωνο με τους στόχους του Global Plan to Stop Tb 2006 - 2015, που θεωρεί την εκπόνησή του υποχρεωτική για κάθε χώρα.

Αποτελείται από Σύνοψη, Κυρίως Κείμενο και Παραρτήματα. Στόχος της Επιτροπής είναι το Πρόγραμμα να επικαιροποιείται συχνά με νέα Παραρτήματα και να αναθεωρείται κάθε δύο χρόνια. Ήδη η παρούσα έκδοση περιέχει Παραρτήματα που δεν υπήρχαν σε προηγούμενες εκδόσεις. Ελπίζουμε το Ε.Π.Ε.Φ. να αποτελέσει μοχλό για τη σύγχρονη αντιμετώπιση της φυματίωσης στην Ελλάδα, μιας νόσου που εύκολα διαγιγνώσκεται, εύκολα προλαμβάνεται, εύκολα θεραπεύεται, αλλά τελικά δεν αντιμετωπίζεται σωστά.

ΣΥΝΟΨΗ

Η φυματίωση αποτελεί ακόμα και σήμερα την υπ' αριθμό ένα λοιμώδη αιτία θανάτου στον κόσμο. Καμία χώρα δεν είναι ελεύθερη από τη φυματίωση, που φθάνει να είναι ενδημική στις περισσότερες φτωχές χώρες του κόσμου. Το 1/3 του πληθυσμού της γης έχει μολυνθεί χωρίς να παρουσιάζει συμπτώματα, αλλά 5 - 10% θα αναπτύξουν νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει εκτιμήσει ότι το 2004 υπήρχαν σχεδόν 20.000.000 περιπτώσεις φυματίωσης (9.000.000 νέες περιπτώσεις) και 2.000.000 θάνατοι.

Με τη σημερινή μεγάλη μετακίνηση πληθυσμών «κανένας δεν μπορεί να είναι ασφαλής αν όλοι δεν είναι ασφαλείς», διακηρύσσει ο Π.Ο.Υ. Έτσι, το τεράστιο πρόβλημα φυματίωσης στην Ανατολική Ευρώπη και ειδικότερα ο εφιάλτης πιθανής ανίαςτης φυματίωσης (XDR-TB: Extensively drug resistant tuberculosis) κινητοποίησε ολόκληρη τη Γηραιά Ήπειρο. Σε πρόσφατη συνάντησή τους, οι Υπουργοί Υγείας κήρυξαν την φυματίωση «επείγον τοπικό πρόβλημα για την Ευρώπη» και ζήτησαν την πολύ μεγάλη αύξηση κονδυλίων για την αντιμετώπισή της, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του Global Plan to Stop Tb 2006 - 2015. Στους στόχους αυτούς περιλαμβάνονται ο περιορισμός στο μισό της νοσηρότητας και των θανάτων από φυματίωση ως το 2015 και η εκρίζωση της νόσου ως το 2050 σε παγκόσμια κλίμακα.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι του Global Plan to Stop Tb 2006 - 2015 ζητήθηκε από όλες τις Ευρωπαϊκές Χώρες η εκπόνηση Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης (Ε.Π.Ε.Φ.). Η Επιτροπή Φυματίωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. είχε ήδη ξεκινήσει την εκπόνηση ενός τέτοιου προγράμματος για την Ελλάδα, το οποίο ολοκληρώθηκε και έχει δοθεί για έγκριση στο Δ.Σ. του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Συνοπτικά, οι κύριες αρχές του Ε.Π.Ε.Φ. είναι: i) να καλύπτει ολόκληρη τη χώρα, ii) να είναι ενσωματωμένο στο Ε.Σ.Υ., iii) οι υπηρεσίες να είναι άρτια οργανωμένες, iv) να λαμβάνει υπ' όψη τις τοπικές συνθήκες και v) να είναι πλήρες, δηλαδή να περιλαμβάνει όλα τα μέτρα ελέγχου της φυματίωσης, καθώς και την επιτήρηση τόσο της νόσου, όσο και των μέτρων ελέγχου της. Η Επιτροπή εκτίμησε ποια είναι η κατάσταση στην Ελλάδα σήμερα και πως θα καταστεί δυνατή η επίτευξη των στόχων του WHO. Ως σημαντικότερα προβλήματα αναγνωρίστηκαν:

1. **Η έλλειψη νομοθετικού πλαισίου** και ακόμη περισσότερο η ανεπάρκεια εφαρμογής μέτρων για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων. Έτσι, π.χ. δεν υπάρχει νόμος που να υποχρεώνει τον απείθαρχο ασθενή να πάρει τη θεραπεία του κ.ά.

Στο πρόβλημα αυτό, ευτυχώς, υπήρξε μια εξαιρετικά θετική εξέλιξη, αφού με πρωτοβουλία του Υπουργείου και συνεργασία της Επιτροπής ολοκληρώθηκε σχέδιο υγειονομικής διάταξης, «Φυματίωση που θέτει σε διακινδύνευση τη Δημόσια Υγεία». Μέτρα προστασίας του οποίου επίκειται η τελική έγκριση.

2. **Η υποδήλωση.** Από παλαιότερες εργασίες μας, είχε φανεί ότι στην Ελλάδα δηλώνονται περίπου το 1/3 των περιπτώσεων φυματίωσης που θεραπεύονται. Φαίνεται ότι αυτή η κατάσταση δεν έχει αλλάξει. Έτσι ο Π.Ο.Υ. δεν δέχεται στα επίσημα έγγραφα του αυτό που δηλώνουν οι Ελληνικές Υγειονομικές Αρχές (7 νέες περιπτώσεις/ 100.000/ έτος) και θεωρεί ως πραγματικό αριθμό: 19/ 100.000 για το 2004. Η Επιτροπή προτείνει να υπάρχει διπλή δικλείδα ασφαλείας.

Δηλαδή:

- α) να μη δίνονται εξιτήρια από τα νοσοκομεία αν δε συμπληρώνεται η σχετική δήλωση και στη συνέχεια,
- β) ο φαρμακοποιός, πριν εκτελέσει τη συνταγή, να συμπληρώνει και αυτός δήλωση ή να βεβαιώνει ότι υπάρχει και
- γ) να καθιερωθεί ελεγχόμενη συνταγογραφία των αντιφυματικών φαρμάκων.

3. **Η αποδιοργάνωση, ο αποσυντονισμός και η σύγχυση στόχων και φορέων του αντιφυματικού αγώνα.** Ενώ δηλαδή από τη δεκαετία του 1960 υπάρχουν νόμοι και επαρκής υποδομή, δεν έχουν ποτέ εφαρμοστεί πλήρως. Για να ερευνηθεί ποια είναι η πραγματική κατάσταση σήμερα, γίνεται πιλοτικό πρόγραμμα σε Ήπειρο και Κρήτη. Οι πρώτες διαπιστώσεις είναι ότι σε κάποιους νομούς δεν υπάρχει αντιφυματικό ιατρείο, σε άλλους δε γίνονται οι στοιχειώδεις μικροβιολογικές εξετάσεις, ενώ σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο ο έλεγχος με άμεση μικροσκοπική εξέταση πτυέλων γίνεται μία φορά την εβδομάδα.

Έτσι προτείνονται:

α) Η συμπλήρωση του χάρτη με στελέχωση των Αντιφυματικών Ιατρείων όλων των νομών της χώρας, η ένταξή τους σε Πνευμονολογικές Κλινικές, ο εκσυγχρονισμός τους (κυρίως με σύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα), η πλήρης στελέχωσή τους και η γενναία ενίσχυση σε παραϊατρικό προσωπικό (όπως επισκέπτες υγείας). Είναι ο μόνος τρόπος να επιτευχθεί άμεσα ελεγχόμενη χορήγηση αντιφυματικών φαρμάκων (DOTS) τουλάχιστον στην αρχή, κάτι που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας οιαδήποτε προγράμματος ελέγχου φυματίωσης. Στη συνέχεια, μπορούμε να στηριχθούμε σε μεγάλο βαθμό τόσο για την ελεγχόμενη χορήγηση, όσο και για την καθημερινή φροντίδα των ασθενών στο τεράστιο δίκτυο «Βοήθεια στο Σπίτι» που είναι απλωμένο στους Καποδιστριακούς Δήμους ολόκληρης της χώρας. Έτσι οργανωμένο, το Αντιφυματικό Ιατρείο θα αποτελεί δίπολο μόνιμου επικοινωνίας με την Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της αντίστοιχης Νομαρχίας.

β) Η ενίσχυση του ειδικού ιατρείου αντιμετώπισης πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης των Αθηνών (Ν.Ν.Θ.Α.) και ενεργοποίηση αντίστοιχου στη Θεσσαλονίκη. Τα δύο αυτά ειδικά ιατρεία θα είναι οι μόνοι φορείς για την κατ' αρχήν αντιμετώπιση πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης. Έτσι μόνο θα αποφύγουμε αυτό που ήδη έχει γίνει στην Ανατολική Ευρώπη, όπου κακή χρήση των δευτερευόντων αντιφυματικών φαρμάκων (που αποτελούν την τελευταία γραμμή άμυνας απέναντι στην φυματίωση), έχει αρχίσει να δημιουργεί εξαιρετικά ανθεκτικά στελέχη μυκοβακτηριδίων φυματίωσης [extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB)]. Για τα στελέχη αυτά δεν υπάρχει θεραπεία σήμερα και αν επικρατήσουν, θα επιστρέψουμε στην προ R.Koch εποχή και θα θεραπεύουμε τη φυματίωση με ηλιοθεραπεία.

γ) Η μικροβιολογική κάλυψη διαβαθμίζεται σε τρία επίπεδα, με βάση σχετική πιστοποίηση όλων των Εργαστηρίων του Ε.Π.Ε.Φ. Τα επίπεδα αυτά είναι: i) στοιχειώδης (νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία) για απλή εξέταση και καλλιέργειες, ii) πλήρης (νοσοκομεία νοσημάτων θώρακος και πανεπιστημιακά) και iii) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (Ν.Ν.Θ.Α.) το οποίο έχει ανάγκη ενίσχυσης σε προσωπικό και υποδομή. Το ταχύτερο δυνατόν πρέπει να οργανωθεί αντίστοιχο και στη Θεσσαλονίκη.

Η Επιτροπή δεν μπορεί θεσμικά να εκτιμήσει το ακριβές κόστος του Προγράμματος, αλλά εκτιμάται ότι είναι πολύ χαμηλό, αφού τα έξοδα αφορούν κυρίως σε διοικητικές παρεμβάσεις που αναφέρονται στους εξής τομείς δράσης:

α) Εξοπλισμός και εκσυγχρονισμός Αντιφυματικών Ιατρείων. Ο ηλεκτρονικός εξοπλισμός είτε υπάρχει, είτε θα έπρεπε να υπάρχει ήδη στα νοσοκομεία. Η ηλεκτρονική επικοινωνία (e-mail) μπορεί επίσης να καλυφθεί από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Οι επισκέπτες υγείας υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό.

β) Στελέχωση με ιατρικό προσωπικό. Θα ζητηθεί κατά προτεραιότητα προκήρυξη θέσεων που υπάρχουν και έχουν ήδη ζητήσει τα διάφορα νοσοκομεία. Στις ελάχιστες νομαρχίες που ίσως δεν υπάρχουν τέτοιες θέσεις, πρέπει να δημιουργηθούν αλλά σε δεύτερη φάση.

γ) Ενσωμάτωση Αντιφυματικών Ιατρείων σε Πνευμονολογικές Κλινικές. Αποτελεί διοικητικό μέτρο άνευ κόστους.

δ) Ενίσχυση Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (Μικροβιολογικού Εργαστηρίου Ν.Ν.Θ.Α.) και ειδικών ιατρείων πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης. Η μόνη δράση με κόστος αλλά και τεράστιο όφελος.

ε) Ενίσχυση προγραμμάτων/ εκδηλώσεων για τη φυματίωση από τα λειτουργικά έξοδα του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Πιστεύουμε δηλαδή ότι το Πρόγραμμα που προτείνουμε είναι υλοποιήσιμο και ελάχιστα δαπανηρό σε σχέση με το προσδοκώμενο όφελος. Το όφελος αυτό είναι ανεκτίμητο, αν μετρηθεί ως βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αλλά μπορεί να μετρηθεί και οικονομικά, δηλαδή με σχέση κόστους/ οφέλους.

Ως αρνητικό παράδειγμα μπορούμε να αναφέρουμε την τεράστια οικονομική επιβάρυνση που έφερε ο παροπλισμός των Αντιφυματικών Ιατρείων στην περιοχή της Νέας Υόρκης των Η.Π.Α. προ 20ετίας. Ο παροπλισμός αυτός είχε ως συνέπεια τη μεγάλη αύξηση νέων κρουσμάτων ενεργού φυματίωσης στην περιοχή, τα οποία στοίχισαν (το κάθε κρούσμα χωριστά) όσο περίπου ολόκληρο το Πρόγραμμα Πρόληψης με σωστά λειτουργούντα Αντιφυματικά Ιατρεία. Η «επιδημία» αυτή αναχαιτίστηκε μετά το 1993 με απλή επαναφορά του προηγούμενου καθεστώτος, της ενίσχυσης των Αντιφυματικών Ιατρείων.

Ένα θετικό παράδειγμα, για την Ελλάδα, θα μπορούσε να είναι η πιθανή κατάργηση του εμβολίου BCG αν, μετά από σωστή εφαρμογή του προγράμματος, επιτύχουμε τους δείκτες που απαιτούνται από την IUATLD και τον Π.Ο.Υ. Το κέρδος από την πιθανή αυτή κατάργηση σε κονδύλια και ανθρωπώρες θα είναι τεράστιο και πρέπει να επανατοποθετηθεί στο Ε.Π.Ε.Φ. Πρέπει όμως να τονίσουμε ότι κάθε συζήτηση για διακοπή ή επιλεκτική χορήγηση BCG σε ομάδες κινδύνου, προϋποθέτει αξιόπιστο σύστημα δήλωσης νέων κρουσμάτων φυματίωσης. Αυτό δεν ισχύει με κανέναν τρόπο στην Ελλάδα σήμερα και αποτελεί μείζονα στόχο του Ε.Π.Ε.Φ.

**Ο Συντονιστής της Εθνικής Επιτροπής Φυματίωσης
Καθηγητής Σ. Κωνσταντόπουλος**

«Είναι πια σαφές ότι η αποτυχία ελέγχου της φυματίωσης είναι ευθεία συνέπεια χονδροειδών ανισοτήτων πλούτου και παροχής υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στις διάφορες χώρες, αλλά και μέσα σε κάθε χώρα. Ο έλεγχος της φυματίωσης είναι σε τελική ανάλυση θέμα δικαιοσύνης και ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Αποτελεί παγκόσμια προτεραιότητα και πρέπει να προσελκύσει γενναία τεχνική και οικονομική υποστήριξη από τη διεθνή κοινότητα».

WHO, Weekly epidemiological record, 23 January 2004, No4, 2004, 79, 25 - 40

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φυματίωση εξακολουθεί να αποτελεί μείζον υγειονομικό πρόβλημα σε παγκόσμια κλίμακα. Το 1/3 του πληθυσμού της γης έχει μολυνθεί από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Περίπου 9 εκατομμύρια υπολογίζονται τα νέα κρούσματα ανά έτος, από τα οποία τα 2 εκατομμύρια πεθαίνουν. Το 95% των κρουσμάτων παρουσιάζονται στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, και ιδίως μετά την εισαγωγή αποτελεσματικών θεραπευτικών σχημάτων, υπήρξε σημαντική μείωση των δεικτών της νόσου παγκοσμίως. Η υπερβάλλουσα όμως αισιοδοξία που δημιουργήθηκε, οδήγησε σε χαλάρωση των μέτρων κατά της νόσου και μείωση των διατιθέμενων πόρων για τον έλεγχο της, με αποτέλεσμα την αναζωπύρωση της φυματίωσης κατά την τελευταία 20ετία. Η αύξηση αυτή κυμάνθηκε από 5 έως 30% στις ανεπτυγμένες χώρες (σε μερικές φαίνεται ότι βρίσκεται εκ νέου υπό έλεγχο), ενώ στις υπό ανάπτυξη και στις ανατολικοευρωπαϊκές χώρες συνεχίζεται η επιδείνωση. Σε ορισμένες χώρες της Αφρικής (υπό τη Σαχάρα) η φυματίωση διπλασιάζεται κάθε 5 - 10 χρόνια. Στην επάνοδο της φυματίωσης συνέβαλε επίσης το AIDS, η μεγάλη μεταναστευτική κίνηση των τελευταίων ετών, η φτώχεια, η αύξηση των πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης κ.ά.

Κατόπιν των ανωτέρω, το ενδιαφέρον για τη φυματίωση από κυβερνήσεις και μη-κυβερνητικούς οργανισμούς αναθερμάνθηκε και διατίθενται εκ νέου αυξημένα κονδύλια για τον έλεγχο της νόσου. Το ευεργετικό αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής είναι ήδη εμφανές σε ορισμένες χώρες.

Στην Ελλάδα, αν και ο Αντιφυματικός Αγώνας καθιερώθηκε με τον νόμο 4053 του 1960, με λεπτομερή αναφορά στις αρχές του Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης, εν τούτοις δεν υπήρξε ποτέ η πρόβλεψη επίβλεψη εφαρμογής του, ούτε ικανοποιητική επιτήρηση της νόσου και των μέτρων ελέγχου. Συνεπώς, είναι προφανής η αναγκαιότητα ορθής εφαρμογής ενός Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης (Ε.Π.Ε.Φ.) στη χώρα μας.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η φυματίωση συνοδεύει την ανθρωπότητα από τους προϊστορικούς χρόνους. Το τελευταίο επιδημικό κύμα άρχισε στο δυτικό κόσμο το 17ο αιώνα, κορυφώθηκε το 19ο αιώνα και φθάνει στις μέρες μας, με φθίνουσα πορεία, αλλά σημαντική επίπτωση στη Δημόσια Υγεία από πλευράς κοινωνικής (στιγματισμός), οικονομικής (κόστος μακράς θεραπείας, επιβάρυνση υγειονομικών υπηρεσιών) και ανθρωπίνης ψυχολογικής επιβάρυνσης (human suffering) κ.ά.

Στην τελευταία αναφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Report 2006) με τίτλο «Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing» συμπεραίνεται ότι το 2004 υπήρξαν 9 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις φυματίωσης σε παγκόσμια κλίμακα (140/ 100.000 πληθυσμού) από τις οποίες πέθαναν 2 εκατομμύρια. Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων φυματίωσης ήταν σταθερός ή μειωμένος σε 5 από τις 6 παγκόσμιες περιφέρειες του WHO, ενώ στην Αφρική σημειώθηκε αύξουσα πορεία, παράλληλη με την αύξηση της HIV λοίμωξης. Υποστηρίζεται ότι το 80% των φυματίωσεων της γης βρίσκονται στην υπό τη Σαχάρα περιοχή της Αφρικής και στην Ασία.

Στην Ευρώπη δηλώθηκαν το 2004, 414.163 νέες περιπτώσεις με μέση ετήσια επίπτωση 47/ 100.000 πληθυσμού, αλλά με σημαντικές διαφοροποιήσεις κατά περιοχή.

α) Σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Δυτικής Ευρώπης, η μέση ετήσια επίπτωση της φυματίωσης ήταν 12,6/ 100.000 πληθυσμού. Στους γηγενείς ήταν 5/ 100.000 πληθυσμού, ενώ στους μετανάστες 58,7/ 100.000 πληθυσμού, με κορύφωση στις ηλικίες 25 - 34 ετών. Σε σύγκριση με το 1998 παρατηρείται μείωση κατά 24%. Η πολυανθεκτική φυματίωση κυμάνθηκε από 0 - 19% και η θνητότητα ήταν 7%, ενώ στους πάσχοντες από AIDS, η φυματίωση ήταν αρχική οδηγός διάγνωση στο 23% των περιπτώσεων.

β) Στην Κεντρική Ευρώπη η μέση επίπτωση της φυματίωσης ήταν 50,7/ 100.000 πληθυσμού και η πολυανθεκτική φυματίωση 5 - 6%.

γ) Στην Ανατολική Ευρώπη η μέση ετήσια επίπτωση της φυματίωσης ήταν 104,7/ 100.000 πληθυσμού με υποτροπές περί το 10%. Από το 2000 έως το 2004 παρατηρείται μέση ανά έτος αύξηση 3,6%, ενώ η επιτήρηση της νόσου επί το πλείστον είναι πλημμελής.

Στην Ελλάδα, τα υπάρχοντα δεδομένα του 2004 αναλύθηκαν από το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και περιλήφθηκαν στο Euro TB Report το 2006. Αν και το πρόβλημα της υποδήλωσης είναι γνωστό, εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα. Δηλώθηκαν 774 νέες περιπτώσεις φυματίωσης, ήτοι ετήσια επίπτωση 7/ 100.000 πληθυσμού. Η νόσος είχε πνευμονική εντόπιση στο 80,4% ενώ θετικά πτύελα βρέθηκαν στο 31,4%. Οι αλλοδαποί ασθενείς ήταν 23,3%, ενώ υπολογίζεται ότι αποτελούν το 10% του πληθυσμού. Η ανθεκτικότητα ήταν 11,4% στην INH, 4,2% στη RMP, 3% EMB και 7,2% στη SM, ενώ η πολυανθεκτική φυματίωση ήταν 3,2%.

Από τα στοιχεία του 2005 προκύπτει ότι: δηλώθηκαν 747 νέες περιπτώσεις φυματίωσης, με επίπτωση 6,8/ 100.000 πληθυσμού. Από αυτά, 242 ήταν νέα κρούσματα αλλοδαπών, ήτοι 32,4%.

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα όπως η σοβαρή υποδήλωση της νόσου, η μειωτική αλλά κυμαινόμενη πορεία της φυματίωσης τα τελευταία χρόνια, η ανισοκατανομή της νόσου κατά μεγάλες γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας, η αυξανόμενη συμμετοχή των αλλοδαπών στη νόσο και η μέτρια αλλά σταθερή αντοχή στα φάρμακα.

Η σοβαρή υποδήλωση έχει ως αποτέλεσμα η πραγματική επίπτωση φυματίωσης στη χώρα μας να θεωρείται ότι είναι 2 - 3 φορές υψηλότερη από τη δηλούμενη (7/ 100.000). Έτσι, στην έκθεση του Π.Ο.Υ. (W.H.O. report 2006 Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing) η επίπτωση της φυματίωσης εκτιμάται για τη χώρα μας το 2004 στο 19/ 100.000. Η υποδήλωση αυτή υπήρχε πάντοτε. Το 1990 είχε εκτιμηθεί στο 31/ 100.000 πληθυσμού. Η βελτίωση του δείκτη αυτού είναι σαφής, αλλά δε θεωρείται ότι αντανάκλα σε ένα αντιφυματικό πρόγραμμα με ικανοποιητική αποτελεσματικότητα.

3. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΗΜΕΡΑ

Από τα στοιχεία των Ηνωμένων Εθνών (UN), του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), της Διεθνούς Ένωσης κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος (IUATLD) και άλλων κυβερνητικών ή μη-κυβερνητικών οργανισμών, προκύπτει ότι η φυματίωση συνεχίζει να αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας που χρειάζεται και μπορεί να επιλυθεί, αφού το αίτιο της νόσου είναι γνωστό, η διάγνωση δεν είναι δύσκολη, η θεραπεία είναι επιτυχής στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η πρόληψη είναι εφικτή και η επιδημιολογία της νόσου παρέχει μεγάλες δυνατότητες ελέγχου των πηγών μόλυνσης. Επιπλέον, αν και η νόσος αφορά κυρίως σε υπό ανάπτυξη χώρες, εν τούτοις, λόγω της έντονης και αναπόφευκτης μετακίνησης ατόμων και πληθυσμών, «κανείς δεν μπορεί να είναι ασφαλής, αν όλοι δεν είναι ασφαλείς» κατά τη ρήση του WHO.

Όμως, παρά την ευκολία διάγνωσης και θεραπείας, οι στόχοι του WHO για τον εντοπισμό και διάγνωση του 70% των περιπτώσεων και της επιτυχούς θεραπείας του 85% για τις αναπτυσσόμενες χώρες, μέχρι το 2005 δεν επιτεύχθηκαν, αφού ο πρώτος βρισκόταν ακόμη στο 53% το 2004. Αντίθετα, ο δεύτερος είχε σχεδόν επιτευχθεί (82% το 2003).

Κατόπιν αυτών, ετέθησαν νέοι στόχοι από UN, WHO και IUATLD στο New Millenium Goals οι οποίοι είναι:

- i) ο περιορισμός της παγκόσμιας νοσηρότητας και θνητότητας από φυματίωση κατά 50% για τα έτη 2006 -2015 και
- ii) η εκρίζωση της νόσου μέχρι το 2050.

Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, προτείνουν:

- Ενδυνάμωση των δράσεων κυβερνητικών και μη οργανισμών κατά της φυματίωσης.
- Προώθηση των μεθόδων ελέγχου και αντιμετώπισης της φυματίωσης.
- Η Ημέρα Κατά της Φυματίωσης να αποτελεί ευκαιρία συμπαράστασης και εκπαίδευσης για τη νόσο.
- Ευαισθητοποίηση των κοινωνιών προς εμπλοκή και υποστήριξη του αγώνα κατά της φυματίωσης.
- Τοποθέτηση της φυματίωσης στις προτεραιότητες Δημόσιας Υγείας.
- Ικανή χρηματοδότηση των ενεργειών.
- Ανεύρεση καινούργιων μεθόδων αντιμετώπισης της νόσου με νέες διαγνωστικές μεθόδους, νέα φάρμακα και εμβόλια που θα αναπτυχθούν και θα υιοθετηθούν.
- Στρατηγικές για την αντιμετώπιση των προκλήσεων από επερχόμενες απειλές, όπως πολυανθεκτική φυματίωση και HIV.
- Την αναγκαιότητα της τεχνολογίας για την υποστήριξη στην εφαρμογή μεθόδων ελέγχου.
- Την αναγκαιότητα λειτουργίας ερευνητικών προγραμμάτων
- Προσέγγιση με ολιστική αντιμετώπιση των θεμάτων όπως, ενίσχυση συστημάτων υγείας, φτώχεια και φυματίωση, φυματίωση στα παιδιά, φυματίωση και φύλο κ.ά.

Οι στόχοι αυτοί αποτελούν συνέχεια των στόχων του 2001 όταν δημιουργήθηκε το «The global plan to stop TB», που εξέταζε τα υπάρχοντα προγράμματα σε όλο τον κόσμο και παρείχε ένα πλάνο για την ανάπτυξη του ελέγχου της φυματίωσης μεταξύ 2001 - 2005. Το σχέδιο του 2001 είχε προτείνει: i) διεύρυνση των προγραμμάτων άμεσα ελεγχόμενης θεραπείας (DOTS) και υιοθέτησή της για την αντιμετώπιση μεταξύ άλλων της πολυανθεκτικής φυματίωσης, ii) βελτίωση των υπαρχουσών μεθόδων και ανάπτυξη νέων φαρμάκων και νέου εμβολίου και iii) ενίσχυση της παγκόσμιας συνεργασίας για την εκρίζωση της φυματίωσης, έτσι ώστε οι υιοθετούμενες στρατηγικές να είναι εφαρμόσιμες σε όλο τον κόσμο.

Οι νέοι στόχοι (New Millenium Goals) για περιορισμό και τελική εκρίζωση της φυματίωσης προϋποθέτουν την δημιουργία Εθνικού Προγράμματος Ελέγχου Φυματίωσης (Ε.Π.Ε.Φ.) για κάθε χώρα και τη γενναία χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών.

Το συνολικά υπολογιζόμενο κόστος του προγράμματος ελέγχου της φυματίωσης για το 2006 για 74 χώρες που παρέχουν οικονομικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων των 22 χωρών με την υψηλότερη επίπτωση της φυματίωσης, ανέρχεται στα δύο δισεκατομμύρια Δολάρια.

