ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα
ΔΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΕΥΧΟΣ 123 • ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ - ΙΟΥΛΙΟΣ 2010

Ενημέρωση από τις εργασίες της Έκτακτης Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. 11

ΑΝΟΙΧΤΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Σχέσεις Εργασίας Ιατρικού Προσωπικού στο ΕΣΥ 30

Τι προβλέπει ο νέος νόμος για την αναβάθμιση του ΕΣΥ 52

9 **ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

11 **ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ**
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗΣ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. ΣΕΛ.11 ✦ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΕΛ.12 ✦ ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΕΛ.12 ✦ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΤΑΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΕΛ.14 ✦ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΣΕΛ.14 ✦ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΣΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΣΕΛ.16 ✦ Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΓΓΡΑΦΕΙ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΗΜΕΔΑΠΗΣ Η ΑΛΛΟΔΑΠΗΣ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 1998-1999 ΣΕΛ.26 ✦ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. ΣΤΟ ΣΥΛΛΑΛΗΤΗΡΙΟ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ ΣΤΙΣ 5 ΙΟΥΝΙΟΥ ΣΕΛ.28 ✦ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. ΣΤΙΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΓΣΕΕ, ΑΔΕΔΥ ΚΑΙ ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ ΣΕΛ.28 ✦ Ο Π.Ι.Σ. ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ ΣΤΗΝ ΑΠΕΡΓΙΑ ΤΗΣ 8ΗΣ ΙΟΥΛΙΟΥ ΣΕΛ.29 ✦ 24ΩΡΗ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΑΠΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΝΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΙΑΣ ΣΕΛ.29

30 **ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ**

32 **ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**
Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΣΤΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΝΑ, Διαιτολόγος, Προϊστάμενη Τμήματος Διατροφής Γενικού Νοσοκομείου Δράμας, **ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΠΕΡΣΕΦΟΝΗ,** Διευθύντρια Α΄ Παθολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας, **ΣΑΚΩΛΗ ΙΩΑΝΝΑ**, Διαιτολόγος (Ιδιώτης) Δράμας ΣΕΛ.32 ✦ **ΑΙΜΟΦΑΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΩΣ ΠΡΩΤΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ N. HODGKIN'S, Α. ΞΥΛΩΜΕΝΟΣ, Μ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΗΣ, Ε. ΠΛΙΑΤΣΙΚΑ, Α. ΤΟΛΗΣ,** ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Β΄ Παθολογική Κλινική, **Γ. ΠΑΤΕΡΑΚΗΣ,** ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Εργαστήριο Κυτταρομετρίας Ροής, **Γ. ΚΑΚΙΟΠΟΥΛΟΣ,** ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΣΕΛ.42

50 **ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

52 **ΕΙΔΗΣΕΙΣ**

54 **ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ – ΠΡΟΣΕΧΗ**
11ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ - ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΣΕΛ. 54 ✦ ΠΡΟΣΕΧΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΣΕΛ. 55

60 **ΕΙΔΙΚΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ**
ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΛ. 60 ✦ ΓΝΩΜΕΣ ΣΕΛ. 60 ✦ ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΕΛ. 61

62 **ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ**

Ενημέρωση από τις εργασίες της Έκτακτης Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 12 Ιουλίου 2010

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος πραγματοποίησε το Σαββατοκύριακο (10 και 11 Ιουλίου 2010) Έκτακτη Γενική Συνέλευση των Προέδρων και των Εκπροσώπων των Ιατρικών Συλλόγων της Επικράτειας, με κύρια θέματα την εκλογή Προέδρου και Αντιπροέδρου του Ανωτάτου Πειθαρχικού Συμβουλίου, λόγω της αιφνίδιας παραίτησης των κ.κ. Δ. Στάθη και Β. Θεοδωρόπουλου, τον επίκαιρο Ασφαλιστικό Νόμο και το Νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με τίτλο «Αναβάθμιση του ΕΣΥ».

Από τις εκλογές που διεξήχθησαν αναδείχθηκε Πρόεδρος του Ανωτάτου Πειθαρχικού Συμβουλίου η κα Στ. Παγώνη και Αντιπρόεδρος ο κ. Α. Ευαγγέλου.

Κατά τη συζήτηση για τον Ασφαλιστικό Νόμο, προέκυψε ότι όσον αφορά το ΤΣΑΥ, ως Κλάδο του ενοποιημένου Ασφαλιστικού Οργανισμού ΕΤΑΑ, δεν καταγράφονται προς το παρόν άμεσες συνέπειες ως προς το συνταξιοδοτικό, καθόσον έχει εξαιρεθεί από τις νομοθετικές ρυθμίσεις ως Αυτασφαλιστικό Ταμείο μη χρηματοδοτούμενο από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Εις ό,τι αφορά στους ιατρούς που λαμβάνουν τη βασική σύνταξη του ΤΣΑΥ, αλλά ταυτόχρονα συνταξιοδοτούνται από το Δημόσιο ως ιατροί του ΕΣΥ κ.λπ. και από το ΙΚΑ ως μόνιμοι θεραπευτές, αναμένονται επιπτώσεις από τις πρόσθετες πηγές συνταξιοδότησης.

Οι ιατροί που συνταξιοδοτούνται από Δημόσιο και ΤΣΑΥ, εκτιμάται ότι από την εφαρμογή των οικονομικών μέτρων, ήδη έχουν απωλέσει περίπου 10.000 ευρώ το χρόνο. Συμπεραίνεται δηλαδή, ότι το ποσό που αντιστοιχεί στη σύνταξη του ΤΣΑΥ που είναι 1.300 ευρώ, σχεδόν εξανεμίζεται για τους διπλοσυνταξιούχους. Επιπλέον, από τη σύνταξη του Δημοσίου που φθάνει τα 2.300 ευρώ έχει αναγγελθεί η αφαίρεση του ΛΑΦΚΑ. Συμπερασματικά, αναμένεται ότι οι διπλοσυνταξιούχοι θα απωλέσουν περί το 40% του συνολικού ποσού της συνολικής σύνταξης.

Η σύνταξη των μισθωτών ιατρών, που ασφαλίστηκαν στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ πριν την 1.1.1993 (παλαιοί ασφαλισμένοι), υπολογίζεται για 35 έτη ασφάλισης με ποσοστό αναπλήρωσης επί των συντάξιμων αποδοχών ύψους 77% (2,2% ετησίως), το οποίο σταδιακά και μέχρι το 2017 θα φτάσει το 70%. Για τα 15 έτη ασφάλισης το ποσοστό αναπλήρωσης ανέρχεται σε 30% και 33% αντίστοιχα.

Έντονη κριτική έγινε κατά τη συζήτηση, στο άρθρο στο οποίο αναφέρεται ότι οι εργαζόμενοι - συνταξιούχοι ιατροί θα υφίστανται μείωση της σύνταξής τους κατά 70%, αν είναι πάνω από 55 ετών και πλήρη διακοπή της σύνταξης, αν είναι κάτω των 55 ετών, γεγονός που χαρακτηρίσθηκε ως «ποινή» της εργασίας.

Προκειμένου για τους ιατρούς του ΕΣΥ που θα συνταξιοδοτηθούν από τα Νοσοκομεία και επιθυμούν να εργασθούν ως ιδιώτες ιατροί, θα έχουν αναστολή λήψης της σύνταξης του ΤΣΑΥ, παρά το γεγονός ότι θα έχουν συμπληρώσει τα απαιτούμενα έτη αυτασφάλισης στο Ταμείο αυτό και συνεχίζουν να πληρώνουν τις εισφορές τους στο ΤΣΑΥ. Η συνολική περικοπή και για τα δύο κύρια Ταμεία τους, θα φτάνει το 170% (100% από το ΤΣΑΥ και 70% από τη σύνταξη του Δημοσίου).

Στα παραπάνω ποσά θα πρέπει να προστεθεί κι ο καταβαλλόμενος φόρος για τη λειτουργία του ιατρείου. Συμπερασματικά, επισημάνθηκε, ότι τελικά αυτοί οι ιατροί θα εξαναγκασθούν σε κλείσιμο του ιατρείου τους, με συνέπεια το κράτος να χάσει το φόρο από το ιατρείο, ενώ παράλληλα θα τους καταβάλλει πλήρη σύνταξη από το ΤΣΑΥ και το Δημόσιο.

Κατά τη συζήτηση για το Νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης περί «Αναβάθμισης του ΕΣΥ», ομόφωνα προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

Το Νομοσχέδιο είναι ασαφές. Δεν επιλύει σημαντικά ζητήματα λειτουργίας και όλα τα θέματα παραπέμπονται να ρυθμιστούν με μελλοντικές Υπουργικές Αποφάσεις.

Δεν γίνεται σαφές σε τι διαφοροποιεί αυτό το Νομοσχέδιο με τη διάταξη περί Ολοήμερου Νοσοκομείου, τη σημερινή λειτουργία των Απογευματινών Ιατρείων.

Δεν λαμβάνει υπόψιν του ότι ΟΛΑ τα Περιφερειακά Νοσοκομεία λειτουργούν ήδη σε ολοήμερη βάση και εφημέρευση και αδυνατούν λόγω της υποστελέχωσής τους να ανταπεξέλθουν στις βασικές τους υποχρεώσεις έναντι των πολιτών.

Βρίσκεται σε πλήρη αντίθεση με τις μέχρι σήμερα ιατρικές διεκδικήσεις για τη διαμόρφωση ενός ενιαίου συστήματος εξωνοσοκομειακής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο θα αξιοποιεί το σύνολο του υφιστάμενου ιατρικού δυναμικού και τις εξωνοσοκομειακές υποδομές, θα αποσυμφορίζει τα Νοσοκομεία από την πρωτοβάθμια περίθαλψη και θα αναβαθμίζει συνολικά και ουσιαστικά τη νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα.

Τέλος, η Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. αποφάσισε ΟΜΟΦΩΝΑ την προκήρυξη 24ωρης Πανελλαδικής Πανιατρικής Απεργίας κατά την ημέρα της ψήφισης του Νομοσχεδίου και πανιατρική συγκέντρωση διαμαρτυρίας έξω από τη Βουλή.

Ο Π.Ι.Σ. συμπαρίσταται και στηρίζει τις απεργιακές κινητοποιήσεις της ΟΕΝΓΕ και ζητά από όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους και τις επί μέρους Ιατρικές Εργασιακές Οργανώσεις να συμμετάσχουν δυναμικά στις κινητοποιήσεις που αποφάσισε η Γενική Συνέλευση.

Ενημέρωση του Π.Ι.Σ. για τις συμβάσεις ιδιωτών ιατρών

Αριθμ.Πρωτ. 994 Αθήνα, 22.04.2010

Προς τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων της Χώρας

Κύριε Πρόεδρε,
Σας διαβιβάζουμε έγγραφο του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών - Διοίκηση - Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, με αριθμ. πρωτ. Γ 32/370/30.3.2010 με θέμα: Συμβάσεις ιδιωτών ιατρών κατά πράξη και περίπτωση του τ. Ταμείου Ασφάλισης Ξενοδοχοϋπαλλήλων (τ. ΤΑΞΥ), με την παράκληση όπως ενημερώσετε τα μέλη περιοχής ευθύνης του Συλλόγου σας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Αλεξανδρόπουλος

Συμβάσεις ιδιωτών ιατρών κατά πράξη και περίπτωση

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αθήνα, 30.03.2010

Αριθμ. Πρωτ. Γ 327 370

ΠΡΟΣ
1. Όλες τις Ν.Μ.Υ. και Τ.Μ.Υ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τα Νοσοκομεία ΙΚΑ
2. Όλα τα Υποκ/ματα - Παραρτήματα ΙΚΑ
α) Τμήματα Παροχών
β) Υπηρεσίες Υγείας (που δε λειτουργούν με αυτοτέλεια)

ΘΕΜΑ: «Συμβάσεις ιδιωτών ιατρών κατά πράξη και περίπτωση του τ. Ταμείου Ασφάλισης Ξενοδοχοϋπαλλήλων (τ. ΤΑΞΥ)»

Με το ΑΠ Γ32/1919/28-12-09 Γενικό Έγγραφο της Διοίκηση ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, παρατάθηκαν και παραμένουν σε ισχύ μέχρι τις 31.03.2010 οι συμβάσεις των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών κατά πράξη και περίπτωση με το τ. ΤΑΞΥ, στις περιοχές που ορίστηκαν με την Υπουργική Απόφαση, Φ.40202/27958/2202 και τη Διυπουργική Απόφαση ΔΙΠΠ/Φ.ΕΓΚΡ/7/407/οικ..28784/27-10-2008.
Με το παρόν έγγραφο παρατείνεται η ισχύς των ανωτέρω συμβάσεων μέχρι 30.06.2010 και ως εκ τούτου, οι ασφαλισμένοι του τ. ΤΑΞΥ θα εξακολουθούν να έχουν τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο από τους υγειονομικούς σχηματισμούς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, όσο και από τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς κατά πράξη και περίπτωση με το τ. ΤΑΞΥ στις ως άνω περιοχές.
Παρακαλούμε να φροντίσετε για την ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων για τα παραπάνω.

Ο Υποδιοικητής
Δημήτριος Κυρζόπουλος

Ανακοίνωση του ΕΤΑΑ σχετικά με τις ονομαστικές δαπάνες

- Οι ασφαλισμένοι του ΕΤΑΑ-ΤΣΑΥ θα πρέπει υποχρεωτικά να συμπληρώνουν σε κάθε μία αίτησή τους, είτε αφορά ονομαστικές δαπάνες, είτε ιατρικές πράξεις και επισκέψεις, τον 25ψήφιο αριθμό IBAN (Διεθνής Αριθμός Τραπεζικού Λογαριασμού) της τράπεζας που επιθυμούν να κατατεθούν τα χρήματά τους και στον οποίο να εμφανίζεται ως δικαιούχος ή συνδικαιούχος ο άμεσα ασφαλισμένος.
  Σε περίπτωση μη αναγραφής του αρ. IBAN δημιουργούνται επιπλέον καθυστερήσεις στις πληρωμές, λόγω της προσπάθειας των υπαλλήλων να συγκεντρώσουν τους IBAN που λείπουν. Σε περίπτωση που είτε δίνεται λανθασμένος IBAN, είτε ο λογαριασμός της τράπεζας που δηλώθηκε είναι κλειστός και επομένως δεν μπορεί να γίνει η κατάθεση, ο ασφαλισμένος θα επιβαρύνεται με το επιπλέον κόστος που θα προέρχεται από τις παραπάνω τραπεζικές εργασίες που θα διενεργούνται.
- Στην ιστοσελίδα του ταμείου (www.tsay.gr) υπάρχει η αίτηση που πρέπει να συμπληρώνεται για υποβολή εντολών ιατρικών πράξεων και επισκέψεων.
- Στην ιστοσελίδα του ταμείου (www.tsay.gr) υπάρχει η αίτηση που πρέπει να συμπληρώνεται για έκδοση ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης ασθένειας ΕΤΑΑ.
- Για την είσπραξη από το ταμείο ονομαστικών δαπανών θα πρέπει ο άμεσα ασφαλισμένος να προσκομίζει τα κάτωθι:
  - βιβλιάριο ασθενείας
  - ΑΔΤ
- Για είσπραξη ονομαστικών δαπανών από τρίτο πρόσωπο ή έμμεσα ασφαλισμένο θα πρέπει να προσκομίζονται τα κάτωθι:
  - βιβλιάριο ασθενείας
  - εξουσιοδότηση από τον άμεσα ασφαλισμένο θεωρημένη από δημόσια αρχή
  - ΑΔΤ του ιδίου
- Για την είσπραξη ονομαστικών δαπανών από το ταμείο ποσού μεγαλύτερου από 2.000€ θα γίνεται κατάθεση σε λογαριασμό IBAN και όχι άμεση είσπραξη από το ταμείο. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να προσκομίζει ο ασφαλισμένος αντίγραφο του βιβλιαρίου τραπέζης, όπου να φαίνεται καθαρά ο αρ. IBAN που επιθυμεί να κατατεθούν τα χρήματά του.

Ενημέρωση του Π.Ι.Σ. για τις ευθύνες ιατρών και φαρμακοποιών για τις ιατρικές συνταγές

Προς τους Προέδρους
και εκπροσώπους των
Ιατρικών Συλλόγων της Χώρας

Αριθμ. Πρωτ. 369 Αθήνα, 17.02.2010

Αγαπητέ κύριε Πρόεδρε,
Σας διαβιβάζω έγγραφο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολουμένων, Διεύθυνση Υγειονομικού, αριθμ.πρωτ. 302/13.1.2010 με θέμα: Ευθύνες ιατρών και φαρμακοποιών περί συνταγογράφησης και εκτέλεσης ιατρικών συνταγών (ΠΔ 121/03-09-08), με την παράκληση όπως ενημερώσετε τα μέλη περιοχής ευθύνης του συλλόγου σας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Αλεξανδρόπουλος

Ενεργοποίηση του διατάγματος του Υπουργείου Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας για τις ευθύνες ιατρών και φαρμακοποιών στις ιατρικές συνταγές

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
& ΚΟΙΝ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ
& ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ
ΤΜΗΜΑ Β'

Αθήνα, 11.09.2008
Αριθ. Πρωτ.: Φ. 80000/19219/1747

ΠΡΟΣ:
1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
Δ/νση Φαρμακευτική
Αγ. Κων/νου 16-18
Αθήνα 102 41

2. ΟΓΑ
Κλάδος ΙΑ Φαρμακευτικής
Περίθαλψης
Αβέρωφ 7
Αθήνα 10677

3. ΟΑΕΕ
Δ/νση Παροχών
Αγ.Κων/νου 5
Αθήνα 104 32

4. Λοιπούς Φορείς και
Κλάδους Ασθένειας

ΚΟΙΝ:
1. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο
Πειραιώς 134 Αθήνα 118 54
2. Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής
Μυλλέρου 1 & Αγησιλάου Αθήνα
3. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
Πλουτάρχου 3 Αθήνα 106 75
4. ΟΠΑΔ
Μακεδονίας 8 Αθήνα
5. Οίκος Ναύτου
Δ/νση Φαρμ/κής
Κων/νου Παλαιολόγου 15
Πειραιάς 185 35

ΘΕΜΑ: Ανακοίνωση δημοσίευσης π.δ/τος

Σας γνωρίζουμε ότι στο ΦΕΚ 183/3-9-2008 τεύχος Α, δημοσιεύθηκε το π.δ/γμα 121/1-9-08 «Καθορισμός των υποχρεώσεων των ασφαλιστικών οργανισμών, των θεραπόντων και ελεγκτών ιατρών, των φαρμακοποιών, καθώς και των σχετικών κυρώσεων» και παρακαλούμε να προβείτε σε άμεση ενημέρωση τόσο των αρμόδιων υπηρεσιών σας, διοικητικών και υγειονομικών, όσο και των συνεργαζομένων με οποιαδήποτε σχέση με το φορέα σας ιατρών, ελεγκτών ιατρών και φαρμακοποιών, κατά την παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους σας, για την ορθή εφαρμογή των ρυθμίσεων του εν λόγω π.δ/τος.

Με το διάταγμα επιχειρείται η συνολική ρύθμιση των υποχρεώσεων των ασφαλιστικών οργανισμών, των θεραπόντων και ελεγκτών ιατρών και των φαρμακοποιών, καθώς και των κυρώσεων σε περίπτωση μη τήρησης των υποχρεώσεών τους, με την ενσωμάτωση σε ενιαίο κείμενο των ρυθμίσεων του π.δ/τος 67/2000, όπως ίσχυε μετά τις τροποποιήσεις.

Ειδικότερα επισημαίνουμε ότι: α) στο άρθρο 2 που αφορά στις υποχρεώσεις των θεραπόντων ιατρών, θεσπίζονται για πρώτη φορά κυρώσεις και για τους ιατρούς σε περίπτωση μη τήρησης των προβλεπόμενων υποχρεώσεών τους και β) στο άρθρο 4 που αφορά στις υποχρεώσεις των φαρμακοποιών, αναφέρεται ρητά ότι ορίζονται τα στοιχεία, που περιλαμβάνει η συνταγή, προκειμένου να είναι «κανονικώς εκδοθείσα συνταγή», ώστε η αξία της να εξοφλείται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Στην περίπτωση προχορήγησης των φαρμάκων, οι ταινίες γνησιότητας φυλάσσονται εντός του ειδικού βιβλίου σε ειδική θέση (ζελατίνα). Αναπροσαρμόσθηκαν τα επιβαλλόμενα πρόστιμα στους φαρμακοποιούς που δεν τηρούν τις προβλεπόμενες υποχρεώσεις τους και ανάλογα με τη συχνότητα και τη βαρύτητα αυτής (σύσταση, πρόστιμο από 1% έως 30% επί της αξίας των συνταγών του προηγούμενου της παράβασης μήνα, πρόσκαιρο από 2-6 μήνες αποκλεισμό του φαρμακείου από την εκτέλεση συνταγών κ.λπ.)