Η χρηματοδότηση αυτή καλύπτεται από εθνικές πηγές και δωρητές, περιλαμβανομένου του Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

4. ΟΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ (Ε.Π.Ε.Φ.)

Το Ε.Π.Ε.Φ. βασίζεται στις εξής αρχές:

- Καλύπτει ολόκληρη τη χώρα.
- Είναι ενσωματωμένο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- Οι υπηρεσίες που εμπλέκονται είναι άρτια οργανωμένες και συνεπείς.
- Λαμβάνονται υπόψη οι τοπικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, οι επιδημιολογικές παράμετροι της νόσου και οι απαιτήσεις του εξυπηρετούμενου πληθυσμού.

- Περιλαμβάνει όλα τα μέτρα ελέγχου της φυματίωσης, καθώς και την επιτήρηση, τόσο της νόσου, όσο και των μέτρων ελέγχου της.

4.1. Μέτρα ελέγχου της φυματίωσης

Τα κύρια μέτρα ελέγχου της φυματίωσης είναι:

- Η ανίχνευση των νέων περιπτώσεων.
- Η καλή θεραπεία των πασχόντων.
- Η θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη).
- Ο εμβολιασμός με BCG.
- Ο έλεγχος διασποράς του μυκοβακτηριδίου.

Η ανίχνευση και η θεραπεία των νέων περιπτώσεων είναι το κύριο μέτρο ελέγχου της φυματίωσης. Είναι ενεργητική ή παθητική. Η ενεργητική απευθύνεται στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως: i) τα άτομα του περιβάλλοντος του πάσχοντος, ii) τα άτομα σε ομαδική διαβίωση και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, iii) τα άτομα που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή λόγω νόσου ή φαρμάκων, όπως οι πάσχοντες από AIDS, νεφροπαθείς κ.ά., iv) οι μετανάστες από χώρες με υψηλή επίπτωση της νόσου, v) οι μειονοτικές ομάδες πληθυσμού κ.ά. Η ενεργητική ανίχνευση νέων περιπτώσεων μπορεί να απευθύνεται επίσης vi) σε άτομα που δεν έχουν υψηλή πιθανότητα νόσησης, αλλά εάν νοσήσουν θα έχουν σημαντικό πεδίο διασποράς του μυκοβακτηριδίου, όπως οι εκπαιδευτικοί, το υγειονομικό προσωπικό, υπάλληλοι κ.ά.

Η παθητική ανίχνευση νέων κρουσμάτων αφορά σε ολόκληρο τον πληθυσμό, η ευαισθητοποίηση του οποίου αποτελεί προϋπόθεση αποτελεσματικότητας.

Για την καλή θεραπεία των πασχόντων απαιτείται η εφαρμογή αποτελεσματικού θεραπευτικού σχήματος, η συμμόρφωση του ασθενούς, ο επαρκής χρόνος θεραπείας, η επάρκεια και διαθεσιμότητα των φαρμάκων. Στο πλαίσιο σωστής θεραπείας πρέπει να διασφαλίζεται η καθημερινή λήψη των φαρμάκων με συνθήκες άμεσα ελεγχόμενης χορήγησης (Directly Observed Treatment Schedule: DOTS) τουλάχιστον τους δύο πρώτους μήνες.

Η πλήρης θεραπεία στις ανεπτυγμένες χώρες, έχει ως αποτέλεσμα επιτυχή έκβαση στο 98% των κρουσμάτων, ενώ στις υπό ανάπτυξη χώρες το ποσοστό είναι μόνο 70%, προφανώς λόγω μη ορθής θεραπείας.

Η θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης παρέχει ποσοστό προφύλαξης περί το 90%. Χρειάζεται όμως, ενημέρωση του εμπλεκόμενου προσωπικού για τις ενδείξεις, την παρακολούθηση και τα φαρμακευτικά σχήματα.

Το εμβόλιο BCG παρέχει σημαντική προστασία, ιδίως για τις σοβαρές μορφές φυματίωσης, όπως η μηνιγγίτιδα και η διάσπαρτη φυματίωση, ιδίως στα παιδιά που ανέρχεται στο 75 - 86%. Για τη φυματίωση των ενηλίκων, τα ποσοστά προστασίας ανά τον κόσμο κυμαίνονται από 0 - 80%. Εν τούτοις, οι παρενέργειές του είναι ασήμαντες και εφαρμόζεται στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Η διακοπή του δε συνιστάται αν δε πληρούνται τα συγκεκριμένα κριτήρια και προϋποθέσεις επιδημιολογίας της φυματίωσης, που έχουν καθοριστεί από την IUATLD και τον WHO. Τα κριτήρια αυτά είναι τα εξής:

- α. μέση τιμή δηλούμενων νέων περιπτώσεων φυματίωσης (πνευμονικής με θετικά πτύελα) χαμηλότερη από 5/ 100.000/ έτος ή
- β. μέση τιμή δηλούμενων νέων περιπτώσεων φυματιώδους μηνιγγίτιδας σε παιδιά κάτω των 5 χαμηλότερη από 1/ 10.000.000/ έτος πληθυσμού τα προηγούμενα 5 χρόνια ή
- γ. μέσος ετήσιος κίνδυνος φυματιώδους μόλυνσης κάτω από 0,1%.

Κάθε συζήτηση για διακοπή ή επιλεκτική χορήγηση BCG σε ομάδες κινδύνου, προϋποθέτει αξιόπιστο σύστημα δήλωσης νέων κρουσμάτων φυματίωσης. Αυτό δεν ισχύει με κανέναν τρόπο στην Ελλάδα σήμερα και αποτελεί μείζονα στόχο του Ε.Π.Ε.Φ.

Ενδεικτικά επαναλαμβάνουμε ότι:

- α) Ως μέση τιμή δηλούμενων νέων περιπτώσεων φυματίωσης έχει δοθεί 7/ 100.000 δηλαδή

λίγο πάνω από τα κριτήρια διακοπής. Όμως ο WHO υπολογίζει ως πραγματική τιμή 19/ 100.000.

- β) Η μέση τιμή δηλούμενων νέων περιπτώσεων φυματιώδους μηνιγγίτιδας σε παιδιά κάτω των 5 στην Ελλάδα είναι επίσης αναξιόπιστη, αφού μέλη της Επιτροπής έχουν προσωπική εμπειρία ότι υπάρχει σοβαρή υποδήλωση.

Ο έλεγχος διασποράς του μυκοβακτηριδίου αφορά κυρίως στους τόπους διαμονής και στα δωμάτια νοσηλείας των ασθενών, στη διακίνηση των μολυσματικών υλικών και στα εργαστήρια. Περιλαμβάνει δε, τα μέτρα προστασίας του υγειονομικού προσωπικού και επισκεπτών, τον ελεγχόμενο κατάλληλο κλιματισμό του θαλάμου νοσηλείας, την ενημέρωση προσωπικού και ασθενούς, την ειδική σήμανση των βιολογικών δειγμάτων και την κατάλληλη οργάνωση και εξοπλισμό των εργαστηρίων.

4.2. Επιτήρηση της φυματίωσης

Η επιτήρηση της φυματίωσης περιλαμβάνει την καταγραφή και ανάλυση όλων των νέων κρουσμάτων, την αξιολόγηση των παραμέτρων της νόσου, όπως αυτές αναλύονται στη δήλωση νέου κρούσματος φυματίωσης, την παρακολούθηση και παρέμβαση. Η ανάλυση των στοιχείων αυτών παρέχει αντικειμενική ένδειξη του μεγέθους του προβλήματος της νόσου σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο, των ροπών της νόσου, των ενδεχομένων επιδημιών της κατά ηλικία κατανομής, τον εντοπισμό της νόσου, της θετικότητας των πτυέλων, και κατά συνέπεια της μολυσματικότητας και διασποράς του μυκοβακτηριδίου, συμμετοχής των αλλοδαπών κ.ά. Η αξιολόγηση των στοιχείων συντελείται τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και στους διεθνείς οργανισμούς επιτήρησης της νόσου.

Στα συστήματα καταγραφής και επιτήρησης, χρησιμοποιούνται ως πηγές πληροφοριών οι κλινικοί ιατροί, τα μικροβιολογικά εργαστήρια, τα φαρμακεία, η συνταγογραφία αντιφυματικών φαρμάκων, οι γενετικές μέθοδοι ταυτοποίησης του μυκοβακτηριδίου και οι περιοδικές έρευνες. Συνήθως χρησιμοποιείται η αρχική δήλωση νέου κρούσματος φυματίωσης, η οποία περιλαμβάνει τα απολύτως απαραίτητα στοιχεία της νόσου και οι δηλώσεις των μικροβιολογικών εργαστηρίων. Οι υπόλοιπες καταγραφές χρησιμεύουν για τον πληρέστερο έλεγχο της νόσου και των υποτροπών και για τη διασταύρωση στοιχείων. Δηλώσεις που αποδεικνύονται εκ των υστέρων ανακριβείς πρέπει να αποσύρονται.

Σε χώρες με αναξιόπιστα στοιχεία χρησιμοποιείται ο Ετήσιος Κίνδυνος Μόλυνσης, ο οποίος συνίσταται στην ποσοστιαία αναλογία των ατόμων που προβλέπεται ότι θα μολυνθούν από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης κατά την διάρκεια ενός έτους. Το 1% του δείκτη αυτού αντιστοιχεί σε ετήσια επίπτωση 50 - 60 νέων κρουσμάτων με θετικά πτύελα ή 100 νέων κρουσμάτων ανεξάρτητα από την θετικότητα των πτυέλων, ανά 100.000 πληθυσμού.

Η επιτήρηση μπορεί να επεκτείνεται σε ειδικές περιπτώσεις της νόσου, όπως η πολυανθεκτική φυματίωση, η φυματίωση στο AIDS, μετανάστες, μειονότητες, ιδρύματα, υποτροπές, αποτυχία θεραπείας, κ.ά.

Η επιτήρηση μπορεί να είναι παθητική, οπότε υπάρχει ποσοστό υποδήλωσης, ή ενεργητική οπότε επιτυγχάνεται η ανεύρεση σχεδόν όλων των περιπτώσεων. Η τελευταία μέθοδος χρησιμοποιείται από πολλές ανεπτυγμένες χώρες με περιοδικότητα (περίπου ανά πενταετία), προκειμένου αφενός να καταγράφεται η ακριβής επίπτωση της νόσου και αφετέρου να ελέγχεται το σύστημα καταγραφής και επιτήρησης.

4.3 Επιτήρηση των μέτρων ελέγχου της φυματίωσης

Η καταγραφή και επιτήρηση της ανίχνευσης νέων κρουσμάτων κατά κατηγορίες των ομάδων κινδύνου, παρέχει στοιχεία εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αυτών και κατά συνέπεια παρέχεται η δυνατότητα ενδεχόμενης αναθεώρησης.

Η θεραπευτική τακτική πρέπει επίσης να επιτηρείται, όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα των διαφόρων σχημάτων, στη συμμόρφωση των ασθενών, στην εφαρμογή DOTS και στην έκταση των παρενεργειών.

Η θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης πρέπει να εκτιμάται όσον αφορά στην αποτελεσματικότητά της και στη συμμόρφωση των ατόμων.

Ο εμβολιασμός με BCG πρέπει να επιτηρείται όσον αφορά στην εμβολιαστική κάλυψη, στην αποτελεσματικότητα του εμβολίου και στην έκταση των παρενεργειών.
Ό ελεγχος της διασποράς του μυκοβακτηριδίου απαιτεί επίσης επιτήρηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων.

4.4 Εργαστηριακή υποστήριξη του προγράμματος ελέγχου της φυματίωσης

Η εργαστηριακή υποστήριξη για τη διάγνωση των μυκοβακτηριακών λοιμώξεων θα πρέπει κυρίως να στοχεύει σε:

1. Ανίχνευση και απομόνωση μυκοβακτηριδίων.
2. Ταυτοποίηση του είδους ή συμπλέγματος που απομονώθηκε.
3. Έλεγχος της αντοχής στα αντιφυματικά φάρμακα.
4. Παρακολούθηση της ανταπόκρισης τους ασθενούς στη θεραπεία.

Η νέα κλινική φιλοσοφία που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια, έχει δύο βασικές διαφορές με το παρελθόν. Η πρώτη αφορά στη νοσηλεία του ασθενούς, όχι μόνο σε ειδικά σανατόρια αλλά και σε γενικά νοσοκομεία. Η δεύτερη συνίσταται στην έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο, εφόσον παρουσιάσει κλινική βελτίωση και υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησής του σαν εξωτερικού ασθενή, κυρίως αν η άμεση μικροσκοπική εξέταση των πτυέλων είναι αρνητική ή δείχνει σημαντική μείωση του αριθμού των βακίλλων. Πρακτικά ο ασθενής παύει να είναι μεταδοτικός 2 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας.

Ο νέος αυτός τρόπος αντιμετώπισης απαιτεί αναγκαστικά και ανάλογη τροποποίηση της εργαστηριακής υποστήριξης που παρέχεται στον κλινικό. Ήδη είναι φανερό ότι η βασικότερη και πρωταρχική εργαστηριακή εξέταση είναι η άμεση μικροσκοπική. Είναι επίσης φανερό και αναγκαίο η εξέταση αυτή να μπορεί να γίνεται σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης. Τούτο σημαίνει ότι το προσωπικό όλων των εργαστηρίων των νομαρχιακών γενικών νοσοκομείων αλλά και των Κέντρων Υγείας κ.λπ. πρέπει να εκπαιδευτεί και να αποκτήσει ικανότητα στη μικροσκόπηση για την αναζήτηση οξεάντοχων μικροβίων.

Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι η διεθνής εμπειρία και πρακτική είναι ότι δεν μπορούν και δεν πρέπει όλα τα μικροβιολογικά εργαστήρια να ασχολούνται με όλο το φάσμα της εργαστηριακής μυκοβακτηριδιολογίας. Για να μπορεί ένα εργαστήριο να ασχολείται και με τους τέσσερις στόχους που αναφέρθηκαν στην αρχή, χρειάζεται ειδική υποδομή, οργάνωση και έμπειρο προσωπικό.

Από ετών, λοιπόν, χρονολογείται μια προσπάθεια σε διεθνές επίπεδο να γίνει ένας διαχωρισμός υπηρεσιών εργαστηριακής υποστήριξης στη φυματίωση και στις μυκοβακτηριδιακές λοιμώξεις και να βρεθεί ένας τρόπος σύνδεσης των επιπέδων παροχής υπηρεσιών μεταξύ τους.

Σήμερα έχουν γίνει αποδεκτά τρία επίπεδα παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πρώτο επίπεδο

Οι λειτουργίες των εργαστηρίων στο επίπεδο αυτό αφορούν στη σωστή συλλογή του κλινικού υλικού (πτύελα, ούρα κ.λπ.), στην προετοιμασία και μικροσκόπηση άμεσου παρασκευάσματος και, αν είναι αναγκαίο, στη σωστή αποστολή του δείγματος σε εργαστήριο της δεύτερης βαθμίδας. Η λέξη «σωστή» εννοεί φυσικά την κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού στο ειδικό αυτό αντικείμενο. Και τούτο όχι μόνο από την τεχνική άποψη, αλλά και από την ιατρική πλευρά της αξιολόγησης του αποτελέσματος και της συνεργασίας με τον κλινικό. Τις παραπάνω υπηρεσίες θεωρούμε αναγκαίο να μπορούν να προσφέρουν τα εργαστήρια όλων των νομαρχιακών και λοιπών γενικών νοσοκομείων και όλων Κέντρων Υγείας, ταμείων κ.ά. έχουν σχετική πιστοποίηση.

Για το επίπεδο αυτό δεν υπάρχουν ειδικές απαιτήσεις εξοπλισμού. Ο βασικός εξοπλισμός που απαιτείται συνήθως υπάρχει στα Μικροβιολογικά Εργαστήρια όλων των βαθμίδων. Συγκεκριμένα απαιτούνται: i) ένας μικρός πάγκος εργασίας, εάν είναι δυνατόν απομονωμένος, μακριά από ρεύματα αέρος, ii) λύχνος Bunsen, iii) χρωστήρας παρασκευασμάτων και iv) οπτικό μικροσκόπιο.

Δεύτερο επίπεδο

Τα εργαστήρια των νοσοκομείων που διαθέτουν τον απαραίτητο εξοπλισμό, εκτελούν τις λειτουργίες του πρώτου επιπέδου, επιπλέον μπορούν να απομονώσουν το βάκιλο με κατάλληλη καλλιέργεια σε ειδικά θρεπτικά υλικά. Επίσης, θα μπορούν να προβούν σε προκαταρκτική ταυτοποίηση του απομονωθέντος στελέχους, που θα παρέχει ασφαλείς ενδείξεις για το αν πρόκειται ή όχι για ανθρώπινο τύπο. Η προκαταρκτική ταυτοποίηση μπορεί να γίνει με τους καλλιεργητικούς χαρακτήρες (χρόνος ανάπτυξης, χρώμα και μορφή αποικιών, θερμοκρασία ανάπτυξης) και με λίγες απλές βιοχημικές δοκιμασίες, όπως αναγωγή νιτρικών, παραγωγή νιασίνης και καταλάσης κ.λπ.

Πέραν του εξοπλισμού και των μέτρων προστασίας του πρώτου επιπέδου, για τα εργαστήρια δεύτερου επιπέδου απαιτούνται: i) ειδικός, απομονωμένος χώρος που να διαθέτει Laminar Flow (πάγκος εργασίας βιολογικής ασφάλειας νηματοειδούς ροής), ii) φυγόκεντρος βιολογικής ασφάλειας, iii) επωαστικός μικρός, ξεχωριστός κλίβανος, iv) μικρός υγρός κλίβανος αποστείρωσης μολυσματικών και v) νιπτήρας εντός του χώρου.

Τρίτο επίπεδο

Στη βαθμίδα αυτή βρίσκονται τα Μικροβιολογικά Εργαστήρια των πανεπιστημιακών νοσοκομείων και των Νοσοκομείων Νοσημάτων Θώρακος και κυρίως το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (Π.Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»). Αντικείμενό τους είναι όλο το εύρος της εργαστηριακής μυκοβακτηριδιολογίας, που περιλαμβάνει τις 4 βασικές λειτουργίες και την έρευνα. Στα ειδικά αυτά Κέντρα αποστέλλονται τα στελέχη που απομονώθηκαν από τα εργαστήρια του 2ου επιπέδου για τον έλεγχο της αντοχής και τελική ταυτοποίηση. Για το σκοπό αυτό, τα κέντρα αυτά χρησιμοποιούν συμβατικές, φθοριμετρικές, μοριακές κ.λπ. μεθόδους. Έχουν τη δυνατότητα ελέγχου της αντοχής σε αντιφυματικά πρώτης και δεύτερης γραμμής, αλλά και σε άλλα χημειοθεραπευτικά και αντιβιοτικά που χορηγούνται σε εξαιρετικές περιπτώσεις ή ερευνάται ακόμη η αντιφυματική τους δράση. Η οριστική ταυτοποίηση γίνεται με μεθόδους βιοχημικές, ορολογικές, χρωματογραφικές, μοριακές κ.λπ.

Η κατηγοριοποίηση των διαφόρων εργαστηρίων του Ε.Π.Ε.Φ. σε επίπεδα γίνεται με βάση σχετική πιστοποίηση όλων των εργαστηρίων που έχουν σχέση με το Ε.Π.Ε.Φ. Κύρια θέματα του ποιοτικού ελέγχου είναι η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, ο έλεγχος καταλληλότητας των θρεπτικών υλικών και αντιδραστηρίων, η πρόληψη των επιμολύνσεων, ο έλεγχος της λειτουργίας και η περιοδική συντήρηση των οργάνων και σκευών, η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού. Η διασφάλιση ποιότητας (πιστοποίηση) αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή εφαρμογή του Ε.Π.Ε.Φ.

4.5 Οργανωτικές αρχές του προγράμματος ελέγχου της φυματίωσης

Οι οργανωτικές αρχές περιλαμβάνουν τις εξής δραστηριότητες:

- Σχεδιασμό.
- Εφαρμογή.
- Επιβλεψη.
- Εκπαίδευση.
- Αξιολόγηση.
- Παρέμβαση.
- Ανατροφοδότηση πληροφοριών.

Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει τους αντικειμενικούς σκοπούς, τους τρόπους και μεθοδεύσεις εργασίας, την καθηκοντολογία των εμπλεκόμενων και τον προϋπολογισμό. Αφορά δε σε όλα τα επίπεδα των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η εφαρμογή του προγράμματος ελέγχου της φυματίωσης απαιτεί την εξασφάλιση συμμετοχής όλων των επιπέδων λειτουργίας του προγράμματος, όσον αφορά στη διάθεση κονδυλίων, συσκευών υγειονομικού και μη υλικού, εκπαίδευσης προσωπικού, συστήματος καταγραφής και αναφοράς στοιχείων καθώς και στη δυνατότητα διορθωτικών παρεμβάσεων.

Η επίβλεψη συντελείται από έμπειρο προσωπικό και περιλαμβάνει όχι μόνο τον έλεγχο εφαρμογής του προγράμματος, αλλά και την καθοδήγηση των εργαζομένων προς αποδοτικότερη εργασία και ενδεχόμενες διορθωτικές παρεμβάσεις.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και στον έλεγχο της φυματίωσης θα έχει η **εκπαίδευση** (αγωγή υγείας), η οποία θα απευθύνεται στο κοινό και στους γιατρούς. Για το κοινό, η αγωγή υγείας θα περιλαμβάνει ενημερωτικά προγράμματα κοινού, εκλαϊκευμένα φυλλάδια, αφίσες, παρουσιάσεις από Μ.Μ.Ε. κ.ά. με στόχο την ενημέρωση του πληθυσμού για το τι είναι φυματίωση, για τον τρόπο μετάδοσης της νόσου και την πρόληψη.

Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, η εκπαίδευση θα έχει σαν στόχο την ευαισθητοποίησή τους για τη σπουδαιότητα που έχει η ενημέρωση των πασχόντων από φυματίωση και του περιβάλλοντός τους, για τη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου, και θα περιλαμβάνει τη βασική εκπαίδευση, θεωρητική και κυρίως πρακτική, σεμινάρια, προγράμματα ανανέωσης γνώσεων κ.ά.

Η αξιολόγηση του προγράμματος συντελείται με επιστημονική ανάλυση των στοιχείων, ώστε να εκτιμάται η επίτευξη ή μη των στόχων.

Η παρέμβαση, όπου απαιτείται, πρέπει να είναι έγκαιρη και αποτελεσματική.

Η ανατροφοδότηση των πληροφοριών παρέχει την ευχέρεια πληροφόρησης, αναγνώρισης του έργου και ανταλλαγής απόψεων.

4.6 Επίπεδα λειτουργίας του προγράμματος ελέγχου της φυματίωσης

Αν και το πρόγραμμα ελέγχου της φυματίωσης είναι πλήρως ενσωματωμένο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, εντούτοις υπάρχουν τρία διακριτά επίπεδα: το Περιφερειακό, το Ενδιάμεσο και το Κεντρικό.

Το Περιφερειακό Επίπεδο περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας, ιατρεία οργανισμών και ταμείων, τα Αντιφυματικά Ιατρεία, τα Πνευμονολογικά Ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, καθώς και τις υγειονομικές υπηρεσίες των Ενόπλων Δυνάμεων.

Το Ενδιάμεσο Επίπεδο συνήθως είναι σε επίπεδο νομαρχίας. Το επίπεδο αυτό έχει την ευθύνη εφαρμογής του προγράμματος στην περιοχή και διαχειρίζεται τα διατιθέμενα κονδύλια. Προς το σκοπό αυτό, διαθέτει ομάδα υπευθύνων με επικεφαλής το νομίατρο, αποτελούμενη ενίοτε από ιατρό - πνευμονολόγο, επισκέπτηρα Δημόσιας Υγείας, μικροβιολόγο και στατιστικό. Η ομάδα αυτή αφενός ευθύνεται για την εφαρμογή, καθοδήγηση και συντονισμό του προγράμματος, ευρισκόμενη σε στενή επαφή με τις υγειονομικές υπηρεσίες του 1ου Επιπέδου, και αφετέρου συλλέγει τα στοιχεία που απαιτούνται για την επιτήρηση, τα οποία επεξεργάζεται ώστε να παρακολουθεί τις τοπικές ροπές των δεικτών της νόσου και εν συνεχεία τα υποβάλλει με σχετική ανάλυση – αναφορά στο Κεντρικό Επίπεδο.

Το Κεντρικό ή Εθνικό Επίπεδο εδράζεται συνήθως στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αποτελείται από τον επικεφαλής του προγράμματος ιατρό - πνευμονολόγο, βοηθούμενο από μικροβιολόγο και επισκέπτηρα Δημόσιας Υγείας, με επαρκή γραμματειακή και διοικητική υποστήριξη. Στο Επίπεδο αυτό συλλέγονται συγκεντρωτικά ή αναλυτικά όλα τα στοιχεία του προγράμματος από το 2ο Επίπεδο και αναλύονται. Ο επικεφαλής του προγράμματος συλλέγει επίσης κάθε χρήσιμο στοιχείο από την εθνική ή διεθνή βιβλιογραφία ή εμπειρίες άλλων κρατών και λαμβάνει υπ' όψη του τα αποτελέσματα της έρευνας του Ινστιτούτου Έρευνας και των άλλων φορέων. Με βάση τα ανωτέρω, καθορίζει τις αρχές του Εθνικού Προγράμματος. Οι αρχές αυτές, με σχετική ανάλυση των στοιχείων, εισηγήσεις, κατευθύνσεις για ενδεχόμενες τροποποιήσεις, επανέρχονται σε όλους τους εμπλεκόμενους των προηγούμενων επιπέδων και στο Ινστιτούτο Έρευνας.

Το Ινστιτούτο Έρευνας για τη Φυματίωση ευθύνεται για τα ερευνητικά προγράμματα περί τη νόσο. Τα προγράμματα αυτά μπορεί να προκύπτουν είτε από σχετικές εισηγήσεις των επιπέδων λειτουργίας του προγράμματος ελέγχων της φυματίωσης, είτε από πρωτοβουλίες της ερευνητικής ομάδας του Ινστιτούτου ή άλλων ερευνητικών ιδρυμάτων.

5. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

Στη χώρα μας, η φυματίωση έχει περιληφθεί στα υποχρεωτικώς δηλούμενα νοσήματα με το Β.Δ. 424 Α του 1958, ενώ ο «Αντιφυματικός Αγώνας» έλαβε νομική υπόσταση το 1960 με το Νόμο 4053, στον οποίο περιλαμβάνονται όλες οι βασικές αρχές και παράμετροι επιτήρησης και ελέγχου της νόσου. Εντούτοις, η επιτήρηση τόσο της νόσου, όσο και των μέτρων ελέγχου, δεν είναι ικανοποιητική. Στην Ελλάδα δηλώνονται περί τις 7 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού αλλά είναι γνωστή η υποδήλωση και η παροχή ελλείψεων στοιχείων.

Το Περιφερειακό 1ο Επίπεδο του Προγράμματος Ελέγχου της Φυματίωσης λειτουργεί πλημμελώς και ανάλογα προς τις πρωτοβουλίες και την επιμέλεια του υγειονομικού προσωπικού. Νομοί με γνωστή και άλλοτε δηλούμενη υψηλή επίπτωση της νόσου, τα τελευταία χρόνια δηλώνουν μηδενική επίπτωση. Τα αντιφυματικά ή πνευμονολογικά ιατρεία συχνά δεν είναι στελεχωμένα και συχνά δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες του προγράμματος.

Το Ενδιάμεσο, 2ο Επίπεδο, με τις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (και των Υγειονομικών Περιφερειών), επίσης συχνά είναι ανεπαρκές όσον αφορά στη συλλογή και στην επεξεργασία στοιχείων, αλλά και στα προγράμματα ανίχνευσης νέων περιπτώσεων ή διερεύνησης του περιβάλλοντος νέου κρούσματος φυματίωσης. Συνήθως προβάλλεται ανεπαρκής στελέχωση. Στο Κεντρικό 3ο Επίπεδο, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τα τελευταία χρόνια καταβάλλεται σοβαρή προσπάθεια αναδιοργάνωσης του προγράμματος ελέγχου και επιτήρησης της φυματίωσης. Το Γραφείο Φυματίωσης του Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., συλλέγει και αναλύει λεπτομερώς τα μερικώς έστω δηλούμενα κρούσματα. Τα αποτελέσματα κοινοποιούνται περιοδικά με σχετικό έγγραφο ή ως ανακοίνωση (μέσω του Επιδημιολογικού Δελτίου Λοιμωδών Νοσημάτων Ελλάδας) σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Πρόσφατα εκδόθηκε εγχειρίδιο με τον τίτλο «Οδηγίες για την Αντιμετώπιση της Φυματίωσης» το οποίο διανέμεται ήδη.

Στο πλαίσιο αναβάθμισης του ελέγχου της φυματίωσης, δημιουργήθηκε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. η Επιστημονική Επιτροπή Φυματίωσης με ευρύτατη σύνθεση, της οποίας πόνημα αποτελεί το παρόν Πρόγραμμα (Ε.Π.Ε.Φ.).

Το Ινστιτούτο Έρευνας για τη Φυματίωση έχει ατονήσει τα τελευταία χρόνια ως προς τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα αυτό.

Η ανίχνευση νέων κρουσμάτων είναι οργανωμένη σε συγκεκριμένες περιοχές όπου λειτουργούν Αντιφυματικά Ιατρεία ή υπηρεσίες υγείας με επαρκή στελέχωση, ενώ σε πολλές περιοχές ο έλεγχος στο περιβάλλον του φυματικού, ή ο έλεγχος άλλων ομάδων αυξημένου κινδύνου, είναι πλημμελής.

Η διαγνωστική προσπέλαση της νόσου θεωρείται επαρκής, αλλά η εργαστηριακή υποστήριξη για την ανεύρεση και ταυτοποίηση του μυκοβακτηριδίου δεν είναι πιστοποιημένη, με αποτέλεσμα να υπολείπεται σε διάφορα επίπεδα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το συμπέρασμα αυτό βγαίνει εύκολα από το χαμηλό ποσοστό εργαστηριακά διαγνωσμένης φυματίωσης (40%) καθώς και από τον παρατεταμένο χρόνο λήψης των αποτελεσμάτων της οξεάντοχης χρώσης και της ταυτοποίησης. Η έλλειψη πιστοποίησης σημαίνει ότι δεν υπάρχει κανένας είδους νομοθετικό πλαίσιο ή έλεγχος αναφορικά με τη διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων. Για ένα παθογόνο τόσο σημαντικό για τη Δημόσια Υγεία και με δεδομένη την παγκόσμια εξάπλωση των πολυανθεκτικών στελεχών, κανένα εργαστήριο δεν ελέγχεται ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Σε αυτήν περιλαμβάνονται τόσο η μεθοδολογία που εφαρμόζεται όσο και η ποιότητα των καλλιεργητικών υλικών και η διενέργεια Εξωτερικού Ελέγχου Ποιότητας. Επίσης, συμβαίνει και το αντίθετο. Σε περίπτωση αδυναμίας διενέργειας των αντίστοιχων εξετάσεων (που παρατηρείται συχνά στην περιφέρεια) δεν είναι διαθέσιμος κανένας μηχανισμός μεταφοράς του κλινικού δείγματος σε άλλα διαγνωστικά κέντρα.

Η θεραπεία συνήθως δεν παρουσιάζει προβλήματα, αν και ενίοτε παρατηρούνται ελλείψεις φαρμάκων, ιδίως στα δευτερεύοντα αντιφυματικά. Η συμμόρφωση ενίοτε είναι προβληματική και δεν υπάρχουν προγράμματα επιβλεπόμενης θεραπείας (DOTS). Η νοσοκομειακή νοσηλεία έχει διευρυνθεί προς τα γενικά νοσοκομεία, αλλά συχνά δεν τηρούνται οι αρχές ελέγχου της διασποράς του μυκοβακτηριδίου.

Η θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης εφαρμόζεται συνήθως σωστά, αλλά η συμμόρφωση είναι προβληματική και η ενημέρωση ατελής.

Ο εμβολιασμός με BCG, αν και είναι υποχρεωτικός με νόμο και με επανειλημμένες εγκυκλίους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εντούτοις δεν καλύπτει υψηλό ποσοστό του παιδικού πληθυσμού, τουλάχιστον σε ορισμένες περιοχές.

Τα μέτρα ελέγχου διασποράς του μυκοβακτηριδίου κατά κανόνα υπολείπονται. Δεν υπάρχουν μονόκλινα δωμάτια, ο ειδικός κλιματισμός δεν υπάρχει, η απολύμανση του θαλάμου νοσηλείας συνήθως δεν εκτελείται και η οργάνωση των μικροβιολογικών εργαστηρίων κατά κανόνα είναι πλημμελής. Κατόπιν των ανωτέρω, είναι εμφανές ότι το πρόγραμμα ελέγχου της φυματίωσης στη χώρα μας χρειάζεται αναδιοργάνωση, προκειμένου η νόσος να ελεγχθεί κατά τα πρότυπα των λοιπών ευρωπαϊκών χωρών.

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΝΕΟ Ε.Π.Ε.Φ.

6.1 Οργάνωση Υπηρεσιών

6.1.1. Το Περιφερειακό Επίπεδο

Το Περιφερειακό Επίπεδο αποτελεί το Ιο επίπεδο εφαρμογής του αντιφυματικού προγράμματος και περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας, τα Ιατρεία οργανισμών και ταμείων, τα Αντιφυματικά Ιατρεία, τα Πνευμονολογικά - Φυματιολογικά Ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και τις υγειονομικές υπηρεσίες των Ενόπλων Δυνάμεων. Το Επίπεδο αυτό πρέπει να στελεκώνεται με κατάλληλο προσωπικό, ώστε να τηρούνται οι αρχές του αντιφυματικού προγράμματος, να συλλέγονται τα απαραίτητα στοιχεία και να υποβάλλονται στο 2ο ή 3ο Επίπεδο. Το κάθε Ιατρείο του Ιου Επιπέδου θα πρέπει να είναι συνδεδεμένο με Μικροβιολογικό Εργαστήριο Ιου και 2ου Επιπέδου, ώστε να καλύπτει τις ανάγκες του για εργαστηριακή διάγνωση της φυματίωσης.

Το Αντιφυματικό Ιατρείο είναι το βασικό κύτταρο εφαρμογής του Ε.Π.Ε.Φ. Βρίσκεται σε μόνιμη επικοινωνία με τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας (Δ.Δ.Υ.) της αντίστοιχης Νομαρχίας. Οι δύο αυτοί φορείς λειτουργούν ως μόνιμο αλληλοσυμπληρούμενο δίπολο. Για να ανταπεξέλθει το Αντιφυματικό Ιατρείο στο ρόλο του προτείνεται:

- α) Η συμπλήρωση του χάρτη με πλήρη στελέχωση και λειτουργία Αντιφυματικών Ιατρείων σε όλους τους νομούς της χώρας και η ένταξή τους σε Πνευμονολογικές Κλινικές. Εφ' όσον αυτό δεν απαιτεί δημιουργία νέων θέσεων, είναι χρήσιμο οι πανεπιστημιακές Πνευμονολογικές Κλινικές να έχουν ξεχωριστό Αντιφυματικό Ιατρείο επιπλέον αυτού που υπάρχει στον αντίστοιχο νομό. Το ίδιο μπορεί να ισχύσει και για ειδικά κέντρα όπως π.χ. το Ινστιτούτο Ερεύνης Νοσημάτων Θώρακος.
- β) Ο εκσυγχρονισμός των Αντιφυματικών Ιατρείων κυρίως με σύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα, γραμματειακή υποστήριξη και γενναία ενίσχυση με επισκέπτες υγείας. Το σύγχρονο αυτό Αντιφυματικό Ιατρείο θα πρέπει: i) να έχει δυνατότητα συνεχούς, άμεσης, ηλεκτρονικής επικοινωνίας με το Κέντρο, τη Δ.Δ.Υ. της Νομαρχίας και τα άλλα περιφερειακά Ιατρεία. ii) να παρέχει υπηρεσίες (ιατρική, συμβουλευτική κ.ά.) καθημερινά σε κατάλληλο ωράριο ώστε iii) κάθε ασθενής να ξέρει με ποιόν να επικοινωνεί όταν χρειάζεται άμεσα ή τηλεφωνικά.
- γ) Η αξιοποίηση, τόσο για την ελεγχόμενη χορήγηση φαρμάκων, όσο και για την καθημερινή φροντίδα των ασθενών του δικτύου «Βοήθεια στο Σπίτι» που είναι απλωμένο στους Καποδιστριακούς Δήμους ολόκληρης της χώρας.
- δ) Η δημιουργία διπόλου μόνιμου επικοινωνίας του Αντιφυματικού Ιατρείου με τη Δ.Δ.Υ. της αντίστοιχης Νομαρχίας.
- ε) Να υπάρξει ειδική μέριμνα για την παρακολούθηση παιδιών με φυματίωση ύστερα από συνεννόηση με τους φορείς της Παιδιατρικής επιστημονικής κοινότητας. Έτσι προτείνεται να δημιουργηθούν για την αντιμετώπιση των παιδιών με φυματιώδη λοίμωξη ή νόσο, ειδικά Παιδιατρικά Ιατρεία. Τα Ιατρεία αυτά θα βρίσκονται σε άμεση και συνεχή συνεργασία

με τα Αντιφυματικά Ιατρεία. Στις περιοχές που δεν υπάρχουν τέτοια ειδικά Ιατρεία, η αντιμετώπιση θα γίνεται με συνεργασία Αντιφυματικών Ιατρείων και αντίστοιχου Γενικού Παιδιατρικού Ιατρείου. Υπεύθυνοι στα Ιατρεία αυτά πρέπει να είναι κατά προτίμηση παιδίατροι με εξειδίκευση στη λοιμωξιολογία ή πνευμονολογία. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, τα Ιατρεία μπορούν να στελεχωθούν με παιδίατρος που έχουν ειδικό ενδιαφέρον, εκπαίδευση και εμπειρία στη φυματίωση της παιδικής ηλικίας. Προτείνεται η δημιουργία ενός ειδικού Ιατρείου φυματίωσης σε κάθε πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική σε όλη τη χώρα. Συγκεκριμένα, εκτός της Αθήνας, προτείνεται η δημιουργία Ιατρείου Παιδικής Φυματίωσης σε πανεπιστημιακές κλινικές στη Θεσσαλονίκη, στη Λάρισα, στην Αλεξανδρούπολη, στα Ιωάννινα, στο Ηράκλειο και στην Πάτρα.

6.1.2 Υγειονομικές Υπηρεσίες Νομαρχιών και Υγειονομικών Περιφερειών

Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιών αποτελούν το 2ο Επίπεδο του αντιφυματικού προγράμματος και πρέπει να είναι στελεχωμένες με γιατρό και επισκέπτες, ώστε να είναι σε θέση να εκτελούν τα κάτωθι:

- α. Συγκέντρωση και επεξεργασία των Δελτίων Δήλωσης της Φυματίωσης, προβαίνοντας σε σχετικές παρεμβάσεις.
- β. Υποβολή των στοιχείων συγκεντρωτικά στο Κεντρικό Επίπεδο.
- γ. Επιδημιολογική διερεύνηση στο περιβάλλον του φυματικού, μετά από σχετική δήλωση κρούσματος.
- δ. Εφαρμογή των εμβολιαστικών προγραμμάτων με BCG.
- ε. Επιτήρηση εφαρμογής του αντιφυματικού προγράμματος στην περιοχή ευθύνης τους.

Οι υπηρεσίες υγείας της νομαρχίας συνεργάζονται με τα Πνευμονολογικά - Φυματιολογικά Ιατρεία και τις αρμόδιες υπηρεσίες της Υγειονομικής Περιφέρειας που έχουν αμιγώς συντονιστικό ρόλο.

6.1.3 Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Οι Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που αποτελούν το 3ο Επίπεδο επιτήρησης της φυματίωσης είναι η Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., ως επιτηρούσα αρχή, με το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης, το Γραφείο Φυματίωσης και την Επιστημονική Επιτροπή Φυματίωσης.

Στο επίπεδο αυτό πρέπει να συλλέγονται τα συγκεντρωτικά στοιχεία επιτήρησης, να επεξεργάζονται και με βάση: i) τα εξ' αυτών συμπεράσματα και παρατηρήσεις, ii) τα συμπεράσματα των ερευνητικών προγραμμάτων των πανεπιστημιακών εργαστηρίων, του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων, του Ινστιτούτου Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος και άλλων φορέων, iii) τις προτάσεις επιστημονικών επιτροπών και iv) τη διεθνή εμπειρία και πρακτική, να γίνονται παρεμβάσεις και να καθορίζεται η τακτική εφαρμογής του αντιφυματικού προγράμματος.

Το Κεντρικό αυτό Επίπεδο πρέπει να στελεχωθεί με δύο Ιατρούς πνευμονολόγους, δύο επισκέπτες και μία νοσηλεύτρια.

Το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος, πρέπει να αναβαθμιστεί και να στελεχωθεί κατά τρόπο που να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στην αποστολή του, που είναι παραγωγή διεθνούς επιπέδου έρευνας για τη φυματίωση στην Ελλάδα.

6.2 Εφαρμογή του αντιφυματικού προγράμματος (Ε.Π.Ε.Φ.)

6.2.1 Επιτήρηση της φυματίωσης

Η ακριβής καταγραφή της φυματίωσης και ανάλυση των δεδομένων, θεωρείται βασικής σημασίας για την οργάνωση του αντιφυματικού προγράμματος του Ε.Π.Ε.Φ. Καθορίζει το μέγεθος του προβλήματος σε εθνικό επίπεδο και κατά Υγειονομικές Περιφέρειες. Προσδιορίζει τις ροπές της νόσου, τις τυχόν επιδημικές εξάρσεις και την απόδοση των μέτρων ελέγχου, έτσι ώστε να παρέχονται ακριβή στοιχεία προς ανάλυση και παρέμβαση.

Η καταγραφή πραγματοποιείται:

α. Με βάση τη δήλωση κρούσματος φυματίωσης.

Η δήλωση αυτή έχει ήδη διαμορφωθεί ώστε να περιέχει τα απαραίτητα στοιχεία προς επεξεργασία και είναι συντονισμένη με τις αποφάσεις του WHO, της Euro Tb και του Ευρωπαϊκού Τμήματος της Διεθνούς Ένωσης κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος, προκειμένου να είναι δυνατή η συμμετοχή της χώρας μας στην επιτήρηση της νόσου σε ευρύτερο επίπεδο.

Η δήλωση γίνεται από κλινικούς και εργαστηριακούς γιατρούς με δυνατότητα διασταύρωσης στοιχείων, είναι όμως γνωστό ότι υπάρχει σημαντική υποδήλωση. Χρειάζεται ευαισθητοποίηση των αρμοδίων για τη σωστή, έγκαιρη και πλήρη συμπλήρωση των στοιχείων. Χρειάζεται, επίσης, ο υπεύθυνος ιατρός του Γραφείου Φυματίωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. να επικοινωνεί με τους δηλούντες, για συμπλήρωση τυχόν παραλείψεων και υπενθύμιση υποβολής της δήλωσης σε περίπτωση πληροφόρησης από άλλη πηγή.

Για την αντιμετώπιση του μεγάλου προβλήματος της υποδήλωσης προτείνεται:

- σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα που νοσηλεύουν ασθενείς με φυματίωση, το Γραφείο Κίνησης ασθενών να μην εκδίδει εξιτήριο, εάν δεν έχει εξασφαλιστεί η συμπλήρωση της δήλωσης του κρούσματος από τον θεράποντα ιατρό, σύμφωνα με τις οδηγίες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,
- ο φαρμακοποιός πριν εκτελέσει τη συνταγή να συμπληρώνει και αυτός δήλωση ή να βεβαιώνει ότι υπάρχει και
- να νομοθετηθεί ελεγχόμενη συνταγογραφία των αντιφυματικών φαρμάκων.

β. Με ενεργητική καταγραφή που πρέπει να γίνεται ανά πενταετία.

γ. Με αξιοποίηση της κατανάλωσης των αντιφυματικών φαρμάκων και του Ετήσιου Κινδύνου Μόλυνσης (Annual Risk of Infection-ARI). Ο δείκτης αυτός θεωρείται αξιόπιστος σε σημαντικό βαθμό, και είναι ανεξάρτητος ηλικίας, φύλου και εμβολιασμού. Έχει υπολογιστεί ότι ετήσιος κίνδυνος μόλυνσης 1% αντιστοιχεί σε 50 - 60 νέες περιπτώσεις φυματίωσης με θετικά πτύελα ή 100 νέες περιπτώσεις ανεξάρτητα από θετικότητα πτυέλων ανά 100.000 πληθυσμού της υπό μελέτη κοινωνίας. Χρειάζεται η σύνταξη και εφαρμογή σχετικού πρωτοκόλλου ώστε ο ετήσιος κίνδυνος μόλυνσης να υπολογιστεί στη χώρα μας σε εθνικό επίπεδο αλλά και κατά γεωγραφικές περιφέρειες.

6.2.2 Επιτήρηση ειδικών μορφών φυματίωσης

Οι ανθεκτικές και πολυανθεκτικές μορφές φυματίωσης, οι επιδημικές μορφές καθώς και η φυματίωση των ειδικών πληθυσμιακών ομάδων, πρέπει να επιτηρούνται κατά τρόπο που να είναι δυνατή η άμεση παρέμβαση και ο περιορισμός διασποράς του μυκοβακτηριδίου. Η αρχική αντιμετώπιση των πολυανθεκτικών μορφών πρέπει να γίνεται στα ειδικά Αντιφυματικά Ιατρεία πολυανθεκτικής φυματίωσης του Π.Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία» και αντίστοιχο που θα ιδρυθεί στο Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου» για τη Β. Ελλάδα. Τα μέτρα με τα οποία πρέπει να ενισχυθούν σε προσωπικό και υποδομές τα δύο αυτά ιατρεία θα αναλυθούν σε αντίστοιχο Παράρτημα του Προγράμματος. Δε νοείται κατ' αρχήν αντιμετώπιση πολυανθεκτικής φυματίωσης από άλλους φορείς, πλην των δύο αυτών ειδικών ιατρείων. Αλόγιστη χρήση δευτερευόντων αντιφυματικών φαρμάκων (που έχουν θέση μόνο στην αντιμετώπιση ανθεκτικής φυματίωσης) από μη ειδικά ιατρεία στην Ανατολική Ευρώπη έχουν δημιουργήσει τεράστιο πρόβλημα με εμφάνιση εξαιρετικά ανθεκτικών, ουσιαστικά ανίστατων μορφών φυματίωσης (XDR-TB: Extensively drug resistant tuberculosis). Τυχόν εξάπλωση του προβλήματος αυτού παγκοσμίως αποτελεί εφιάλτη για τον Π.Ο.Υ.

6.2.3 Επιτήρηση των μέτρων ελέγχου της φυματίωσης

6.2.3.1 Ανίχνευση νέων περιπτώσεων

Η παθητική ανίχνευση νέων περιπτώσεων συνίσταται στον έλεγχο ατόμων που προσέρχονται με τη δική τους πρωτοβουλία, συνήθως συμπτωματικών και χρειάζεται η κατά το δυνατό μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση, ώστε να αποφεύγεται η καθυστέρηση στη διάγνωση λόγω ευθύνης του ασθενούς ή του ιατρού.

- Η ενεργητική ανίχνευση νέων περιπτώσεων συνίσταται στον εντοπισμό και έλεγχο ατόμων υψηλού κινδύνου μόλυνσης και νόσησης ή διασποράς των μυκοβακτηριδίων, με πρωτοβουλία της Διεύθυνσης Υγείας της Νομαρχίας. Τις ομάδες αυτές συνιστούν: i) τα άτομα του περιβάλλοντος του φυματικού, ii) οι πάσχοντες από AIDS/HIV, iii) οι πάσχοντες από νοσήματα ή καταστάσεις με ανοσοκαταστολή, iv) οι ηλικιωμένοι, v) οι μετανάστες, vi) οι μειονότητες, vii) τα άτομα σε ομαδική διαβίωση όπως γηροκομεία, φυλακές, άστεγοι, σχολεία, στρατώνες, υγειονομικό προσωπικό, εκπαιδευτικό προσωπικό κ.ά.

Ο έλεγχος συνίσταται στην ακτινογραφία θώρακος και στην φυματινοαντίδραση Mantoux. Οι έχοντες θετική ακτινογραφία θώρακος διερευνώνται περαιτέρω. Οι έχοντες θετική Mantoux αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τις οδηγίες του εγχειριδίου του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. «Οδηγίες για την Αντιμετώπιση της Φυματίωσης», του 2006. Σε ειδικές περιπτώσεις, μπορεί η Mantoux να μην είναι χρήσιμη, όπως π.χ. η θετική σε παιδιά που έχουν εμβολιασθεί προσφάτως με BCG ή η αρνητική σε ανοσοκατεσταλμένους. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να χρησιμοποιούνται οι νέες ανοσολογικές εξετάσεις διάγνωσης της νόσου όπως αυτές που στηρίζονται στην παραγωγή ιντεφερόνης - γ.

Ειδικότερα οι μετανάστες πρέπει να ελέγχονται στα σύνορα ή στους σταθμούς υποδοχής με Mantoux και ακτινογραφία θώρακος. Τα αποτελέσματα πρέπει να αναγράφονται στην «Κάρτα Υγείας Αλλοδαπού» όπως προβλέπεται με την υπ' αρ. Πρωτ. 102120/28/9/05 Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και κάθε φαρμακευτική αντιμετώπιση. Ο μετανάστης θα πρέπει να φέρει αυτή την κάρτα, οπουδήποτε μετακινηθεί και με αυτήν να απευθύνεται στις κατά τόπους υγειονομικές υπηρεσίες, οι οποίες πρέπει να συνεχίζουν την περαιτέρω αντιμετώπιση. Η φυματίωση θα πρέπει να θεραπεύεται δωρεάν και να μην αποτελεί λόγο απέλασης, τουλάχιστον μέχρι την αποθεραπεία του μετανάστη.

Ο έλεγχος των μεταναστών για φυματίωση πρέπει να γίνεται από τα Αντιφυματικά Ιατρεία και όχι από τα γενικά Παθολογικά Ιατρεία.

6.2.3.2 Διάγνωση φυματίωσης

Ο κλινικός, απεικονιστικός, βρογχοσκοπικός και λοιπός έλεγχος συνήθως δεν παρουσιάζει προβλήματα. Η φυματίνη είναι ευρέως διαθέσιμη, δεν είναι όμως βέβαιο ότι εκτελείται πάντοτε ορθώς.

Ο μυκοβακτηριδιολογικός έλεγχος χρειάζεται καλύτερη οργάνωση σε τρία επίπεδα, όπως αυτά αναλύονται στην Παράγραφο 4.4, με κατανομή των εργασιών ως ακολούθως:

- Του 1ου Επιπέδου από τα εργαστήρια των νομαρχιακών γενικών νοσοκομείων και όσων εργαστηρίων Κέντρων Υγείας και ταμείων υγείας έχουν πιστοποιηθεί.
- Του 2ου Επιπέδου από όσα εργαστήρια γενικών νοσοκομείων έδρας των Υγειονομικών Περιφερειών και πανεπιστημιακών δεν συμπεριλαμβάνονται στο 3ο Επίπεδο.
- Του 3ου Επιπέδου από τα ειδικά κέντρα εργαστηριακού ελέγχου μυκοβακτηριδίων:
 - α) στα Μικροβιολογικά Εργαστήρια των Νοσοκομείων Νοσημάτων Θώρακος που διαθέτουν την ανάλογη εμπειρία και εξοπλισμό: Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο» Αθηνών, Κ.Ν.Θ.Β.Ε. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Δ.Ε. Πατρών και
 - β) στα πανεπιστημιακά Μικροβιολογικά Εργαστήρια (Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων, Πατρών, Κρήτης, Αλεξανδρούπολης, Λάρισας). Τα εργαστήρια αυτά μπορούν να εκτελούν όλο το φάσμα των εργασιών του 3ου Επιπέδου και να εκτελούν τις ειδικές εξετάσεις (π.χ. μοριακές τεχνικές επιδημιολογικής διερεύνησης μυκοβακτηριακών λοιμώξεων) σε συνεργασία με τα άλλα εργαστήρια.

Η διασφάλιση ποιότητας (πιστοποίηση) όλων των μικροβιολογικών εργαστηρίων αποτελεί προϋπόθεση για τη σωστή εφαρμογή του Ε.Π.Ε.Φ.

Αναγκαίο θεωρείται να συνεχίσει τη λειτουργία του ως Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων (Ε.Κ.Α.Μ.) το Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Π.Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία» για λόγους συντονισμού του έργου των Ειδικών Κέντρων, τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών για όλο τον ελλαδικό χώρο, το συντονισμό της εκπαίδευσης, της έρευνας κ.λπ. Επισημαίνεται ότι το Ε.Κ.Α.Μ. λειτουργεί από το 1985 συνεχώς και αποτελεί μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο και μοναδικό εξειδικευμένο κέντρο εργαστηριακού ελέγχου των μυκοβακτηριδίων. Απαραίτητη προϋπόθεση καλής λειτουργίας του Ε.Κ.Α.Μ. θεωρείται η οικονομική και τεχνολογική υποστήριξη, καθώς και η επαρκής στελέχωση με το απαραίτητο προσωπικό.

Για τα εργαστήρια 3ου Επιπέδου, πέραν των αναφερόμενων στο 1ο και 2ο Επίπεδο, θα πρέπει να υπάρχει ως προς τον εξοπλισμό και τα μέτρα προστασίας, ειδική υποδομή ανάλογα με το εύρος, το είδος και τον αριθμό των εξετάσεων, το είδος και την επικινδυνότητα των μεθόδων που χρησιμοποιούνται κ.λπ., σύμφωνα με τις Διεθνείς Προδιαγραφές και τις οδηγίες του W.H.O. (π.χ. θάλαμος με αρνητική πίεση κ.λπ.).

Όλα τα εργαστήρια πρέπει να συμμετέχουν στην επιτήρηση της φυματίωσης με τη συμπλήρωση της εργαστηριακής δήλωσης κρούσματος φυματίωσης. Τα εργαστήρια του 3ου Επιπέδου με το Ε.Κ.Α.Μ. συντονίζονται στην παρακολούθηση της ανθεκτικότητας και πολυανθεκτικότητας τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και στις ειδικές πληθυσμιακές ομάδες. Πρέπει να έχουν επίσης δυνατότητα εφαρμογής των μοριακών τεχνικών διάγνωσης του M. tuberculosis, αλλά και ετοιμότητα μοριακής επιδημιολογικής διερεύνησης, εφόσον απαιτηθεί.

6.2.3.3 Θεραπεία φυματίωσης

Η θεραπεία της φυματίωσης συντελείται σωστά σε υψηλό ποσοστό. Εντούτοις:

α) Δεν υπάρχουν αποτελεσματικοί τρόποι ελέγχου των μη συμμορφούμενων στην αγωγή. Η απευθείας επιβλεπόμενη θεραπεία με βραχυχρόνια σχήματα (DOTS), δεν εφαρμόζεται. Θεωρείται άμεσης προτεραιότητας η έναρξη εφαρμογής DOTS σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες όπως πολυανθεκτικοί, μετανάστες και αλλοδαποί.

β) Πρέπει να υπάρξει οργάνωση επιτήρησης των φαρμακευτικών παρενεργειών, των νέων μορφών, των υποτροπών, των ασθενών με θεραπευτική αποτυχία, των ασθενών μετά από διακοπή της θεραπείας και των ασθενών με χρόνια φυματίωση. Το ποσοστό επιτυχούς θεραπείας αποτελεί καθοριστικό δείκτη για την συνέχιση της εφαρμογής ενός θεραπευτικού σχήματος σε μία κοινωνία.