Επίσης, προβλέπεται ότι μετά την επιβολή κυρώσεων, ο φαρμακοποιός υποβάλλει εγγράφως και μέσα σε 10 ημέρες τις αντιρρήσεις - εξηγήσεις του. Εντός δε προθεσμίας 30 ημερών από της κοινοποιήσεως της απόφασης, ο φαρμακοποιός μπορεί να ασκήσει προσφυγή ενώπιον του Διοικητή του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή του Δ.Σ. του φορέα.

Επίσης, ειδικά για τους ιατρούς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (άρθρο 2 παρ.1γ εδαφ. πέμπτο) δίνεται η δυνατότητα να χορηγούν συνταγή με αγωγή διάρκειας έως και δύο μηνών στην ίδια συνταγή (ένα φύλλο), για ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις μόνο και ακολουθούν σταθερή θεραπευτική αγωγή. Για την εν λόγω συνταγή απαιτείται θεώρηση από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό του ιδρύματος.

Συν. 1 ΦΕΚ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
1. Γραφείο κ. Υπουργού
Επί εγγρ.6135/13-8-08
2. Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα
3. ΥΠΕΔΥΦΚΑ
Δ/νση Κεντρικής Υπηρεσίας (1 ΦΕΚ)
Δ/νση Περιφέρειας Αττικής (1 ΦΕΚ)
4. Δ/νση Ασφαλ. Ασθένειας & Μητρότητας
Τμήμα Α' & Β'

Ο Γενικός Γραμματέας
ΔΗΜ. ΜΑΜΜΩΝΑΣ

3373

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ Αρ. Φύλλου 183

3 Σεπτεμβρίου 2008

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 121

Καθορισμός των υποχρεώσεων των ασφαλιστικών οργανισμών, των θεραπόντων και ελεγκτών ιατρών και των φαρμακοποιών, καθώς και των σχετικών κυρώσεων.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 20 του ν. 2458/1997 (Α΄ 15), όπως το άρθρο αυτό αντικαταστάθηκε με το άρθρο 23 του ν. 2737/1999 (Α΄ 174).

2. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του κώδικα νομοθεσίας για την κυβέρνηση και τα κυβερνητικά όργανα, που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του π.δ/τος 63/2005 (Α΄ 98).

3. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος των ασφαλιστικών οργανισμών και του κρατικού προϋπολογισμού.

4. Την υπ' αριθμ. 142/2008 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας μετά από πρόταση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ - ΣΚΟΠΟΣ

Καθορίζονται ενιαία για τον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και όλους τους φορείς και κλάδους ασθένειας αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων κατά την παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης.

α. Οι υποχρεώσεις των θεραπόντων ιατρών.

β. Οι υποχρεώσεις των ελεγκτών ιατρών.

γ. Οι υποχρεώσεις των συμβεβλημένων φαρμακοποιών.

δ. Οι υποχρεώσεις των ασφαλιστικών οργανισμών.

ε. Οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε περίπτωση μη τήρησης των ανωτέρω υποχρεώσεων και ο καταλογισμός των ευθυνών λόγω ζημίας που προκύπτει στους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Άρθρο 2

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΟΝΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

1. Οι θεράποντες ιατροί, σύμφωνα με τον κανονισμό περίθαλψης των ασφαλιστικών οργανισμών, κατά τη συνταγογράφηση στους ασφαλισμένους τους, υποχρεούνται :

α. Να συμμορφώνονται με τις διατάξεις του παρόντος διατάγματος, ειδικά όσον αφορά την υποχρέωση ορθής συνταγογράφησης, τις διατάξεις της νομοθεσίας και των οδηγιών των αρμοδίων Υπουργείων περί του τρόπου, χρόνου και όρων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και να τηρούν τους όρους των συμβάσεών τους.

β. Να ενεργούν σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

γ. Να εφαρμόζουν τα προβλεπόμενα στους κανονισμούς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ασφαλιστικών οργανισμών και να τηρούν τους όρους των συμβάσεών τους, εφόσον δεν αντιβαίνουν στις διατάξεις του παρόντος.

δ. Να ελέγχουν το βιβλιάριο υγείας και να διαπιστώνουν εάν το πρόσωπο που προσέρχεται για εξέταση ταυτίζεται με αυτό που αναγράφεται ή εικονίζεται στο βιβλιάριο υγείας, βεβαιώνοντας ότι υπάρχει ασφαλιστική ικανότητα.

ε. Να εξετάζουν τον ασφαλισμένο πριν χορηγήσουν τη συνταγή και να συνταγογραφούν ιδιοσκευάσματα φαρμακευτικής δράσης σχετικής με την νόσο και μόνο για νοσήματα της ειδικότητάς τους. Οι συνταγογράφοι ιατροί είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την ορθή και σύννομη συνταγογράφηση κατά τις διατάξεις του παρόντος διατάγματος.

στ. Να ελέγχουν από το βιβλιάριο υγείας τυχόν προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, για την ίδια νόσο, ώστε να αποφεύγεται η συνταγογράφηση ιδιοσκευασμάτων η δραστική ουσία των οποίων έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική στο συγκεκριμένο ασθενή ή ακατάλληλη για την περίπτωσή του. Επιτρέπεται όμως η αναγραφή ισοδυνάμου σκευάσματος που ταυτίζεται φαρμακολογικώς από πλευράς ουσίας με φάρμακο που έχει συνταγογραφηθεί.

ζ. Να μη επαναλαμβάνουν τη συνταγή φαρμάκων, εφόσον από τη δοσολογία που υποχρεωτικά αναγράφεται στη συνταγή και το χρόνο λήψης, δεν δικαιολογείται η ανάλωση των χορηγηθέντων με την προηγούμενη συνταγή.

η. Να συμπληρώνουν ευανάγνωστα και με ακρίβεια όλα τα στοιχεία επί του εντύπου της συνταγής και συγκεκριμένα τη διάγνωση, την ονομασία, τη δοσολογία, την περιεκτικότητα και την ποσότητα των συνταγογραφουμένων φαρμάκων, καθώς και να αναγράφουν το ποσοστό συμμετοχής (%) ή τη μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, με υπογραφή και σφραγίδα του θεράποντα γιατρού.

Σε περίπτωση που στη συνταγή δεν αναγράφεται το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου στη δαπάνη των φαρμάκων, η συμμετοχή υπολογίζεται αυτοδίκαια στο 25%. Επειδή το ποσοστό συμμετοχής επί της συνταγής από τον συνταγογράφο ιατρό δεσμεύει το φαρμακοποιό κατά την εκτέλεσή της, οποιαδήποτε διαφορά κατά παρέκκλιση της κειμένης νομοθεσίας καταλογίζεται στο συνταγογράφο ιατρό.

Συνταγές με διορθώσεις πρέπει να φέρουν υποχρεωτικώς επί των διορθώσεων υπογραφή και σφραγίδα του γιατρού, άλλως δεν εκτελούνται.

θ. Να αναγράφουν μόνο μία μονάδα ιδιοσκευάσματος στις περιπτώσεις οξέων περιστατικών όταν εκτιμούν ότι η διάγνωση δεν είναι απόλυτα ασφαλής και κρίνουν ότι για το λόγο αυτό δεν υπάρχει βεβαιότητα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Περισσότερα της μίας μονάδας ιδιοσκευάσματος και μέχρι δύο συνταγραφούνται μόνο εφόσον κρίνεται απολύτως αναγκαίο να συνεχισθεί, συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς για χρονικό διάστημα, για το οποίο δεν επαρκεί η μία μονάδα και πάντως όχι για χρονικό διάστημα, περισσότερο του ενός (1) μηνός ανά συνταγή σύμφωνα με τη δοσολογία του γιατρού.

Τα ανωτέρω δεν ισχύουν για τις συσκευασίες που περιέχουν μια δόση, για συσκευασίες ιδιοσκευασμάτων απαραιτήτων για φαρμακοτεχνικές εργασίες, για τις επαναλαμβανόμενες συνταγές και τις συνταγές με θεραπεία μέχρι μήνα.

ι. Να χορηγούν «επαναλαμβανόμενη συνταγή» τρίμηνης διάρκειας μόνο για παθήσεις της ειδικότητάς τους στους ασθενείς ασφαλισμένους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και ακολουθούν σταθερή θεραπευτική αγωγή.

Για την εν λόγω συνταγή χρησιμοποιούνται τρία συνεχή φύλλα του συνταγολογίου. Το κάθε φύλλο της επαναλαμβανόμενης συνταγής αριθμείται από τον ιατρό, ο οποίος και αναγράφει στο κάθε ένα από αυτά τις λέξεις «επαναλαμβανόμενη συνταγή».

Το κάθε φύλλο εκτελείται χωριστά ανά μήνα από το φαρμακοποιό. Το δεύτερο ή τρίτο φύλλο της επαναλαμβανόμενης συνταγής μπορεί να προσκομίζεται στο φαρμακείο για εκτέλεση και μέχρι 5 ημέρες νωρίτερα ή αργότερα από την αναγραφόμενη στο κάθε φύλλο ημερομηνία.

Ειδικά για τους γιατρούς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ δίνεται η δυνατότητα να χορηγούν συνταγή με αγωγή διάρκειας έως και δύο (2) μηνών για παθήσεις της ειδικότητάς τους στους ασθενείς ασφαλισμένους του ιδρύματος που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις μόνο όταν ακολουθούν σταθερή θεραπευτική αγωγή. Για την εν λόγω συνταγή χρησιμοποιείται ένα φύλλο του συνταγολογίου στο οποίο αναγράφεται η ποσότητα φαρμάκων που καλύπτει, σύμφωνα με τη δοσολογία, τη θεραπευτική αγωγή των αντίστοιχων ημερών. Η εν λόγω συνταγή θεωρείται από τον αρμόδιο ελεγκτή γιατρό του ιδρύματος.

ια. Να μην προτρέπουν με οποιοδήποτε τρόπο τους ασφαλισμένους να εκτελούν τις εκδιδόμενες συνταγές σε συγκεκριμένο φαρμακείο και να μην προσκομίζουν οι ίδιοι τις συνταγές στο φαρμακείο για εκτέλεση. Η παράβαση αυτή συνεπάγεται και την πειθαρχική δίωξη του ιατρού από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα.

2. Οι αγροτικοί ιατροί υποχρεούνται να συνταγογραφούν μόνο μία μονάδα ιδιοσκευάσματος. Εξαιρετικά και μόνο σε περίπτωση χορήγησης ενεσίμων διαλυμάτων μιας δόσης εκάστου, ο αγροτικός ιατρός δύναται να αναγράφει πέραν της μίας μονάδας ιδιοσκευάσματος, όση ποσότητα απαιτείται για την κάλυψη θεραπείας.

Επίσης συνταγογραφούν για χρονίως πάσχοντες ασφαλισμένους, συνταγή για θεραπεία μέχρι ενός (1) μηνός καθώς και «επαναλαμβανόμενη συνταγή» τρίμηνης διάρκειας, μόνο βάσει γνωμάτευσης του ιατρού ειδικότητας. Η γνωμάτευση ισχύει για όσο χρόνο έχει καθορίσει ο γιατρός ειδικότητας και πάντως όχι πέραν της διετίας από την έκδοσή της.

Τις αυτές υποχρεώσεις έχουν και οι ιατροί χωρίς ειδικότητα που συνάπτουν συμβάσεις με τον ΟΠΑΔ ή ασφαλιστικούς οργανισμούς υπό τις προϋποθέσεις του άρθρου 5 περ. στ' του παρόντος διατάγματος.

3. Η μη τήρηση των υποχρεώσεων που αναφέρονται στο παρόν άρθρο, ανεξάρτητα τυχόν ποινικών ευθυνών, αποτελεί:

Για τους ιατρούς του ΕΣΥ καθώς και τους ιατρούς, μονίμους ή επί συμβάσει των ασφαλιστικών οργανισμών, πειθαρχικό παράπτωμα, για το οποίο επιβάλλονται κυρώσεις σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για κάθε κατηγορία.

Για τους ιατρούς τους συμβεβλημένους με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, λόγο διακοπής της σύμβασης από 10 εργάσιμες ημέρες μέχρι τρεις (3) μήνες, που κρίνεται από το αρμόδιο όργανο. Σε περίπτωση υποτροπής διακόπτεται η σύμβαση. Νέα σύμβαση δεν μπορεί να συναφθεί πριν από την παρέλευση έξι (6) μηνών από την καταγγελία.

Για τους μη συμβεβλημένους ιατρούς, λόγο αποκλεισμού κάθε συνεργασίας με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Σε κάθε περίπτωση οι παραβάσεις των ιατρών γνωστοποιούνται και στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, προκειμένου να διερευνήσει την υπόθεση και να επιβάλει τις προβλεπόμενες πειθαρχικές κυρώσεις.

4. Σε περίπτωση παραβάσεως των προβλεπόμενων υπό του παρόντος άρθρου υποχρεώσεων των ιατρών πλην των αναφερομένων στην ανωτέρω παράγραφο πειθαρχικών, διοικητικών και ποινικών κυρώσεων, επιβάλλονται επιπλέον στους γιατρούς που συνδέονται με οποιαδήποτε σχέση με τους ασφαλιστικούς οργα-

νισμούς και τον ΟΠΑΔ, με αποφάσεις των αρμοδίων οργάνων τους, οι κάτωθι κυρώσεις:

α. Σύσταση ή επίπληξη.

β. Πρόστιμο κυμαινόμενο από 500 - 10.000 € αναλόγως με τη συχνότητα και βαρύτητα της παράβασης.

Σε περίπτωση μη έγκαιρης καταβολής των προστίμων, τα ποσά αυτά εισπράττονται κατά τις διατάξεις του ΚΕΔΕ.

Για την επιβολή των ανωτέρω κυρώσεων εφαρμόζονται ανάλογα τα αναφερόμενα στην περ. στ΄ του άρθρου 4 του παρόντος δ/τος.

Άρθρο 3

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΕΛΕΓΚΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

1. Οι αρμόδιοι ελεγκτές ιατροί κάθε ασφαλιστικού οργανισμού οφείλουν να ελέγχουν τη συνταγογράφηση εφαρμόζοντας τις διατάξεις του παρόντος προεδρικού διατάγματος, τα προβλεπόμενα στους κανονισμούς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των οικείων οργανισμών, τη σχετική γενική νομοθεσία και τις εγκυκλίους των αρμοδίων Υπουργείων και των ασφαλιστικών οργανισμών που εκδίδονται κάθε φορά περί του τρόπου, χρόνου και όρων παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης.

Ειδικότερα οι ελεγκτές ιατροί οφείλουν να ελέγχουν την ορθή συμπλήρωση κάθε συνταγής σύμφωνα με τις διατάξεις του π. δ/τος 88/1998 (Α΄ 82), όπως ισχύει κάθε φορά, τον αριθμό των χορηγουμένων μονάδων συσκευασιών ανά ιδιοσκεύασμα, την αξία κάθε συνταγής, τον αριθμό των συνταγών που χορηγεί ο ιατρός ανά μήνα για κάθε ασθενή ασφαλισμένο, την αναγραφή ιδιοσκευασμάτων σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία, την πιστή εφαρμογή των διατάξεων για τη συνταγογράφηση ιδιοσκευασμάτων, την «επαναλαμβανόμενη» συνταγή, τη μη αναγραφή φαρμάκων από ιατρούς διαφορετικής με την πάθηση ειδικότητας τηρουμένων των διατάξεων του άρθρου 8 παρ.3 του ν.3457/2006, την ορθή αναγραφή του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά των φαρμάκων ανάλογα με την πάθηση του ασθενούς ασφαλισμένου, την υπερκατανάλωση φαρμάκων καθώς και την τήρηση της προθεσμίας των 5 εργάσιμων ημερών μέσα στην οποία πρέπει να γίνεται η θεώρηση της συνταγής, όπου αυτή απαιτείται.

2. Συνταγές ιατρών θεωρημένες από ελεγκτές ιατρούς είναι έγκυρες, εκτελούνται υποχρεωτικά από τους φαρμακοποιούς και δεν υπόκεινται σε καμία απολύτως περικοπή. Σε περίπτωση που περικοπεί εκτελεσθείσα συνταγή που θεωρήθηκε από ελεγκτή ιατρό για λόγο που αφορά παράβαση υποχρεώσεως του ιατρού που απορρέει από το παρόν, ο ασφαλιστικός οργανισμός υποχρεούται να αποζημιώσει το φαρμακοποιό που εκτέλεσε την συνταγή και να εισπράξει με την διαδικασία του ΚΕΔΕ την αξία της από το συνταγογράφο γιατρό. Η θεώρηση λαμβάνεται υπόψη μόνο στις περιπτώσεις συνταγών που απαιτείται θεώρηση σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

3. Η μη τήρηση των υποχρεώσεων που αναφέρονται στο παρόν άρθρο ανεξάρτητα τυχόν ποινικών ευθυνών επισύρει τις κυρώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 3 και 4 του άρθρου 2 του παρόντος διατάγματος.

Άρθρο 4

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

1. Οι φαρμακοποιοί που συμβάλλονται είτε ατομικά είτε συλλογικά με τον ΟΠΑΔ και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς υποχρεούνται:

α. Να συμμορφώνονται με τις διατάξεις του παρόντος προεδρικού διατάγματος, τις διατάξεις της νομοθεσίας και των οδηγιών των αρμοδίων υπουργείων περί του τρόπου, χρόνου και όρων παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης και να τηρούν τους όρους των συμβάσεών τους.

β. Να έχουν σε άμεση ζήτηση τα νομίμως κυκλοφορούντα φάρμακα, για τα οποία υπάρχει έγκριση να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή και η δαπάνη τους καλύπτεται από τον ΟΠΑΔ και τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή.

γ. Να εξυπηρετούν με προθυμία τους ασφαλισμένους και να τους δίνουν κάθε αναγκαία πληροφορία που έχει σχέση με τα φάρμακα, τα οποία παραδίδουν σε αυτούς.

δ. Να εκτελούν οι ίδιοι ή οι νόμιμοι αντικαταστάτες τους πιστά κάθε συνταγή που έχει εκδοθεί κανονικά και προσκομίζεται για εκτέλεση εμπρόθεσμα (εντός πέντε εργασίμων ημερών από την έκδοση της).

2. Συνταγή κανονικώς εκδοθείσα και κανονικώς εκτελεσθείσα, κατά την έννοια του παρόντος διατάγματος, θεωρείται μία συνταγή όταν περιλαμβάνει τα κατωτέρω στοιχεία:

Την επωνυμία του ασφαλιστικού φορέα.

Το ονοματεπώνυμο του ασφαλισμένου - ασθενούς.

Τον αριθμό μητρώου του ασφαλισμένου.

Την πάθηση από την οποία πάσχει, ως αναφέρεται από τον θεράποντα ιατρό.

Τα χορηγηθέντα φάρμακα (ονομασία, μορφή, περιεκτικότητα, ποσότητα αριθμητικά και ολογράφως, δοσολογία).

Την ημερομηνία έκδοσης.

Τη σφραγίδα και την υπογραφή ιατρού, με τον αριθμό μητρώου αυτού θεώρηση όπου απαιτείται.

Την υπογραφή του παραλήπτη των φαρμάκων.

Τη σφραγίδα, την υπογραφή και τον αριθμό μητρώου του φαρμακοποιού.

Τα συνοδά έντυπα.

Την καταχώρηση στο βιβλιάριο υγείας, όπου αυτό προβλέπεται από τη νομοθεσία του οικείου φορέα.

Συνταγή που φέρει τουλάχιστον τα ανωτέρω στοιχεία θεωρείται κανονικώς εκδοθείσα και εκτελεσθείσα και πληρώνεται η αξία της, με την επιφύλαξη όσων ισχύουν για την συνταγογράφηση από ανειδίκευτους και αγροτικούς ιατρούς καθώς και τη συνταγογράφηση φαρμάκων για τα οποία ισχύει ειδική νομοθεσία.

Συνταγή θεωρημένη από τον ελεγκτή ιατρό, εξοφλείται στο φαρμακοποιό.

Συνταγή που φέρει διορθώσεις ή ξέσματα που δεν έχουν βεβαιωθεί από το θεράποντα ιατρό ή δεν είναι θεωρημένη, όπου αυτό απαιτείται, δεν είναι έγκυρη και δεν εκτελείται.

Η συνταγή απαραίτητα συνοδεύεται από το βιβλιάριο υγείας του ασφαλισμένου, στο οποίο ο φαρμακοποι-

ός θα ελέγχει την καταχώρηση των φαρμάκων και θα συμπληρώνει τα στοιχεία εκτέλεσης, όπου αυτό προβλέπεται.

3. Η τυχόν εκτέλεση συνταγής που δεν έχει συνταχθεί σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας, καθώς και η εκτέλεση συνταγής που δεν είναι θεωρημένη, όταν απαιτείται θεώρηση, στερεί από το φαρμακοποιό το δικαίωμα να εισπράξει την αξία της από οικείο ασφαλιστικό οργανισμό.

Θεώρηση απαιτείται: α) Όταν τούτο ορίζεται από την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία.

β) Όταν η συνταγή περιλαμβάνει ψυχότροπα ή ναρκωτικά φάρμακα, πλην των αναφερομένων στον πίνακα Δ και στην κατηγορία Γ.Σ. που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του ν. 3459/2006 (Α΄ 103) και του π.δ/τος 148/2007 (Α΄ 191) «Κωδικοποίηση των διατάξεων κανονιστικών διαταγμάτων και κανονιστικών υπουργικών αποφάσεων της εθνικής νομοθεσίας για τα ναρκωτικά» ανεξαρτήτως της αξίας τους. Τα ανωτέρω ψυχότροπα ή ναρκωτικά φάρμακα συνταγογραφούνται στο συνταγολόγιο ή στην ειδική συνταγή που εκδίδει ο ιατρός.

4. Να εκτελούν τη συνταγή τη στιγμή που προσκομίζεται. Η συνταγή δεν επιτρέπεται να παραμένει στο φαρμακείο ανεκτέλεστη.

Αν ο φαρμακοποιός δεν έχει όλα τα φάρμακα που αναγράφονται στη συνταγή είναι δυνατή μερική εκτέλεση αυτής.

Στην περίπτωση μερικής εκτέλεσης, στο πίσω μέρος της συνταγής αναγράφονται τα φάρμακα που δεν παραδόθηκαν και τίθεται η χρονολογία και η υπογραφή του φαρμακοποιού και του ασφαλισμένου. Ο ασφαλισμένος επανέρχεται, μέσα στην προβλεπόμενη ημερομηνία των 5 εργασίμων ημερών, για την ολική της εκτέλεση.

5. Να συμπληρώνουν κανονικά και με ευκρίνεια τη συνταγή και στις προβλεπόμενες σε αυτή θέσεις, να διατιμούν τις συνταγές, να επικολλούν τις ταινίες γνησιότητας των φαρμάκων προσέχοντας να είναι εμφανείς οι κωδικοί και οι γραμμικοί κώδικες αυτών, να αναγράφουν την ημερομηνία εκτέλεσης της συνταγής, να συμπληρώνουν τον κωδικό τους, ο οποίος είναι ο αριθμός μητρώου τους στο ΤΣΑΥ ,να επιθέτουν τη σφραγίδα τους, στην οποία απαραίτητα πρέπει να αναφέρεται ο Α.Φ.Μ. τους και να υπογράφουν.

6. Να εισπράττουν μόνο το χρηματικό ποσό της συμμετοχής του ασφαλισμένου, εάν προβλέπεται συμμετοχή του στη δαπάνη αγοράς των φαρμάκων.

Η είσπραξη του ύψους της συμμετοχής του ασφαλισμένου είναι υποχρεωτική για το φαρμακοποιό. Συμψηφισμός της συμμετοχής αυτής με μερική εκτέλεση της συνταγής απαγορεύεται.

7. Να μην κρατούν στο φαρμακείο βιβλιάρια υγείας των ασφαλισμένων και συνταγολόγια. Τα βιβλιάρια υγείας και τα συνταγολόγια παραδίδονται μαζί με τα φάρμακα αμέσως στον ασφαλισμένο ή τον απεσταλμένο του.

Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος ξεχάσει το βιβλιάριο υγείας ή το συνταγολόγιό του στο χώρο του φαρμακείου, ο φαρμακοποιός οφείλει να το παραδώσει εντός σαράντα οκτώ (48) ωρών στον ίδιο ή στον οικείο ασφαλιστικό οργανισμό ή στο αστυνομικό τμήμα της περιοχής του.

Σε περίπτωση «επαναλαμβανόμενης συνταγής» ο φαρμακοποιός κρατά μόνο τη συνταγή που εκτελεί κάθε φορά.

Η φύλαξη στο φαρμακείο ανεκτέλεστων φύλλων από «επαναλαμβανόμενη συνταγή» απαγορεύεται.

8. Να μην κρατούν στο φαρμακείο ταινίες γνησιότητας αποκολλημένες από τις μονάδες ιδιοσκευασμάτων και μη επικολλημένες στις συνταγές ή μονάδες ιδιοσκευασμάτων χωρίς ταινίες γνησιότητας.

9. Να μην έχουν οποιαδήποτε συνεργασία με ιατρούς με σκοπό την κατά παραγγελία συνταγογράφηση.

10. Να μην προχορηγούν φάρμακα εκτός εάν η προχορήγηση γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις των υπ' αριθμ. 104425/323/0015/10.4.1996 (Β΄ 303) και 1116504/34/0015 ΠΟΛ 1370/19.12.2001 (Β΄ 11/2002) αποφάσεων του Υφυπουργού Οικονομικών, όπως ισχύουν κάθε φορά, σχετικά με την τήρηση ειδικού βιβλίου διάθεσης φαρμάκων από τα φαρμακεία. Στην περίπτωση αυτή οι ταινίες γνησιότητας των προχορηγουμένων φαρμάκων, φυλάσσονται εντός του ειδικού βιβλίου σε ειδική θέση (ζελατίνα).

11. Να αριθμούν εντός πέντε (5) εργασίμων ημερών, τις συνταγές που έχουν εκτελέσει με αύξουσα συνεχή αρίθμηση μηνιαία για τον ΟΠΑΔ ή ανά ασφαλιστικό οργανισμό και να τις καταχωρούν στο τέλος κάθε μήνα σε ειδικές καταστάσεις φυσικών ή μαγνητικών μέσων ανά οργανισμό. Όλες οι συνταγές και οι ειδικές καταστάσεις τηρούνται και διατηρούνται υποχρεωτικά στο φαρμακείο.

12. Να υποβάλλουν τον λογαριασμό τους μαζί με τις καταστάσεις στις αρμόδιες υπηρεσίες του ΟΠΑΔ και των ασφαλιστικών οργανισμών.

13. Να επιτρέπουν σε οποιαδήποτε εργάσιμη ημέρα και ώρα την είσοδο στο φαρμακείο των εντεταλμένων οργάνων των αρμοδίων Υπουργείων και των ασφαλιστικών οργανισμών προκειμένου να διαπιστώσουν την πιστή εφαρμογή της φαρμακευτικής νομοθεσίας. Επίσης οφείλουν να επιτρέπουν σε οποιαδήποτε εργάσιμη ημέρα και ώρα την είσοδο στο φαρμακείο των εντεταλμένων προς τούτο οργάνων των ασφαλιστικών οργανισμών, προκειμένου αυτά να ελέγξουν συνταγές αποκλειστικά και μόνο του ασφαλιστικού φορέα, στον οποίο υπάγονται.Έλεγχο σε συνταγές όλων των ταμείων διενεργούν αποκλειστικά και μόνο το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας και η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υπηρεσιών Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης. Σε περίπτωση λήψης συνταγών εκτός του χώρου του φαρμακείου για περαιτέρω έλεγχο, τα εντεταλμένα όργανα του ελέγχοντος ασφαλιστικού φορέα ή του αρμοδίου Υπουργείου υποχρεούνται να τις επιστρέφουν κατ΄ ανώτατο χρονικό όριο μέχρι το τέλος του μήνα που έγινε ο έλεγχος. Στα εντεταλμένα κατά τα ανωτέρω για τον έλεγχο όργανα ο συμβεβλημένος φαρμακοποιός οφείλει να παρέχει κάθε πληροφορία που θα ζητηθεί από αυτά.

Τα αποτελέσματα του διενεργουμένου ελέγχου θα καταγράφονται αποκλειστικά και μόνο σε σχετικό πρωτόκολλο ελέγχου, το οποίον υπογράφεται από τον ελεγκτή (ή επιθεωρητή) και τον φαρμακοποιό, ο οποίος μπορεί να διατυπώσει και τις παρατηρήσεις του.

14. Τα αρμόδια όργανα προβαίνουν σε ελέγχους στα φαρμακεία προς διαπίστωση της τηρήσεως των

αναφερομένων στο παρόν άρθρο, υποχρεώσεων των φαρμακοποιών, σεβόμενα την τιμή και την αξιοπρέπεια του επιστήμονα φαρμακοποιού και των βοηθών του. Τα αρμόδια ελεγκτικά όργανα μπορούν να καλούν ή να επισκέπτονται τους ασθενείς προκειμένου να διαπιστώσουν τη χορήγηση των αναγραφομένων στη συνταγή φαρμάκων.

15. Η παράβαση από το συμβεβλημένο φαρμακοποιό των υποχρεώσεών του, όπως καθορίζονται από το παρόν συνεπάγεται, εκτός των ενδεχόμενων ποινικών κυρώσεων ή των διοικητικών που προβλέπονται από την κείμενη φαρμακευτική νομοθεσία, όπως αυτή ισχύει κάθε φορά και την επιβολή των εξής κυρώσεων, για κάθε παράβαση, ανάλογα με την συχνότητα και τη σοβαρότητα αυτής:

α. Σύσταση.

β. Πρόστιμο κυμαινόμενο από 1% έως 30% επί της αξίας των συνταγών του Ο.Π.Α.Δ. ή του ασφαλιστικού οργανισμού που εκτελέστηκαν από το φαρμακείο τον προηγούμενο μήνα, από αυτό τον οποίο έγινε η παράβαση.

Ειδικά για την περίπτωση εύρεσης στο φαρμακείο ταινιών γνησιότητας που είναι αποκολλημένες από τις μονάδες ιδιοσκευάσματος το πρόστιμο καθορίζεται μέχρι το πενταπλάσιο (5πλάσιο) της αξίας των ιδιοσκευασμάτων που αντιστοιχούν οι ταινίες.

γ. Προσωρινό από δύο (2) μήνες μέχρι έξι (6) μήνες αποκλεισμό του φαρμακείου από την εκτέλεση των συνταγών του ΟΠΑΔ ή του ασφαλιστικού οργανισμού.

δ. Καταγγελία της σύμβασης μονομερώς από την πλευρά του Ο.Π.Α.Δ., ή του ασφαλιστικού οργανισμού. Νέα σύμβαση δεν μπορεί να συναφθεί πριν την παρέλευση τουλάχιστον δύο (2) ετών από την καταγγελία.

Ειδικά για τις κατωτέρω αναφερόμενες παραβάσεις, πλην των αναφερομένων στις περιπτώσεις β - δ της παρ. 16 του παρόντος άρθρου δύναται να επιβληθεί επί πλέον πρόστιμο από 3.000 € έως 30.000 €.

α. Μη παράδοση από τον φαρμακοποιό ή τον αντικαταστάτη του στο φαρμακείο, των φαρμάκων που αναγράφονται στη συνταγή και χρέωσή τους στον Ο.Π.Α.Δ. ή στον ασφαλιστικό οργανισμό.

β. Παράδοση άλλων φαρμάκων ή ειδών από εκείνα που αναγράφει η συνταγή.

γ. Εύρεση στο χώρο του φαρμακείου ή χρησιμοποίηση ταινιών γνησιότητας πλαστών ή επαναχρησιμοποιημένων ή παραποιημένων ή με σβησμένες ενδείξεις ή ταινίες, από τις οποίες έχει διαγραφεί με οποιοδήποτε τρόπο ή ένδειξη «κρατικό είδος».

δ. Ανεύρεση και παράνομη χρήση συνταγολογίων ή βιβλιαρίων υγείας ασφαλισμένων.

ε. Άρνηση ή παρεμπόδιση με οποιοδήποτε τρόπο του ελέγχου που πραγματοποιείται σύμφωνα με τα επιμέρους οριζόμενα στο παρόν διάταγμα.

16. Σε περίπτωση μη έγκαιρης καταβολής των προστίμων, τα ποσά αυτά εισπράττονται κατά τις διατάξεις του ΚΕΔΕ.

17. Σε κάθε περίπτωση οι παραβάσεις των φαρμακοποιών γνωστοποιούνται και στον οικείο Φαρμακευτικό Σύλλογο, προκειμένου να διερευνήσει την υπόθεση και να επιβάλει τις προβλεπόμενες πειθαρχικές κυρώσεις.

18. Οι ανωτέρω κυρώσεις επιβάλλονται με αιτιολογημένη απόφαση του ΟΠΑΔ, ή κάθε ασφαλιστικού οργανισμού, μετά την παροχή από τον φαρμακοποιό σχετικών εξηγήσεων, οι οποίες υποβάλλονται εγγράφως, μέσα σε δέκα (10) εργάσιμες ημέρες, από την ημέρα που αυτός έλαβε το σχετικό έγγραφο, για παροχή εξηγήσεων και στο οποίο υποχρεωτικά αναφέρεται η διαπραχθείσα παράβαση.

Κατά της αποφάσεως αυτής ο φαρμακοποιός δύναται να ασκήσει, μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την κοινοποίησή της, προσφυγή ενώπιον της αρμοδίας Επιτροπής του ΟΠΑΔ (άρθρο 41 ν. 3329/2005), ενώπιον του Διοικητή του Ιδρύματος για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και ενώπιον του Δ.Σ. του ασφαλιστικού φορέα, για τους λοιπούς οργανισμούς.

Κατά τη διάρκεια της παραπάνω προθεσμίας καθώς και, σε περίπτωση άσκησης προσφυγής, μέχρι την έκδοση της σχετικής απόφασης αναστέλλεται η εκτέλεση της απόφασης επιβολής κυρώσεων.

Άρθρο 5

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

Ο Ο.Π.Α.Δ. και οι φορείς και κλάδοι ασθένειας αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων υποχρεούνται :

α. να προμηθεύουν με συνταγολόγια τους ασφαλισμένους τους και τα μέλη της οικογένειάς τους.

Κατά τη χορήγηση κάθε νέου συνταγολογίου αναγράφεται στο βιβλιάριο ασθενείας του ασφαλισμένου η ημερομηνία παράδοσης καθώς και ο αύξων αριθμός του συνταγολογίου. Το παλαιό συνταγολόγιο ακυρώνεται και παραμένει στα χέρια του ασφαλισμένου,

β. να ελέγχουν την κατανάλωση φαρμάκων των ασφαλισμένων και να προβαίνουν σε συστάσεις όταν κρίνεται αναγκαίο,

γ. να παρακολουθούν τη συνταγογράφηση των ιατρών και το έργο των ελεγκτών ιατρών,

δ. να θεωρούν με τους ελεγκτές τους τις συνταγές που χρειάζονται θεώρηση, σύμφωνα με όσα ορίζονται στο παρόν δ/μα,

ε. οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ) υποχρεούνται να καταβάλλουν στο φαρμακοποιό, ανεξάρτητα από το χρόνο ελέγχου και εκκαθάρισης του του λογαριασμού του, ύστερα από πρόχειρο λογιστικό έλεγχο και μετά την αφαίρεση των νομίμων κρατήσεων, το πληρωτέο ποσό μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την υποβολή του λογαριασμού. Εάν κατά τον έλεγχο και την εκκαθάριση του λογαριασμού προκύψει τελικό ποσό μικρότερο του αιτηθέντος από το φαρμακοποιό και εξοφληθέντος ποσού, η διαφορά παρακρατείται από τους επόμενους λογαριασμούς του φαρμακοποιού. Σε περίπτωση μη υποβολής νεότερου λογαριασμού, η διαφορά αυτή αναζητείται από τον οικείο ασφαλιστικό φορέα, κατά τις κείμενες διατάξεις περί αναγκαστικής είσπραξης των καθυστερούμενων ασφαλιστικών εισφορών.

Ειδικά για τον Ο.Π.Α.Δ., για την εξόφληση των λογαριασμών του προς τους φαρμακοποιούς εφαρμόζονται οι ρυθμίσεις των διατάξεων της παρ. Β του άρθρου 22 του ν. 3172/2003,

3378 ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ)

στ. να μη συνάπτουν συμβάσεις με ιατρούς χωρίς ειδικότητα, εκτός εάν σε ορισμένη περιοχή της χώρας δεν υπάρχουν ειδικευμένοι γιατροί.

Από τον περιορισμό αυτό εξαιρούνται οι ιατροί οι οποίοι κατά την ημερομηνία ισχύος του π.δ/τος 67/2000 είχαν συνάψει συμβάσεις με τον Ο.Π.Α.Δ. και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και είχαν συμπληρώσει 7 χρόνια από τη λήψη της άδειας άσκησης επαγγέλματος, για τους οποίους δεν ισχύουν οι περιορισμοί του δεύτερου εδαφίου της παρ. 2 του άρθρου 2 του παρόντος διατάγματος (αγροτικοί γιατροί).

ζ. να επιβάλλουν τις προβλεπόμενες κυρώσεις, όπου απαιτείται,

η. να μην αναθέτουν καθήκοντα θεραπευτή ιατρού και ελεγκτού στο αυτό πρόσωπο.

Άρθρο 6

1. Το π.δ/γμα 67/2000 (Α΄ 58) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει με τα π.δ/τα 8/2001 (Α΄ 6), 137/2001 (Α΄ 120) και 149/2003 (Α΄ 123) καταργείται.

2. Η ισχύς του διατάγματος αυτού αρχίζει από την ημερομηνία δημοσίευσής του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στους Υπουργούς Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ανατέθουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 1 Σεπτεμβρίου 2008

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΑΡΟΛΟΣ ΓΡ. ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΦΑΝΗ ΠΑΛΛΗ - ΠΕΤΡΑΛΙΑ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Η Υπουργός Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την απαλλαγή υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου ιατρών που έχουν εγγραφεί σε ιατρικές σχολές ημεδαπής ή αλλοδαπής μέχρι και το ακαδημαϊκό έτος 1998-1999

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ν.Π.
ΤΜΗΜΑ Γ'

Αριθμ. πρωτ.: Υ10γ/οικ. 76407 Αθήνα, 22.06.2010

Έχοντας υπόψιν:

α) Το Ν.Δ. 67/1968 (Φ.Ε.Κ. 303/τ.Α'/20.12.1968).
β) Το Ν.Δ. 127/1974 (Φ.Ε.Κ. 319/τ. Α'/4.11.1974).
γ) Την παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1579/1985 (Φ.Ε.Κ. 217/τ. Α΄/23.12.1985).
δ) Την παρ. 5 του άρθρου 5 του Ν. 2256/1994 (Φ.Ε.Κ. 196/τ. Α΄/18.11.1994).
ε) Την παρ. 3 του άρθρου 26 του Ν. 2519/1997 (Φ.Ε.Κ. 165/τ. Α΄/21.08.1997).
στ) Την παρ. 3 του άρθρου 21 του Ν. 3580/2007 (Φ.Ε.Κ. 134/τ. Α΄/18.06.2007).
ζ) Το άρθρο 23 του Ν. 3730/2008 (Φ.Ε.Κ. 262/τ.Α΄/23.12.2008).
η) Το με αριθμ. πρωτ. Υ10γ/οικ. 48541/26.04.2010 έγγραφο της Δ/νσης Προσωπικού Ν.Π.
θ) Την υπ' αριθμ. 9 απόφαση της 225ης/26.04.2010 Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

1. Απαλλάσσονται της υποχρέωσης της παρ. 1 του άρθρου 1 του Ν.Δ. 67/1968 (Φ.Ε.Κ. 303/τ.Α΄/20.12.1968) «Περί λήψεως μέτρων δια την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών της υπαίθρου», οι αποφοιτήσαντες ή αποφοιτώντες από τις ιατρικές σχολές ημεδαπής ή αλλοδαπής οι οποίοι έχουν εγγραφεί στο Α' έτος αυτών, μέχρι και το ακαδημαϊκό έτος 1998-1999.

2. Η παρούσα απόφαση να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η Υπουργός
ΜΑΡΙΑ - ΕΛΙΖΑ ΞΕΝΟΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
1. Γραφείο Υπουργού κ. Μαρίας Ελίζας Ξενογιαννακοπούλου.
2. Γραφεία Υφυπουργού κ. Φωτεινής Γεννηματά
3. Γραφείο Γενικού Γραμματέα κ. Ν. Πολύζου
4. Γραφείο Γεν. Δ/ντριας Υγείας κ. Δ. Τσαγδή
5. Όλες τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις της χώρας
6. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, Πλουτάρχου 3 και Υψηλάντου 10675 Αθήνα
7. Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας
8. Δ/νση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας
9. Προς όλες τις Υ.Π.Ε.
10. Προς όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας.

ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑ:
Εθνικό Τυπογραφείο

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:
1. Δ/νση Προσωπικού ΝΠ Τμήμα Δ' (10)
2. Δ/νση Προσωπικού ΝΠ Τμήμα Γ' (10)

Συμπαράσταση του Π.Ι.Σ. στο συλλαλητήριο ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ στις 5 Ιουνίου

Το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. εκφράζει την αντίθεσή του στην υποβάθμιση των μισθών και των συντάξεων των συναδέλφων μισθωτών και συνταξιούχων. Οι μεγάλες μειώσεις σε μισθούς και επιδόματα δεν θα συνεισφέρουν στην αποπληρωμή του χρέους της χώρας.

Ανησυχούμε βαθύτατα για τη διαφαινόμενη υπονόμευση του συνταξιοδοτικού καθεστώτος όλων των συναδέλφων, με τις προβλεπόμενες, από το μνημόνιο που έχει ήδη ψηφιστεί στη βουλή, ρυθμίσεις, που θα εξαφανίσουν το ΤΣΑΥ και θα σημάνουν μείωση συντάξεων και αύξηση χρόνων εργασίας για τη θεμελίωση των συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων.