γ) Πρέπει να εξασφαλισθεί η απρόσκοπτη διαθεσιμότητα των πρωτευόντων φαρμάκων δωρεάν.

δ) Τα δευτερεύοντα αντιφυματικά φάρμακα, πρέπει να διακινούνται, επίσης δωρεάν, μόνο από τα ειδικά ιατρεία πολυανθεκτικής φυματίωσης. Μόνο έτσι θα αποφευχθεί ο εφιάλτης της ουσιαστικά ανίατης XDR-TB.

ε) Η θεραπευτική τακτική πρέπει να ακολουθεί τους κανόνες που αναλύονται στο εγχειρίδιο του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. «Οδηγίες για την Αντιμετώπιση της Φυματίωσης», του 2006.

Για όλα τα παραπάνω είναι απαραίτητη η ορθή λειτουργία Πνευμονολογικών - Φυματιολογικών Ιατρείων σε όλους τους νομούς της επικράτειας σε συνεργασία με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας καθώς και η ενίσχυση των ειδικών ιατρείων πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης.

6.2.3.4 Θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης

Η θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης, συντελείται σε ικανοποιητικό βαθμό. Εντούτοις πρέπει να οργανωθεί καλύτερη ενημέρωση και επιτήρηση εφαρμογής και αποτελεσματικότητας των σχημάτων.

6.2.3.5 Εμβολιασμός με BCG

Η εμβολιαστική κάλυψη του παιδικού πληθυσμού στη χώρας μας είναι ατελής. Ο εμβολιασμός πρέπει να γίνεται όπως προβλέπεται (118510/ 18.104 εγκύκλιος της Δ.Δ.Υ. του Υ.Υ.Κ.Α.), να επιτευχθεί υψηλή εμβολιαστική κάλυψη και να οργανωθεί επιτήρηση ορθής εφαρμογής, αποτελεσματικότητας και παρενεργειών.

Στόχος του Ε.Π.Ε.Φ. είναι, σε λίγα χρόνια να επιτύχουμε τη διακοπή του υποχρεωτικού εμβολιασμού με BCG. Αυτό θα γίνει αν φθάσουμε τα κριτήρια που απαιτεί ο Π.Ο.Υ. και η IUATLD οι οποίοι (όπως επανειλημμένα έχουμε τονίσει) αναφέρουν ότι κάθε συζήτηση για διακοπή ή επιλεκτική χορήγηση BCG, προϋποθέτει αξιόπιστο σύστημα δήλωσης νέων κρουσμάτων φυματίωσης, κάτι που δεν ισχύει με κανέναν τρόπο στην Ελλάδα σήμερα.

Εν τω μεταξύ, πρέπει να μελετηθεί η δυνατότητα βελτίωσης της αποτελεσματικότητας του εμβολίου, αφενός με σωστή οργάνωση, αφετέρου με αλλαγές όπως χορήγησή του κατά την γέννηση. Για όλα τα παραπάνω πρέπει η Επιστημονική Επιτροπή Φυματίωσης να έχει συνεχή επικοινωνία με την Παιδιατρική Επιστημονική Κοινότητα και με την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών.

6.2.3.6 Έλεγχος διασποράς του μυκοβακτηριδίου

Η διακοπή της αλυσίδας διασποράς του μυκοβακτηριδίου θεωρείται μεγάλης σημασίας για τον έλεγχο της νόσου. Στα Ειδικά Νοσοκομεία Νοσημάτων Θώρακος, αλλά και στα γενικά νοσοκομεία που νοσηλεύουν ασθενείς με ενεργό φυματίωση, πρέπει να υπάρχουν μονόκλινα δωμάτια με ειδικό αερισμό και κλιματισμό για τη νοσηλεία των πασχόντων με θετικά πτύελα. Πρέπει να υπάρχουν ενημερωτικά φυλλάδια για τους ασθενείς και ενημερωτικά εγχειρίδια για το υγειονομικό προσωπικό. Πάντως σε όλα τα μεγάλα νοσοκομεία πρέπει να υπάρχει Πνευμονολογική Κλινική και εξωτερικό Πνευμονολογικό - Φυματιολογικό Ιατρείο.

Το μολυσματικό υλικό πρέπει να διακινείται με ειδικές προφυλάξεις, τα δε αντικείμενα και οι χώροι διασποράς των μυκοβακτηριδίων πρέπει να απολυμαίνονται.

Το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να ελέγχεται και οι έχοντες αρνητική Mantoux πρέπει να εμβολιάζονται. Σε περίπτωση ασθενούς υψηλής μολυσματικότητας ή πολυανθεκτικής μορφής, πρέπει να χρησιμοποιούνται ειδικά προστατευτικά μέτρα.

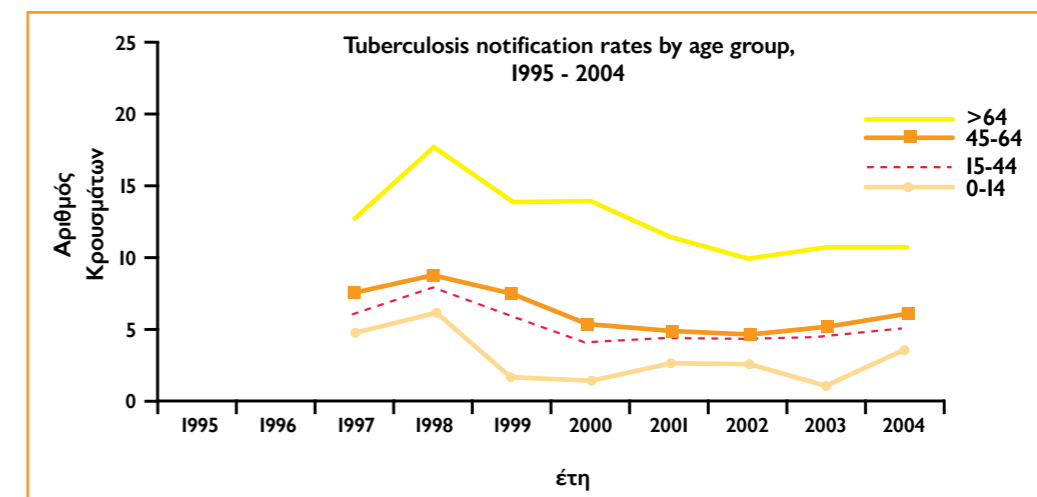
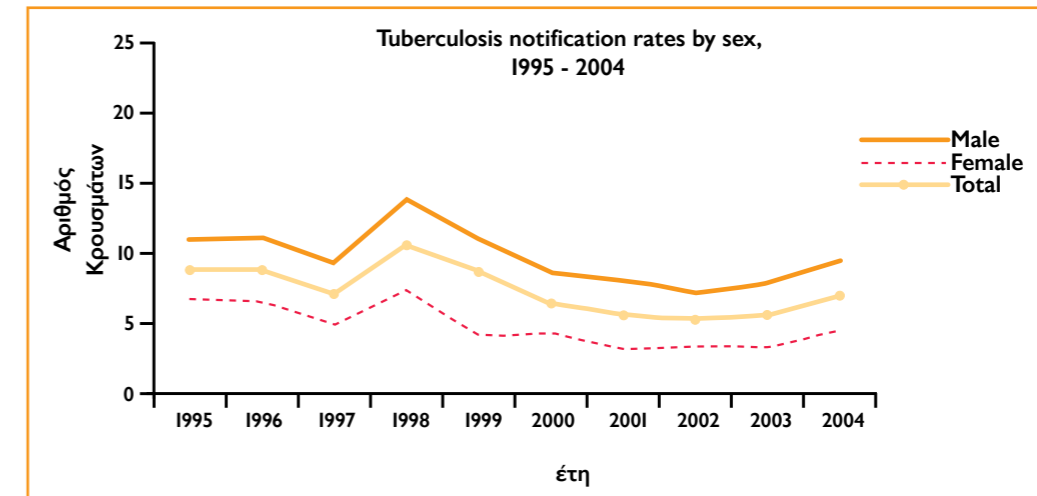
Μέτρα πρέπει επίσης να λαμβάνονται στο κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον, για τον έλεγχο μετάδοσης του μυκοβακτηριδίου. Σημειώνεται ακόμη η ανάγκη ελέγχου διασποράς του M. Bovis. Έκδοση οδηγιών για την προφύλαξη του προσωπικού που χειρίζεται φυματικούς ασθενείς στα νοσοκομεία και ιατρεία καθώς και οδηγίες ασφαλούς διακίνησης μολυσματικών δειγμάτων και διαχείρισής τους στα Μικροβιολογικά Εργαστήρια.

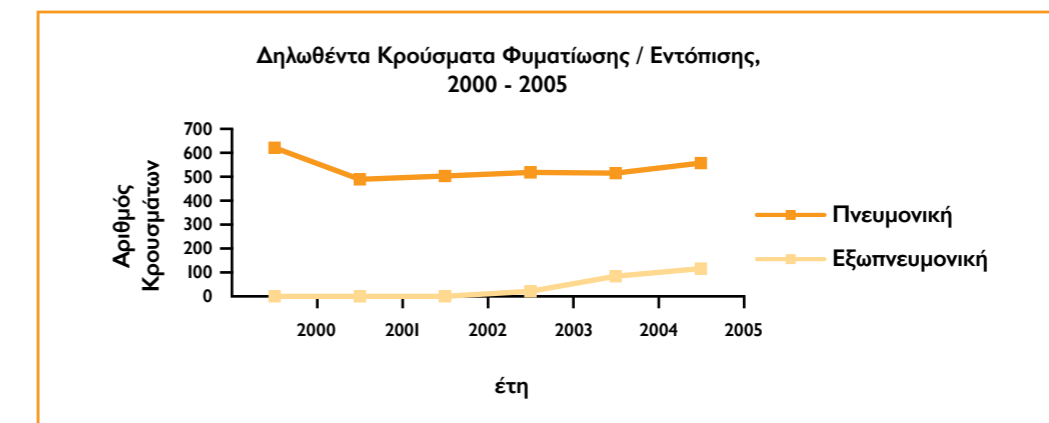
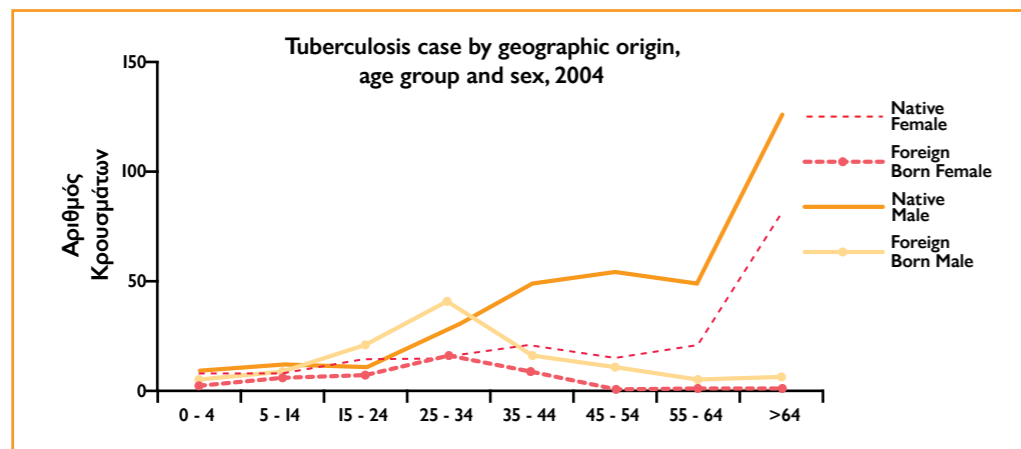
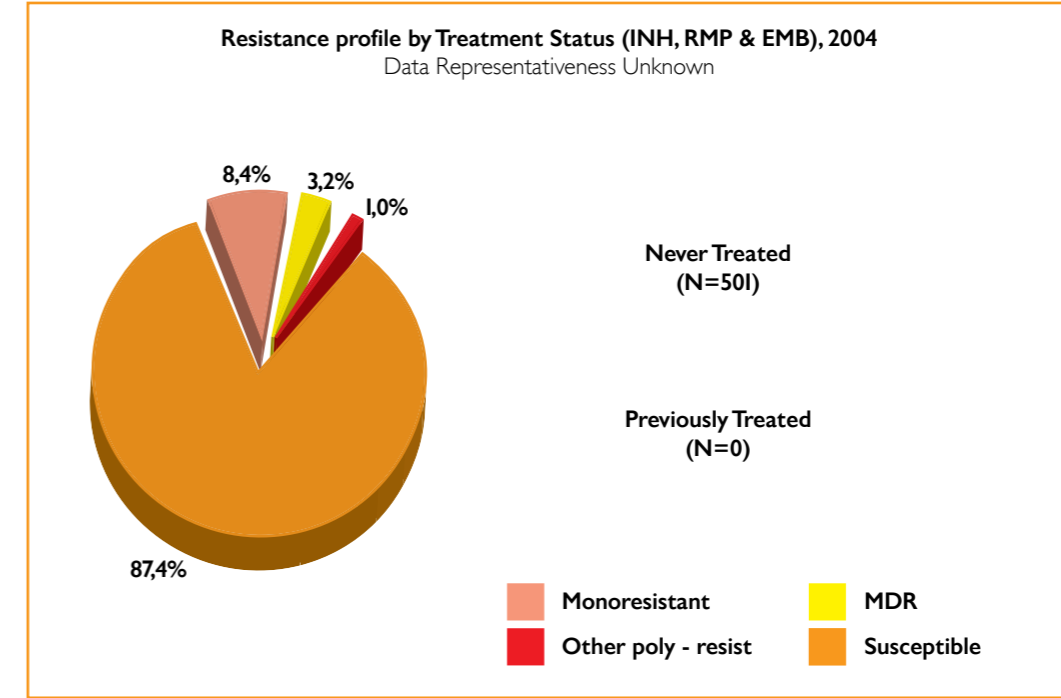
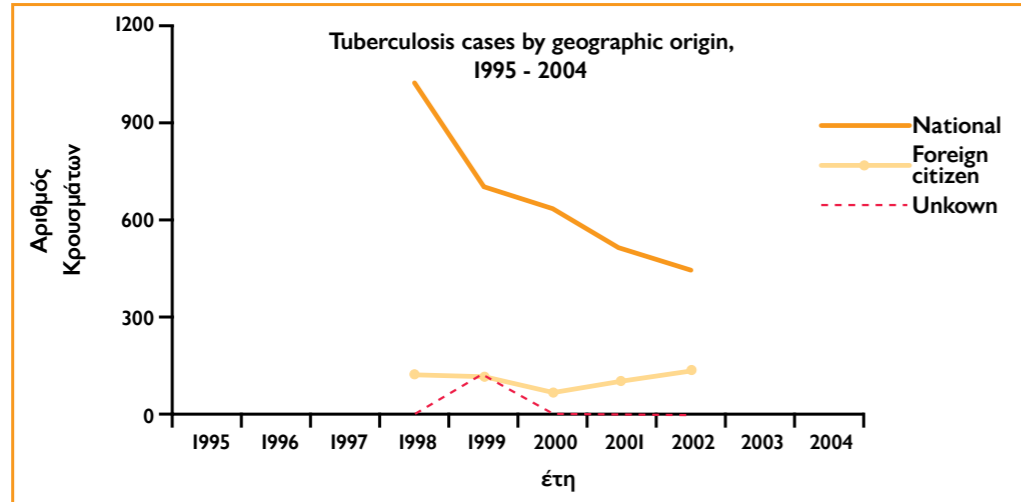
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

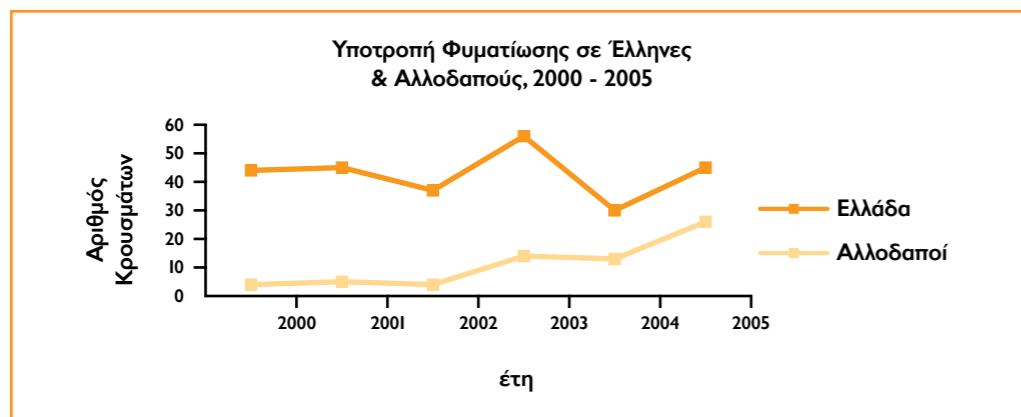
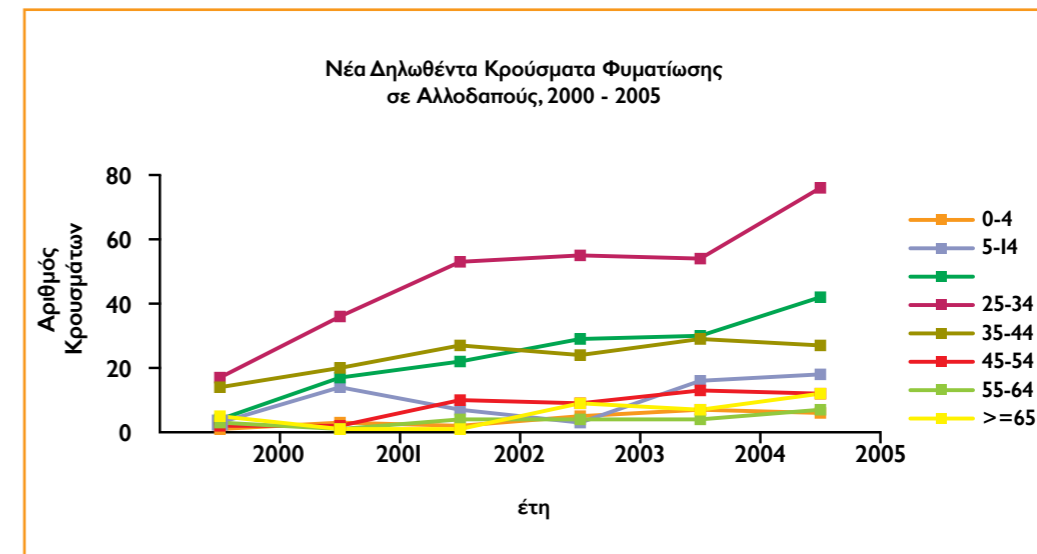
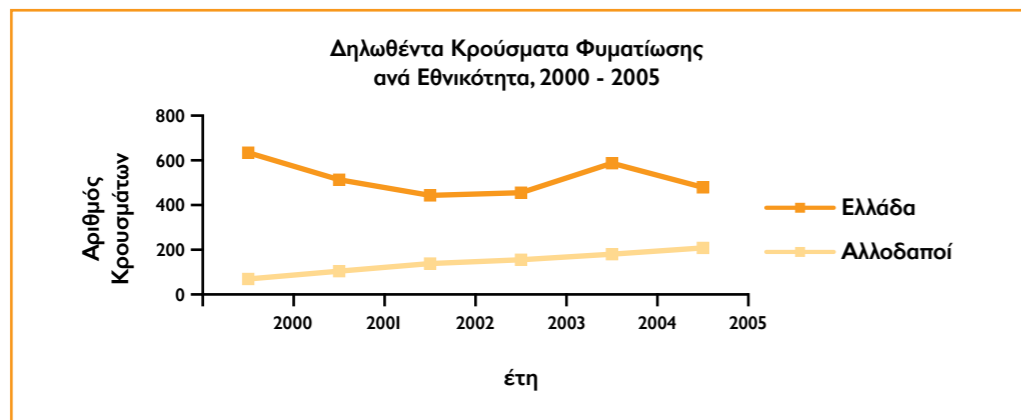
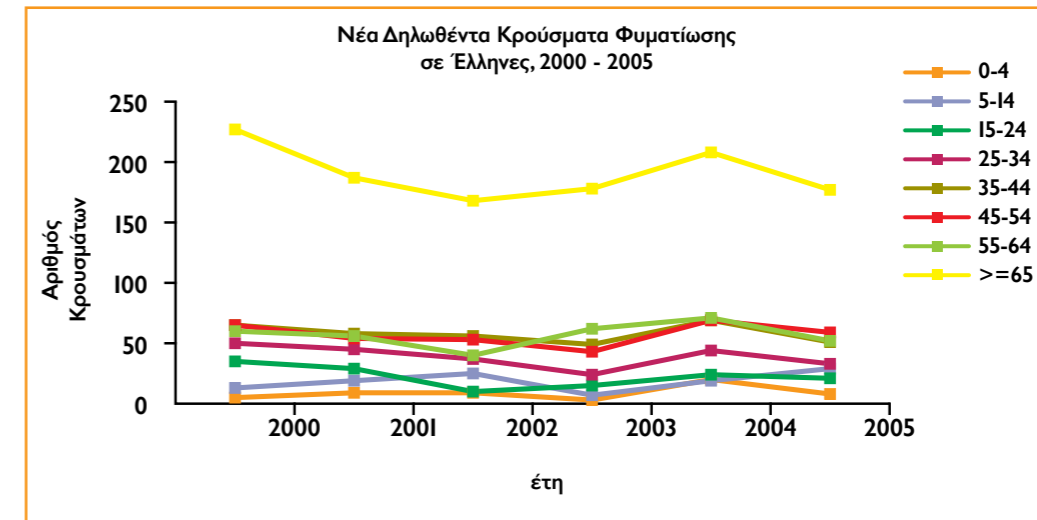
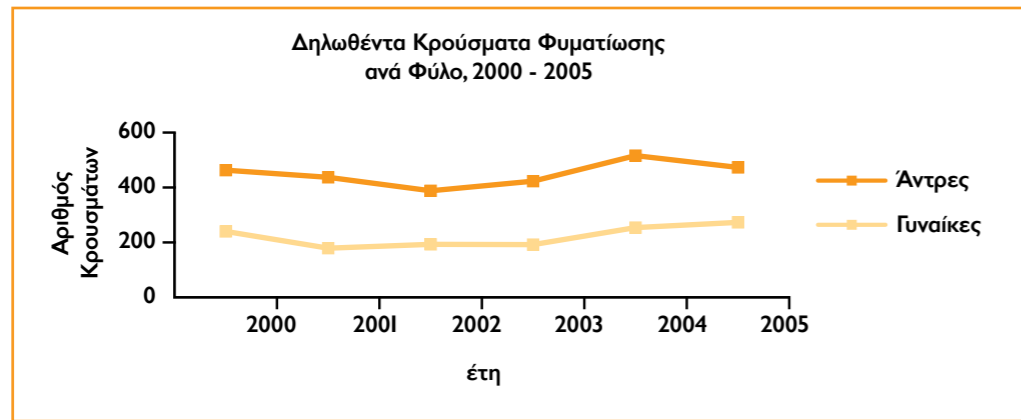
- W.H.O. **The world health report 2004: changing history**. Geneva World Health Organization, 2004.
- W.H.O. report 2006 **Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing**.
- W.H.O. Regional Office for Europe. **High-Level Ministerial Forum «Tuberculosis-a regional emergency»**, EUR/06/5061622/5, 61033, 16 June 2006.
- Theodoropoulos, P., Dimadi, M., Constantopoulos, S.H. **Calculation of new cases of tuberculosis from the consumption of antituberculosis medications; comparison with notification rates**. Respiration 59: 64, 1992.
- **Evaluation of a National Tuberculosis Programme**, page 135. In: **Tuberculosis: A manual for Medical Students**. Nadia Ait-Khaled and Donald A. Enarson (Eds), World Health Organization (Geneva), International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (Paris), WHO/CDS/TB/99.272
- **BCG vaccine**. Weekly epidemiological record, WHO, 29 January 2004; No: 4, 79: p. 25-40.
- Corbett, E.L., Watt, C.J., Walker, N. et al. **The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic**. Arch. Intern. Med. 2003; 163: 1009-21.
- Dye, C., Scheele, S., Dolin, P., Pathania, V., Ravigliione, M.C; **Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country**. JAMA 1999; 282: 677-86.
- Dye, C., **Global epidemiology of tuberculosis**. Lancet 2006; 367: 938-40.
- **WHO stop Tb partnership. Chapter 5: Health staff roles and responsibilities, reading and reporting and BCG vaccination**. Int.J. Tuberc. Lung Dis. 2007; 11(2): 134-137.
- Euro-Tb report. **Surveillance of tuberculosis in Europe**. France 2006.
- Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία. **Φυματίωση**. Περιοδικές Εκδόσεις Ε.Π.Ε. Σεμινάριο 1997, Επανάδοση 2004, Αθήνα.
- CDC. **Guidelines for the investigation of contacts of person with infections tuberculosis**. Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC. MMWR 2005/54.
- Ελληνική Ένωση κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος. **Θέσεις ομοφωνίας για τη φυματίωση**. Αθήνα 1990.
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. **Οδηγίες για την Αντιμετώπιση της Φυματίωσης**. Αθήνα 2006.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ Ι.Ι

Πίνακες και στοιχεία που αφορούν στη φυματίωση του 2004 και 2005 στην Ελλάδα, εξαχθέντα από την επεξεργασία των δηλώσεων κρούσματος φυματίωσης στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Οι πίνακες που αφορούν στο 2004 περιλήφθηκαν στο Euro Tb Report, 2006







ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.2 ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Επιτήρηση Φυματίωσης Καταγραφή

Δήλωση
Ενεργητική καταγραφή
Ετήσιος κίνδυνος μόλυνσης - ARI

Ανάλυση

Παρέμβαση

Επιτήρηση Ειδικών Μορφών Φυματίωσης

Ανθεκτικών μορφών
Επιδημικών μορφών
Ειδικών πληθυσμιακών ομάδων

Επιτήρηση Μέτρων Ελέγχου Φυματίωσης

Ανίχνευση νέων περιπτώσεων

Παθητική
Ενεργητική
Έλεγχος ειδικών πληθυσμιακών ομάδων

Διάγνωση

Κλινική
Εργαστηριακή
Επίπεδα Μυκοβακτηριδιολογικού Ελέγχου
Κέντρα Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων

Θεραπεία

Επάρκεια Σχημάτων
Παρενέργειες
Νέες μορφές - Υποτροπές - Θεραπευτικές αποτυχίες - Διακοπές -
Χρόνιες μορφές - Συμμόρφωση
DOTS

Θεραπεία Πολυανθεκτικών Μορφών

Θεραπεία Λανθάνουσας Φυματίωσης

Εμβολιασμός με BCG

Κάλυψη πληθυσμού
Παρενέργειες

Αποτελεσματικότητα

Έλεγχος Διασποράς Μυκοβακτηριδίου

Θάλαμοι Νοσηλείας
Κοινωνικοεπαγγελματικό Περιβάλλον
Απολύμανση αντικειμένων
Έλεγχος M.Bovis

Επίπεδα Λειτουργίας

Περιφερειακό - Ενδιάμεσο - Κεντρικό - Ινστιτούτο Έρευνας

Οργάνωση

Σχεδιασμός - Εφαρμογή - Επίβλεψη - Εκπαίδευση - Αξιολόγηση -
Ενημέρωση - Παρέμβαση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.3 Ο ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΜΕ BCG

Νέαρχος Γιατρομανωλάκης

Εισαγωγή

Ο βάκιλος Calmette - Guerin (BCG), ανακαλύφθηκε στις αρχές του περασμένου αιώνα και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1921 στο Παρίσι, από τους παραπάνω ερευνητές. Βαθμιαία εξαπλώθηκε η εφαρμογή του και υπολογίζεται ότι, κατά τα 85 χρόνια που μεσολάβησαν, έχουν γίνει πάνω από 1 δισεκατομμύριο εμβολιασμοί ανά τον κόσμο. Σήμερα περιλαμβάνεται στα αντιφυματικά προγράμματα των περισσότερων χωρών της γης, με περίπου 100 εκατομμύρια εμβολιασμούς κάθε χρόνο. Όμως, μολονότι είναι το παλαιότερο εμβόλιο από αυτά που χρησιμοποιούνται σήμερα και κατά συνέπεια έχει αποκτηθεί μεγάλη εμπειρία, εντούτοις υπάρχουν αντιφατικές απόψεις ως προς την προστατευτική του επάρκεια.