Διαφωνούμε απόλυτα με την υποβάθμιση του δημόσιου τομέα υγείας που θα προκύψει από το πάγωμα προσλήψεων και μείωση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η υποβάθμιση του δημόσιου τομέα υγείας θα επιφέρει αντίστοιχη υποβάθμιση των εργασιακών συνθηκών για τους ιατρούς, αλλά και δυσκολίες στην πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για το λαό που πλήττεται από τα σκληρά μέτρα της κυβέρνησης.

Δηλώνουμε την πλήρη αντίθεσή μας στα φαινόμενα διαφθοράς, παραοικονομίας και κατασπατάλησης του δημόσιου χρήματος από λειτουργούς της υγείας. Αλλά δεν θα συναινέσουμε η οφειλόμενη αποκάλυψη και τιμωρία συγκεκριμένων περιστατικών να γίνει άλλοθι για κατασυκοφάντηση όλου του ιατρικού σώματος και παραπέρα υποβάθμιση της χρηματοδότησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Υποστηρίζουμε τη δίκαιη φορολόγηση όλων και θεωρούμε αυτονόητη την υποχρέωση των ιατρών να φορολογούνται βάση των πραγματικών εισοδημάτων και της περιουσίας τους. Εκφράζουμε όμως την έντονη αντίθεσή μας στη δημόσια διαπόμπευση συναδέλφων μας, ακόμα και για μικρές φορολογικές παραλείψεις και την πολιτική επιβολής προστίμων δυσανάλογων με τη διαπραχθείσα φορολογική παράβαση. Καμιά ανοχή στη φοροδιαφυγή, όχι όμως στο κυνήγι μαγισσών και την εξόντωση των μικρών ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών που δοκιμάζονται ήδη σκληρά από την κρίση.

Το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. θα υπερασπιστεί τα συμφέροντα, το βιοτικό επίπεδο και την αξιοπρέπεια των συναδέλφων που ζουν από το μισθό και τις νόμιμες απολαβές τους. Απαιτούμε την άμεση και έγκαιρη αποπληρωμή των δεδουλευμένων εφημεριών και των οφειλών του δημοσίου και των ταμείων στους συναδέλφους.

Το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. καλεί τους συναδέλφους σε επαγρύπνηση για την υπεράσπιση ζωτικών δικαιωμάτων μας που κινδυνεύουν. Παράλληλα, εκφράζουμε τη βεβαιότητα πως όλοι οι συνάδελφοι θα επιδείξουν αίσθημα ευθύνης και αλληλεγγύης, ανταποκρινόμενοι με το παραπάνω στην επιτέλεση του λειτουργήματός μας για την αντιμετώπιση της ασθένειας και του πόνου των πασχόντων συμπολιτών μας.

Η θέση μας είναι δίπλα στους αγώνες όλων των εργαζομένων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για τα κοινά μας προβλήματα. Θα είμαστε παρόντες στο μεγάλο συλλαλητήριο ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ στις 5 ΙΟΥΝΙΟΥ, 11π.μ. στην πλατεία Εθνικής Αντίστασης στην Αθήνα.

Συμπαράσταση του Π.Ι.Σ. στις κινητοποιήσεις ΓΣΕΕ, ΑΔΕΔΥ και ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ

Αθήνα, 28.06.2010

Το Ασφαλιστικό Νομοσχέδιο το οποίο εδόθη στη δημοσιότητα καταργεί θεμελιώδη ασφαλιστικά δικαιώματα των ήδη συνταξιούχων και εργαζομένων συναδέλφων μας. Μετατρέπει τις συντάξεις σε επιδόματα καταργώντας την 13η και 14η σύνταξη, επαναφέρει τον ΛΑΦΚΑ, αυξάνει τα όρια ηλικίας και επίσης, καταργεί τις επικουρικές συντάξεις.

Τα εξαγγελθέντα μέτρα της Κυβέρνησης οδηγούν στην οικονομική εξαθλίωση των συνταξιούχων επιστημόνων και στον αφανισμό των Ταμείων τους.

Δυστυχώς, το Κράτος δεν τηρεί τις συνταγματικές υποχρεώσεις του, λεηλατεί τα αποθεματικά των Ταμείων και έχει οδηγήσει το ιατρικό σώμα σε πραγματική απόγνωση.

Για τους λόγους αυτούς, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος συμμετέχει στην Πανελλαδική Γενική Απεργία που προκήρυξε η ΓΣΕΕ και η ΑΔΕΔΥ την Τρίτη 29 Ιουνίου 2010 και στηρίζει τις απεργιακές κινητοποιήσεις της ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ την 1η και 2α Ιουλίου 2010.

Οφείλουμε να αντιδράσουμε και θα αντιδράσουμε δυναμικά, σε κάθε επίθεση που δέχονται τα ασφαλιστικά και συνταξιοδοτικά μας δικαιώματα.

Για το Δ. Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

Ο Π.Ι.Σ. συμμετέχει στην απεργία της 8ης Ιουλίου

Αθήνα, 06.07.2010

Αγωνιστικό κάλεσμα προς ολόκληρο τον ιατρικό κλάδο να πάρει μαζικά μέρος στην 24ωρη απεργιακή κινητοποίηση απευθύνει ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος.

Ο Π.Ι.Σ. συμμετέχει στην απεργία που έχουν προκηρύξει η ΟΕΝΓΕ, ΑΔΕΔΥ και ΓΣΕΕ συμπορευόμενος με όλους τους κλάδους των εργαζομένων για την υπεράσπιση των κεκτημένων και συνταγματικά κατοχυρωμένων ασφαλιστικών δικαιωμάτων των ιατρών.

Είναι ανένδοτος σε οποιαδήποτε απόπειρα καταστρατήγησης των δικαιωμάτων που θα προκαλέσει πρωτοφανή μείωση των εισοδημάτων των ιατρών.

Στόχος μας είναι η απόκρουση επιβολής του συστήματος των 3 πυλώνων και των επαγγελματικών ταμείων. Οι βασικοί πυλώνες του δημόσιου και κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος πρέπει να παραμείνουν δύο: η κύρια και η επικουρική ασφάλιση.

Διεκδικούμε τη διατήρηση της ασφάλειας του ΤΣΑΥ, ενός ταμείου εύρωστου και βιώσιμου, την ένταξη των νοσοκομειακών ιατρών στο θεσμό των βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελμάτων και τον υπολογισμό των εφημεριών στο χρόνο ασφάλισης και στις συντάξιμες αποδοχές.

Για το Δ. Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

24ωρη Πανελλαδική απεργία και Πανιατρική συγκέντρωση διαμαρτυρίας

Αθήνα, 20.07.2010

Με ομόφωνη απόφαση της τελευταίας Έκτακτης Γενικής Συνέλευσης του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου στις 10-11/7/2010, αποφασίστηκε 24ωρη Πανελλαδική απεργία και Πανιατρική συγκέντρωση διαμαρτυρίας έξω από τη Βουλή, Τετάρτη 21 Ιουλίου στις 11.00 το πρωί, μέρα συζήτησης του Νομοσχεδίου «Αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ.».

Ο ιατρικός κόσμος διαμαρτύρεται για την επιχειρούμενη κατάρρευση του Ε.Σ.Υ., την υποβάθμιση της υγείας του λαού, την απαξίωση του έλληνα ιατρού μέσα από το σχετικό Νομοσχέδιο για την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων.

Το Νομοσχέδιο αυτό δεν λαμβάνει υπόψιν ότι όλα τα Περιφερειακά Νοσοκομεία λειτουργούν σε ολοήμερη βάση και εφημέρευση και αδυνατούν λόγω της υποστελέχωσής τους να ανταπεξέλθουν στις βασικές τους υποχρεώσεις έναντι του λαού.

Ακόμη, βρίσκεται σε πλήρη αντίθεση με τις μέχρι σήμερα ιατρικές διεκδικήσεις για τη διαμόρφωση ενός ενιαίου συστήματος εξωνοσοκομειακής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο θα αξιοποιεί το σύνολο του υφιστάμενου ιατρικού δυναμικού και τις εξωνοσοκομειακές υποδομές, θα αποσυμφορίζει τα νοσοκομεία από την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και θα αναβαθμίζει συνολικά και ουσιαστικά την νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα.

Ο Π.Ι.Σ. διαμαρτύρεται για την αδιαφορία που παρατηρείται από τον ΟΠΑΔ προς τους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς και ζητά για άλλη μια φορά την άμεση καταβολή των δεδουλευμένων και οφειλομένων από μήνες στους συμβεβλημένους ιατρούς. Επίσης, ζητά την άμεση καταβολή όλων των εισπραχθέντων ποσών για λογαριασμό των ιατρών (παράβολα) για την έκδοση – ανανέωση των διπλωμάτων οδήγησης.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος δηλώνει ότι δεν θα δεχτεί άλλους πειραματισμούς στον ευαίσθητο χώρο της υγείας και θα συνεχίζει να παλεύει για μια καλύτερη υγεία στους Έλληνες πολίτες.

Για το Δ. Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

ΑΝΟΙΧΤΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Σχέσεις Εργασίας Ιατρικού Προσωπικού στο ΕΣΥ

Η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση, από το 1985, υποτίθεται ότι αποτελεί τη μόνη σχέση εργασίας των ιατρών στο ΕΣΥ. Χιλιάδες συνάδελφοι εργάστηκαν και εργάζονται προσφέροντας τις υπηρεσίες τους με υψηλό αίσθημα καθήκοντος και εντιμότητα στους ασθενείς.

Οι αλλαγές που συντελέστηκαν τα τελευταία χρόνια και επηρέασαν τη γενικότερη οικονομική κατάσταση της χώρας και την οικονομία του ΕΣΥ υποδεικνύουν την άμεση ανάγκη στην πολιτική ηγεσία του τόπου να αντιληφθεί, ότι η σχέση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης δεν μπορεί να αποτελεί πλέον τη μόνη σχέση εργασίας στο Σύστημα Υγείας.

Η υποχρηματοδότηση του Συστήματος, οι αυξανόμενες ανάγκες για στελέχωση σε ιατρικό προσωπικό, η χωρίς προγραμματισμό ανάπτυξη του ΕΣΥ και οι καθηλωμένοι μισθοί των ιατρών, έχουν εξαθλιώσει το Σύστημα.

Αφού η πολιτεία αδυνατεί, επί σειρά ετών, να ανταποκριθεί οικονομικά στις υποχρεώσεις της, δεν έχει το δικαίωμα να έχει εγκλωβίσει τους ιατρούς σε πλαίσιο διαφθοράς και είναι υπεύθυνη για την παραοικονομία.

Η εμπειρία έδειξε ότι «εφευρέσεις», όπως είναι οι επικουρικοί ιατροί, ιατροί με σύμβαση μέσω ΚΕΕΛΠΝΟ, στρατιωτικοί ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης με άδεια για άσκηση ιδιωτικού ιατρείου και η μη ορθή μεταχείριση των πανεπιστημιακών ιατρών και ιατροί που υποτίθεται προσφέρουν τις υπηρεσίες τους αμισθί στο ΕΣΥ επιδείνωσαν την κατάσταση. Αν προστεθούν και οι ιατροί με τα φακελάκια, οι παράνομες συναλλαγές με εταιρείες υλικών και προμηθευτές και τα παράνομα ιατρεία, για ποιό ΕΣΥ και ποια αποκλειστική απασχόληση μιλάμε; Η κατάσταση είναι εκτός ελέγχου.

Υπάρχουν χιλιάδες έντιμοι συνάδελφοι που δεν παίρνουν φακελάκια, δεν συναλλάσσονται οικονομικά, δεν έχουν παράνομα ιδιωτικά ιατρεία και επιβιώνουν, οι ίδιοι και οι οικογένειές τους με στερήσεις και χρέη στις Τράπεζες. Σε αυτούς πρέπει να στηριχθεί το ΕΣΥ και να τους επιτρέψει να αναλάβουν ρόλο, εξυγιαίνοντας κατ' αρχήν τις σχέσεις εργασίας τους.

Απαιτείται πολιτικό σθένος για την αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής και όχι νομοσχέδια που συντηρούν την υποκρισία και την αδιαφάνεια. Το ίδιο το ΕΣΥ είναι αδύνατον να αναπτυχθεί αποκλειστικά με τη σχέση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών.

Σε αυτή την κρίσιμη για όλους περίοδο και προκειμένου το Σύστημα να επεκταθεί στην ΠΦΥ οι σχέσεις εργασίας των ιατρών του ΕΣΥ πρέπει να γίνουν: **Πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης**, **πλήρους αλλά μη αποκλειστικής απασχόλησης** και **μερικής απασχόλησης**.

Μόνο έτσι θα στελεχωθεί πληρέστερα, με διαφάνεια και θα λειτουργήσει καλύτερα το ΕΣΥ προς όφελος των ασθενών που το εμπιστεύονται, αλλά και των ιατρών που το υπηρετούν με εντιμότητα και αυταπάρνηση. Μόνο κατ' αυτό τον τρόπο θα οδηγηθούμε σε ΚΑΘΑΡΕΣ ΛΥΣΕΙΣ, όπως απαιτεί και ο κάθε έντιμος πολίτης.

Οι υπογράφοντες ιατροί:

Κουτσόπουλος Κων/νος, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής Χειρουργικού Τμήματος ΓΝ Ρόδου.

Αλεξανδρόπουλος Κώστας, Γεν. Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής Ψυχιατρικού Τμήματος, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός».

Παπαναγιώτου Παναγιώτης, Πρόεδρος Δ.Σ. Ιατρικού Συλλόγου Κορίνθου, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ.

Βασιάδης Αναστάσιος, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου του ΠΙΣ, Ορθοπαιδικός, ΙΣ Βέροιας.

Παπαπολυχρονιάδης Κώστας, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου ΠΙΣ, Καθηγητής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

Μπατάκης Νίκος, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου ΙΣΑ, Μέλος Εκτελεστικής Γραμματείας του ΚΕΣΥ, Συντονιστής Διευθυντής Ακτινολογικού Εργαστ. Νοσοκομείου Ε. Ε. Σταυρός «Κοργιαλένειο».

Πίνης Σταμάτης, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου -Ταμίας του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής Χειρουργικού Τμήματος, ΓΝ Πειραιά, «Ο Αγ. Παντελεήμων».

Κατσαμούρης Αστέριος, Καθηγητής 1ης βαθμίδας Αγγειοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ..

Προυσαλίδης Ιωάννης, Καθηγητής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

Ταρλατζής Βασίλειος, Καθηγητής 1ης βαθμίδας Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Παπαγεωργείου», Αναπληρωτής Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης.

Καπετάνος Γιώργος, Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Κισκίνης Δημήτριος, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Σακαντάμης Αθανάσιος, Καθηγητής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Πανοπλίας Ευάγγελος, Πρόεδρος Δ.Σ. Ιατρικού Συλλόγου Σύρου, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος, ΓΝ Σύρου.

Παγώνη Σταματίνα, Πρόεδρος του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών, μέλος Δ.Σ. ΕΙΝΑΠ, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος, ΓΝΑ «Γ. ΓΕΝΗΜΑΤΑΣ».

Ευαγγέλου Αργύρης, Αντιπρόεδρος του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Διευθυντής Μ/Γ Τμήματος, ΓΝΑ «Αλεξάνδρας».

Χριστογιάννης Δημήτρης, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Ακτινολόγος, Ακτινολογικού Τμημ., ΓΝ Κατερίνης, Αντινομάρχης Ν. Πιερίας, Αρμοδ. Υγείας Πρόνοιας.

Κυριακίδης Τάσος, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής, Ορθοπαιδικού Τμήματος, ΓΝΘ Παπαγεωργίου.

Καψαμπέλης Παύλος, Πρόεδρος Δ.Σ. Ιατρικού Συλλόγου Ζακύνθου, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής Χειρουργικού Τμήματος, ΓΝ Ζακύνθου.

Γλυνάτσης Μικές, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Μέλος Δ.Σ. Ιατρικού Συλλόγου Λήμνου, Συντονιστής Διευθυντής Οφθαλμιατρικού Τμήματος ΓΝ Λήμνου.

Κουμελάς Δημήτρης, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής Παιδιατρικού Τμήματος, ΓΝ Λήμνου.

Γαβαλάς Νικόλαος, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, ΙΣ Καλύμνου.

Γαβαλάς Μανώλης, Γενικός Γραμματέας Διοικητικού Συμβουλίου Ιατρικού Συλλόγου Καλύμνου, Διευθυντής Μ/Γ Τμήματος, ΓΝ Καλύμνου.

Σπάρταλη Χρυσή, Γενική Γραμματέας του Δ.Σ. του Ιατρικού Συλλόγου Ρόδου, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ.

Θεοδώρου Χριστόφορος, Πρόεδρος του Δ.Σ. του Ιατρικού Συλλόγου Λέσβου, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, ΓΝΜ «Βοστάνειο».

Μαρουδιάς Νίκος, Πρόεδρος Δ.Σ. του Συλλόγου Διευθυντών ΕΣΥ, Συντονιστής Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος Νοσοκομείο «Η Αγία Όλγα».

Λυκουσάς Παναγιώτης, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Συντονιστής Διευθυντής, ΚΥ Γυθείου.

Σιδηρόπουλος Παναγιώτης, Πρόεδρος Δ.Σ του Ιατρικού Συλλόγου Αμαλιάδας, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Ορθοπαιδικός.

Παπανδρούδης Ανδρέας, Εκπρόσωπος στη ΓΣ του ΠΙΣ, Μέλος Δ.Σ. του ιατρικού Συλλόγου Έβρου, Οφθαλμίατρος.

Τσινταβής Αθανάσιος, Συντονιστής Διευθυντής Ουρολογικού Τμήματος Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά».

Παπανδρέου Σπύρος, Αν. Διευθυντής Παθολογικού Τμ., ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός».

Καραμπίνης Ανδρέας, Συντονιστής Διευθυντής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Γ. ΓΕΝΗΜΑΤΑΣ», Επιστημονικά Υπεύθυνος Εκπαίδευσης ΕΚΑΒ.

Βιδάλης Αθανάσιος, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Συντονιστής Διευθυντής Ψυχιατρικού Τμήματος.

Ζωγράφος Γιώργος, Α. Διευθυντής Χειρουργικού Τμήματος, ΓΝΑ «Γ.Γεννηματάς».

Χατζηγάκης Πέτρος , Α. Διευθυντής Αγγειοχειρουργικού Τμήματος, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς».

Ασημακόπουλος Αντώνης, Συντονιστής Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς».

Δερβένης Χρήστος, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου, Συντονιστής Διευθυντής Χειρουργός, ΓΝ «Αγία Όλγα».

Δερβίσης Χρήστος, Συντονιστής Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής, Αντιπρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου, ΓΝ «Αγία Όλγα».

Αβραμάκης Γιώργος, Επιμελητής Καρδιολόγος, ΓΝΗ «Βενιζέλειο».

Φαχαντίδης Επαμεινώνδας, Καθηγητής 1ης Βαθμίδας, Διευθυντής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης, ΑΧΕΠΑ,.

Μπασδάνης Γιώργος, Καθηγητής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Παραμυθιώτης Δανιήλ, Επιμελητής ΕΣΥ, Χειρουργός, ΑΧΕΠΑ.

Καραμανλής Ελευθέριος, Επιμελητής ΕΣΥ, Χειρουργός, ΑΧΕΠΑ.

Γιουλεμέ Όλγα, Λέκτορας Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Ηλιάδης Φίλιππος, Λέκτορας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Τζιόμαλος Κων/νος, Λέκτορας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Καιάφα Γεωργία, Λέκτορας Αιματολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Δημητριάδης Αθανάσιος, Καθηγητής Ακτινολογίας, Διευθυντής, ΑΧΕΠΑ.

Ιωαννίδης Ευάγγελος -Ισαάκ, Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου».

Γεωργιάδης Νικόλαος, Καθηγητής Οφθαλμολογίας, Διευθυντής, ΑΧΕΠΑ.

Παπαβραμίδης Σπύρος, Καθηγητής Χειρουργικής, Διευθυντής, ΑΧΕΠΑ.

Μακρής Ιωάννης, Καθηγητής Νευροχειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Μάγρας Ιωάννης, Επ. Καθηγητής Νευροχειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Πολυζωίδης Κων/νος, Καθηγητής Νευροχειρουργικής, Διευθυντής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Σελβιαρίδης Παναγιώτης, Καθηγητής Νευροχειρουργικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.

Σωτήρλης Θωμάς, Διευθυντής Ουρολόγος, ΓΝ Ρόδου.

Σισαμωτός Γεώργιος, Διευθυντής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, ΓΝ Ρόδου.

Οικονόμου Κωνσταντίνος, Διευθυντής Αγγειοχειρουργός, ΓΝ Ρόδου.

Σωκορέλος Μιχαήλ, Διευθυντής Ορθοπαιδικός, ΓΝ Ρόδου.

Μακρής Δημήτριος, Διευθυντής Νευροχειρουργικής, ΓΝ Ρόδου.

Μόσχος Νικήτας, Διευθυντής Καρδιολόγος, ΓΝ Ρόδου.

Παπαναστασόπουλος Ιωάννης, Συντονιστής Διευθυντής Ουρολογικής, ΓΝ Ρόδου.

Στουραίτης Ιωάννης, Συντονιστής Διευθυντής Γαστρεντερολογικής, ΓΝ Ρόδου.

Κομιανίδης Κωνσταντίνος, Διευθυντής Παθολόγος, ΓΝ Ρόδου.

Η εκτίμηση της εξέλιξης του βαθμού παχυσαρκίας σε μαθητές κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους από το δημοτικό σχολείο στο γυμνάσιο

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΝΑ[1], ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΠΕΡΣΕΦΟΝΗ[2], ΣΑΚΩΛΗ ΙΩΑΝΝΑ[3]
[1]Διαιτολόγος, Προϊστάμενη Τμήματος Διατροφής Γενικού Νοσοκομείου Δράμας
[2]Διευθύντρια Α΄ Παθολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας
[3]Διαιτολόγος (Ιδιώτης) Δράμας

Σκοπός: *Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετήσει και εκτιμήσει το φαινόμενο της πιθανής αύξησης της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας σε μαθητές Δημοτικών Σχολείων και Γυμνασίων του Νομού Δράμας. Η τετραετής έρευνα, επικεντρώθηκε σε δύο βασικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση και εξάπλωση της παχυσαρκίας, δηλαδή τη διατροφή και την άσκηση.*

Υλικό και Μέθοδος: *Στην αρχή, κατά το σχολικό έτος 2004-2005, και μετά από έγγραφη άδεια του Υπ. Παιδείας και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, επισκεφθήκαμε και καταγράψαμε τις διατροφικές συνήθειες και τη φυσική δραστηριότητα σε 1.512 παιδιά (αγόρια και κορίτσια ηλικίας 10-12 χρόνων), που ήταν μαθητές εννέα Δημοτικών Σχολείων και ζούσαν σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.*
Στη συνέχεια, μετά τέσσερα χρόνια, κατά το σχολικό έτος 2007-2008, στα ίδια παιδιά των ιδίων περιοχών και κατά τη φοίτησή τους στο Γυμνάσιο (1η, 2η, και 3η τάξη) έγινε και πάλι καταγραφή των διατροφικών συνηθειών τους, καθώς και της φυσικής τους δραστηριότητας.

Αποτελέσματα: *Τα συγκριτικά αποτελέσματα της τετραετούς μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό των παιδιών που βρέθηκαν υπέρβαρα ή παχύσαρκα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας (Δημοτικό Σχολείο) αυξήθηκε κατά την εφηβεία (Γυμνάσιο) και ότι είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καθημερινής φυσικής δραστηριότητας σε σύγκριση με τα μη παχύσαρκα παιδιά. Η δίαιτά τους βρέθηκε πλούσια σε ζωικά κυρίως λευκώματα και λίπη, ενώ σε μεγάλο ποσοστό προέρχονταν από εστιατόρια ταχείας εξυπηρέτησης, κυρίως στις ηλικίες 13-15 ετών. Τον περισσότερο χρόνο τους τον περνούσαν ασχολούμενα με ηλεκτρονικά παιχνίδια ή μπροστά στην τηλεόραση.*

Συμπεράσματα: *Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων παρέμβασης για την προληπτική αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, καθώς και των επιπλοκών της, θεωρείται προφανής και απαραίτητος.*

Λέξεις ευρετηρίου: *παιδική και εφηβική παχυσαρκία, διατροφικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα, Δείκτης Μάζας Σώματος.*

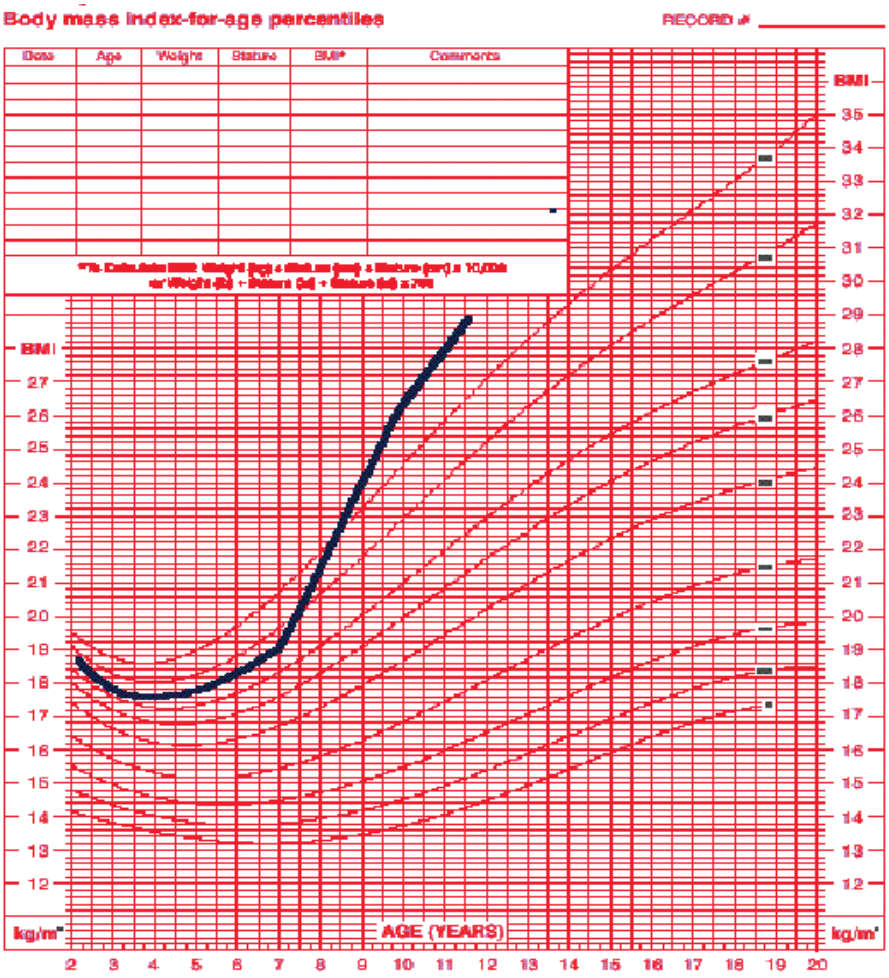
Εισαγωγή

Στο πλαίσιο των προληπτικών μέτρων και εφαρμογής προγραμμάτων παρέμβασης για την ελάττωση της συχνότητας και την αποτροπή της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, το Τμήμα Διατροφής του Γενικού Νοσοκομείου Δράμας, μετά από έγκριση τόσο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αντίληψης, όσο και του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας, πραγματοποίησε την παρούσα ερευνητική μελέτη, διάρκειας τεσσάρων ετών, σε Δημοτικά Σχολεία και Γυμνάσια του Νομού Δράμας, έχοντας ως στόχο:

- Τη διερεύνηση αφ' ενός των διατροφικών συνηθειών παιδιών και εφήβων (10-15 χρόνων) και των δύο φύλων, τα οποία προέρχονταν από αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές του Νομού Δράμας και αφ' ετέρου του επιπολασμού και την καταγραφή όσων από αυτά ήταν ήδη υπέρβαρα ή παχύσαρκα, καθώς και την εξέλιξη των διατροφικών συνηθειών και του υπέρβαρου ή παχύσαρκου των παιδιών με το πέρας της τετραετίας.
- Την καταγραφή: α) των διαφορών του Δ.Μ.Σ. μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, όπως επίσης και μεταξύ των μαθητών αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών, καθώς και β) της αύξησή του από την παιδική στην εφηβική ηλικία.
- Τη διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών και της φυσικής τους δραστηριότητας, ώστε να καταστεί, στη συνέχεια, δυνατός ο σχεδιασμός και η επιβολή των απαραίτητων μέτρων (ιατρικών και μη) από τους φορείς της Δημόσιας Υγείας, με σκοπό, όχι μόνον την πρόληψη, αλλά και τη μείωση των επιπέδων της παιδικής παχυσαρκίας.

Ορισμός της παχυσαρκίας και υπολογισμός της

Γενικά, ως παχυσαρκία θεωρείται η πέραν του φυσιολογικού (10-25%) ποσότη-



Πίνακας 1. *Οι καμπύλες αναφοράς του Δ.Μ.Σ. με βάση την εκατοστιαία κλίμακα προσαρμοσμένη για το φύλο και την ηλικία.*

τα του λιπώδους ιστού, η οποία μπορεί να οφείλεται, είτε σε αύξηση του αριθμού των λιποκυττάρων, είτε σε υπερπλασία τους, είτε και στους δύο αυτούς παράγοντες[1,2].

Μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα και η Ιταλία εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, που κυμαίνονται μεταξύ 36 και 39%.

Σύμφωνα με τις αναφορές της βιβλιογραφίας, η πλήρης και εξισορροπημένη διατροφή μέχρι και την περίοδο της ήβης, αποτελεί έναν από τους πιο ουσιώδεις παράγοντες για την αποτροπή της εμφάνισης, τόσο της παχυσαρκίας αυτής καθ' εαυτής ως ενδημικής νόσου κατά την ενήλικη ζωή, όσο και των συνεπειών της (υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη, μεταβολικά νοσήματα, επιπλοκές από το σκελετικό, αναπνευστικό και γαστρεντερικό σύστημα κ.ά.), οπότε γίνεται εύκολα αντιληπτή η μεγάλη σημασία που πρέπει να αποδίδεται στη διατροφή, ήδη από τον πρώτο χρόνο της ζωής[3-10].

Δυστυχώς, τα τελευταία τριάντα χρόνια στην Ελλάδα, οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών, όπως άλλωστε και των γονέων τους, πολύ απέχουν από το να χαρακτηρισθούν ιδανικές, καθότι το μεγαλύτερο μέρος της διατροφής τους καταλαμβάνουν τα ζωικά λίπη και τα λευκώματα ζωικής προέλευσης, ενώ τα φρούτα, τα λαχανικά, τα ψάρια και τα όσπρια αποτελούν ισχνή μειοψηφία. Επίσης, κατά το χρονικό αυτό διάστημα, παρατηρήθηκε μια προοδευτική εγκατάλειψη του αποκαλούμενου «Μεσογειακού» τρόπου διατροφής και υιοθετήθηκε μια δίαιτα υψηλού θερμιδικού φορτίου, αλλά χαμηλής διατροφικής αξίας. Εκτός των προαναφερθέντων, διαπιστώθηκε, επίσης, αφ' ενός μείωση της σωματικής δραστηριότητας των παιδιών και των εφήβων και αφ' ετέρου αύξηση των ωρών εργασίας ή και διασκέδασης, που γίνεται σε καθιστική θέση.

Κατά τους περισσότερους από τους ερευνητές που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα, οι προαναφερθέντες δύο παράγοντες (η εγκατάλειψη του «Μεσογειακού» τρόπου διατροφής και η μείωση της σωματικής δραστηριότητας) ενοχοποιήθηκαν στο μέγιστο βαθμό για την αλματώδη αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας, τόσο στους ενήλικες, όσο, και κυρίως, στα παιδιά και τους εφήβους[11-13].

Αναφορικά με την εκτίμηση του βαθμού της παχυσαρκίας, στους ενήλικες (> 18 έτη) γίνεται με τη μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.), ο οποίος εξαρτάται από το σωματικό βάρος και το ύψος του ατόμου, καθόσον υπολογίζεται με βάση τον ακόλουθο μαθηματικό τύπο: βάρος(kgr)/ ύψος^2(m).

Όταν το πηλίκο προκύπτει ≥ 25 το άτομο θεωρείται υπέρβαρο, ενώ όταν βρίσκεται ≥30 το άτομο χαρακτηρίζεται πλέον ως παχύσαρκο.

Στα παιδιά όμως, στα οποία σωματικό βάρος και ύψος δεν αυξάνονται όπως στους ενήλικες, ο προαναφερθείς μαθηματικός τύπος δεν ισχύει απόλυτα[18]. Πράγματι, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής ο Δ.Μ.Σ. αυξάνεται πολύ, ακολουθώντας την ταχεία αύξηση του σωματικού βάρους, στη συνέχεια όμως, ο ρυθμός αύξησής του μειώνεται, επειδή αρχίζει να αυξάνεται σημαντικά το ύψος του βρέφους, για να αποκατασταθεί μετά την ηλικία των 6 χρόνων. Για το λόγο αυτό, από πολλούς ερευνητές[14-17] έχει υιοθετηθεί η χρήση των καμπύλων αναφοράς του Δ.Μ.Σ. με βάση την εκατοστιαία κλίμακα προσαρμοσμένη για το φύλο και την ηλικία (Πίνακας 1). Έτσι, ένα παιδί (ή έφηβος) θεωρείται:

- Υπέρβαρο, όταν έχει Δ.Μ.Σ. ≥ από την 85^η θέση (82^η για τα αγόρια και 89^η για τα κορίτσια) της εκατοστιαίας κλίμακας και
- Παχύσαρκο, όταν έχει Δ.Μ.Σ. ≥ από την 95^η εκατοστιαία θέση.

Σύμφωνα με τους Cole και συν.[19], ένα παιδί θεωρείται (Πίνακας 2):

- Υπέρβαρο, όταν ο Δ.Μ.Σ. είναι ίσος ή μεγαλύτερος από την εκατοστιαία θέση που συναντά την τιμή των 25 Kgr/m^2 στα 18 χρόνια και
- Παχύσαρκο, όταν ο Δ.Μ.Σ. είναι ίσος ή μεγαλύτερος από την εκατοστιαία θέση ⇨

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΜΕΓΙΣΤΑ ΟΡΙΑ ΤΟΥ Δ.Μ.Σ ΕΝΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΝΟΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

	Μέγιστα όρια του Δ.Μ.Σ ενός παιδιού φυσιολογικού βάρους, το οποίο με τη συμπλήρωση του 18 έτους θα έχει Δ.Μ.Σ: 25 kg/m²		Μέγιστα όρια του Δ.Μ.Σ ενός υπέρβαρου παιδιού, το οποίο με τη συμπλήρωση του 18 έτους θα έχει Δ.Μ.Σ: 30 kg/m²	
Ηλικία (έτη)	**Αγόρια**	**Κορίτσια**	**Αγόρια**	**Κορίτσια**
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

που συναντά την τιμή των 30 Kgr/m² στα 18 χρόνια. Σε ότι αφορά την αιτιολογία της παχυσαρκίας, εάν αφαιρέσουμε ένα πολύ μικρό ποσοστό (1-2%) που αυτή θεωρείται επακόλουθο ορμονικών διαταραχών, ψυχιατρικών νόσων ή ανεπιθύμητης ενέργειας από χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων αποδίδεται σε έλλειψη σωματικής άσκησης, αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και σε γονιδιακούς προδιαθεσικούς παράγοντες. Έτσι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία[20,22], η παρουσία παχυσαρκίας ήδη από την ηλικία των 4-6 χρόνων θεωρείται υπεύθυνη για την εμφάνισή της και κατά την ενήλικη ζωή σε ποσοστό 41%, ενώ όταν είναι παρούσα και κατά την ήβη το ποσοστό ανέρχεται σε 70%.

Αναφορικά με την υφιστάμενη συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας των γονέων και εμφάνισης παχυσαρκίας στα παιδιά τους, οι Safer και συν.[23] διαπίστωσαν ότι η παιδική παχυσαρκία εκτιμάται:

- σε 0-20%, όταν αμφότεροι οι γονείς έχουν φυσιολογικό Δ.Μ.Σ.
- σε 40%, όταν ο ένας από τους γονείς είναι παχύσαρκος και
- σε 80%, όταν και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι.

Τα παρακάτω στοιχεία είναι πολύ σημαντικά και απαιτούν άμεση αντιμετώπιση, καθώς το 1/3 των παχύσαρκων παιδιών θα γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες, ενώ και τα υπόλοιπα κινδυνεύουν από τις επιπλοκές της παχυσαρκίας περισσότερο απ' ότι οι φυσιολογικού βάρους ενήλικες, ακόμα και αν αυτά τα παιδιά με κάποιο τρόπο χάσουν βάρος στην ενήλικη ζωή τους.

Υλικό και μέθοδος

Κατά το σχολικό έτος 2004-2005 επισκεφθήκαμε, προεπιλεγμένα από την Διεύθυνση Α΄Βάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Δράμας, Δημοτικά Σχολεία σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης και αφού υποβλήθηκαν σε ανθρωπομετρικές μετρήσεις, σύμφωνα με τις οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1989), ντυμένοι ελαφρά και χωρίς υποδήματα [το βάρος μετρήθηκε με ψηφιακή ζυγαριά ακριβείας (Seca Beam Balance 710) με προσέγγιση ±100gr, ενώ το ύψος μετρήθηκε με το αναστημόμετρο Seca Stadiometer 208 με προσέγγιση ±0,5cm] και μετά από τη σύμφωνη γνώμη των γονέων τους, οι μαθητές (ηλικίας 10-12 χρόνων) απάντησαν στο δελτίο για τη μελέτη της παχυσαρκίας (Πίνακας 3) και, έτσι, εμείς καταγράψαμε τις διατροφικές τους συνήθειες, τα επίπεδα της καθημερινής φυσικής τους δραστηριότητας και, εκτιμώντας τους σωματομετρικούς τους δείκτες, προσδιορίσαμε το Δ.Μ.Σ. Μελετήθηκαν συνολικά 1.512 μαθητές (από αστικές περιοχές: 588 μαθητές, από ημιαστικές περιοχές: 512 μαθητές και από αγροτικές περιοχές: 412 μαθητές), αφού όλοι οι γονείς συναίνεσαν για τη συμμετοχή των παιδιών τους στην εργασία, εκ των οποίων τα 804 ήταν αγόρια και τα 708 κορίτσια και για την κατάταξή τους

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

ΔΕΛΤΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ			
ΣΧΟΛΕΙΟ:		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:	
ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:	
ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΜΕΣΗΣ:		ΥΨΟΣ:	
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΗΛΙΚΙΑ:	
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΟΥ			
1) Τρως πρωινό;			
2) Τι περιλαμβάνει;			
3) Τι τρως το μεσημέρι και πού;			
4) Τι τρως στο διάλειμμα;			
5) Τι αγοράζεις από την καντίνα;			
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ			
ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΣ ΤΑ ΚΑΤΩΘΙ ΕΙΔΗ ΦΑΓΗΤΟΥ;			
Λαχανικά - Φρούτα			
Σαλάτες			
Όσπρια			
Ζυμαρικά			
Fast-food			
Κρέας			
Ψάρι			
Λαδερά			
ΑΘΛΕΙΣΑΙ;			
Συστηματικά:	Περιστασιακά:	Καθόλου:	
Τι είδους άθλημα κάνεις;			
ΖΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΠΑΠΠΟΥΔΕΣ;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΖΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ Ή ΤΟΥΣ ΠΑΠΠΟΥΔΕΣ;			
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΤΕΡΑ:		ΜΗΤΕΡΑΣ:	

σε ομάδες χρησιμοποιήθηκαν ως κριτήρια τόσο ο Δ.Μ.Σ. όσο και η θέση του Δ.Μ.Σ. στην εκατοστιαία κλίμακα προσαρμοσμένη κατάλληλα για το φύλο και την αντίστοιχη ηλικία (Πίνακες 1, 2 και 4).

Το σχολικό έτος 2007-2008 επισκεφθήκαμε Σχολεία Β΄ Βάθμιας Εκπαίδευσης (Γυμνάσια) στις ίδιες περιοχές του Νομού μας και συναντήσαμε τα ίδια παιδιά, τα οποία είχαν λάβει μέρος στην προηγούμενη έρευνα και τα οποία ήταν πλέον ηλικίας 13-15 χρόνων. Με την ίδια μέθοδο (προσωπική συνέντευξη και ανθρωπομετρικές μετρήσεις) καταγράψαμε και εκτιμήσαμε και πάλι τα ίδια ζητούμενα στοιχεία.

Στη δεύτερη μελέτη καταγράφηκαν τα ίδια παιδιά, μαθητές Γυμνασίου πλέον (798 αγόρια, 723 κορίτσια, σύνολο 1.521) από τις ίδιες περιοχές (588 από αστικές, 512 από ημιαστικές και 412 από αγροτικές περιοχές) και με τις ίδιες μεθόδους.

Έτσι, ένας μαθητής χαρακτηρίστηκε ως:

- Ελλειποβαρής, όταν είχε Δ.Μ.Σ. που βρισκόταν σε ίση ή μικρότερη από την 5η θέση στην εκατοστιαία κλίμακα.
- Φυσιολογικού σωματικού βάρους, όταν είχε Δ.Μ.Σ. που βρισκόταν μεταξύ 6ης και 84ης θέσης στην εκατοστιαία κλίμακα.
- Υπέρβαρος, όταν είχε Δ.Μ.Σ. που βρισκόταν μεταξύ 85ης και 94ης θέσης στην εκατοστιαία κλίμακα και, τέλος,
- Παχύσαρκος, όταν είχε Δ.Μ.Σ. που βρισκόταν σε ίση ή μεγαλύτερη από την 95η θέση στην εκατοστιαία κλίμακα.