Αποτελεσματικότητα

Το υψηλότερο ποσοστό προστασίας (60 - 80%) έχει επιτευχθεί στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη, ενώ στις τροπικές περιοχές της γης έχει παρατηρηθεί χαμηλή ή και ανύπαρκτη προστασία. Μετά από σχετικές μελέτες, κυρίως του WHO, έχουν προταθεί διάφορες ερμηνείες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται, ο σχεδιασμός των ερευνών και η ασάφεια ή η διαφορετική αντιγονικότητα του στελέχους BCG. Εντούτοις, η πιο εύλογη ερμηνεία είναι ότι στις τροπικές χώρες υπάρχει μεγάλη έκθεση στα περιβαλλοντικά μυκοβακτηρίδια, τα οποία προφανώς προσφέρουν σημαντική προστασία. Εξάλλου, η προϋπάρχουσα ανοσία προς τα περιβαλλοντικά μυκοβακτηρίδια, παρεμβαίνει στη ζωτικότητα του βακίλου BCG και κατά συνέπεια ελαττώνει την ανοσολογική απάντηση στο εμβόλιο.

Η ανάλυση 15 προοπτικών και 12 ελεγχόμενων κατά περίπτωση μελετών, έδειξε προστασία κατά της φυματίωσης κατά μέσο όρο, σε ποσοστό 51% και 50% αντίστοιχα. Στις ίδιες μελέτες σημειώθηκε ελάττωση της θνητότητας από φυματίωση κατά 65%, από φυματιώδη μηνιγγίτιδα κατά 64 % και από διάσπαρτη φυματίωση κατά 78%. Η μετα-ανάλυση 10 τυχαίοποιημένων και ελεγχόμενων μελετών, έδειξε προστασία κατά της φυματιώδους μηνιγγίτιδας και της διάσπαρτης φυματίωσης σε ποσοστό 86%, ενώ η αντίστοιχη προστασία των κατά περίπτωση ελεγχόμενων μελετών ήταν 75%. Φαίνεται δηλαδή, ότι ενώ το ποσοστό προστασίας έναντι της φυματίωσης των ενηλίκων μπορεί να είναι χαμηλό σε ορισμένες περιοχές, η προστασία έναντι των βαριών ή θανατηφόρων μορφών της φυματίωσης είναι υψηλή και βέβαιη.

Το ποσοστό κάλυψης του εμβολιασμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου υπερβαίνει το 80% των νεογνών και παιδιών, ενώ η χρονική διάρκεια προστασίας κυμαίνεται από 10 έως 20, ή και περισσότερα χρόνια. Σε μερικές χώρες, ο εμβολιασμός δεν περιλήφθηκε ποτέ στα αντιφυματικά τους προγράμματα (π.χ. Η.Π.Α., Καναδάς, Ολλανδία), ενώ σε άλλες ο εμβολιασμός διακόπηκε λόγω χαμηλής πλέον επίπτωσης της φυματίωσης (π.χ. Σουηδία, Αγγλία). Στις χώρες αυτές εναλλακτικά χρησιμοποιούνται καλώς λειτουργούντα προγράμματα επιτήρησης και ελέγχου της φυματίωσης, όπως της ανίχνευσης νέων περιπτώσεων, της έγκαιρης διάγνωσης, της ορθής και άμεσα επιβλεπόμενης θεραπείας (DOTS), της προφυλακτικής θεραπείας, αλλά και των μέτρων Δημόσιας Υγείας και ελέγχου της λοίμωξης. Διατηρούν δε τον εμβολιασμό με BCG σε επιλεγμένες ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου νόσησης.

Στην Ελλάδα, η φυματίωση είναι υποχρεωτικός δηλούμενο νόσημα, βάσει του Β.Δ./ΦΕΚ 262Α/1950, ενώ ο αντιφυματικός εμβολιασμός με BCG, καθιερώθηκε ως υποχρεωτικός, με τον Νόμο 4053 του 1960. Εκτοτε γινόταν στην ηλικία των 12 ετών, ενώ από το 1988, γίνεται στην ηλικία των 6 ετών ή κατά την γέννηση, εφόσον πρόκειται για ομάδες ατόμων αυξημένου κινδύνου. Ανά έτος δε, εκδίδεται ανανεωτική εγκύκλιος της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείνης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με οδηγίες εφαρμογής του εμβολίου.

Εντούτοις, το ποσοστό κάλυψης στη χώρα μας, εκτιμάται στο 1/3 το πληθυσμού ενώ η αποτελεσματικότητα του ουδέποτε εκτιμήθηκε. Σημειώνεται ακόμα, ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στο ποσοστό κάλυψης κατά περιοχές, γεγονός, μάλλον σχετιζόμενο με την επιμέλεια των κατά τόπους υγειονομικών υπηρεσιών.

Κριτήρια εφαρμογής του BCG

Αυξανόμενος είναι ο αριθμός των ανεπτυγμένων χωρών που μελετά το ενδεχόμενο διακοπής του εμβολιασμού BCG και της διατήρησής του στις πληθυσμιακές ομάδες αυξημένου κινδύνου. Επειδή όμως, η πρόωρη διακοπή του εμβολιασμού μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των κρουσμάτων της νόσου, η Διεθνής Ένωση κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος και ο WHO, καθιέρωσαν ορισμένα κριτήρια χαρακτηρισμού των περιοχών «χαμηλής ενδημικότητας» υπό την προϋπόθεση του επαρκούς συστήματος καταγραφής της φυματίωσης. Τα κριτήρια αυτά, προκειμένου να εφαρμοσθεί η αλλαγή από τον γενικό στον επιλεκτικό εμβολιασμό είναι:

- μέση ετήσια επίπτωση της πνευμονικής φυματίωσης με θετικά πτύελα <5/ 100.000 πληθυσμού, ή
- μέση ετήσια επίπτωση της φυματιώδους μηνιγγίτιδος στα παιδιά κάτω των 5 ετών <1/ 10 εκατομμύρια πληθυσμού, κατά την διάρκεια των προηγούμενων 5 ετών, ή
- ετήσιος κίνδυνος μόλυνσης από φυματίωση <0,1%.

Για τη χώρα μας, η μέση ετήσια επίπτωση της πνευμονικής φυματίωσης με θετικά πτύελα, εκτιμάται στο διπλάσιο του ανωτέρω κριτηρίου, η δε μέση ετήσια επίπτωση της φυματιώδους μηνιγγίτιδος στα παιδιά κάτω των 5 ετών, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 5 ετών και ο ετήσιος κίνδυνος μόλυνσης από φυματίωση, δεν έχουν εκτιμηθεί με αξιοπιστία.

Εκτός από την προστασία από τις διάφορες μορφές φυματίωσης, επισημαίνεται η σημαντική προστατευτική δράση του BCG έναντι της λέπρας, του έλκους Buruli και η θεραπευτική του δράση στον καρκίνο της κύστεως.

Ενδείξεις BCG

- Όλα τα βρέφη που ζουν σε περιοχές μεγάλης ενδημικότητας της φυματίωσης.
- Βρέφη και παιδιά σημαντικού κινδύνου έκθεσης στη φυματίωση αν και ζουν σε περιοχές χαμηλής ενδημικότητας της νόσου.
- Άτομα εκτεθέντα σε πολυανθεκτική φυματίωση.

Αντενδείξεις BCG

- α) Άτομα με διαταραγμένη ανοσολογική κατάσταση.
Συμπτωματική HIV λοίμωξη.
Ασυμπτωματικά HIV + ve παιδιά περιοχών χαμηλής ενδημικότητας.
Γνωστή ή ύποπτη συγγενής ανοσοανεπάρκεια.
Λευχαιμία - λέμφωμα - κακοήθης νόσος.
- β) Ασθενείς σε ανοσοκατασταλτική αγωγή.
Κορτικοειδή.
Αλκυλιούντες παράγοντες.
Αντιμεταβολίτες.
Ακτινοβολία.
- γ) Εγκυμοσύνη.

Τεχνική του εμβολιασμού

Από το μητρικό στέλεχος του BCG έχουν προκύψει μέχρι σήμερα πολλά στελέχη όπως το στέλεχος Glaxo, Tokyo, Pasteur, Κοπεγχάγης, Σουηδικό, Γερμανικό, Πράγας, Ρωσίας, Βραζιλίας, Πεκίνου κ.ά. Από αυτά, τα τρία πρώτα, καλύπτουν το 90% του BCG που σήμερα χρησιμοποιείται ανά τον κόσμο. Στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκε το λυόφιλο ενδοδερμικό BCG στελέχους Pasteur, μέχρι το 2004. Έκτοτε χρησιμοποιείται το Danish strain I331, το οποίον διατηρείται για 18 μήνες σε θερμοκρασία 2° - 8° C. Με την ανασύστασή του διατηρείται η βιωσιμότητα του βακίλου για 4 ώρες. Η ανασύσταση του εμβολίου επιτυγχάνεται με την προσθήκη του διαλύτη στο φιαλίδιο με το λυόφιλο BCG. Η ένεση γίνεται στο άνω τριτημόριο της εξωτερικής επιφάνειας του αριστερού βραχίονος πάνω από την κατάφυση του δελτοειδούς μυός, μετά από καλό τοπικό καθαρισμό και αφού το δέρμα έχει στεγνώσει. Χρησιμοποιείται σύριγγα του 1 ml με υποδιαίρεσεις χιλιοστού με λεπτή βελόνα 25 έως 26 G. Το λοξευμένο τμήμα της βελόνας, με φορά προς τα πάνω, ενίεται λοξά εντός του δέρματος ώστε η έγχυση να γίνει αυστηρώς ενδοδερμικά. Η ποσότητα που χορηγείται είναι 0,1 ml για άτομα άνω του ενός έτους και 0,05 ml για βρέφη. Με την έγχυση του εμβολίου σχηματίζεται πομφός διαμέτρου 6 - 8 χιλιοστών με κοκκιωτή επιφάνεια, ο οποίος υποχωρεί εντός μισής ώρας περίπου. Η εξέλιξη της εμβολιαστικής βλάβης, συνίσταται στην εμφάνιση μικρού οζιδίου εντός 3 - 4 εβδομάδων, το οποίο βαθμιαίως μεγεθύνεται, σκληρύνεται και επαίρεται, καλυπτόμενο από λεπτό, εξέρυθρο και στίλβον δέρμα. Ενίοτε κατά την 6η έως 7η εβδομάδα, το οζίδιο διανοίγεται και αποβάλλεται ορώδες υγρό. Κατά τη 10η εβδομάδα η βλάβη εφελκιδιοποιείται και εν συνεχεία η εσχάρα αποπίπτει και καταλείπει ουλή, διαμέτρου ολίγων χιλιοστών. Σε ορισμένες περιπτώσεις το οζίδιο δεν υπερβαίνει το ξηρό στάδιο, ενώ άλλοτε η διάνοιξη μπορεί να πάρει τη μορφή εξέλκωσης, ευρείας επιφάνειας. Σε οποιαδήποτε περίπτωση δεν απαιτείται καμία ειδική αγωγή, αλλά απλή μηχανική προστασία της βλάβης.

Η φυματινοαντίδραση θετικοποιείται μετά από 8 - 10 εβδομάδες. Εάν η Mantoux είναι αρνητική και δεν έχει σχηματιστεί ουλή, ο εμβολιασμός θεωρείται ανεπιτυχής και μπορεί να επαναληφθεί για μια ακόμη φορά. Κατά τη διάρκεια των ανωτέρω διεργασιών θα πρέπει να μην χορηγούνται κορτικοειδή ή ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, ενώ δεν επιτρέπεται η χορήγηση ισονιαζίδης υπό μορφή χημειοπροφύλαξης, εκτός εάν έχει χρησιμοποιηθεί στέλεχος BCG με αντοχή στο φάρμακο.

Επιπλοκές του BCG

Οι επιπλοκές, αν και σπάνιες, παρουσιάζουν ποικιλομορφία και ευρύ φάσμα βαρύτητας. Σύμφωνα με την Διεθνή Ένωση κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος, οι επιπλοκές αυτές κατατάσσονται:

α) Τοπικές επιπλοκές:

- Εκτεταμένο και επιμένον έλκος.
- Φαινόμενο Koch.
- Τοπικό απόστημα.
- Διαπηθείσα επιχώριος λεμφαδενίτις με πύο κατά την παρακέντηση ή συρίγγιο, ή τυροειδείς βλάβες πιστοποιούμενες με βιοψία.

β) Διάσπαρτη BCG λοίμωξη:

- Ωτίτις.
- Οπισθοφαρυγγικό απόστημα.
- Δερματικές βλάβες.
- Μεταστατικά υποδόρια ή ενδομυϊκά αποστήματα.
- Βλάβες οστών και αρθρώσεων.
- Νεφρικές και ουρογεννητικές βλάβες.
- Πνευμονικές και πυλαίες βλάβες.
- Μεσεντερική αδενίτις.

- Πολυαδενίτις.
- Σπληνομεγαλία.

γ) Μετεμβολιαστικά σύνδρομα:

- Τοπικές χρόνιες δερματικές βλάβες.
- Οζώδες ερύθημα.
- Εξανθήματα.
- Οφθαλμικές βλάβες.

Οι γενικευμένες περιπτώσεις παρουσιάζονται πολύ σπάνια και κατά κανόνα αφορούν σε άτομα με ανοσοκαταστολή. Η πιθανότητα εμφάνισης είναι 0,01/ εκατομμύριο εμβολιασμών, τόσο για τις θανατηφόρες όσο και για τις μη θανατηφόρες περιπτώσεις.

Νέα αντιφυματικά εμβόλια

1. Υπομονάδες μυκοβακτηριδιακών αντιγόνων προς ειδικούς κλώνους των T-λεμφοκυττάρων.

Οι υπομονάδες αυτές περιλαμβάνουν είτε απολεσθέντα αντιγόνα από το BCG (ESAT-6,CFP-10), είτε πρωτεΐνες με ισχυρότερη έκφραση στο *M. tuberculosis* (Ag85, Rv3407,MtbF κ.ά.). Για την προστασία κατά την φάση της λανθάνουσας φυματίωσης, φαίνονται καταλληλότερα τα αντιγόνα που σχετίζονται με τα μυκοβακτηρίδια σε νάρκη (DosR, heat shock protein, elongation factor). Οι υπομονάδες περιλαμβάνουν αμιγή DNA εμβόλια, ανασυντιθέμενους φορείς του αντιγόνου ή πρωτεϊνικούς συμπληρωματικούς σχηματισμούς. Ορισμένα από αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί σε προκλινικές μελέτες.

2. Εξασθετισμένα ζώντα BCG μυκοβακτηρίδια με ενίσχυση των αντιγόνων προς ισχυρότερη διέγερση των T-λεμφοκυττάρων.

Με την εξασθένιση του BCG έχουν καταστραφεί περίπου 130 γονίδια, ενώ σε άλλα έχει μειωθεί η αντιγονικότητα. Επιλεγμένα αντιγόνα είναι δυνατόν να ανασυνδυαστούν στο υπάρχον BCG, επεξεργαζόμενα από το *M. tuberculosis*. Η λοιμικότητα χάνεται μετά από αναστολή της φαγοσωμικής ωρίμανσης. Τα εμβόλια αυτά έχουν ήδη δοκιμαστεί σε ζώα και έχει δειχθεί η αυξημένη αντιγονικότητα και η μακροχρονέστερη προστασία. Δεν έχει εξασφαλιστεί ακόμα η ασφαλής χορήγησή τους σε ανοσοκατασταλμένους οργανισμούς, στους οποίους μπορεί να προκληθεί «BCG-ωση».

Συμπεράσματα

Γενικά το BCG θεωρείται ως ένα από τα ασφαλέστερα εμβόλια, οι επιπλοκές του είναι σπάνιες, συνήθως θεραπεύσιμες και σπανιότατα θανατηφόρες, οι οποίες κατά κανόνα σχετίζονται με ύπαρξη ανοσοκαταστολής.

Αν και η ποικίλλουσα αποτελεσματικότητα του εμβολίου κατά τις διάφορες ερευνητικές εργασίες, οδήγησε σε επιφυλάξεις και αμφισβητήσεις, εντούτοις συνεχίζει να αποτελεί μέτρο θετικής συμβολής στην περιστολή της φυματίωσης ανά τον κόσμο. Η επιφύλαξη δε, αφορά στο ποσοστό προστασίας από τη φυματίωση των ενηλίκων, ενώ το υψηλό ποσοστό προστασίας, από τις βαριές ή θανατηφόρες μορφές της φυματίωσης στα παιδιά, είναι αναμφισβήτητη. Εξάλλου, καμία από τις άλλες κύριες παραμέτρους των αντιφυματικών προγραμμάτων, ήτοι η ανίχνευση νέων περιπτώσεων και η επιτυχή θεραπεία, η θεραπεία της λανθάνουσας φυματίωσης και ο έλεγχος διασποράς του μυκοβακτηριδίου, δεν έχει ιδανική εφαρμογή ή απόλυτη αποτελεσματικότητα.

Η διακοπή του εμβολίου πρέπει να αποφεύγεται, όταν δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια της IUATLD και WHO, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω και αναλύονται στις επίσημες θέσεις του WHO (Position Paper,WER, 2004, 79:27-40 και Official Statement, Int J Tuberc Lung Dis, 2007, 11:134-137).

Σε αυτή δε την κατηγορία υπάγεται και η Ελλάδα, αφού ληφθούν υπ' όψη αφενός τα υπάρχοντα επιδημιολογικά και ερευνητικά δεδομένα και αφετέρου το επίπεδο οργάνωσης του προγράμματος ελέγχου της φυματίωσης. Κατά συνέπεια, το ενδιαφέρον στη χώρα μας, κατά την παρούσα φάση, θα πρέπει να εστιασθεί στην οργάνωση και αναβάθμιση του αντιφυματικού προγράμματος, καθώς και στην εκπλήρωση των προϋποθέσεων και κριτηρίων αυτών, πριν από οποιαδήποτε απόφαση για τροποποίηση της πολιτικής εφαρμογής του BCG. Εξάλλου, είναι αισιόδοξο το μήνυμα ότι το υπάρχον BCG πρόκειται να αντικατασταθεί από νέο, που θα είναι ισχυρότερο, αποτελεσματικότερο, οικονομικότερο, χωρίς να επηρεάζει ή να απαιτεί δερμοαντίδραση Mantoux και με προστασία έναντι της μεταπρωτοπαθούς φυματίωσης. Το εμβόλιο αυτό θα είναι προτιμότερο να εισαχθεί στην οργανωτική δομή εφαρμογής του υπάρχοντος BCG. Η δομή δε αυτή θα πρέπει να βελτιωθεί, ώστε να επιτυγχάνεται ικανοποιητικό ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης, ενώ παράλληλα θα πρέπει να οργανωθεί η επιτήρηση του μέτρου, από πλευράς ορθής εφαρμογής, αποτελεσματικότητας και παρενεργειών.

Όσον αφορά στην ηλικία εφαρμογής του εμβολίου, θα πρέπει να μελετηθεί το ενδεχόμενο χορήγησής του κατά τη γέννηση.

Κατά συνολική εκτίμηση, μετά βεβαιότητας το εμβόλιο BCG, περισσότερο ωφέλησε παρά έβλαψε την ανθρωπότητα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.4

ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ-Γ ΣΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ Λουκία Ζέρβα

Επίκουρη Καθηγήτρια Μικροβιολογίας

Αττικό Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ι. Εισαγωγή

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 άρχισε να αναπτύσσεται σε ερευνητικά εργαστήρια η μεθοδολογία ανίχνευσης της παραγωγής Ιντερφερόνης-γ (Interferon-gamma Releasing Assays, IGRA) από T-λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος, τα οποία είναι ευαισθητοποιημένα σε αντιγόνα του *Mycobacterium tuberculosis*. Ο στόχος ήταν η ανάπτυξη ενός τεστ που αποτελεί την *in vitro* εκδοχή της κλασσικής Mantoux, χωρίς όμως να παρουσιάζει τα μειονεκτήματά της. Τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα μελετών που διεξήχθησαν με In-House μεθοδολογία οδήγησαν στην ανάπτυξη και βελτιστοποίηση εμπορικών μεθόδων. Σήμερα διατίθενται δύο τέτοιες προτυποποιημένες εξετάσεις, η «QuantiferON-TB Gold In-Tube» και η «T SPOT TB», των οποίων η ενδελεχής κλινική αξιολόγηση εκκρεμεί.

2. Tuberculin Skin Test (TST): Περιορισμοί και Μειονεκτήματα

Η εξέταση δερματικής ευαισθησίας σε αντιγόνα του *Mycobacterium tuberculosis* (Tuberculin Skin Test, TST) αποτελεί το παλαιότερο διαγνωστικό τεστ στη φυματίωση. Απαντά στο εξής ερώτημα: έχει «ξαναδεί» το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή το συγκεκριμένο παθογόνο; Σε θετική απάντηση, ωστόσο, δεν μπορεί να διακριθεί η λανθάνουσα λοίμωξη (Λαν-TB) από την ενεργό νόσο (Εν-TB). Επίσης, παρατηρούνται ψευδώς θετικά αποτελέσματα σε άτομα που έχουν εμβολιασθεί με BCG και σε άτομα με συχνή έκθεση ή νόσο από NTM. Η εξέταση μπορεί να παρουσιάζει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα λόγω ανοσοανεπάρκειας ή λόγω Εν-TB, ως φαινόμενο ειδικής ανεργίας της κυτταρικής ανοσίας.

Το αντιγόνο που χρησιμοποιείται στην TST, το παράγωγο κεκαθαρωμένης πρωτεΐνης (Purified Protein Derivative, PPD) αποτελεί αδρό εκκύλισμα καλλιεργημάτων του *M. tuberculosis* και περιέχει περισσότερες από 200 πρωτεΐνες. Ορισμένες από αυτές ανιχνεύονται και στο *M. bovis* BCG και σε άλλα είδη μυκοβακτηριδίων (Non-Tuberculous Mycobacteria, NTM).

3. Οι Μέθοδοι ανίχνευσης παραγωγής Ιντερφερόνης-γ

Η εξέταση παραγωγής IFN-γ ανιχνεύει την ύπαρξη T-λεμφοκυττάρων ειδικών για το παθογόνο *M. tuberculosis* (MTB) στο περιφερικό αίμα. Η εξέταση βασίζεται στα παρακάτω.

Δείγμα περιφερικού αίματος του εξεταζόμενου επωάζεται με αντιγόνα του MTB για 16 - 24 ώρες. Τα αντιγονοπαρουσιαστικά κύτταρα που υπάρχουν στο αίμα θα επεξεργασθούν τα αντιγόνα και θα τα παρουσιάσουν στα T-λεμφοκύτταρα του δείγματος. Εάν υπάρχουν ειδικά για τα αντιγόνα MTB T-λεμφοκύτταρα, θα αναγνωρίσουν το σύμπλεγμα αντιγόνου και Μείζονος Συστήματος Ισοσυμβατότητας και θα απαντήσουν με παραγωγή IFN-γ, η συγκέντρωση της οποίας προσδιορίζεται στη συνέχεια (Θετικό Αποτέλεσμα). Εάν δεν υπάρχουν ειδικά για τα αντιγόνα-MTB-T λεμφοκύτταρα, δε θα υπάρξει καμία αναγνώριση και κατά συνέπεια καμία παραγωγή IFN-γ (Αρνητικό Αποτέλεσμα).

Ως αρνητικός μάρτυρας εξετάζεται το δείγμα αίματος χωρίς την προσθήκη των αντιγόνων MTB και το αναμενόμενο αποτέλεσμα είναι αρνητικό (μη παραγωγή IFN-γ). Ως θετικός μάρτυρας εξετάζεται το δείγμα αίματος πάλι χωρίς την προσθήκη αντιγόνων MTB, αλλά παρουσία μιτογόνου ουσίας, η οποία «εξαναγκάζει» τα T-λεμφοκύτταρα να παράγουν IFN-γ και το αναμενόμενο αποτέλεσμα είναι θετικό. Σε περίπτωση κατά την οποία ο θετικός μάρτυρας δεν επάγει την παραγωγή IFN-γ και ταυτόχρονα δεν έχει συμβεί αναγνώριση των αντιγόνων MTB στο αντίστοιχο σωληνάριο, το αποτέλεσμα δίδεται ως Απροσδιόριστο (indeterminate) και συνιστάται νέα αιμοληψία και εξέταση.

Είδη εξετάσεων

Υπάρχουν δύο εκδοχές μέτρησης της παραγωγής IFN-γ. Η πρώτη ανιχνεύει άμεσα την ποσότητα της IFN-γ χρησιμοποιώντας την μεθοδολογία Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay (ELISA). Στη δεύτερη προσδιορίζεται ο αριθμός των T-λεμφοκυττάρων που παρήγαγαν IFN-γ χρησιμοποιώντας την μεθοδολογία Enzyme-Linked Immuno-Spot assay (ELISPOT). Οι μέθοδοι χωρίζονται επίσης σε εμπορικές και In-House. Οι πρώτες αποτελούν προτυποποιημένες εξετάσεις (kits) που κυκλοφορούν στο εμπόριο, περιλαμβάνουν όλα τα αντιδραστήρια και είναι έτοιμες για εφαρμογή από το διαγνωστικό εργαστήριο, ενώ στις δεύτερες η μεθοδολογία αναπτύσσεται από το ίδιο το ερευνητικό εργαστήριο.

Εξεταζόμενα αντιγόνα

Τα αντιγόνα που χρησιμοποιούνται στην εξέταση συχνά διαφέρουν μεταξύ των μεθόδων. Τα πιο σημαντικά αποτελούν οι πρωτεΐνες Early Secretory Antigenic Target-6 (ESAT-6) και Culture Filtrate Protein – 10 (CFP-10), οι οποίες φαίνεται ότι υπάρχουν σε όλα τα στελέχη *M. tuberculosis*. Μεταξύ των στελεχών *M. bovis* ανιχνεύονται μόνο σε παθογόνα στελέχη και επομένως όχι σε στελέχη του εμβολίου BCG. Δεν ανιχνεύονται επίσης στα NTM με την εξαίρεση των *M. kansasii*, *M. szulgai*, *M. marinum* και *M. leprae*.

4. Μεθοδολογία IGRA

A. Εμπορικές μέθοδοι

Οι δύο διαθέσιμες εμπορικές μέθοδοι είναι οι εξής:

- (1) Η QuantiFERON-TB (Cellestis Limited, Victoria, Australia) που χρησιμοποιεί ως κλινικό δείγμα ολικό αίμα και μεθοδολογία ELISA για τη μέτρηση της IFN-γ. Στην αρχική της μορφή (QuantiFERON-TB) χρησιμοποιήθηκε ως αντιγόνο το PPD και είχε λάβει έγκριση από το FDA μόνον για τη διάγνωση της Λαν-TB. Η αντικατάσταση του αντιγόνου (ESAT-6 και CFP-10 αντί της PPD) οδήγησε στην QuantiFERON-TB Gold, η οποία ενεκρίθη από το FDA (2005) για τη διάγνωση των Λαν-TB και Εν-TB. Η προσθήκη ενός ακόμα αντιγόνου (TB7.7) και η απλοποίηση της μεθοδολογίας οδήγησε στην QuantiFERON-TB Gold In-Tube, η οποία αποτελεί και τη διαθέσιμη μέθοδο στην Ελλάδα και άλλες ευρωπαϊκές χώρες.
- (2) Η T SPOT TB (Oxford Immunotec, Oxford, UK) χρησιμοποιεί ως κλινικό δείγμα απομονωμένα λευκά του περιφερικού αίματος και μεθοδολογία ELISPOT για τον προσδιορισμό του αριθμού των T-λεμφοκυττάρων που παρήγαγαν IFN-γ. Οι πρωτεΐνες ESAT-6 και CFP-10 αποτελούν τα εξεταζόμενα αντιγόνα. Η εξέταση είναι διαθέσιμη σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και αναμένει έγκριση από το FDA.