Στατιστική ανάλυση

Τόσο ο στατιστικός έλεγχος της ομοιογένειας των ομάδων του δείγματος πριν από την ανάλυση της παραλλακτικότητας, όσο και η στατιστική ανάλυση της παραλλακτικότητας του δείγματος έγιναν με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS 12.0 for Windows και αφορούσαν στην εκτίμηση της στατιστικής σημαντικότητας τόσο των διαφορών (μετά από σύγκριση) μεταξύ των επεμβάσεων (δεδομένων) του δείγματος [μέθοδος ANOVA], όσο και όλων των Μέσων Όρων των επεμβάσεων και στη μεταξύ τους -ανά ζεύγη- σύγκριση με το τεστ πολλαπλών ευρών της μεθόδου του DUNCAN.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων θεωρήθηκαν εκείνες στις οποίες η τιμή p-value βρέθηκε μικρότερη του 0,05 (5%).

Τα δεδομένα στους πίνακες εκφράζονται με το πλήθος των μαθητών ή/και τα ποσοστά που ανήκουν στην αντίστοιχη κατηγορία του πίνακα.

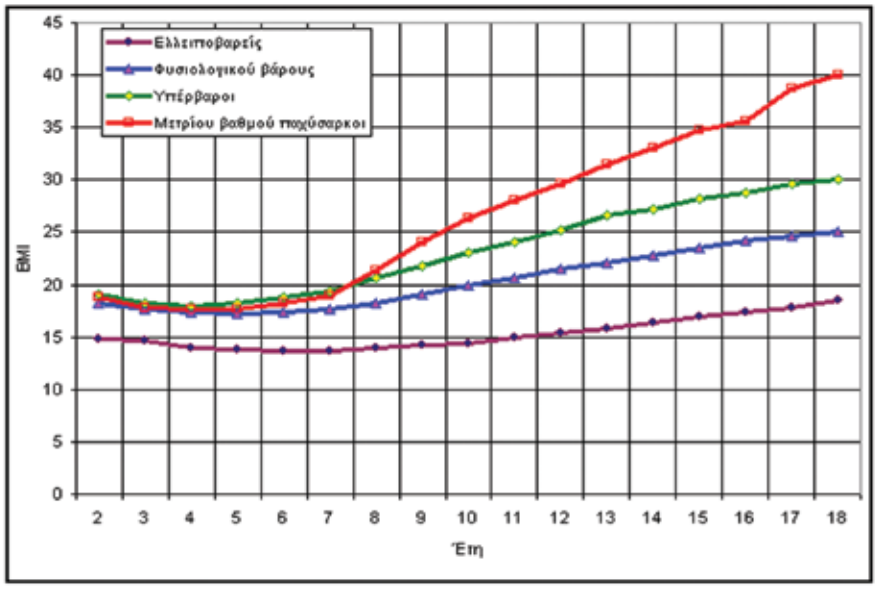
Αποτελέσματα

1ον) Η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης τόσο του συνολικού αριθμού των μαθητών, όσο και μεμονωμένα (αγοριών και κοριτσιών), μέσω του υπολογισμού του Δ.Μ.Σ. και της αναγωγής του σε καμπύλες αναφοράς με βάση την εκατοστιαία κλίμακα προσαρμοσμένες κατάλληλα για το φύλο και την ηλικία, αναφέρεται στους πίνακες 5, 6, 7, 8, 9 και στα γραφήματα 1, 2, 3, 4, 5, 6.

2ον) Η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης των μαθητών ανά περιοχή του Νομού (αστικές, ημιαστικές και αγροτικές), μέσω του υπολογισμού του Δ.Μ.Σ. και της αναγωγής του σε καμπύλες αναφοράς με βάση την εκατοστιαία κλίμακα προσαρμοσμένες κατάλληλα για το φύλο και την ηλικία, αναφέρεται στους πίνακες 10, 11, 12, 13, 14 και στο γραφήματα 7, 8, 9, 10, 11, 12.

3ον) Με βάση τα συμπληρωμένα δελτία που προσκόμισαν οι μαθητές στην πρώτη μελέτη, διαπιστώθηκε:

- Ότι σε ποσοστό 79,6% η εβδομαδιαία κατανάλωση γευμάτων (είτε μέσα στο σπίτι, είτε έξω απ' αυτό) που αποτελούνταν από λαδερά φαγητά, όσπρια και λαχανικά, υπολείπονταν σημαντικά της αντίστοιχης που αποτελούνταν από κρέας, αλλαντικά, τυριά και πίτσες.
- Ότι από το σύνολο των μαθητών: το



Πίνακας 4. *Οι καμπύλες του Δ.Μ.Σ. με βάση την εκατοστιαία κλίμακα προσαρμοσμένη για το φύλο και την ηλικία των 1.512 μαθητών, που συμπεριλήφθηκαν στην τετραετή μελέτη μας.*

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ 1.512 ΜΑΘΗΤΩΝ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΑΣ (2004-2005)

	Αγόρια		Κορίτσια		Σύνολο	
Τύπος	n: 804	%	n: 708	%	n: 1.512	%
Ελλειποβαρής	22	2,7	16	2,2	38	2,5
Φυσιολογικού βάρους	447	55,6	376	53,2	823	54,4
Υπέρβαρος	201	25,5	164	23,1	365	24,1
Παχύσαρκος	134	16,7	152	21,5	286	19,0
Σύνολο	804	100,0	708	100,0	1.512	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ 1.521 ΜΑΘΗΤΩΝ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΑΣ (2007-2008)

	Αγόρια		Κορίτσια		Σύνολο	
Τύπος	n: 798	%	n: 723	%	n: 1.521	%
Ελλειποβαρής	9	1,1	0	0	9	0,6
Φυσιολογικού βάρους	381	47,7	444	61,9	825	54,5
Υπέρβαρος	225	28,2	198	27	423	27,6
Παχύσαρκος	183	23	81	11,1	264	17,3
Σύνολο	798	100,0	723	100,0	1.512	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Η ΕΠΙ ΤΟΙΣ ΕΚΑΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΟΡΙΩΝ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΑΣ (2004-2005 & 2007-2008)

Αγόρια			
	2004-2005	2007-2008	Μεταβολή (%)
Υπέρβαρος & Παχύσαρκος	42,2%	51,2%	(+)21%

17,1% ανέφερε ότι συμμετείχε σε οργανωμένους και αναγνωρισμένους αθλητικούς συλλόγους, το 43,9% ότι ασχολείτο με κάποιο άθλημα, ενώ το υπόλοιπο 39% δήλωσε ότι η μόνη επαφή γενικά με την άθληση ήταν αυτή κατά το μάθημα της γυμναστικής.

Επίσης, στην πρώτη ερευνητική εργασία μας και η όποια αφορούσε παιδιά ηλικίας 10-12 ετών (Α΄ Βάθμιας εκπαίδευσης), διαπιστώσαμε ότι το 43,1% ανήκε στην κατηγορία των υπέρβαρων ή παχύσαρκων.

Η εικόνα γίνεται διαφορετική όταν τα παιδιά έγιναν έφηβοι (ηλικίες 13-15 χρόνων), όπου σύμφωνα με τα συγκεντρωθέντα στοιχεία, προκύπτει ότι το ένα στα δύο παιδιά είναι με υπερβάλλον σωματικό βάρος, δηλαδή το 44,9% (αύξηση ποσοστού: 4%).

Σύμφωνα με τη μελέτη, το ποσοστό του υπέρβαρου στα αγόρια σημείωσε αύξηση την τελευταία τετραετία (21%), ενώ ελπιδοφόρο είναι το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό στα κορίτσια μειώθηκε κατά 15%.

Στις αστικές περιοχές το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο (41,6%). Εκπλήσσει το γεγονός, όμως, ότι στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών είναι πολύ μεγαλύτερο (50%). Έξαρση παρατηρείται στις αγροτικές περιοχές, όπου το ποσοστό φθάνει το 53%.

• Σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των μαθητών του Γυμνασίου, διαπιστώθηκε ότι μόνο το 42% παίρνει πρωινό στο σπίτι, έναντι του 43,7% που έτρωγε όταν φοιτούσε στο Δημοτικό. Το 58% δεν τρώει πρωινό και αγοράζει από το κυλικείο ή διάφορα άλλα μαγαζιά, έναντι του 48,7% όταν ήταν παιδί. Μάλιστα, στις ηλικίες 13-15 χρόνων τα κορίτσια σε ποσοστό 11% πηγαίνουν στο σχολείο τελείως νηστικά. Το είδος του πρωινού που καταναλώνουν τα παιδιά στο σπίτι είναι άσπρο γάλα + δημητριακά (39%) ή άσπρο γάλα + τοστ (6%) (λείπει το φρούτο). Στο διάλειμμα φέρνει από το σπίτι δεκατιανό μόνον το 33%, έναντι του 61% που έφερναν όταν φοιτούσαν στο Δημοτικό και το 58% αγοράζει από το κυλικείο. Από το κυλικείο αγοράζουν: τοστ (28%), τυρόπιτα (13%), κουλούρι (10%) και κρουασάν (7%). Το ένα στα τέσσερα αγοράζει αναψυκτικά ή χυμό κάθε ημέρα, 4% πίτσα και 7% σάντουιτς με πατάτες τηγανιτές και λουκάνικο.

Όσον αφορά αυτά που δεν αγοράζουν από το κυλικείο και φέρνουν από το σπίτι δεκατιανό, καταναλώνουν: κρύο σάντουιτς

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Η ΕΠΙ ΤΟΙΣ ΕΚΑΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΑΣ (2004-2005 & 2007-2008)

Κορίτσια			
	2004-2005	2007-2008	Μεταβολή (%)
Υπέρβαρος & Παχύσαρκος	44,6%	38,1%	(-)15%

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Η ΕΠΙ ΤΟΙΣ ΕΚΑΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΟΡΙΩΝ & ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΑΣ (2004-2005 & 2007-2008)

Αγόρια & Κορίτσια			
	2004-2005	2007-2008	Μεταβολή (%)
Υπέρβαρος & Παχύσαρκος	43,1%	44,9%	(+)4%

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ 1.512 ΜΑΘΗΤΩΝ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΑΣ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΟΥΣ (2004-2005)

	Αστικές περιοχές	Ημιαστικές περιοχές	Αγροτικές περιοχές
Τύπος	n: 588	%	n: 512
Ελλειποβαρής	12	2,0	14
Φυσιολογικού βάρους	319	54,2	280
Υπέρβαρος	156	26,5	132
Παχύσαρκος	101	17,3	86
Σύνολο	588	100,0	512

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ 1.521 ΜΑΘΗΤΩΝ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΑΣ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΟΥΣ (2007-2008)

	Αστικές περιοχές		Ημιαστικές περιοχές
Τύπος	n: 885	%	n: 381
Ελλειποβαρής	6	0,7	3
Φυσιολογικού βάρους	507	57,7	198
Υπέρβαρος	240	26,8	126
Παχύσαρκος	132	14,8	54
Σύνολο	885	100,0	381

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Η ΕΠΙ ΤΟΙΣ ΕΚΑΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΟΡΙΩΝ & ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ, ΣΤΙΣ ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΑΣ (2004-2005 & 2007-2008)

Αγόρια και Κορίτσια			
	2004-2005	2007-2008	Μεταβολή (%)
Υπέρβαρος & Παχύσαρκος	43,8%	41,6%	(-)5%

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Η ΕΠΙ ΤΟΙΣ ΕΚΑΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΟΡΙΩΝ & ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ, ΣΤΙΣ ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΑΣ (2004-2005 & 2007-2008)

Αγόρια & Κορίτσια			
	2004-2005	2007-2008	Μεταβολή (%)
Υπέρβαρος & Παχύσαρκος	42,5%	47,2%	(+)11%

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Η ΕΠΙ ΤΟΙΣ ΕΚΑΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΟΡΙΩΝ & ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ, ΣΤΙΣ ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ, ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΑΣ (2004-2005 & 2007-2008)

Αγόρια & Κορίτσια			
	2004-2005	2007-2008	Μεταβολή (%)
Υπέρβαρος & Παχύσαρκος	37,9%	52,9%	(+)40%

(32%), τοστ (24%), φέτα (12%) και κουλούρι (8%).

• Ένα εξίσου σημαντικό εύρημα της έρευνας που προέκυψε είναι αυτό που αφορά τη σωματική και καθιστική δραστηριότητα των παιδιών του Νομού Δράμας.

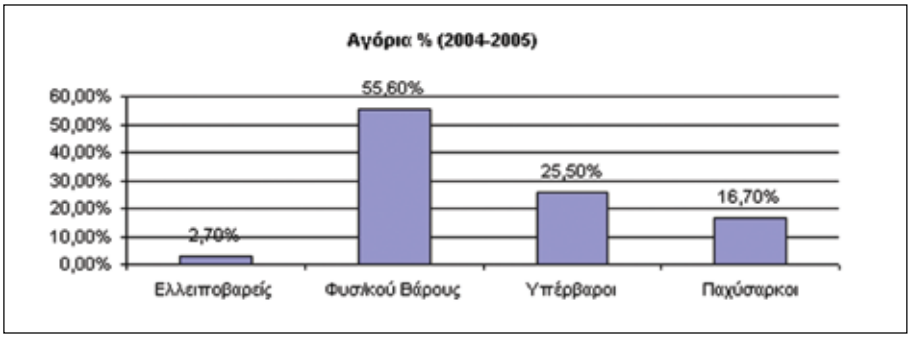
Το έτος 2005, το 17,1% των παιδιών συμμετείχε συστηματικά σε αναγνωρισμένους και οργανωμένους συλλόγους, το 43,9% περιστασιακά και το 39% είχε επαφή με την άθληση μόνον κατά το μάθημα της γυμναστικής.

Με βάση τις συστάσεις, θα πρέπει τα παιδιά και οι έφηβοι να κάνουν καθημερινά μία ώρα σωματικής δραστηριότητας τουλάχιστον. Έτσι, διαπιστώσαμε ότι το 2008 πλέον οι έφηβοι του νομού μας σε ποσοστό 42% (οι μισοί περίπου) έχουν την ενδεδειγμένη μία ώρα την ημέρα σωματική δραστηριότητα, ενώ το 12% ασκείται περιστασιακά. Ανησυχητικό, όμως, είναι το γεγονός ότι το 46%, δηλαδή ένας στους δύο έφηβους, δεν ασκείται καθόλου.

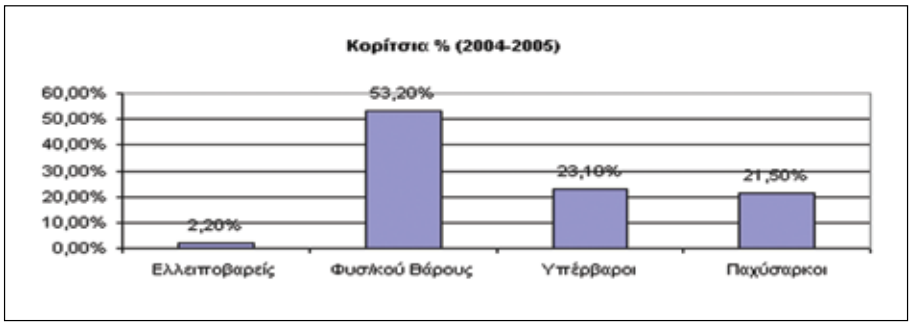
Η εξάπλωση της παχυσαρκίας έχει σχέση και με τον τόπο κατοικίας, διότι τα παιδιά που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές ή σε μικρές πόλεις (3.000-4.000 κατοίκους) και δεν έχουν πρόσβαση σε οργανωμένους συλλόγους και χώρους άσκησης, απέχουν από κάθε μορφής δραστηριότητα σε ποσοστό έως και 70% και κυρίως τα κορίτσια. Η απόδειξη; Το 41,6% των παιδιών της πόλης, ηλικίας 13-15 ετών, έχουν παραπάνω βάρος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των παιδιών που ζουν σε αγροτικές περιοχές ή σε μικρές πόλεις φθάνει το 50%.

Όσον αφορά στα πιο δημοφιλή αθλήματα, με τα οποία αθλούνται οι έφηβοι του νομού μας, για τα αγόρια είναι το ποδόσφαιρο (50%), το μπάσκετ (11%) και το γυμναστήριο (7%). Παίζουν, ακόμη, στη γειτονιά ένα ποσοστό 7% (ποδόσφαιρο), ενώ για τα κορίτσια είναι το βόλεϊ (25%), το χάντμπολ (15%), ο στίβος (16%), το γυμναστήριο (8%) και κάθε είδος χορού που προτιμούν συνολικά σε ποσοστό 10%.

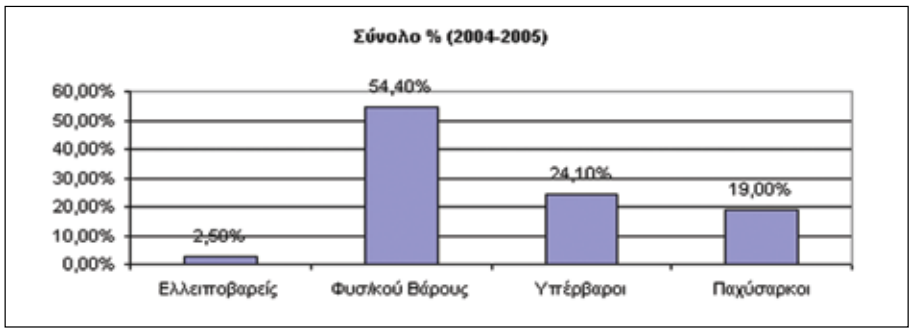
• Σχετικά με τα αποτελέσματα της μελέτης 2007-2008 που αφορούν τα κύρια γεύματα (μεσημεριανό και βραδινό), η συχνότητα κατανάλωσης κρέατος παραμένει υψηλή. Το 70% καταναλώνει κρέας συχνά ή πολύ συχνά (5-6 φορές την εβδομάδα). Το 88% τρώει σπάνια ψάρι και όσπρια (μία φορά την εβδομάδα). Τα λαχανικά και τα φρούτα διαπιστώθηκε ότι τα καταναλώνουν συχνά (δηλαδή συχνότερα από μία φορά την ημέρα) το 50% των εφήβων, ενώ το



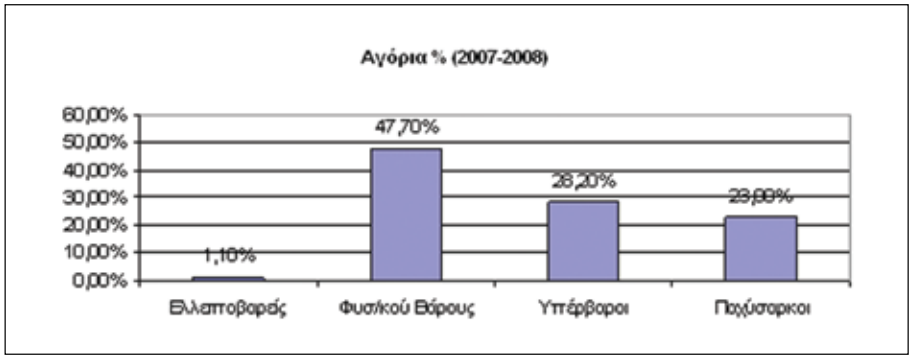
Γράφημα 1. *Αποτελέσματα αξιολόγησης της σωματικής κατάστασης αγοριών ηλικίας 10-12 ετών, ανάλογα με τα εκατοστημόρια του Δ.Μ.Σ.*



Γράφημα 2. *Αποτελέσματα αξιολόγησης της σωματικής κατάστασης κοριτσιών ηλικίας 10-12 ετών, ανάλογα με τα εκατοστημόρια του Δ.Μ.Σ.*



Γράφημα 3. *Συνολικά ποσοστά αξιολόγησης της σωματικής κατάστασης αγοριών και κοριτσιών ηλικίας 10-12 ετών του Νομού Δράμας, ανάλογα με τα εκατοστημόρια του Δ.Μ.Σ.*



Γράφημα 4. *Αποτελέσματα αξιολόγησης της σωματικής κατάστασης αγοριών ηλικίας 13-15 ετών, ανάλογα με τα εκατοστημόρια του Δ.Μ.Σ.*

45% τα καταναλώνουν με συχνότητα χαμηλότερη από μία φορά την ημέρα, δηλαδή πολύ λίγο. Διαπιστώσαμε, δηλαδή, ότι με το πέρας της τετραετίας, οι προτιμήσεις των παιδιών που αφορούσαν τα ανωτέρω τρόφιμα, που εντάσσονται στη μεσογειακή διατροφή, παραμένουν ποσοτικά οι ίδιες (χαμηλή κατανάλωση).

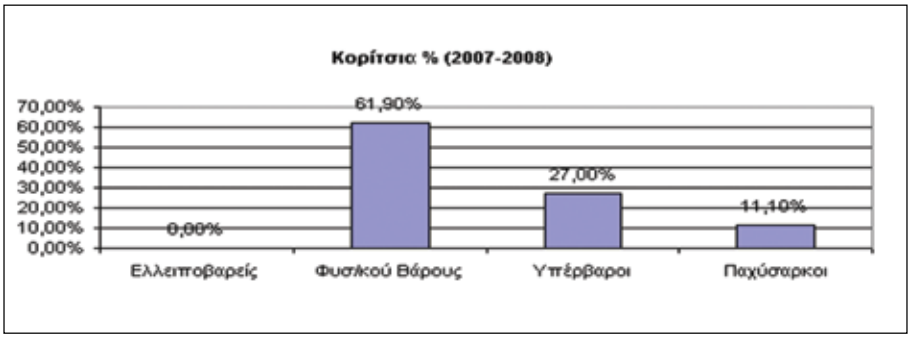
Κάτι ενθαρρυντικό που φάνηκε μέσα από τη μελέτη είναι πως, παρά την υιοθέτηση των «δυτικού τύπου» διατροφικών συνηθειών, οι περισσότεροι έφηβοι καταναλώνουν ως κύριο διατροφικό λίπος το ελαιόλαδο στη μαγειρεμένη του μορφή. Ελλιπής είναι, όμως, η κατανάλωση των ω-3 λιπαρών οξέων, λόγω της μη κατανάλωσης ψαριών (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα το 90%). Σημειώνεται πως τα ψάρια αποτελούν βασικό τρόφιμο της μεσογειακής διατροφής και πως ο καρδιοπροστατευτικός τους ρόλος έχει διασταυρωθεί από πολλές μελέτες.

Η έρευνα κατέδειξε, επίσης, ότι οι έφηβοι καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα από αυτήν που κατανάλωναν όταν ήταν παιδιά, γρήγορο φαγητό, με ένα ποσοστό 10% (ένα στα δέκα) να το καταναλώνει περισσότερες από τρεις φορές την εβδομάδα. Το ίδιο ποσοστό κατανάλωσης ισχύει και για τα ζυμαρικά.

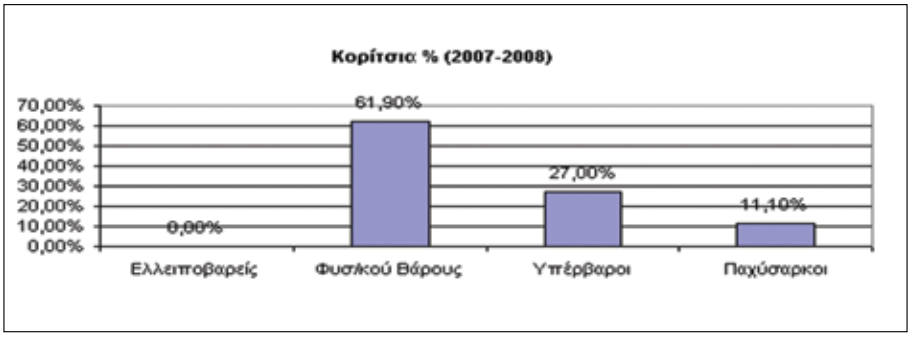
Τέλος, διαπιστώσαμε (όπως άλλωστε ήταν αναμενόμενο) ότι η συχνότητα κατανάλωσης γλυκών μη σπιτικών, σνακ κ.λπ. είναι 3-4 φορές εβδομαδιαίως.

Συζήτηση

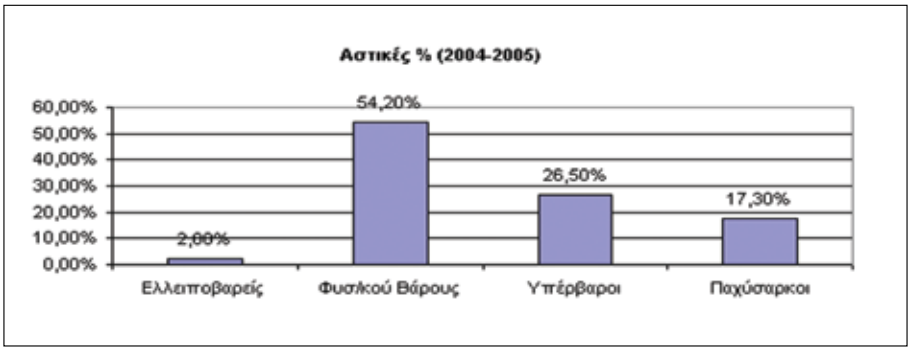
Οριοθετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας, θα πρέπει να επισημανθεί ότι το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό σε εθνικό επίπεδο, καθώς προέρχεται από μία μόνο γεωγραφική περιοχή της χώρας. Παρά τους περιορισμούς της έρευνας, τα υψηλά ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας και οι αυξητικές τάσεις που παρατηρήθηκαν στο δείγμα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν ευρήματα προηγουμένων ερευνητών από τον ελληνικό χώρο, σχετικά με την ανησυχητική αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα, που τις τελευταίες δεκαετίες έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις παγκοσμίως. Αν δε ληφθεί υπ' όψιν και το γεγονός ότι τα παχύσαρκα παιδιά γίνονται συνήθως και παχύσαρκοι ενήλικες με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων και κυρίως καρδιαγγειακών και μεταβολικών



Γράφημα 5. *Αποτελέσματα αξιολόγησης της σωματικής κατάστασης κοριτσιών ηλικίας 13-15 ετών, ανάλογα με τα εκατοστημόρια του Δ.Μ.Σ.*



Γράφημα 6. *Συνολικά ποσοστά αξιολόγησης της σωματικής κατάστασης αγοριών και κοριτσιών ηλικίας 13-15 ετών του Νομού Δράμας, ανάλογα με τα εκατοστημόρια του Δ.Μ.Σ.*



Γράφημα 7. *Γραφική απεικόνιση της σωματικής κατάστασης, μετά από τον προσδιορισμό του Δ.Μ.Σ., σε παιδιά αστικών περιοχών, ηλικίας 10-12 ετών.*

Γράφημα 8. *Γραφική απεικόνιση της σωματικής κατάστασης, μετά από τον προσδιορισμό του Δ.Μ.Σ., σε παιδιά ημιαστικών περιοχών, ηλικίας 10-12 ετών.*

ασθενειών, γίνεται αντιληπτή η αναγκαιότητα για έγκαιρη διάγνωση και συστηματική παρακολούθηση του προβλήματος από την παιδική ηλικία.

Η παρούσα έρευνα μελέτησε δύο από τους βασικότερους παράγοντες που συνδέονται με την εξάπλωση της παχυσαρκίας: τη διατροφή και την άσκηση. Οι παράγοντες μπορούν να προσφέρουν πολλά, κυρίως σε επίπεδο πρόληψης της παχυσαρκίας.

Η συνεχιζόμενη αποστασιοποίηση από τη μεσογειακή δίαιτα και η σταδιακή απόσυρση, με την αύξηση της ηλικίας, της σωματικής άσκησης από τις προτεραιότητες των παιδιών, έχουν δυσμενή, αλλά και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυξανόμενη πορεία της παχυσαρκίας στους μαθητές Α΄ Βάθμιας και Β΄ Βάθμιας εκπαίδευσης. Γι' αυτό θεωρούμε και εμείς, όπως άλλωστε και όλοι οι ερευνητές που ασχολούνται με το θέμα, ότι απαιτούνται νέες στρατηγικές παρέμβασης στον τομέα πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας και των επιπλοκών της.

Συμπέρασμα

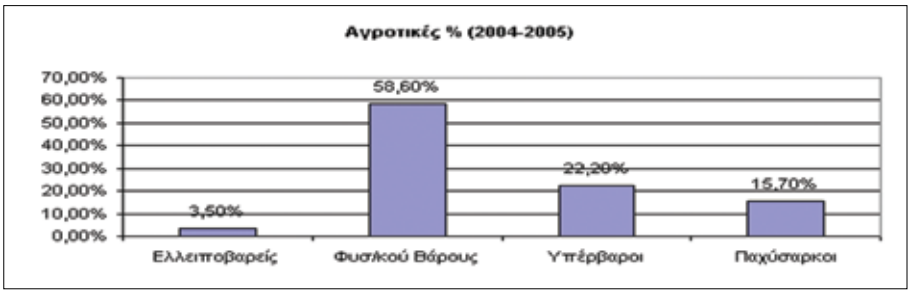
Από τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής διαπιστώσαμε πως το φαινόμενο της παχυσαρκίας έχει τέτοια διεισδυτικότητα, που καταφέρνει να αλώσει μέχρι και τις νεότερες και ευαίσθητες τάξεις του πληθυσμού μας. Επιβεβαιώθηκαν τόσο τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία υψηλά ποσοστά παιδικής και εφηβικής (10-15 χρόνων) παχυσαρκίας, όσο και η αλλαγή των κλασικών ελληνικών διατροφικών συνηθειών, καθώς και η μείωση της σωματικής δραστηριότητας.

Επίσης, αναδείχθηκε η μεγάλη σημασία της σωστής ενημέρωσης του πληθυσμού, καθώς και των αρμοδίων φορέων για την αντιμετώπιση της ενδημικής αυτής νόσου.

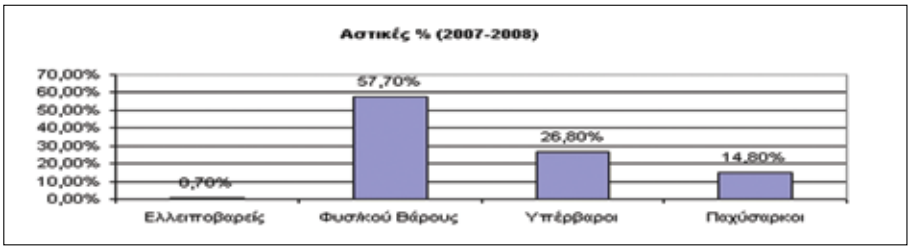
Η σωστή αντιμετώπισή της γίνεται συνδυάζοντας ισορροπημένη διατροφή, σωματική άσκηση, τροποποίηση συμπεριφοράς και ψυχολογική υποστήριξη. Για το λόγο αυτό απαιτείται συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων με τα αντίστοιχα αρμόδια τμήματα της Πολιτείας.

Βιβλιογραφία

1. Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (6-20 y). Eur J Clin

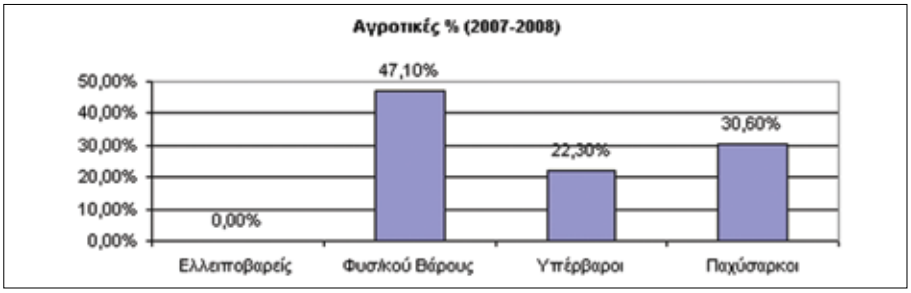


Γράφημα 9. *Γραφική απεικόνιση της σωματικής κατάστασης, μετά από τον προσδιορισμό του Δ.Μ.Σ., σε παιδιά αγροτικών περιοχών, ηλικίας 10-12 ετών.*



Γράφημα 10. *Γραφική απεικόνιση της σωματικής κατάστασης, μετά από τον προσδιορισμό του Δ.Μ.Σ., σε παιδιά αστικών περιοχών, ηλικίας 13-15 ετών.*

Γράφημα 11. *Γραφική απεικόνιση της σωματικής κατάστασης, μετά από τον προσδιορισμό του Δ.Μ.Σ., σε παιδιά ημιαστικών περιοχών, ηλικίας 13-15 ετών.*



Γράφημα 12. *Γραφική απεικόνιση της σωματικής κατάστασης, μετά από τον προσδιορισμό του Δ.Μ.Σ., σε παιδιά αγροτικών περιοχών, ηλικίας 13-15 ετών.*

Nutr. 2002; 56:171-80.
2. Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. Eur J Pediatr. 2000; 159 Suppl 1:S14-34.
3. Lev-Ran A. Human obesity: an evolutionary approach to understanding our bulging waistline. Diabetes Metab Res Rev. 2001; 17:347-362.
4. Seidel 1C, Flegal KM. Assessing obesity: classification and epidemiology. British Medical Bulletin 1997; 53:238-252.
5. Strauss RS, Pollack HA. Epidemic increase in childhood overweight, 1986-1998. JAMA. 2001; 286:2845-2848.
6. Roberts SB, Dallal GE. The new childhood growth charts. Nutr Rev. 2001; 59:31-36.
7. Sinaiko AR, Jacobs DR Jr, Steinberger J, et all. Insulin resistance syndrome in childhood: associations of the euglycemic insulin clamp and fasting insulin with fatness and other risk factors. J Pediatr. 2001; 139:700-707.
8. Srinivasan SR, Myers L, Berenson OS. Predictability of childhood adiposity and insulin for developing insulin resistance syndrome (syndrome x) in young adulthood: the bogalusa heart study. Diabetes. 2002; 51:204-209.
9. Lai SW, NgKC, Lin HF, Chen HL. Association between obesity and hyperlipidemia among children. Yale J Biol Med. 2001; 74:205-210.
10. Ramos F, Baglivo HP, Ramirez AJ, Sanchez R. The metabolic syndrome and related cardiovascular risk. Curr Hypertens Rep. 2001; 3:100-106.
11. Pine DS, Goldstein RB, Walk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. Pediatrics. 2001; 105:1049-1056.
12. Hulens M, Beunen G, Claessens AL, et all. Trends in BMI among Belgian children, adolescents and adults from 1969 to 1996. Int J Obes Relat Metab Disord. 2001; 25:395-399.
13. Yanovski JA. Pediatric obesity. Rev Endocr Metab Disord. 2001; 2:371-383.
14. Luciano A, Piccoli A, Bonetti P, et at. BMI centile as an indicator of degree of obesity in childhood. Pediatr Med Chir. 2001; 23:183-185.
15. James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. Obes Res. 2001; Suppl 1:42-45.
16. Williams CL, Gulli MT, Deckelbaum RJ. Prevention and treatment of childhood obesity. Curr Atheroscler Rep. 2001; 3:486-497.
17. Pi-Sunyer FX. Medical hazards of obesity. Ann Intern Med 1993; 119:655-660.
18. Luciano A, Bressan F, Bolognani M, Castellarin A, Zoppi G. Childhood obesity: different definition criteria, different prevalence rate. Minerva Pediatr. 2001; 53:537-541.
19. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000; 320:1240-3.
20. Strauss RS, Rodzilsky D, Burack G, Colin M. Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001; 155:897-902.
21. Prankish H. Childhood obesity may be related to father's genes. Lancet. 2001; 358-564.
22. Law C. Adult obesity and growth in childhood. BMJ 2001; 323:1320-1321.
23. Safer DL, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Early body mass index and other anthropometric relationships between parents and children. Int J Obes Relat Metab Disord. 2001; 25:1532-1536.

Αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο ως πρώτο κλινικό σύμπτωμα σε ασθενή με N. Hodgkin's

Παρουσίαση περιστατικού

■ Α. ΞΥΛΩΜΕΝΟΣ[1], Γ. ΠΑΤΕΡΑΚΗΣ[2], Γ. ΚΑΚΙΟΠΟΥΛΟΣ[3], Μ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΗΣ[1], Ε. ΠΛΙΑΤΣΙΚΑ[1], Α. ΤΟΛΗΣ[1]
[1]ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Β' Παθολογική Κλινική, [2]ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Εργαστήριο Κυτταρομετρίας Ροής,
[3]ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Παθολογοανατομικό Εργαστήριο

Περίληψη: *Είναι γνωστό ότι το Αιμοφαγοκυτταρικό Σύνδρομο (ΑΦΣ) κάποιες φορές συνδυάζεται με λεμφώματα. Εντούτοις, ο συνδυασμός του ΑΦΣ αποκλειστικά με N. Hodgkin's είναι σπάνιος. Το εν λόγω περιστατικό αφορά νέα γυναίκα, 26 ετών, που προσήλθε ως εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας, με πυρετό έως 39 °C από 40 ημερών, και αναιμία, σε βαρειά γενική κατάσταση. Κλινικώς διαπιστώθηκε όψη βαρέως πασχούσης, ταχύπνοια, ίκτερος, ήπια οιδήματα κάτω άκρων και μικρή μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος στις βάσεις των πνευμόνων αμφοτερόπλευρα. Από την ψηλάφηση ανευρέθησαν δύο μικροί ψηλαφητοί λεμφαδένες, ένας δεξιάς τραχηλικής και ένας αριστερής μασχαλιαίας χώρας, με διάμετρο μικρότερη από 1cm. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ενδελεχή έλεγχο που περιλάμβανε πλήρη βιοχημικό, ορολογικό και ανοσολογικό έλεγχο, ενώ ελήφθησαν καλλιέργειες ούρων, αίματος και γαστρικού υγρού. Εστάλη δείγμα περιφερικού αίματος στο εργαστήριο κυτταρομετρίας, έγινε οστεομυελική βιοψία, καθώς και χειρουργική αφαίρεση προς βιοψία μασχαλιαίου λεμφαδένα. Από τον απεικονιστικό έλεγχο, ο οποίος περιελάμβανε ακτινογραφία θώρακος, αξονική τομογραγραφία θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας, υπερηχογράφημα καρδιάς και άνω-κάτω κοιλίας, ευρέθησαν ηπατοσπληνομεγαλία, μικρή πλευριτική συλλογή αμφοτερόπλευρα, μικρή ασκιτική συλλογή, καθώς και παρουσία πολλαπλών λεμφαδένων στην πύλη του ήπατος, πέριξ του παγκρέατος αλλά και των μεγάλων αγγείων. Η γενική αίματος ανέδειξε εικόνα σοβαρής αναιμίας (Hct: 23%). Με την υπόνοια Αιμοφαγοκυτταρικού Συνδρόμου (ΑΦΣ) έγινε άμεσα στερνική παρακέντηση όπου επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του ΑΦΣ. Από τον έλεγχο κυτταρομετρίας ανιχνεύθηκε εγκαίρως ύποπτο «παράθυρο Hodgkin» με φαινότυπο CD30+/CD71+, ενώ στο εναιώρημα των κυττάρων ανιχνεύθηκαν επιπλέον μορφολογικά ύποπτα κύτταρα Reed-Sternberg, με ροζέττες λεμφοκυττάρων. Από την πρώτη ημέρα που διαγνώσθηκε το ΑΦΣ, η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με γ-σφαιρίνη και από την τέταρτη ημέρα σε πρεδνιζολόνη. Λόγω της βαρειάς γενικής κατάστασης, της ραγδαίας επιδείνωσης της ηπατικής λειτουργίας και της μεγάλης αύξησης της χολερυθρίνης (και έχοντας υπ' όψιν το αποτέλεσμα του εργαστηρίου της κυτταρομετρίας, την κλινική εικόνα και τον λοιπό έλεγχο) η ασθενής, μετά από ενημέρωση και με σύμφωνη γνώμη του συγγενικού της περιβάλλοντος, τέθηκε σε αγωγή για N. Hodgkin's κατά την έβδομη ημέρα νοσηλείας της, με αποτέλεσμα τη σταδιακή βελτίωσή της. Η επακολουθούσα ιστολογική εξέταση του λεμφαδένος, μετά και ανοσοϊστοχημικό έλεγχο, επιβεβαίωσε τη διάγνωση του κλασικού Hodgkin's λεμφώματος, πιθανότατα του υποτύπου της μικτής κυτταροβρίθειας. Ως συμπέρασμα, η ταχεία διάγνωση και έγκαιρη θεραπεία του υποκειμένου λεμφώματος είναι η μόνη αποτελεσματική στρατηγική για την επίτευξη της θεραπείας σε ασθενείς με ΑΦΣ και N. Hodgkin's.*