Διαφορές στα χαρακτηριστικά των δύο εμπορικών μεθόδων

- (1) Οι διαφορές μεταξύ των T SPOT TB και QuantiFERON-TB In-Tube είναι σημαντικές και περιλαμβάνουν το είδος του κλινικού δείγματος, την ποσότητα των λευκών που εξετάζονται, το είδος των αντιγόνων και τη μέθοδο ανάγνωσης του αποτελέσματος, αλλά και το χρονικό διάστημα μέσα το οποίο απαιτείται να αρχίσει η εξέταση. Η T SPOT TB αποτελεί την πιο περίπλοκη εξέταση από τις δύο (αποτελεί ουσιαστικά μέθοδο κυτταροκαλλιέργειας), απαιτεί άμεση επεξεργασία του δείγματος και διενέργεια του τεστ, ενώ χαρακτηρίζεται από περισσότερους χειρισμούς και υψηλότερο κόστος (55 Ευρώ/ εξέταση έναντι 24 Ευρώ/ εξέταση με την QuantiFERON-TB In-Tube, υπό την προϋπόθεση ότι εξετάζονται 28 άτομα ταυτόχρονα).
- (2) Το σημαντικό ερώτημα της διαφοράς της απόδοσης των δύο μεθόδων δεν έχει ακόμα απαντηθεί, διότι είναι μικρός ο αριθμός των συγκριτικών μελετών. Φαίνεται -και εξάλλου αναμένεται- ότι η ευαισθησία της T SPOT TB είναι η μεγαλύτερη.

B. In-House μέθοδοι

Οι περισσότερες πληροφορίες που έχουμε αναφορικά με την κλινική χρησιμότητα των IGRA προέρχονται από In-House Μεθόδους, μια και αποτελούν την πλειοψηφία των μελετών της βιβλιογραφίας. Θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι οι μέθοδοι αυτές δεν είναι προτυποποιημένες, επομένως διαφέρουν τόσο μεταξύ τους, όσο και με τις εμπορικές. Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί η πληθώρα των αντιγόνων-MTB που έχουν χρησιμοποιηθεί σε αυτές, ακόμα και όταν προέρχονται από το ίδιο εργαστήριο. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματά τους δεν αναπαράγονται αναγκαστικά από άλλες μεθόδους και δη τις προτυποποιημένες εμπορικές.

5. Αναμενόμενα πλεονεκτήματα IGRA σε σύγκριση με TST 5

Τα αναμενόμενα πλεονεκτήματα της νέας μεθοδολογίας σε σύγκριση με την εξέταση TST είναι πολλά και περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

1. Δε χρειάζεται δεύτερη επίσκεψη του ασθενούς (υπό την προϋπόθεση ότι το αποτέλεσμα δεν είναι απροσδιόριστο).
2. Το αποτέλεσμα είναι (θεωρητικά) διαθέσιμο σε 24 ώρες.
3. Μεγαλύτερη ειδικότητα σε ασθενείς που έχουν εμβολιασθεί με BCG.
4. Μεγαλύτερη ειδικότητα σε άτομα που νοσούν από NTM.
5. Η ενσωμάτωση εσωτερικού θετικού μάρτυρα εξασφαλίζει τη διάκριση μεταξύ ψευδώς αρνητικών (λόγω ανοσοκαταστολής) και αληθώς αρνητικών αποτελεσμάτων.

6. Συστάσεις οργανισμών αναφορικά με την εφαρμογή των IGRA

Οι συστάσεις του CDC αφορούν αποκλειστικά στην εξέταση QFT-Gold, η οποία έχει εγκριθεί από το FDA. Συνοπτικά, συστήνεται ότι η εξέταση μπορεί να εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις που εφαρμόζεται και το TST. Διευκρινίζεται ότι η εξέταση χρησιμοποιείται αντί του TST (και όχι μαζί με το TST).

Αντίθετα, από το National Institute for Health and Clinical Excellence της Μεγάλης Βρετανίας συστήνεται η εφαρμογή της εξέτασης για τη διάγνωση της Λαν-TB. Προτείνεται η εξής στρατηγική: ο αρχικός έλεγχος (screening) γίνεται με TST και σε θετικό αποτέλεσμα (ή σε περίπτωση αναξιόπιστου αποτελέσματος) εφαρμόζεται η IGRA για την επιβεβαίωση του αποτελέσματος. Θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι δεν υπάρχουν μελέτες εφαρμογής της στρατηγικής αυτής.

7. Δεδομένα και ερωτήματα

Από τη μέχρι τώρα εφαρμογή των μεθόδων, προκύπτουν τα παρακάτω δεδομένα και ερωτήματα:

1. Υπάρχει πολύ καλή στατιστική συσχέτιση μεταξύ αποτελεσμάτων TST και IGRA. Σε πληθυσμούς εμβολιασμένων με BCG και σε ασθενείς με νόσο από NTM, οι IGRA δίδουν λιγότερα θετικά αποτελέσματα.
2. Σε επιδημιολογικές μελέτες υπάρχει καλύτερη συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων των IGRA και του βαθμού έκθεσης στη νόσο σε σύγκριση με αυτά της TST.
3. Είναι δεδομένο ότι οι IGRA δεν μπορούν να διακρίνουν μεταξύ Λαν-TB και Εν-TB. Η ευαισθησία τους στη διάγνωση της Εν-TB δεν έχει ακόμα καθοριστεί. Σε εργασίες που εφαρμόστηκε η ίδια εμπορική μέθοδος με στόχο τη διάγνωση της Εν-TB, η μέση ευαισθησία της αντιστοιχούσε σε 75% και το εύρος σε 55 - 89%.
4. Αντίθετα από όσα γνωρίζουμε για το TST δεν υπάρχουν δεδομένα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της προφυλακτικής θεραπείας σε άτομα με θετική εξέταση IGRA που βρίσκονται σε κίνδυνο εξέλιξης της λοίμωξης σε Εν-TB. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει gold standard για τη διάγνωση της λανθάνουσας φυματίωσης, πώς μπορούμε να αξιολογήσουμε τα αποτελέσματα των IGRA;
5. Σε ορισμένες μελέτες έχει αναφερθεί υψηλό ποσοστό απροσδιόριστων αποτελεσμάτων (έως 21,4%) και συσχέτισή τους με παρουσία ανοσοκαταστολής και μικρή ηλικία. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι η εξέταση δεν είναι χρήσιμη σε τέτοιους πληθυσμούς.
6. Οι περισσότερες μελέτες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία έχουν γίνει χρησιμοποιώντας In-House IGRA. Οι δύο εμπορικές μέθοδοι δεν αναπαράγουν αναγκαστικά τα αποτελέσματα των In-House μεθόδων.
7. Ήδη διαφαίνεται στη βιβλιογραφία το πρόβλημα της διαφορετικής απόδοσης των δύο εμπορικών μεθόδων. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει «gold standard» στη διάγνωση της Λαν-TB, πώς θα ξεχωρίσουμε εάν η μία είναι περισσότερο ευαίσθητη ή η άλλη λιγότερο ειδική;
8. Εκκρεμεί ακόμα η ανάλυση κόστους - αποτελέσματος της εφαρμογής της νέας αυτής εξέτασης.

Συμπέρασμα

Οι εμπορικές μέθοδοι ανίχνευσης παραγωγής της ΙΦN-γ αποτελούν ένα πολλά υποσχόμενο νέο «εργαλείο» που μπορεί να χρησιμεύσει στη διάγνωση της φυματίωσης. Ωστόσο, η αξιολόγηση των μεθόδων αυτών δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί και επομένως χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην εφαρμογή τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Menzies, D., Pai, M., Comstock, G. **Meta-analysis: new tests for the diagnosis of latent tuberculosis infection: areas of uncertainty and recommendations for research.** Ann Intern Med, 2007, 146:340-354.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. **Clinical Guideline 33. Tuberculosis: clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control.** NICE, London, UK (2006). www.nice.org.uk/page.aspx?o=CG033NICEguideline.
- Pai, M., Riley, LW., Colford, J.M. **Interferon-γ assays in the immunodiagnosis of tuberculosis: a systematic review.** Lancet Infect Dis, 2004, 4:761-776.
- Pai, M., Kalantri, S., Dheda, K. **New tools and emerging technologies for the diagnosis of tuberculosis: Part I.** Expert Rev Mol Diagn, 2006, 6:413-422.
- US Centers for Disease Control and Prevention guidelines on QuantiFERON-TB GOLD. www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5415a4.htm.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.5

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΣΧΕΔΙΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΠΟΥ ΘΕΤΕΙ ΣΕ ΔΙΑΚΙΝΔΥΝΕΥΣΗ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Έχοντας υπ' όψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων Α.Ν. 2520 της 27 Αυγ./4 Σεπτ. 1940 (ΦΕΚ Α' 273) «Περί υγειονομικών διατάξεων».
2. Τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 20 Ν. 3172/2003 ΦΕΚ Α' 197 6.8.2003 «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες Διατάξεις».
3. Τα άρθρα 5 παρ. 5 και 21 παρ. 3 του Συντάγματος.
4. Την ερμηνευτική δήλωση του άρθρου 5 παρ. 4 του Συντάγματος.
5. Την επιτακτική ανάγκη προστασίας της υγείας ατόμων που έχουν μολυνθεί από φυματίωση που θέτει σε διακινδύνευση τη Δημόσια Υγεία.
6. Την επιτακτική ανάγκη προστασίας της Δημόσιας Υγείας από τη μετάδοση της φυματίωσης που θέτει σε κίνδυνο τη Δημόσια Υγεία.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Άρθρο 1

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας Υγειονομικής Διάταξης είναι:

1. Η προστασία της υγείας και ο έλεγχος:
 - α. ατόμων που έχουν μολυνθεί από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (M. tuberculosis complex),
 - β. ασθενών που έχουν μολυνθεί από ανθεκτικά στελέχη του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης (M. tuberculosis complex),
 - γ. ασθενών με συνοδό χρήση αντιρετροϊκών ή μεθαδόνης,
 - δ. ασθενών με φυματίωση που ανήκουν σε πληθυσμούς αυξημένου κινδύνου μετάδοσης της νόσου όπως π.χ. κρατούμενοι σε σωφρονιστικά καταστήματα, μαθητές σε σχολεία, φιλοξενούμενοι σε γηροκομεία, μετανάστες από χώρες με αυξημένη επίπτωση φυματίωσης.
2. Η προστασία τρίτων ατόμων από τη μετάδοση της νόσου.
3. Η προστασία της Δημόσιας Υγείας εν γένει.
4. Κάθε άτομο έχει δικαίωμα προστασίας του εννόμου αγαθού της υγείας και οι δημόσιοι φορείς είναι υποχρεωμένοι να διασφαλίζουν αυτό το δικαίωμα.
5. Η προστασία Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών των ασθενών, των ατόμων που έχουν έλθει σε επαφή με άτομα που έχουν μολυνθεί, των «ύποπτων» ή «πιθανών» κρουσμάτων, όπως ορίζονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και Διεθνή Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, καθώς και τρίτων στο βαθμό που δεν τίθεται σε διακινδύνευση η Δημόσια Υγεία.

Άρθρο 2

Περιπτώσεις ασθενών με φυματίωση που θέτουν σε διακινδύνευση τη Δημόσια Υγεία

1. Πνευμονική φυματίωση με θετικό άμεσο επίχρισμα πτυέλων για οξεάντοχα μυκοβακτηρίδια φυματίωσης λόγω της μεγάλης μολυσματικότητας. Θα πρέπει να ακολουθεί άμεση ταυτοποίηση του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης (M. tuberculosis complex) με τις εκάστοτε ισχύουσες σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους.
2. Ασθενείς με φυματίωση από ανθεκτικά στελέχη του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης (M. tuberculosis complex).
3. Ασθενείς με συνοδό χρήση αντιρετροϊκών ή μεθαδόνης.
4. Ασθενείς με φυματίωση που ανήκουν σε πληθυσμούς αυξημένου κινδύνου μετάδοσης της νόσου, όπως π.χ. κρατούμενοι σε σωφρονιστικά καταστήματα και μετανάστες από χώρες με αυξημένη επίπτωση φυματίωσης.
5. Ασθενείς στους οποίους χορηγούνται σχήματα θεραπείας λανθάνουσας φυματιώδους λοίμωξης, οι οποίοι θεωρούνται υψηλού κινδύνου για εμφάνιση νόσου (π.χ. συγγενείς ή συγκρατούμενοι ή συγκάτοικοι ασθενών που λαμβάνουν άμεσα επιβλεπόμενη θεραπεία καθώς και μετανάστες από χώρες με αυξημένη επίπτωση φυματίωσης ή HIV θετικοί ασθενείς).

Άρθρο 3

Μέτρα για την προστασία της Δημόσιας Υγείας από φυματίωση που θέτει σε διακινδύνευση τη Δημόσια Υγεία

Μέτρα για την προστασία της Δημόσιας Υγείας από φυματίωση που θέτει σε διακινδύνευση τη Δημόσια Υγεία, κατά περίπτωση, είναι:

1. Ενημέρωση του κοινού για λήψη προφυλακτικών μέτρων.
2. Ενημέρωση και ψυχοκοινωνική στήριξη του ασθενούς.
3. Υποχρέωση από τα νοσοκομεία και όλες τις υγειονομικές αρχές για άμεση διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία, δωρεάν σε οποιονδήποτε πολίτη βρεθεί στη χώρα, καθώς και αναγγελία στις αρχές, όπως ο νόμος ορίζει.
4. Η ως άνω υποχρέωση ισχύει και για μη νομιμοποιημένους μετανάστες, για τους οποίους η αγωγή είναι δωρεάν, η πρόσβαση σε διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία και εν γένει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την αντιμετώπιση της φυματίωσης ελεύθερη. Για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται αγωγή, ακόμη και άμεσα επιβλεπόμενη θεραπεία, μη νομιμοποιημένοι μετανάστες έχουν δικαίωμα παραμονής και εργασίας.
5. Η ως άνω υποχρέωση ισχύει και για ανασφάλιστα και οικονομικά αδύνατα άτομα, ακόμη και αν η κατάσταση είναι πρόσκαιρη και δεν έχουν συγκεντρώσει όλα τα νομιμοποιητικά έγγραφα απόδειξης της οικονομικής αδυναμίας.
6. Η ως άνω υποχρέωση ισχύει για κάθε άτομο που δηλώνει ότι έχει έλθει σε επαφή με άτομο που έχει μολυνθεί ή αποτελεί «πιθανό» ή «ύποπτο» κρούσμα.
7. Άμεσα επιβλεπόμενη θεραπεία.
8. Υποχρεωτική νοσηλεία, με εισαγγελική παραγγελία, όπως κατωτέρω ορίζεται.

Άρθρο 4

Περαιτέρω μέτρα

1. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται σε περιπτώσεις συγχρωτισμού ατόμων, ιδίως σε χώρους εργασίας, σχολεία, σωφρονιστικά καταστήματα, ψυχιατρεία, στρατώνες. Ως πρόσφορο μέτρο μπορεί να κριθεί από την εισαγγελική αρχή, μετά από αίτηση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., η υποχρεωτική αποχή του ασθενούς από δραστηριότητες ή μεταφορά σε νοσηλευτικό ίδρυμα, κατά περίπτωση και ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου, αν τίθεται σε κίνδυνο η υγεία τρίτων.
2. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις, προκειμένου να αποφευχθεί η εξάπλωση, με προσωρινό κλείσιμο κάθε χώρου ή μέσου που προκαλεί κίνδυνο για την εξάπλωση της νόσου.
3. Ως μέτρο μπορεί να τίθεται από την εισαγγελική αρχή, μετά από αίτηση του Διευθυντή του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., μετά γνώμη των Επιτροπών Φυματίωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και αίτησή του προς τον εισαγγελέα ακροάσεως και εισαγγελική παραγγελία, η απομόνωση ατόμων με μεταδοτική πνευμονική φυματίωση σε νοσηλευτικό ίδρυμα ή στο σπίτι τους, έως ότου δεν θεωρούνται πια μολυσματικοί. Οι αστυνομικές αρχές και κατά περίπτωση σώματα ασφαλείας λαμβάνουν κάθε πρόσφορο μέτρο για την ορθή εφαρμογή στην πράξη αυτού του μέτρου.
4. Τα ως άνω μέτρα του παρόντος και προηγούμενου άρθρου μπορεί να ληφθούν με την ίδια διαδικασία και αν ο ασθενής αποτελεί κίνδυνο για τη Δημόσια Υγεία λόγω του ότι είναι μη ικανός ή υπό δικαστική συμπαράσταση.
5. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις αύξησης των κρουσμάτων μπορεί να διαταχθεί επίταξη χώρων, ιδίως ξενοδοχείων ή άλλων κατάλληλων κτιρίων, τα οποία θα μπορούν να λειτουργήσουν ως φορείς παροχής πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.
6. Με τις προβλεπόμενες διαδικασίες μπορεί να ληφθεί κάθε άλλο πρόσφορο μέσο σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, των εκάστοτε ισχυόντων Διεθνών Υγειονομικών Κανονισμών και των εκάστοτε ισχυόντων κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης.
7. Δεν στοιχειοθετούνται τα αδικήματα κατά περίπτωση της παράνομης βίας (Π.Κ. 330) ή φθοράς ξένης ιδιοκτησίας (Π.Κ. 381) ή παραβίασης οικιακού ασύλου (Π.Κ. 241) ή συναφών αδικημάτων,

εφόσον υγειονομικοί ή άλλα πρόσωπα βάσει της παρούσης ενεργούν στα πλαίσια του παρόντος και με σκοπό την προστασία των εννόμων αγαθών της παρούσης.

8. Τα μέτρα αυτού και του προηγούμενου άρθρου πρέπει να είναι τα λιγότερο επαχθή για τον ασθενή ή τρίτο, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρούσα, και να σέβονται κατά το δυνατόν τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τις Ατομικές Ελευθερίες των ασθενών βάσει της αρχής της αναλογικότητας του άρθρου 21 παρ. 1 εδ. 3 του Συντάγματος. Αυτό σημαίνει (α) την πρόβλεψη της χρονικής διάρκειας του επαχθούς μέτρου εκάστοτε και την επανεξέτασή του άμεσα με τη λήψη των μέτρων και (β) την αυτόματη και αυτεπάγγελτη από την αρχή άρση του αμέσως μόλις περάσει ο κίνδυνος για τη Δημόσια Υγεία, ακόμη και αν δεν έχει συμπληρωθεί ο προβλεπόμενος χρόνος.

Άρθρο 5

Άμεσα επιβλεπόμενη θεραπεία

1. Η άμεσα επιβλεπόμενη θεραπεία συνιστάται κατά κύριο λόγο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών με ενεργό φυματίωση όπως ενδεικτικά αναφέρονται σε άρθρο 2 της παρούσας και αποφασίζεται από πνευμονολόγο - φυματιολόγο.
2. Υπεύθυνος για τη χορήγηση της άμεσα επιβλεπόμενης θεραπείας θα είναι το υγειονομικό προσωπικό (π.χ. γιατρός, νοσηλεύτρια) από το αρμόδιο υγειονομικό κατάστημα της περιοχής (π.χ. Αντιφυματικό - Πνευμονολογικό Ιατρείο του νοσοκομείου, Διεύθυνση Υγείας Νομαρχίας, περιφερικά ιατρεία) αναλόγως των δυνατοτήτων τους.
3. Σε περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής αρνείται να λάβει την άμεσα επιβλεπόμενη θεραπεία ή τη λαμβάνει για οποιοδήποτε λόγο ελλιπώς, με κίνδυνο ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών και επομένως κίνδυνο για τη Δημόσια Υγεία, ο υπεύθυνος του Αντιφυματικού - Πνευμονολογικού Ιατρείου ή ο θεράπων γιατρός και κάθε άλλος υγειονομικός που περιέρχεται το γεγονός στην αντίληψή του, καθώς και κάθε πολίτης ενημερώνουν αμελλητί τον εισαγγελέα Πλημμελειοδικών της Περιφέρειας, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) και το Νομίατρο.
4. Η εισαγγελική αρχή θα κινηθεί για την ολοκλήρωση της θεραπείας με χρήση ως εσχάτου μέσου ακόμη και της προσωπικής κράτησης του ασθενούς σε αρμόδιο υγειονομικό κατάστημα ή και σε κρατητήριο.
5. Συνιστάται η χορήγηση άμεσα επιβλεπόμενης θεραπείας στα ως άνω αναφερόμενα άτομα με εξασφάλιση καταρχήν της προσωπικής τους συναίνεσης και της συνεχούς παρακολούθησής τους από τις αρμόδιες αρχές.
6. Εάν αυτή δεν είναι εφικτή, θα πρέπει να εξετάζεται από την εισαγγελική αρχή, μετά από αίτηση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., το ενδεχόμενο κράτησης των συγκεκριμένων ασθενών στο αρμόδιο υγειονομικό κατάστημα ή σε άλλο κατάλληλο χώρο μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Άρθρο 6

Χρόνος επιβολής των μέτρων

1. Ο χρόνος επιβολής των μέτρων εξαρτάται από την εκάστοτε βιοτική περίπτωση.
2. Ο θεράπων γιατρός, σε συνεργασία με το αρμόδιο Αντιφυματικό - Πνευμονολογικό Ιατρείο καθορίζει το χρόνο που μπορεί να διαρκέσουν τα μέτρα και ιδίως η άμεσα επιβλεπόμενη θεραπεία. Έτσι μπορεί να προϋπολογίσει 6 έως και 24 μήνες, ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ασθενούς και την επιθετικότητα της ασθένειας, ιδίως όταν πρόκειται για ανθεκτικά βακτηρίδια.
3. Μετά από το χρονικό διάστημα που έχει τεθεί, γίνεται επανεξέταση του ασθενούς και εκτιμάται με ιατρικά κριτήρια, ιδίως και βάσει των παρ. 9 και 10 άρθρ. 3 της παρούσας, οπότε είτε επανεκτιμάται ότι απαιτείται νέο χρονικό όριο ισχύος των μέτρων ή, με ευθύνη του πνευμονολόγου - φυματιολόγου, αίρονται άμεσα τα περιοριστικά μέτρα.

Άρθρο 7

«Υποπτα» ή «πιθανά» κρούσματα

1. Μέτρα περιοριστικά μπορεί να ισχύσουν και σε περιπτώσεις ατόμων τα οποία είναι πιθανόν να έχουν έλθει σε επαφή με μολυσμένα άτομα ή άτομα που είναι κατά τα διεθνή οριζόμενα «υποπτα» ή «πιθανά» κρούσματα.
2. Σε αυτές τις περιπτώσεις επιτρέπεται η υποχρεωτική εξέταση και κατά περίπτωση νοσηλεία των ατόμων με εντολή του Διευθυντή του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. μετά από κοινή γνωμοδότηση της Επιτροπής Φυματίωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., η οποία εκδίδεται κατά περίπτωση, και μετά από αίτηση του Διευθυντή του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. προς τον εισαγγελέα, εισαγγελική παραγγελία.

Άρθρο 8

Άλλα μέτρα

Με την ίδια διαδικασία μπορεί να ληφθούν και άλλα μέτρα, π.χ. αναστολή ή διακοπή λειτουργίας καταστημάτων ή οποιασδήποτε εμπορικής επιχείρησης ή οποιοσδήποτε νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου. Τα μέτρα αυτά διαρκούν όσο διαρκεί ο κίνδυνος για τη Δημόσια Υγεία.

Άρθρο 9

Μετανάστες

1. Είναι υποχρεωτικός ο προληπτικός έλεγχος μεταναστών για φυματίωση, ως προϋπόθεση εισόδου και περαιτέρω παραμονής στη χώρα.
2. Για τη λήψη άδειας παραμονής αλλοδαπών θα πρέπει να διενεργείται ακτινογραφία θώρακος και φυματινοαντίδραση.
3. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις του παρόντος.
4. Η εφαρμογή των ανωτέρω είναι ευθύνη των ειδικών υγειονομικών αρχών της χώρας.

Άρθρο 10

Εισαγγελική παραγγελία

1. Η εισαγγελική παραγγελία δίδεται από τον οικείο εισαγγελέα Πλημμελειοδικών μετά από εισήγηση του Διευθυντή του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), μετά γνωμοδότηση της Επιτροπής Φυματίωσης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. για συγκεκριμένο κίνδυνο για τη Δημόσια Υγεία.
2. Η εισαγγελική παραγγελία δεσμεύει όλες τις υπηρεσίες του κράτους, ιδίως τις αστυνομικές δυνάμεις, λιμενικό, εν γένει σώματα ασφαλείας, μέσα μεταφοράς από αέρα, θάλασσα, ξηρά, καθώς και ιδιώτες, π.χ. καταστήματα, ιδιωτικά μέσα μεταφοράς.

Άρθρο 11

Αντιρρήσεις επί εισαγγελικής παραγγελίας

1. Κάθε φορά θα χρησιμοποιείται η πειθώς και με κατάλληλη ενημέρωση και ψυχοκοινωνική στήριξη. Τα εξαναγκαστικά μέτρα ισχύουν μόνο όταν υπάρχει απόλυτη ιατρική ένδειξη και ο ασθενής ή τα άτομα που αναφέρονται στην παρ. 1 του παρόντος άρθρου δεν συμμορφώνονται με τα μέτρα που είναι αναγκαίο να ληφθούν για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.
2. Ασθενείς με φυματίωση της παρ. 1 του παρόντος άρθρου ή όσοι έχουν άμεσα και ενεστώς έννομο συμφέρον και πληττονται άμεσα από μέτρα που προβλέπονται στην παρούσα, έχουν δικαίωμα αντιρρήσεων εναντίον επιτασσόμενων εκάστοτε μέτρων, ιδίως όπως ορίζονται σε άρθρα 5 και 6 της παρούσας, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 7 του Ν. 3172/2003.

Άρθρο 12

Δικαιώματα ασθενών και άλλων ατόμων

1. Η παρούσα αποτελεί θεμιτή συρρίκνωση των δικαιωμάτων του ασθενούς ή των ατόμων που έχουν έλθει σε επαφή με μολυσμένα άτομα ή των «ύποπτων» ή «πιθανών» κρουσμάτων.
2. Διατηρούνται επομένως όλα τα λοιπά δικαιώματα, ιδίως το δικαίωμα στην υγεία, στην αξιοπρέπεια του ασθενούς, στην ενημέρωσή του και, κατά το δυνατόν, στη λήψη συναίνεσής του, στην παράλειψη διακρίσεων, ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενούς, του ιατρικού απορρήτου και των προσωπικών του δεδομένων και όλα τα λοιπά δικαιώματα του ασθενούς που απορρέουν από το Σύνταγμα, την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Σ.Δ.Α.) και τις διεθνείς διακηρύξεις περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
3. Οι ασθενείς πάντοτε ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους, την πορεία αυτής μετά τη λήψη θεραπείας, καθώς και έχουν δικαίωμα λήψης των ιατρικών τους αρχείων.
4. Δεν πρέπει να λησμονείται ότι τα μέτρα αποσκοπούν πάντοτε και στη βελτίωση ή μη επιδείνωση της υγείας του ίδιου του ασθενούς ή των ατόμων που περιγράφονται σε παρ. 1 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 13

Μέτρα κοινωνικής προστασίας

1. Αποτελεί υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει μέτρα κοινωνικής προστασίας του ασθενούς αλλά και των άμεσα εξαρτημένων από τον ασθενή ατόμων (προστατευόμενα μέλη).
2. Τα μέτρα αυτά συνίστανται όχι μόνο στο να προφυλαχθεί η υγεία τους, αλλά και η προστασία τους από διακρίσεις και κοινωνικό στιγματισμό, καθώς και η οικονομική τους ενίσχυση η οποία θα εξασφαλίζει συνθήκες αξιοπρεπούς διαβίωσης θα αποτελέσει κίνητρο θεραπείας και ταχύτερου εντοπισμού πιθανών μολυσματικών εστιών.

Άρθρο 14

Αρμοδιότητες και ευθύνες ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού

1. Τα νοσοκομεία, Αντιφυματικά - Πνευμονολογικά Ιατρεία, εν γένει Υγειονομικές Αρχές είναι υποχρεωμένα σε άμεση διάγνωση, θεραπεία και περίθαλψη των ατόμων που έχουν μολυνθεί ή είναι ύποπτα ή πιθανά κρούσματα ή έχουν έλθει σε επαφή με άτομα που έχουν μολυνθεί.
2. Τα ανθρωπίνως δικαιώματα και οι ατομικές ελευθερίες των ασθενών συρρικνώνονται μόνο στο βαθμό προκειμένου να προστατευθεί η Δημόσια Υγεία.
3. Είναι αναγκαία η συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., τις νομαρχίες, τα Αντιφυματικά Ιατρεία, ώστε να γίνεται η καλύτερη δυνατή εφαρμογή της παρούσας, και να προστατεύεται στο μέγιστο δυνατό η Δημόσια Υγεία και η απόλαυση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών των ασθενών. Στα πλαίσια αυτής της συνεργασίας ανακοινώνονται α) τα κρούσματα και β) τα αποτελέσματα μοριακής τυποποίησης και αντοχής στα αντιφυματικά φάρμακα στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
4. Οι θεράποντες γιατροί είναι υπεύθυνοι σε τήρηση των κανόνων της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, όπως επιτάσσεται βάσει των Α.Ν. 1565/1939 και Ν. 3418/2006, αλλά και των συνταγματικών διατάξεων 5 παρ. 3, 5, παρ. 5, καθώς και 2 παρ. 1 Συντάγματος, 21 παρ. 1 εδ. 3, 8 και 20. Υπέχουν δε κυρώσεις βάσει των γενικών διατάξεων του ποινικού, αστικού και πειθαρχικού δικαίου.

Άρθρο 15

Κυρώσεις για ασθενείς και τρίτους

1. Αν ασθενής με φυματίωση της παρ. 1 του άρθρου 1 της παρούσας από δόλο προσπαθεί να μεταδώσει την ασθένεια ή ενεργεί με προφανή βαριά αμέλεια υπέχει τις κυρώσεις των άρθρων Π.Κ. 309, 310, 284, 425, αν η πράξη του δεν τιμωρείται βαρύτερα από άλλες διατάξεις.

2. Αν ασθενής με φυματίωση της παρ. 1 του άρθρου 1 της παρούσας δεν υπακούει στα μέτρα της παρ. 3 που τίθενται από αρμόδιες αρχές, κατά τα ανωτέρω, υπέχει τις κυρώσεις της παρ. 8 του άρθρου 20 του Ν. 3172/2003 και Π.Κ. 284.
3. Με τις ίδιες διατάξεις της παρ. 2 κάθε άτομο που ενώ έχει έρθει σε επαφή με τη νόσο ή αποτελεί «πιθανό» ή «ύποπτο» κρούσμα ή τρίτο που ενώ εντέλλονται σε πράξεις ή παραλείψεις με εισαγγελική παραγγελία, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσας, δεν πειθαρχούν προς τις διατάξεις της παρούσας.

Η ισχύς της παρούσας αρχίζει από τη δημοσίευσή της στο Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στο Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.6

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗ ΚΑΙ ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1. Εισαγωγή

Η φυματίωση, αν και δεν είναι συχνή στη στοιχειώδη και μέση εκπαίδευση, δημιουργεί σοβαρό πρόβλημα, αφενός διότι μπορεί να προκληθεί μικροεπιδημία και αφετέρου επειδή έχει ισχυρό ψυχολογικό αντίκτυπο, λόγω της κοινωνικής ευαισθησίας για την ηλικιακή ομάδα των μαθητών.

2. Αντιφυματικός εμβολιασμός με BCG

Όλα τα παιδιά, κατά την είσοδό τους στη στοιχειώδη εκπαίδευση στην ηλικία των 6 ετών, που έχουν αρνητική ή αμφίβολη Mantoux, εμβολιάζονται με BCG, σύμφωνα με την εγκύκλιο της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Παιδιά με θετική Mantoux και φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος, υποβάλλονται σε θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη), με Ισονιαζίδη για 9 μήνες. Σε περίπτωση παθολογικής ακτινογραφίας, ακολουθεί περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Ο εμβολιασμός με BCG, μπορεί να εφαρμοσθεί σε μικρότερη ηλικία, δηλαδή 0 - 6 ετών, εάν υπάρχει περιβάλλον αυξημένου κινδύνου, όπως η ύπαρξη πάσχοντος στην οικογένεια ή η διαβίωση σε κοινωνική ομάδα με μεγάλη επίπτωση της φυματίωσης.

Παιδιά με αρνητική Mantoux, που δεν εμβολιάζονται για οποιοδήποτε λόγο, παρακολουθούνται με φυματινοαντίδραση Mantoux, ανά διετία.

3. Έλεγχος προσωπικού

Όλο το προσωπικό, εκπαιδευτικό και μη, που ήδη υπηρετεί και στη συνέχεια κάθε προσλαμβανόμενος, υποβάλλεται σε φυματινοαντίδραση Mantoux. Οι έχοντες θετική Mantoux, υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακος. Οι έχοντες παθολογική ακτινογραφία θώρακος, υποβάλλονται σε περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση.

Οι έχοντες θετική Mantoux και φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος, υποβάλλονται σε θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη) με Ισονιαζίδη για 9 μήνες, εφόσον πρόκειται για άτομα νεαρής ηλικίας και δεν έχουν εμβολιασθεί με BCG. Εάν έχει προηγηθεί BCG, θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί η αντίδραση με τον προσδιορισμό της γ-Ιντερφερόνης, πριν χορηγηθεί η θεραπεία. Οι λοιποί, υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακος ανά διετία.

Στους έχοντες αρνητική Mantoux, συστήνεται εμβολιασμός με BCG. Σε αντίθετη περίπτωση, υποβάλλονται σε φυματινοαντίδραση Mantoux, ανά διετία. Σε περίπτωση μετατροπής της Mantoux, χωρίς κλινικοεργαστηριακά ευρήματα, χορηγείται θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη), ενώ παράλληλα ελέγχεται το περιβάλλον για ενδεχόμενη ανεύρεση της πηγής μόλυνσης.

4. Έλεγχος σε περίπτωση κρούσματος μεταδοτικής φυματίωσης

Οι προτεραιότητες και ο κύκλος των επαφών, καθορίζονται με βάση τα χαρακτηριστικά της περίπτωσης αναφοράς, τα σπουδαιότερα των οποίων είναι η ηλικία, η εντόπιση της νόσου, το αποτέλεσμα του ελέγχου του άμεσου παρασκευάσματος πτυέλων για β-Koch και της ενδεχόμενης PCR, καθώς και των ακτινολογικών ευρημάτων. Οι ασθενείς με σπηλαιώδη φυματίωση και θετικά τα πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα είναι οι πλέον μεταδοτικοί. Οι ασθενείς με φυματιώδη πλευρίτιδα χρειάζονται έλεγχο, δεδομένου ότι αποτελεί εκδήλωση πρωτοπαθούς φυματίωσης και ενίοτε τα πτύελα είναι θετικά. Στις λοιπές περιπτώσεις εξωπνευμονικής φυματίωσης δεν απαιτείται έλεγχος του περιβάλλοντος, εκτός εάν συνυπάρχει πνευμονική ή λαρυγγική εντόπιση.

Στο γενικό πληθυσμό, ένας άρρωστος με φυματίωση, εάν έχει θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα, μεταδίδει το μυκοβακτηρίδιο σε ένα άτομο το μήνα, ενώ με αρνητικά πτύελα, σε ένα άτομο το εξάμηνο. Επαφές στενού κύκλου είναι τα άτομα που ζουν υπό την ίδια στέγη. Επαφές ευρύτερου κύκλου, αποτελούν τα άτομα του εργασιακού ή του κοινωνικού περιβάλλοντος. Το σύνολο των ατόμων αυτών, κυμαίνεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της περίπτωσης αναφοράς, αλλά κατά μέσο όρο, είναι περί τα 10. Από αυτά, το 20 - 30% αναμένεται να βρεθούν με λανθάνουσα φυματίωση, ενώ το 1% θα νοσήσει.

Στην περίπτωση όμως της εκπαιδευτικής κοινότητας, οι συνθήκες μεταδοτικότητας διαφοροποιούνται και ο αριθμός των ατόμων προς έλεγχο είναι πολύ μεγαλύτερος. Εάν πρόκειται για πάσχοντα με θετικά πτύελα, από το εκπαιδευτικό προσωπικό, ο έλεγχος επεκτείνεται σε όλες τις τάξεις που ο εκπαιδευτικός είχε δραστηριότητα, αλλά και στο λοιπό περιβάλλον συναδέλφων, συνεργατών και υπαλλήλων, που ο ασθενής είχε επαφές. Εάν ο πάσχων έχει αρνητικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα, ο αριθμός των ατόμων προς έλεγχο περιορίζεται ανάλογα. Εάν ο πάσχων είναι από το υπαλληλικό προσωπικό, ο αριθμός των ατόμων προς έλεγχο περιορίζεται ανάλογα με τη δραστηριότητα και την επαφή του με το μαθητικό πληθυσμό και το υπόλοιπο προσωπικό.

Ο έλεγχος επεκτείνεται στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντος, προς εντόπιση τυχόν μολυνθέντων ή την ανεύρεση της πηγής μόλυνσης.

Σε κάθε περίπτωση, η επιδημιολογική διερεύνηση θα καθορίσει τον αριθμό των ατόμων που θα ελεγχθούν, αλλά και το ενδεχόμενο περαιτέρω διεύρυνσης του κύκλου επαφών προς έλεγχο.

Ο έλεγχος των επαφών συντελείται με φυματιοαντίδραση Mantoux. Η φυματιοαντίδραση Mantoux, για τα άτομα πρόσφατης επαφής με φυματίωση, θεωρείται θετική, όταν η εγκάρσια διάμετρος της είναι ίση ή πάνω από τα 5 χιλιοστά.

Όσοι έχουν θετική Mantoux, υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακος. Εάν υπάρχει παθολογικό εύρημα, ακολουθεί περαιτέρω διερεύνηση. Εάν η ακτινογραφία θώρακος είναι φυσιολογική, τα μεν παιδιά και έφηβοι λαμβάνουν θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη) με Ισονιαζίδη για 9 μήνες, εφόσον δεν έχουν εμβολιασθεί με BCG. Εάν έχει προηγηθεί BCG θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί η αντίδραση με τον προσδιορισμό της γ-Ιντερφερόνης, πριν χορηγηθεί η θεραπεία. Οι ενήλικες τίθενται σε παρακολούθηση με ακτινογραφία θώρακος ανά εξάμηνο για 2 χρόνια.

Όσοι έχουν αρνητική Mantoux, εφόσον είναι παιδιά μέχρι 5 ετών, λαμβάνουν θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη) με Ισονιαζίδη για 3 μήνες, οπότε επαναλαμβάνεται η Mantoux. Αν αποβεί θετική, συνεχίζεται η ανωτέρω θεραπεία, μέχρι να συμπληρωθεί συνολική αγωγή 9 μηνών. Αν όμως, έχουν προστεθεί κλινικο-ακτινολογικά ευρήματα φυματίωσης, η αγωγή μετατρέπεται σε θεραπεία νόσου. Αν η Mantoux συνεχίζει να είναι αρνητική στο τρίμηνο, διακόπτεται η Ισονιαζίδη και χορηγείται το εμβόλιο BCG. Στα παιδιά άνω των 5 ετών και στους ενήλικες με αρνητική Mantoux, η φυματιοαντίδραση επαναλαμβάνεται επίσης σε 3 μήνες. Στους μετατροπείς της Mantoux, χορηγείται θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης ως ανωτέρω, αφού προηγηθεί ακτινογραφία θώρακος. Ως μετατροπή θεωρείται η αύξηση της διαμέτρου της Mantoux, πάνω από 6 χιλιοστά σε σχέση με την προηγούμενη και οπωσδήποτε, πάνω από 10 χιλιοστά, σε συνολική διάμετρο. Αν η Mantoux συνεχίζει να είναι αρνητική, συνιστάται εμβολιασμός με BCG. Σε κάθε περίπτωση, εάν υπάρξει συμπτωματολογία ύποπτη για νόσηση από φυματίωση, διενεργείται ακτινογραφία θώρακος,

ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της Mantoux.

Άτομα πρόσφατης επαφής, που είναι HIV θετικοί, ή με άλλης φύσεως ανοσοκαταστολή, λαμβάνουν θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης, έστω και με αρνητική Mantoux, αφού ελεγχθούν με ακτινογραφία θώρακος. Η χορήγηση του BCG αποφεύγεται στα άτομα αυτά, λόγω της πιθανότητας ανάπτυξης γενικευμένης νόσου.

Σε περίπτωση επαφής με πολυανθεκτική φυματίωση, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της Mantoux, απαιτείται στενή παρακολούθηση για 2 χρόνια, δεδομένου ότι, τα δευτερεύοντα φάρμακα δεν συνιστώνται για χημειοπροφύλαξη.

Για τις προτάσεις μας αυτές ελήφθησαν υπ' όψη μέτρα που λαμβάνονται σε άλλες χώρες όπως ενδεικτικά παρτίθενται.

A) Τι γίνεται σε Πολιτείες της Αμερικής

Το εκπαιδευτικό προσωπικό θα πρέπει να κάνει φυματιοαντίδραση Mantoux εντός 60 ημερών πριν την έναρξη της εκπαιδευτικής εργασίας. Εξαίρεση μπορεί να γίνει σε εκείνα τα άτομα που δεν έρχονται σε επαφή με μαθητές.

Η φυματιοαντίδραση δεν πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο. Στην περίπτωση αρνητικής φυματιοαντίδρασης η δοκιμασία θα πρέπει να επαναλαμβάνεται τουλάχιστον κάθε 4 χρόνια. Στην περίπτωση θετικής φυματιοαντίδρασης επιβάλλεται να ακολουθήσει μια ακτινογραφία θώρακος για τον αποκλεισμό της ενεργής νόσου. Μετά από αυτό, θα πρέπει να γίνεται επανάληψη των εξετάσεων κάθε τέσσερα χρόνια.

Επιβάλλεται η ύπαρξη πιστοποιητικού υγείας του εκπαιδευτικού που να δηλώνει ότι είναι απαλλαγμένος από ενεργή/ μεταδοτική φυματίωση ή ότι έχει επαναλάβει την ακτινογραφία θώρακος.

Οι ανωτέρω οδηγίες ανευρέθησαν από:

1) DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH, COUNTY OF LOS ANGELES – TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

School TB Skin Testing Requirements:

School Employee or School Volunteer Requirements

Los Angeles County

Department of Public Health

Tuberculosis Control Program

2615 S. Grand Avenue, Room 507

Los Angeles, CA 90007

Tel: (213) 744-6160 Fax: (213) 749-0926

tb@ph.lacounty.gov

<http://lapublichealth.org/tb/screening/emvoltst.html>

2) FAQs for Tuberculosis (TB) Screening Guidelines for Schools and Child Care Facilities in San Diego County

Screening guidelines are developed by the TB Control Program, with the San Diego County Health and Human Services Agency. Facilities and organizations may adopt

more stringent recommendations or requirements should they deem it appropriate.

<http://216.239.59.104/search?q=cache:esPcV7kEDKgl:www.immunization-sd.org/docs/TB%2520FAQs.pdf+tb+screening+in+teachers&hl=en&ct=clnk&cd=1&gl=gr>

3) Rhode Island Department of Health

Division of Facilities Regulation/Division of Disease Prevention and Control

Frequently Asked Questions Regarding Pre-Employment Immunization and

Testing for Health Care Workers

<http://www.health.ri.gov/disease/communicable/tb/pc-worker.php> <http://www.health.ri.gov/disease/communicable/tb/faq.pdf>

Β) Τι Γίνεται σε Χώρες της Ευρώπης

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) για τη φυματίωση εφαρμόζεται σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και ιδιαίτερα στα νέα κράτη-μέλη και στις υποψήφιες προς ένταξη στην Ε.Ε. χώρες, ιδιαίτερα στις κεντρικές και ανατολικές ευρωπαϊκές χώρες, όπως στην Ουγγαρία, στη Ρουμανία και στην Τουρκία.

Αυστρία: εξαιτίας της χαμηλής επίπτωσης της φυματίωσης στην Αυστρία, δεν υπάρχει κανένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για την φυματίωση.

Φινλανδία: η εθνική πολιτική για το πρόγραμμα screening για τη φυματίωση είναι οπορτουμιστική δηλαδή ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι βασισμένος σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Γερμανία: ο νόμος του 2000 για τον προσυμπτωματικό έλεγχο έχει τροποποιήσει τις ομάδες στόχου. Οι εκπαιδευτικοί και πολλοί άλλοι επαγγελματίες που συνδιαλέγονται με το κοινό δεν υποβάλλονται πλέον στο συνήθη προσυμπτωματικό έλεγχο, ενώ τα ηλικιωμένα άτομα σε ιδρύματα και οι αιτούντες ασύλου υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο.

Ιταλία: το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου εφαρμόζεται σε περιφερειακό επίπεδο.

Πορτογαλία: το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τη φυματίωση είναι οπορτουμιστικό δηλαδή είναι βασισμένο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Σουηδία: δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τη φυματίωση.

Αγγλία: δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τη φυματίωση.

Ρουμανία: ένα μαζικό πρόγραμμα screening για τη φυματίωση λαμβάνει χώρα στη Ρουμανία. Χιλιάδες άνθρωποι εξετάστηκαν με ακτινογραφία θώρακος: στρατιώτες, νεοσύλλεκτοι, δάσκαλοι που εργάζονται σε σχολεία (κάθε έτος), παιδιά σε παιδικό σταθμό και οι γονείς τους, ζευγάρια πριν από το γάμο και φυλακισμένοι. Επίσης σε όλα τα άτομα που εργάζονται σε βιομηχανία τροφίμων ή που είναι χειριστές τροφίμων απαιτείται μια ετήσια εξέταση ακτινογραφία θώρακος.

Τσεχία: οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τη φυματίωση, το προσωπικό των εργαστηρίων που κάνουν εξετάσεις για τη φυματίωση, οι σπουδαστές κατά την είσοδό τους σε ιατρικές σχολές και οι φυλακισμένοι υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο για τη φυματίωση (TST). Ο εμβολιασμός είναι υποχρεωτικός και τα παιδιά ηλικίας 11 ετών και υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο (TST). Αν το αποτέλεσμα της φυματινοαντίδρασης είναι αρνητικό επαναεμβολιάζονται. Οι μετανάστες που βρίσκονται σε χώρους ασύλων υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο (TST). Υπάρχει ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου περιορισμένης εμβέλειας για τους άστεγους (α/α θώρακα).

Ουγγαρία: το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τη φυματίωση είναι βασισμένο σε συγκεκριμένους πληθυσμούς (ηλικίας 18 ετών και άνω), οι οποίοι επανεξετάζονται σε ετήσια βάση. Το 2003, πραγματοποιήθηκε screening για πνευμονική TB από 134 σταθμούς και 48 κινητές μονάδες ενώ πραγματοποιήθηκαν 3.717.518 εξετάσεις screening (43% του ενήλικου πληθυσμού εξετάστηκε).

Μάλτα: η σχολική ιατρική υπηρεσία που αποτελεί μέρος του τμήματος της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης υποβάλλει σε προσυμπτωματικό έλεγχο τα παιδιά σχολικής ηλικίας 12 - 13 ετών.

Σλοβακία: η εθνική πολιτική για το πρόγραμμα screening για τη φυματίωση περιλαμβάνει τις εξής ομάδες-στόχους:

- νεογέννητα μωρά.
- παιδιά ηλικίας 6 ετών.
- μετανάστες.
- φυλακισμένοι.
- ηλικιωμένοι.

Σλοβενία: υπάρχει εθνική πολιτική για το πρόγραμμα screening για τη φυματίωση. Ο εμβολιασμός των νηπίων έχει καταργηθεί εξαιτίας της διαρκούς μείωσης της επίπτωσης φυματίωσης τα τελευταία χρόνια. Ο εμβολιασμός πραγματοποιείται μονάχα στις περιπτώσεις στενών επαφών ή υψηλής έκθεσης με τον πάσχων. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος εφαρμόζεται στα παιδιά σχολικής ηλικίας κατά την είσοδο και έξοδό τους από την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση.

Τουρκία: υπάρχει εθνικό πρόγραμμα για τη διαλογή, τον έλεγχο και τη διαχείριση της φυματίωσης. Είναι βασισμένο σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, ο οποίος περιλαμβάνει: τα παιδιά που φοιτούν σε σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ηλικίας μεταξύ 7 και 11 ετών), εργαζόμενες σε οικους ανοχής που έχουν δηλωθεί (μια φορά το έτος), και άτομα που εκπληρώνουν την υποχρεωτική στρατιωτική θητεία τους (20 - 41 ετών). Επίσης, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τη φυματίωση είναι μια εξέταση που απαιτείται από όλες τις υπηρεσίες εργασίας.

Οι ανωτέρω πληροφορίες αναφέρονται από:

1) Policy Brief Screening in Europe
European Observatory on Health Systems and Policies
World Health Organization
2006, on behalf of the European
Observatory on Health Systems
and Policies

2) Euro Observer
The Health Policy Bulletin
of the European Observatory on Health Systems and Policies, Autumn 2006
Volume 8, Number 3,
Screening for disease –considerations for policy

**Ε. Καντζηλάκη, Νοσηλεύτρια Γραφείου Φυματίωσης
Γ. Σπάλα, Υπεύθυνη Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.7

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ι. Εισαγωγή

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένη πιθανότητα μόλυνσης από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, λόγω της συχνότερης επαφής τους με πάσχοντες από φυματίωση και κατά συνέπεια εμφανίζουν μεγαλύτερη επίπτωση λανθάνουσας ή ενεργού φυματίωσης, σε σχέση με τον αντίστοιχο γενικό πληθυσμό. Η επίπτωση αυτή κυμαίνεται στο διπλάσιο περίπου στις ανεπτυγμένες χώρες, αλλά είναι πολλαπλάσια στις αναπτυσσόμενες χώρες. Είναι δε, αντιστρόφως ανάλογη προς το βαθμό εφαρμογής των μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων στις υγειονομικές μονάδες της κάθε χώρας. Εξάλλου, η νόσηση ενός επαγγελματία υγείας από φυματίωση, έχει ως συνέπεια την αυξημένη πιθανότητα μετάδοσης της νόσου σε άλλους επαγγελματίες υγείας αλλά και σε άλλους ασθενείς με ποικίλλουσα συννοσηρότητα, ή στο κατά τεκμήριο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον.

Ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, θεωρούνται υψηλότερου κινδύνου μόλυνσης, όπως οι εργαζόμενοι σε πνευμονολογικές κλινικές, Πνευμονολογικά - Αντιφυματικά Ιατρεία, βρογχοσκοπικά εργαστήρια, παθολογικές κλινικές, μικροβιολογικά, παθολογοανατομικά και ακτινολογικά εργαστήρια, εξωτερικά ιατρεία, HIV-ιατρεία, φυσιοθεραπευτήρια, τμήματα επειγόντων περιστατικών, Μ.Ε.Θ. και οδοντιατρεία. Η μεγαλύτερη πάντως συχνότητα νόσησης, παρατηρείται στο νοσηλευτικό προσωπικό, ακολουθεί το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό και έπειτα το υπαλληλικό προσωπικό, ενώ ιδιαίτερου κινδύνου είναι οι επαγγελματίες υγείας με ανοσοκαταστολή.

Ιδιαίτερης σημασίας κίνδυνο, ενίοτε με σημαντική θνητότητα, αποτελεί η εμφάνιση σε νοσηλευτική μονάδα, μεμονωμένων περιπτώσεων ή μικροεπιδημιών, ανθεκτικών ή πολυανθεκτικών μορφών φυματίωσης.

2. Μέτρα ελέγχου λοιμώξεων

Η εφαρμογή των μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων σε ένα νοσοκομείο, θεωρείται βασική προϋπόθεση για τον περιορισμό της επίπτωσης της φυματίωσης, λανθάνουσας και ενεργού, αλλά και για τη μείωση του ετήσιου κινδύνου μόλυνσης, στους επαγγελματίες υγείας του χώρου. Η αποδοτικότητα των μέτρων αυτών είναι ανάλογη με το βαθμό εφαρμογής τους, αλλά και με το επίπεδο ανάπτυξης της χώρας που εφαρμόζονται.

Τα μέτρα ελέγχου των λοιμώξεων σε ένα νοσοκομείο είναι διοικητικά, προσωπικά και μηχανικά.

Τα διοικητικά μέτρα συνίστανται στην ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενούς και προσωπικού, στη νοσηλεία των ασθενών σε μονόκλινα δωμάτια, στον περιορισμό των επισκεπτών, στην επιτάχυνση των διαδικασιών διάγνωσης και ελέγχου των πτυέλων, στην προκλητή λήψη πτυέλων σε απομονωμένο δωμάτιο, στην οργάνωση ασφαλούς χειρισμού και διακίνησης μολυσματικών υλικών, στην έγκαιρη θεραπεία, στον περιορισμό των μετακινήσεων του ασθενούς, στην ενδεχόμενη προτεραιότητα των ασθενών με βήχα στα εξωτερικά ιατρεία και στην καθιέρωση του νοσηλευτή λοιμώξεων.

Τα προσωπικά μέτρα περιλαμβάνουν τον περιοδικό προσυμπτωματικό έλεγχο του προσωπικού με φυματινοαντίδραση Mantoux, την εκπαίδευση του ασθενούς στους τρόπους περιορισμού των σταγονιδίων κατά το βήχα και τη χρήση κατάλληλης μάσκας από τον ασθενή και το προσωπικό που χειρίζεται τον άρρωστο. Κατάλληλες μάσκες θεωρούνται οι μάσκες που διηθούν σωματίδια κάτω του ενός μικρού, όπως οι N95, οι εφαρμοστές χειρουργικές μάσκες κ.ά.

Τα μηχανικά μέτρα περιλαμβάνουν την εφαρμογή σε ειδικά δωμάτια απομόνωσης συστήματος κλιματισμού με αρνητική πίεση για ασθενείς μεγάλης μεταδοτικότητας ή επικινδυνότητας, την τοποθέτηση φίλτρων HEPA στον εξερχόμενο αέρα, τη χρήση υπεριωδών ακτίνων, την τοποθέτηση μηχανισμού αυτόματου κλεισίματος των θυρών, την τοποθέτηση εξαεριστήρων στα παράθυρα και την εξασφάλιση καλού φυσικού αερισμού για τα κοινά μονόκλινα δωμάτια. Στα εργαστήρια, τα μολυσματικά

υλικά πρέπει να επεξεργάζονται σε θαλάμους βιολογικής ασφάλειας νηματικής ροής.

Η παρακολούθηση των επιδημιολογικών δεικτών της φυματίωσης στους επαγγελματίες υγείας, παρέχει τη δυνατότητα εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των μέτρων αλλά και της ενδεχόμενης παρέμβασης.

3. Έλεγχος προσωπικού

Όλοι οι φοιτητές και σπουδαστές σχολών επιστημών υγείας, καθώς και όλο το προσωπικό των νοσοκομείων και λοιπών υγειονομικών μονάδων της χώρας που ήδη υπηρετεί και στη συνέχεια κάθε προσλαμβανόμενος, υποβάλλονται σε φυματινοαντίδραση Mantoux.

Οι έχοντες θετική Mantoux, υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακος. Οι έχοντες παθολογική ακτινογραφία θώρακος, υποβάλλονται σε περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση.

Οι έχοντες θετική Mantoux και φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος, υποβάλλονται σε θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη) με Ισονιαζίδη για 9 μήνες, εφόσον πρόκειται για άτομα νεαρής ηλικίας και δεν έχουν εμβολιασθεί με BCG. Εάν έχει προηγηθεί BCG, θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί η αντίδραση με τον προσδιορισμό της γ-Ιντερφερόνης, πριν χορηγηθεί η θεραπεία. Οι λοιποί, υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακος ανά διετία.

Οι έχοντες αρνητική Mantoux, υποβάλλονται σε δερμοαντίδραση Mantoux, ανά έτος. Σε περίπτωση μετατροπής της Mantoux, χωρίς κλινικοεργαστηριακά ευρήματα, χορηγείται θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη), ενώ παράλληλα ελέγχεται το περιβάλλον για ενδεχόμενη ανεύρεση της πηγής μόλυνσης. Στους έχοντες αρνητική Mantoux, νεαρής ηλικίας, συστήνεται εμβολιασμός με BCG.

Η θετικοποίηση της Mantoux συνεπεία προηγηθέντος εμβολιασμού με BCG, δεν απαλλάσσει τα άτομα από την υποχρέωση παρακολούθησής τους με ακτινογραφία θώρακος ανά διετία.

4. Έλεγχος σε περίπτωση κρούσματος μεταδοτικής φυματίωσης

Οι προτεραιότητες και ο κύκλος των επαφών, καθορίζονται με βάση τα χαρακτηριστικά της περίπτωσης αναφοράς, τα σπουδαιότερα των οποίων είναι η ηλικία, η εντόπιση της νόσου, το αποτέλεσμα του ελέγχου του άμεσου παρασκευάσματος πτυέλων για β-Koch και της ενδεχόμενης PCR, καθώς και των ακτινολογικών ευρημάτων. Εάν αποδειχθεί ότι πρόκειται για ανθεκτική μορφή, οι προτεραιότητες και ο κύκλος των επαφών επαναπροσδιορίζονται. Οι ασθενείς με σπηλαιώδη φυματίωση και θετικά τα πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα είναι οι πλέον μεταδοτικοί. Οι ασθενείς με φυματιώδη πλευρίτιδα χρειάζονται έλεγχο, δεδομένου ότι η μορφή αυτή αποτελεί εκδήλωση πρωτοπαθούς φυματίωσης και ενίοτε τα πτύελα είναι θετικά. Στις λοιπές περιπτώσεις εξωπνευμονικής φυματίωσης δεν απαιτείται έλεγχος του περιβάλλοντος, εκτός εάν συνυπάρχει πνευμονική ή λαρυγγική εντόπιση.

Στον γενικό πληθυσμό, ένας άρρωστος με φυματίωση, εάν έχει θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα, μεταδίδει το μυκοβακτηρίδιο σε ένα άτομο τον μήνα, ενώ με αρνητικά πτύελα, σε ένα άτομο περίπου το εξάμηνο. Επαφές στενού κύκλου είναι τα άτομα που ζουν υπό την ίδια στέγη. Επαφές ευρύτερου κύκλου, αποτελούν τα άτομα του εργασιακού ή του κοινωνικού περιβάλλοντος. Το σύνολο των ατόμων αυτών, κυμαίνεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της περίπτωσης αναφοράς, αλλά κατά μέσο όρο, είναι περί τα 10. Από αυτά, το 20 - 30% αναμένεται να βρεθούν με λανθάνουσα φυματίωση, ενώ το 1% θα νοσήσει.

Στην περίπτωση όμως του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, οι συνθήκες μεταδοτικότητας και η σύνθεση του πληθυσμού διαφοροποιούνται και κατά συνέπεια, ο αριθμός των ατόμων προς έλεγχο μπορεί να είναι πολύ μεγαλύτερος. Ο έλεγχος επεκτείνεται στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντος, προς εντόπιση τυχόν μολυνθέντων ή την ενδεχόμενη ανεύρεση της πηγής μόλυνσης.

Σε κάθε περίπτωση, η επιδημιολογική διερεύνηση θα καθορίσει τον αριθμό των ατόμων που θα ελεγχθούν, αλλά και το ενδεχόμενο περαιτέρω διεύρυνσης του κύκλου επαφών προς έλεγχο.

Ο έλεγχος των επαφών συντελείται με φυμτινοαντίδραση Mantoux. Η φυμτινοαντίδραση Mantoux, για τα άτομα πρόσφατης επαφής με φυματίωση, θεωρείται θετική, όταν η εγκάρσια διάμετρος της είναι ίση ή πάνω από τα 5 χιλιοστά. Όσοι έχουν θετική Mantoux, υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακος. Εάν υπάρχει παθολογικό εύρημα, ακολουθεί περαιτέρω διερεύνηση. Εάν η ακτινογραφία θώρακος είναι φυσιολογική, τα μέλη των οικογενειών και έφηβοι λαμβάνουν θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη) με Ισονιαζίδη για 9 μήνες, εφόσον δεν έχουν εμβολιασθεί με BCG. Εάν έχει προηγηθεί BCG θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί η αντίδραση με τον προσδιορισμό της γ-Ιντερφερόνης, πριν χορηγηθεί η θεραπεία. Οι ενήλικες τίθενται σε παρακολούθηση με ακτινογραφία θώρακος ανά εξαμήνο για 2 χρόνια.

Όσοι έχουν αρνητική Mantoux, εφόσον, από τα μέλη των οικογενειών, είναι παιδιά μέχρι 5 ετών, λαμβάνουν θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης (χημειοπροφύλαξη) με Ισονιαζίδη για 3 μήνες, οπότε επαναλαμβάνεται η Mantoux. Αν αποβεί θετική, συνεχίζεται η ανωτέρω θεραπεία, μέχρι να συμπληρωθεί συνολική αγωγή 9 μηνών. Αν όμως, έχουν προστεθεί κλινικο-ακτινολογικά ευρήματα φυματίωσης, η αγωγή μετατρέπεται σε θεραπεία νόσου. Αν η Mantoux συνεχίζει να είναι αρνητική στο τρίμηνο, διακόπτεται η Ισονιαζίδη και χορηγείται το εμβόλιο BCG. Στα παιδιά άνω των 5 ετών και στους ενήλικες με αρνητική Mantoux, η φυμτινοαντίδραση επαναλαμβάνεται επίσης σε 3 μήνες. Στους μετατροπείς της Mantoux, χορηγείται θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης ως ανωτέρω, αφού προηγηθεί ακτινογραφία θώρακος. Ως μετατροπή θεωρείται η αύξηση της διαμέτρου της Mantoux, πάνω από 6 χιλιοστά σε σχέση με την προηγούμενη και οπωσδήποτε, πάνω από 10 χιλιοστά, σε συνολική διάμετρο. Αν η Mantoux συνεχίζει να είναι αρνητική, συνιστάται εμβολιασμός με BCG, εφόσον πρόκειται για παιδιά ή άτομα νεαρής ηλικίας.

Σε κάθε περίπτωση, εάν υπάρξει συμπτωματολογία ύποπτη για νόσηση από φυματίωση, διενεργείται ακτινογραφία θώρακος, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της Mantoux.

Άτομα πρόσφατης επαφής, που είναι HIV θετικοί, ή με άλλης φύσεως ανοσοκαταστολή, λαμβάνουν θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης, έστω και με αρνητική Mantoux, αφού ελεγχθούν με ακτινογραφία θώρακος. Η χορήγηση του BCG αποφεύγεται στα άτομα αυτά, λόγω της πιθανότητας ανάπτυξης γενικευμένης νόσου.

Σε περίπτωση επαφής με πολυανθεκτική φυματίωση, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της Mantoux, απαιτείται στενή παρακολούθηση για 2 χρόνια τουλάχιστον, δεδομένου ότι, τα δευτερεύοντα φάρμακα δεν συνιστώνται για χημειοπροφύλαξη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.8

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ – ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ

Εισαγωγή

Είναι γνωστό ότι η παγκόσμια έξαρση της φυματίωσης οφείλεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων οι κύριοι από τους οποίους είναι:

- α) Η αύξηση του πληθυσμού.
- β) Η μετανάστευση.
- γ) Η αστικοποίηση.
- δ) Η αυξανόμενη φτώχεια.
- ε) Η εξάπλωση του ιού του HIV.
- ζ) Τα αποτυχημένα προγράμματα κατά της φυματίωσης (λόγω κατάρρευσης των υγειονομικών συστημάτων χωρών), που οδήγησαν στη δημιουργία ανθεκτικών στελεχών.

Η φυματίωση είναι μεταδοτική νόσος, με τρόπο μετάδοσης τα σταγονίδια που αποβάλλονται με το βήχα, το φτάρνισμα, το γέλιο και την έντονη ομιλία των πασχόντων. Άτομο με θετική εξέταση πτυέλων για το μυκοβακτηρίδιο, αν δεν λάβει αντιφυματική αγωγή, θα μολύνει ετησίως 10 - 15 άτομα. (Ο αριθμός είναι αρκετά μεγαλύτερος σε καταυλισμούς, λόγω του συγχρωτισμού μεγάλου αριθμού ατόμων).

Περισσότερο από το 85% των προσφύγων - μεταναστών (χάρη συντομίας θα αναφερόμαστε στο εξής και στις δύο ομάδες με τη λέξη «μετανάστες») σε παγκόσμιο επίπεδο, προέρχονται από περιοχές χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου όπου ενδημεί η φυματίωση. Για το λόγο αυτό έχουν μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο αυτή. Τυχόν συνυπάρχουσες νόσοι και ο υποσιτισμός, εξασθενεί το αμυντικό σύστημα και τους κάνει πιο ευάλωτους στην προσβολή.

Σε ορισμένες χώρες, κυρίως της Υποσαχάριας Αφρικής, 30 - 40% ασθενών με φυματίωση είναι μολυσμένοι και με HIV. Η φυματίωση αποτελεί πρώτη αιτία θανάτου ανάμεσα στους ασθενείς με AIDS.

Πριν συνεχίσουμε με τα προτεινόμενα μέτρα για τον έλεγχο της φυματίωσης στους μετανάστες θα πρέπει να έχουμε κατά νου τα εξής:

- Τη διεθνή διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που λέει ότι ο καθένας έχει δικαίωμα να επιζητεί και να απολαμβάνει ασύλου σε άλλες χώρες.
- Σε περίπτωση μαζικής εισόδου μεταναστών, στόχος των αρχών θα πρέπει να είναι η ασφαλής μεταχείριση, σύμφωνα με τις διεθνώς αναγνωρισμένες ανθρωπιστικές αρχές.
- Για τη σωστή επείγουσα αντιμετώπιση πρέπει να υπάρχει οργάνωση δομών που θα οδηγήσουν στην αποφυγή κάθε απειλής για τη ζωή και την ευημερία των μεταναστών.

Ο σκοπός του ελέγχου της φυματίωσης στους μετακινούμενους πληθυσμούς είναι:

- Η μείωση της συχνότητας της νόσου στους πληθυσμούς αυτούς.
- Η ελάττωση της νοσηρότητας.
- Ο έλεγχος της εξάπλωσης στον τοπικό πληθυσμό.

Το πρόγραμμα ελέγχου της φυματίωσης απευθύνεται σε δύο ομάδες μετακινούμενων αλλοδαπών.

A) Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες:

- 1) Τους μετανάστες που φιλοξενούνται σε στρατόπεδα προσφύγων.
- 2) Μετανάστες που εκτίουν ποινές σε φυλακές.
- 3) Μετανάστες που διαβιούν παράνομα εντός της χώρας και δεν έχουν καταγραφεί.

Β) Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τους αλλοδαπούς που εμφανίζονται σε συνοριακούς σταθμούς της χώρας και συλλαμβάνονται.

Ι) Ομάδες Α1, Α2, Β

(Β: εφ' όσον οι συλληφθέντες βρίσκονται σε κρατητήρια ή σε στρατόπεδα μεταναστών) προτείνονται τα εξής:

α) Στη φάση επείγουσας υγειονομικής ανάγκης (αμέσως όταν γίνει αντιληπτή από τις αρχές η άφιξη μεταναστών) το κλιμάκιο των υγειονομικών υπηρεσιών και ο γιατρός της αποστολής κατά την αρχική κλινική εξέταση θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους στα πιο σημαντικά συμπτώματα που θέτουν υποψία φυματίωσης σε ενήλικες (άτομα άνω των 15 ετών) και που είναι τα ακόλουθα:

- παραγωγικός βήχας περισσότερο από τρεις εβδομάδες,
- αιμόφυρτα πτύελα,
- νυκτερινές εφιδρώσεις,
- κόπωση, ανορεξία,
- δύσπνοια,
- πόνος στο στήθος.

Αν εντοπιστούν άτομα για τα οποία μπαίνει η υπόνοια ότι πάσχουν από φυματίωση τότε εφαρμόζονται τα εξής:

- Ο μετανάστης παραπέμπεται άμεσα με τις απαραίτητες προφυλάξεις στο πλησιέστερο νοσοκομείο/ Κέντρο Υγείας.

Εκεί υποβάλλεται σε ακτινογραφία θώρακος και άλλες εξετάσεις.

- Αν όλα τα ευρήματα είναι αρνητικά επανέρχεται στον καταυλισμό.
- Αν υπάρχουν έστω και ελάχιστα θετικά ή και ύποπτα ευρήματα, εισάγεται και αντιμετωπίζεται με βάση τις Παγκόσμιες Θέσεις Ομοφωνίας για τη φυματίωση.

β) Στη δεύτερη φάση, όπου οι μετανάστες έχουν μεταφερθεί και διαμένουν σε ειδικά στρατόπεδα ή είναι σε φυλακές και εκτίουν τις ποινές τους ή τέλος βρίσκονται σε μικρές ομάδες σε κρατητήρια αστυνομικών τμημάτων προς απέλαση, προτείνονται για τον έλεγχο της φυματίωσης τα εξής:

i) Στους ενήλικες γίνεται έλεγχος με φυματινοαντίδραση Mantoux και ακτινογραφία θώρακος (με φωτογραφία, όνομα και ηλικία) και εξετάζονται από ειδικό υγειονομικό κλιμάκιο που περιλαμβάνει απαραίτητα ιατρό πνευμονολόγο και επισκέπτη υγείας. Αυτό το κλιμάκιο θα έχει και την ευθύνη για τη δημιουργία «κάρτας ασθενούς».

Εφ' όσον η φυματινοαντίδραση Mantoux είναι θετική και η ακτινογραφία θώρακος έχει στοιχεία ύποπτα ειδικής φλεγμονής, αποστέλλονται στα εξωτερικά ιατρεία του πλησιέστερου νοσοκομείου και αναλαμβάνει τη διερεύνησή τους ειδικό Πνευμονολογικό – Αντιφυματικό Ιατρείο. Πρέπει να εξεταστούν 3 δείγματα πτυέλων από κάθε ύποπτο άτομο. Ανεύρεση θετικών δειγμάτων καταγράφουν άμεσα το άτομο ως ασθενή και τίθεται σε αντιφυματική αγωγή.

Αν τα 3 δείγματα είναι αρνητικά, αλλά υποψιαζόμαστε ακόμα και πνευμονική φυματίωση λόγω επιμονής της συμπτωματολογίας, το άτομο τίθεται σε αγωγή για οξεία πνευμονική νόσο για τουλάχιστον 1 εβδομάδα, με ευρέως φάσματος αντιβιοτικά (όχι ριφαμπικίνη - κινολόνες) και επανεξετάζεται με δείγματα πτυέλων 2 εβδομάδες μετά την πρώτη εξέταση. Είναι γνωστό ότι το 60 - 65% των ασθενών έχουν θετικά πτύελα από την πρώτη εξέταση και με δύο εξετάσεις το ποσοστό ανέρχεται σε 80%.

ii) Σε παιδιά κάτω των 15 ετών γίνεται αρχικά έλεγχος μόνο με φυματινοαντίδραση Mantoux. Αν η φυματινοαντίδραση αποβεί θετική ή αμφίβολη, γίνεται ακτινογραφία θώρακος για να διευκρινιστεί αν πρόκειται για νόσο ή λανθάνουσα λοίμωξη και εφαρμόζεται θεραπεία, η χημειοπροφύλαξη αντίστοιχα. Εάν κρίνεται αναγκαίο μπορούν να χρησιμοποιηθούν νεώτερες τεχνικές π.χ. εξέταση ειδικής Ιντερφερόνης-γ.

Τα παιδιά υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακα μόνο αν υπάρχει στενή επαφή με νοσούντα από φυματίωση, παρουσιάζουν συμπτώματα ύποπτα για τη νόσο ή υπάρχει ιστορικό φυματίωσης. Αν η φυματινοαντίδραση αποβεί αρνητική επαναλαμβάνεται κάθε μήνα για τρεις μήνες. Η αντιμετώπιση του παιδιού στο διάστημα αυτό καθορίζεται από την ηλικία του. Τα παιδιά κάτω των 6 ετών

υποβάλλονται σε χημειοπροφύλαξη και στη συνέχεια, αν και η τρίτη φυματινοαντίδραση παραμένει αρνητική διακόπτεται η χημειοπροφύλαξη και εμβολιάζεται με BCG. Αν όμως η φυματινοαντίδραση θετικοποιηθεί και με τον υπόλοιπο έλεγχο αποδειχθεί ότι το παιδί δε νοσεί, η χημειοπροφύλαξη συνεχίζεται.

Η δημιουργία «κάρτας ασθενούς» και η όλη παρακολούθηση που αναφέρεται στους ενήλικες, ισχύει και για τα παιδιά.

Όταν τεθεί η διάγνωση ενεργού φυματίωσης πρέπει να γίνουν τα παρακάτω βήματα:

- 1) Ενημέρωση των μεταναστών για τους κινδύνους της φυματίωσης που απειλούν την υγεία και τη ζωή των ιδίων και των οικείων τους, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη από μέρους τους συνεργασία.
- 2) Δήλωση κρούσματος.
- 3) Έναρξη άμεσα αντιφυματικής αγωγής.
- 4) Απομόνωση ατόμου με ενεργό φυματίωση έως ότου καταστεί μη μολυσματικό (τούτο επιτυγχάνεται με τη σωστή θεραπεία συνήθως σε 3 εβδομάδες) και επιβεβαίωση με αρνητικοποίηση απλής εξέτασης πτυέλων, όχι ανθεκτικότητα.
- 5) Συνέχιση της αντιφυματικής θεραπείας στα πλαίσια της επιτηρούμενης θεραπείας (DOT).
- 6) Πρόληψη δημιουργίας και επέκτασης ανθεκτικής στα αντιφυματικά φάρμακα φυματίωσης.
- 7) Περιορισμός των μετακινήσεων των ατόμων με ενεργό νόσο, τα οποία δε θέλουν ή δεν μπορούν να λάβουν αντιφυματική αγωγή και σε περίπτωση μη συμμόρφωσης εφαρμογής της αντίστοιχης υγειονομικής διάταξης.

II) Ομάδα Α Κατηγορία 3:

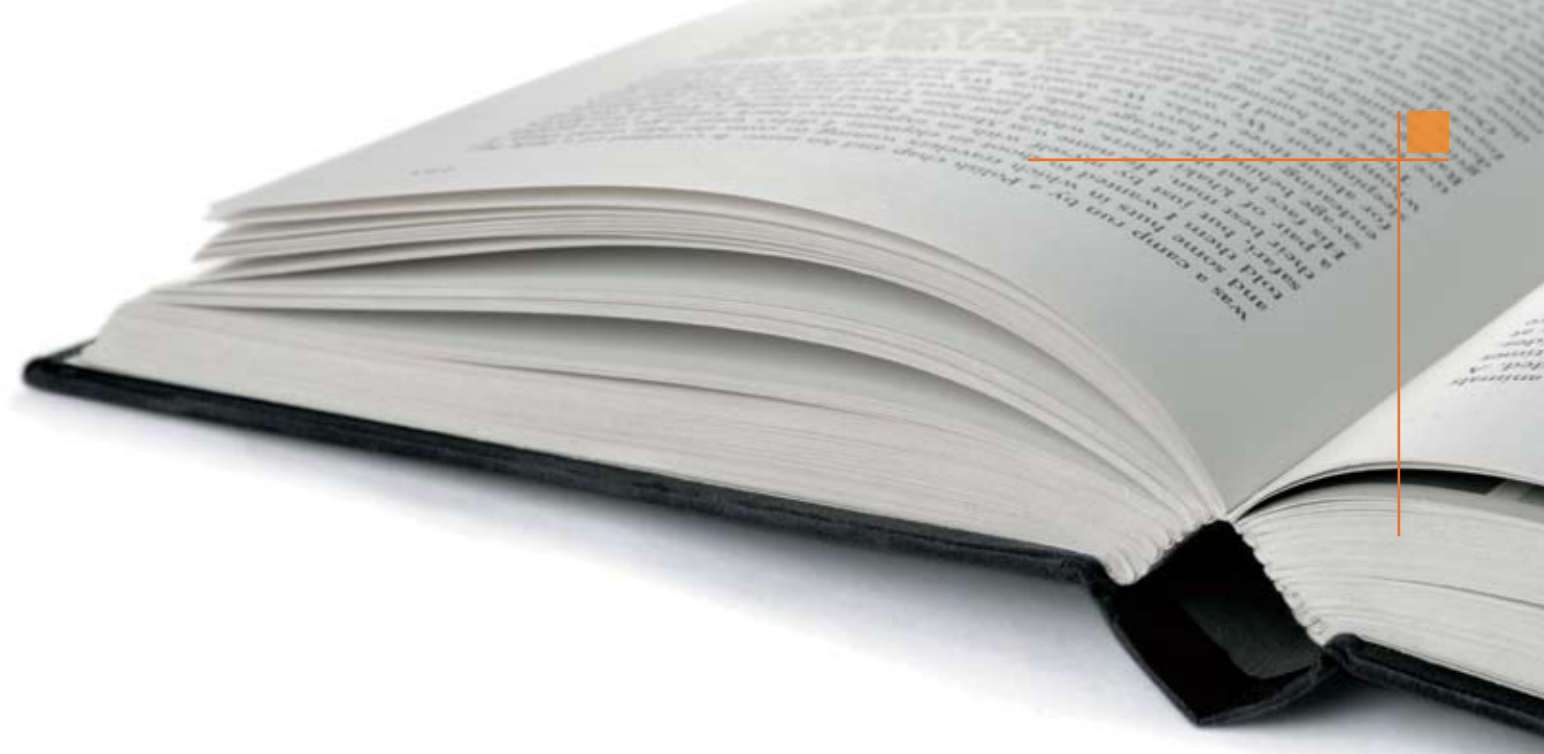
(Μετανάστες που διαβιούν παράνομα εντός της χώρας και δεν έχουν καταγραφεί).

Είναι γνωστό ότι ο φόβος της σύλληψης είναι αυτός που τους απομακρύνει από τις υγειονομικές υπηρεσίες. Για την παράκαμψη του φόβου αυτού προτείνονται τα εξής: οι υπηρεσίες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έρχονται σε επαφή με τους οργανωμένους φορείς, συλλόγους και αδελφότητες των μεταναστών, οι οποίοι με ορατές ή αθέατες σχέσεις συνδέονται με τους «λαθρομετανάστες» ομοεθνείς τους. Στους εκπροσώπους των φορέων αυτών αναλύεται η ανάγκη εφαρμογής αντιφυματικού προγράμματος την υλοποίηση του οποίου αναλαμβάνουν αξιόπιστοι μη-κυβερνητικοί φορείς (π.χ. Γιατροί Χωρίς Σύνορα - Διεθνής Αμνηστία) με κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες που θα τις στηρίζει το ελληνικό κράτος.

Τέλος, στους ενήλικες μετανάστες χορηγείται θεραπεία για λανθάνουσα λοίμωξη φυματίωσης σύμφωνα με τις ενδείξεις που ισχύουν σήμερα διεθνώς και τις οδηγίες του Π.Ο.Υ.

Βιβλιογραφία

- Ε.Π.Ε.Φ. (ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ) (2007) Επιστημονική Επιτροπή Φυματίωσης – έκδοση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων) (2004) **Εγχειρίδιο ορισμών κρούσματος για υποχρεωτική δήλωση νοσημάτων - σχέδιο 4**. Αθήνα.
- Κρεμαστινού – Κουρέα, Τζ. (2007) **Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές**. Αθήνα. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα.
- Λάγγας, Δ. (2002) **Μείζονες παράγοντες κινδύνου Δημόσιας Υγείας στον παιδικό πληθυσμό**. Στο Δημολιάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.) **Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα**. Αθήνα. Εκδόσεις Θεμέλιο. Σειρά: Κοινωνία και Υγεία.
- Ξηρός, Θ. (2004) **Δημόσια Υγεία και μεταδοτικά νοσήματα στην Ελλάδα. Πρόληψη και αντιμετώπιση των κινδύνων από τη διάδοσή τους**. Στο Παπαδημητρίου, Γ., Πατρώνος, Π. (επιμ.) **Προστασία από τα μεταδοτικά νοσήματα**. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Παναγιωτόπουλος, Τ. (2004) **Προλογικό Σημείωμα** στο Γ. Παπαδημητρίου, Π. Πατρώνος (επιμ.) **Προστασία από τα μεταδοτικά νοσήματα**. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Χατζηχριστοδούλου, Χ. (2002) **Επιδημιολογική επιτήρηση λοιμωδών νοσημάτων**. Στο Δημολιάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.) **Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα**. Αθήνα. Εκδόσεις Θεμέλιο. Σειρά: Κοινωνία και Υγεία.
- Χριστάκης, Γ., Λεγάκης, Ν. (2002) **Κλινική Μικροβιολογία και λοιμώξεις**. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Carabin, H., Edmunds, J.W., Kou, U., Van Den Hof, S., Nguyen, V. H. **The average cost of measles cases and adverse events following vaccination in industrialised countries**. Available at www.biomedcentral.com/1471-2458/2/22.
- Gagnon, Y.M., Levy, A.R., Iloele, U.H., Briggs, A.H. **Treatment costs in Canada of health conditions resulting from chronic hepatitis B infection**. J Clin Gastroenterol, 38(10 Suppl):S179-86, 2004.
- Law, B., Fitzsimon, C., Ford-Jones, L., McCormick, J., Riviere, M. **Cost of Chickenpox in Canada: Part II. Cost of Complicated Cases and Total Economic Impact**. Pediatrics, 104:S7-14, 1999.



- Li, S., Leader, S. **Economic burden and absenteeism from influenza-like illness in healthy households with children (5 - 17 years) in the U.S.** Respiratory Medicine (2007) 101, 1244-1250.
- Molinari, N., Ortega-Sanchez, I., Messonnier, M., Thompson, W., Wortley, P., Weintraub, E., Bridges, C. (2007) **The annual impact of seasonal influenza in the US: Measuring disease burden and costs**. Vaccine, Volume 25, Issue 27, 28 June 2007, Pages 5086-5096.
- Ryana, J., Zoellner, Y., Gradl, B., Palache, B. and Medema, J. **Establishing the health and economic impact of influenza vaccination within the European Union 25 countries**. Vaccine, Volume 24, Issues 47-48, 17 November 2006, Pages 6812-6822.
- ECDC (2007) **Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe: Report on the status of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries**. European Centre for Disease Prevention and Control.
- World Health Organization (W.H.O.) (1997) **Surveillance Standards**. Available at http://www.who.int/csr/don/1997_04_24a/en/index.html.

Χρήσιμες Ιστοσελίδες

www.who.int .

www.keel.org.gr .

www.ecdc.eu .

<http://www.paidiatros.gr/> .

<http://www.cecl2.gr/html/ent/466/ent.1466.2.asp> .

<http://www.nsph.gr/gr/tomeis/> .





ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα 2008

www.ygeianet.gov.gr