Λέξεις ευρετηρίου: *N. Hodgkin's, Αιμοφαγοκυτταρικό Σύνδρομο.*

Εισαγωγή

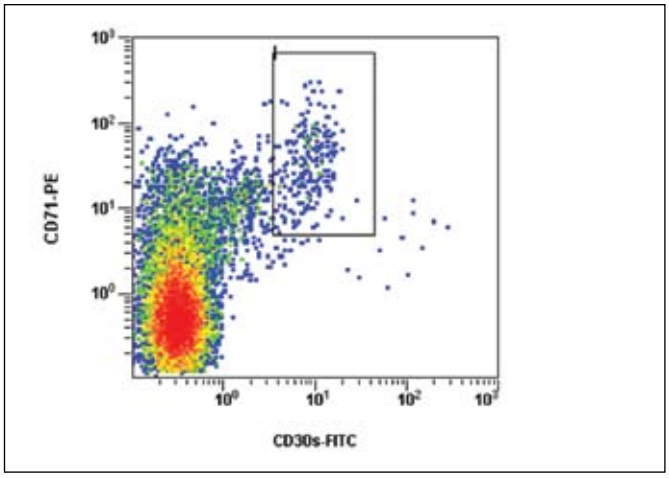
Το ΑΦΣ ή αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκυττάρωση είναι μια επικίνδυνη για τη ζωή οντότητα που χαρακτηρίζεται από μια ελαττωματική ή απούσα λειτουργία των NK (Natural Killers) κυττάρων και των κυττοτοξικών Τ-κυττάρων. Αυτή η δυσλειτουργία οδηγεί σε ανεξέλεγκτη και αναποτελεσματική ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος, με συνέπεια την κυτταρική βλάβη και την πολυοργανική δυσλειτουργία, μέσω του πολλαπλασιασμού και της ενεργοποίησης των μακροφάγων, με αιμοφαγοκυττάρωση καθ'όλο το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα, προκαλώντας πανκυτταροπενία, ηπατοσπληνομεγαλία και λεμφαδενοπάθεια[1-3]. Στους ασθενείς το ΑΦΣ εκδηλώνεται με πυρετό, καταβολή, ηπατοσπληνομεγαλία, ηπατική δυσλειτουργία, πανκυτταροπενία και αυξημένες τιμές φερριτίνης και τριγλυκεριδίων. Μελέτες δείχνουν ότι στην πλειοψηφία των ασθενών με ΑΦΣ συνυπάρχουν λοιμώξεις, κακοήθεις παθήσεις, λεμφώματα και αυτοάνοσα νοσήματα[3]. Ανεξαρτήτως του υποκείμενου νοσήματος, ποικίλλες κυτταροκίνες παράγονται από τα ενεργοποιημένα Τ-λεμφοκύτταρα και θεωρείται ότι αυτές ευθύνονται για την ενεργοποίηση των μακροφάγων[4,5]. Απο τα λεμφώματα που συνδυάζονται με το ΑΦΣ, συνηθέστερο είναι το προελεύ- ⇨

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΦΣ
ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ Ή ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΑΦΣ
Οικογενής αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκυττάρωση
Σύνδρομα ανοσοανεπάρκειας • Σύνδρομο Chediak-Higashi • Σύνδρομο Griscelli • Σύνδρομο Wiskott-Aldrich • Σύνδρομο Hermansky-Pudlak • Συνδυασμός ανοσοανεπαρκειών
ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΑΦΣ
Συνδυασμός λοιμώξεων με ΑΦΣ • Ερπητοϊοί (HSV, VZV, CMV, EBV, HHV-6, HHV- 8) • HIV • Αδενοϊοί, Παρβοϊοί, Ηπατίτιδες, Influenza • Βακτηριακές λοιμώξεις, μυκοβακτηρίδια, σπειροχαίτες. • Παράσιτα • Μύκητες Κακοήθειες Λεμφοϊστιοκυττάρωση Σύνδρομο ενεργοποίησης των μακροφάγων Αυτοάνοσα νοσήματα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΦΣ
Η διάγνωση τίθεται με την ύπαρξη ενός από τα παρακάτω κριτήρια:
1. Η μοριακή διάγνωση είναι σύμφωνη με το ΑΦΣ (π.χ. PRF μεταλλάξεις, SAP μεταλλάξεις, MUNC13-4 μεταλλάξεις).
2. Έχοντας πέντε από τα οκτώ κριτήρια που ακολουθούν: • Πυρετός. • Σπληνομεγαλία. • Κυτταροπενία (να έχουν επηρεαστεί το λιγότερο δύο κυτταρικές σειρές, αιμοσφαιρίνη ≤9g/dl, <100000 αιμοπετάλια/μl, ουδετερόφιλα <100 κύτταρα/μl). • Υπερτριγλυκεριδαιμία (τριγλυκερίδια >265mg/dl) και/ή ινοδωγονοπενία (ινοδωγόνο <150mg/dl). • Αιμοφαγοκυττάρωση στο μυελό των οστών, σπλήνα ή λεμφαδένες χωρίς απόδειξη κακοήθειας. • Λίγα ή απόντα Natural Killer κυττοτοξικά κύτταρα. • Υπερφερριτιναιμία (φερριτίνη >500ng/ml). • Τα επίπεδα του υποδοχέα της ιντερλευκίνης-2 (CD25) (≥2400IU/ml).

σεως εκ CD30+ Τ-κυττάρων και το εκ NK κυττάρων[6-14]. Υπάρχουν λίγες αναφορές συνδυασμού ΑΦΣ και λεμφωμάτων προέλευσης εκ Β-κυττάρων[15-18].

Εντούτοις, ΑΦΣ επί νόσου του Hodgkin's είναι σπάνιο φαινόμενο, όπως αυτό προκύπτει από τη συστηματική ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βιβλιογραφία (Pubmed/Medline) καθώς περιγράφονται μόλις τέσσερεις τέτοιες περιπτώσεις[19-22]. Το ΑΦΣ συνδυαζόμενο με λεμφώματα έχει ταχεία εξέλιξη και μερικές φορές είναι θανατηφόρο, επομένως η ορθή διάγνωση, ο άμεσος καθορισμός του υποκείμενου νοσήματος και η ταχεία έναρξη της θεραπείας είναι απολύτως απαραίτητα. Εάν στο υποκείμενο λέμφωμα συνυπάρχουν μεγάλοι ψηλαφητοί λεμφαδένες ή σοβαρή ηπατοσπληνομεγαλία, η διάγνωση καθίσταται σχετικά εύκολη. Εντούτοις, μερικές φορές η έλλειψη οδηγών κλινικών σημείων καθιστά τη διάγνωση δύσκολη και καθυστερεί την έναρξη της θεραπείας.



Εικόνα 1. *Ανίχνευση κυττάρων CD30+/CD71+ διπλών θετικών στον λεμφαδένα της ασθενούς με κυτταρομετρία ροής (παράθυρο Β) σε ποσοστό 5,3% (υπόνοια νόσου)*

Ταξινόμηση ΑΦΣ

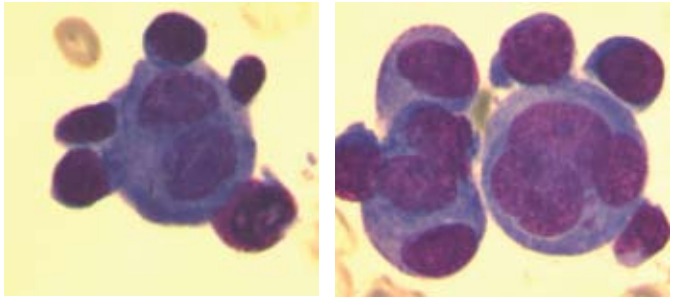
Το ΑΦΣ περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1939 από τους Scott και Robb-Smith[23]. Το ΑΦΣ διακρίνεται σε πρωτοπαθές και δευτεροπαθές (Πίνακας 1). Αυτή η υποδιαίρεση βοηθά στη διαφοροποίηση περιπτώσεων ΑΦΣ που παρουσιαστήκαν κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας - και έχουν μεγαλύτερο ποσοστό θνητότητας - από περιπτώσεις άλλης αιτιολογίας - που έχουν καλύτερη πρόγνωση. Εντούτοις, ο διαχωρισμός αυτός είναι τεχνητός αφού: (α) το πρωτοπαθές ΑΦΣ μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία - και όχι μόνο κατά τη διάρκεια της βρεφικής ή της εφηβικής ηλικίας[24], (β) οι υποκείμενες γενετικές μεταλλάξεις ανευρίσκονται μόνο στο 40% των πρωτοπαθών περιστατικών ΑΦΣ και (γ) και τα δυο είδη μπορεί να προκληθούν από μια λοίμωξη[25] ή μια κακοήθεια. Το πρωτοπαθές ΑΦΣ διαχωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες ανάλογα με τη συνύπαρξη ή όχι ανοσολογικής ανεπάρκειας, το πρωτοπαθές ή γενετικό ΑΦΣ και την οικογενή αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκυττάρωση.

Διάγνωση ΑΦΣ

Η διάγνωση του ΑΦΣ βασίζεται σε κλινικά, εργαστηριακά και ιστοπαθολογικά ευρήματα. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση του ΑΦΣ τέθηκαν από τη Histiocyte Society το 1991[26] και ανανεώθηκαν το 2004 (Πίνακας 2)[27]. Δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν όλα τα κριτήρια πριν την έναρξη της θεραπείας, η οποία αφορά τόσο στην αντιμετώπιση του ΑΦΣ όσο και στη θεραπεία της υποκείμενης νόσου. Τα κύρια συμπτώματα του ΑΦΣ είναι ο πυρετός και η σπληνομεγαλία. Ο ίκτερος, η ηπατομεγαλία, η λεμφαδενοπάθεια, το εξάνθημα και τα νευρολογικά ευρήματα είναι επίσης συχνά (Πίνακας 3)[28]. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ευρίσκεται πανκυτταροπενία, οι δείκτες της ηπατικής λειτουργίας είναι επηρεασμένοι, ενώ τα επίπεδα φερριτίνης είναι χαρακτηριστικά αυξημένα (Πίνακας 4)[28]. Δύο παράμετροι υψηλής διαγνωστικής αξίας είναι οι αυξημένες συγκεντρώσεις στο πλάσμα του υποδοχέα της ιντερλευκίνης-2 (sCD25) και η εξασθένιση της δραστηριότητας των NK κυττάρων, πρακτικά δύσκολο να εκτιμηθεί στην κλινική πράξη. Τα

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (ΚΑΙ % ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΥΤΩΝ) ΣΤΟ ΑΦΣ	
Πυρετός	70-100%
Σπληνομεγαλία	70-100%
Ηπατομεγαλία	40-95%
Λεμφαδενοπάθεια	15-50%
Εξάνθημα	5-65%
Νευρολογικά ευρήματα	20-50%

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (ΚΑΙ % ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΥΤΩΝ) ΣΤΟ ΑΦΣ	
Αναιμία	90-100%
Θρομβοπενία	80-100%
Ουδετεροπενία	60-90%
Υπερτριγλυκεριδαιμία	60-70%
Ινοδωγονοπενία	65-85%
Υπερτρανσαμινασαιμία	35-90%
Υπερχολερυθριναιμία	35-75%
Επίπεδα γαλακτικής αφυδρογονάσης	45-55%
Υπερφερριτιναιμία	55-70%



Εικόνα 2. *Υποπτα κύτταρα Reed-Sternberg με ροζέττες λεμφοκυττάρων, που θεωρούνται χαρακτηριστικές.*

επίπεδα της ιντερλευκίνης-2 στο ΑΦΣ επηρεάζουν τη δραστηριότητα των Τ-λεμφοκυττάρων και συσχετίζονται με την πρόγνωση[29]. Η μεγάλη απελευθέρωση κυττοκινών, όπως IL-1 (Interleukin-1), IL-6 (Interleukin-6), IFN-γ (Interferon-gamma), TNF-α (Tumor Necrosis Factor-alpha), M-CSF (Macrophage-Colony Stimulating Factor), είναι υπεύθυνη για την κλινική συμπτωματολογία[4,5,30]. Ιστοπαθολογικά, το τυπικό εύρημα είναι η καταστροφή των λευκοκυττάρων, των ερυθροκυττάρων και των αιμοπεταλίων από τα ενεργοποιημένα μακροφάγα.

Η αιμοφαγοκυττάρωση μπορεί να υπάρχει σε οποιοδήποτε όργανο, κυρίως όμως επισυμβαίνει στο μυελό των οστών, στους λεμφαδένες, στο ήπαρ και στο σπλήνα. Εάν η αιμοφαγοκυττάρωση είναι απούσα στην πρώτη βιοψία, πρέπει να πραγματοποιηθεί επαναληπτική βιοψία. Εάν τεθεί η διάγνωση του ΑΦΣ πρέπει να γίνει έλεγχος για γενετικά ή ρευματολογικά νοσήματα, καθώς επίσης για κακοήθειες και λοιμώδεις παράγοντες.

Παρουσίαση περιστατικού

Γυναίκα 26 ετών, προσήλθε την 01/02/2008 από επαρχιακό νοσοκομείο λόγω εμπυρέτου από σαράντα ημερών, με πυρετό εώς 39°C, με επιβαρυμένη γενική κατάσταση και αναιμία, ενώ διέθετε ελεύθερο οικογενειακό και ατομικό ιστορικό. Από την κλινική εξέταση τα ευρήματα υπήρξαν φτωχά. Διαπιστώθηκε όψη βαρέως πασχούσης, ταχύπνοια, ίκτερος, ήπια οιδήματα κάτω άκρων, μικρή μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος στις βάσεις των πνευμόνων, αμφοτερόπλευρα, και ψηλαφητικώς ανευρέθησαν μόνο δύο μικροί λεμφαδένες, με διάμετρο μικρότερη από 1cm, ένας στη δεξιά τραχηλική χώρα και έταιρος στην αριστερά μασχαλιαία χώρα, ενώ δεν ανευρέθη ηπατοσπληνομεγαλία.

Η αρτηριακή πίεση ανερχόταν στα 112/55mmHg, με σφύξεις 110/λεπτό και θερμοκρασία 39°C. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν τα ακόλουθα: αιματοκρίτης (Ht) 23%, αιμοσφαιρίνη (Hb) 7,90g/dl, μέσος όγκος ερυθρών (MCV) 76,40Fl (χωρίς ετερόζυγο β-μεσογειακή αναιμία), λευκά αιμοσφαίρια (WBC) 7,00·10^3/μL (ουδετερόφιλα 93,0%, λεμφοκύτταρα 2,6%), αιμοπετάλια (PLT) 200·10^3/μL, INR 1,33, ινωδογόνο 613,71mg/dl, ουρία 46mg/dl, κρεατινίνη 0,7mg/dl, χολερυθρίνη ολική 4,1mg/dl, χολερυθρίνη άμεσος 3,0mg/dl, αλκαλική φωσφατάση (ALP) 173 IU/L, AST 106 IU/L, ALT 100 IU/L, LDH 382 IU/L, γ-GT 103 IU/L, αλβουμίνη ορού 2,6gr/dl, CRP 212,9mg/L, φερριτίνη >2000μg/L, χοληστερόλη 101mg/dl, τριγλυκερίδια 303mg/dl. Πραγματοποιήθηκε στερνική παρακέντηση κατά τις πρώτες ώρες της νοσηλείας της ασθενούς, από το επίχρισμα της οποίας επισημάνθηκε η έντονη αιμοφαγοκυττάρωση κυρίως των ερυθροβλαστών, χωρίς να ανεβρεθούν ύποπτα για κακοήθεια αιμοποιητικά ή μη κύτταρα. Η ασθενής τέθηκε άμεσα σε αγωγή με γ-σφαιρίνη (για τέσσερις ημέρες). Ακολούθησαν καλλιέργειες αίματος και ούρων και πλήρης ανοσολογικός και ορολογικός έλεγχος (για Leishmania, Widal, Wright, Wright Coombs, CMV, EBV, HSV 1-2, Toxoplasma, Brucella, Leptospira, Rickettsia typhi/conori/burnetti, Monotest, HIV, HBV, HCV, HAV), που υπήρξε αρνητικός για ευρήματα. Διενεργήθηκε λήψη γαστρικού υγρού για B-Koch που έδωσε αρνητικό αποτέλεσμα. Εστάλησαν IL-1β (<3,9pg/ml), IL-6 (125,3pg/ml), TNF (137,7pg/ml). Η εξασθένιση της δραστηριότητας των NK κυττάρων δεν κατέστη δυνατό να εκτιμηθεί.

Από τον απεικονιστικό έλεγχο, η ακτινογραφία θώρακος, ο υπέρηχος καρδιάς και έσω γεννητικών οργάνων και η αξονική θώρακα δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Η αξονική τομογραφία και το υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξαν μέτρια ηπατοσπληνομεγαλία και παρουσία πολλαπλών λεμφαδένων στην πύλη του ήπατος, πέριξ του παγκρέατος, αλλά και των μεγάλων αγγείων, ενώ ο μεγαλύτερος λεμφαδένας είχε διάμετρο 3,3cm. Στις 04/02/2008 έγινε χειρουργική αφαίρεση του αριστερού μασχαλιαίου λεμφαδένα και εστάλη δείγμα για βιοψία, καθώς και στο εργαστήριο κυτταρομετρίας ροής, ενώ έγινε έναρξη χορήγησης πρεδνιζολόνης. Την πέμπτη ημέρα νοσηλείας έγινε δεύτερο μυελόγραμμα, χωρίς ευρήματα αιμοφαγοκυττάρωσης, ενώ την έκτη ημέρα είχαμε την πρώτη απάντηση από το εργαστήριο της κυτταρομετρίας ροής, που ανέφερε ανίχνευση ύποπτου «παραθύρου Hodgkin's» με φαινότυπο CD30+/CD71+, ενώ στο εναιώρημα των κυττάρων ανιχνεύθηκαν επιπλέον μορφολογικά ύποπτα κύτταρα Reed-Sternberg, με ροζέττα λεμφοκυττάρων, πιθανώς λόγω N. Hodgkin's. Έγινε ανοσοκυτταρολογική επιβεβαίωση για κύτταρα CD30+, στα ίδια επιχρίσματα.

Η ασθενής παρουσίαζε συνεχή επιδείνωση της κλινικής της εικόνας (εμπύρετο, ίκτερος, γενικευμένα οιδήματα, δύσπνοια) και των εργαστηριακών παραμέτρων (Ht 21,30%, Hb 7,40g/dl, PLTs $37 \cdot 10^3$/μL, ουρία 112mg/dl, χολερυθρίνη ολική 21,9mg/dl, χολερυθρίνη άμεσος 14,3mg/dl, ALP 280 IU/L, AST 174 IU/L, ALT 123 IU/L, γ-GT 394 IU/L, LDH 557 IU/L, INR 2,35, ινωδογόνο 399,58mg/dl). Την έβδομη ημέρα, έχοντας υπ'όψιν το αποτέλεσμα του εργαστηρίου της κυτταρομετρίας και συνεκτιμώντας την επιβαρυμένη κλινική κατάσταση με τον επιδεινούμενο εργαστηριακό έλεγχο, μετά από ενημέρωση και με σύμφωνη γνώμη του συγγενικού της περιβάλλοντος, η ασθενής τέθηκε σε αγωγή για N. Hodgkin's και εν συνεχεία μεταφέρθηκε στην αιματολογική κλινική, όπου παρουσίασε σταδιακή βελτίωση.

Η ιστολογική εξέταση του λεμφαδένα ανέδειξε διάσπαρτα (εντός του διηθήματος) και πολλά ευμεγέθη άτυπα κύτταρα, με νεφροειδείς μεγάλους πυρήνες και μονήρες εμφανές πυρήνιο. Μερικά εξ αυτών ήταν πολυπύρηνα, ενώ διπύρηνα τύπου Redd-Sternberg ανευρέθησαν σπάνια. Συνυπήρχαν αρκετά κακοήθη κύτταρα σε φάση απόπτωσης. Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος ανέδειξε θετικότητα των κακοήθων κυττάρων έναντι CD-30 και CD-15 (μεμβρανική και παραπυρηνική χρώση). Το συμπέρασμα ήταν κλασικό Hodgkin's λέμφωμα, αναπτυσσόμενο σε λεμφαδένα, πιθανότατα του υποτύπου της μικτής κυτταροβρίθειας.

Συζήτηση

Όπως αναφέρθηκε, το αιμοφαγοκυτταρικό σύνδρομο συνδυάζεται με κακοήθη λεμφώματα[6-18]. Από τις γνώσεις που έχουμε έως τώρα, αναφέρονται μόνο τέσσερεις περιπτώσεις συνδυασμού ΑΦΣ και N. Hodgkin's[19-22]. Το πρώτο περιστατικό αφορούσε ασθενή με πυρετό και προοδευτική πανκυτταροπενία, στον οποίο η διάγνωση τέθηκε μετά θάνατον, έχοντας έλλειψη λεμφοκυττάρων - N. Hodgkin's[21]. Το δεύτερο περιστατικό θεραπευόταν για υποτροπή της N. Hodgkin's και παρουσίασε πυρετό, ίκτερο, πανκυτταροπενία, και ηπατοσπληνομεγαλία. Σε αυτή την περίπτωση η διάγνωση τέθηκε, επίσης, νεκροτομικώς: N. Hodgkin's, ΑΦΣ, σηψαιμία από Staphylococcus aureus[20]. Στο τρίτο περιστατικό η διάγνωση του ΑΦΣ έγινε με λαπαροτομία και ιστολογική εξέταση ιστού από το σπλήνα, ενώ η N. Hodgkin's διεγνώσθη με βιοψία λεμφαδένα. Το περιστατικό αυτό επέζησε[19]. Το τέταρτο περιστατικό διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο με πυρετό, αναιμία και γνωστό ΑΦΣ, ενώ η ασθενής απεβίωσε την πέμπτη ημέρα από ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια. Η διάγνωση της N. Hodgkin's τέθηκε με ιστολογική εξέταση λεμφαδένα νεκροτομικώς[22]. Στα τρία από τα τέσσερα περιστατικά το ΑΦΣ εμφανίζεται ως το πρώτο κλινικό σύμπτωμα[19,21,22]. Στα ανωτέρω περιστατικά είχε γίνει έλεγχος των φλεγμονωδών κυττοκινών (TNF-a, IFN-γ, IL-2, IL-12) που είναι υπεύθυνες για την ενεργοποίηση των μακροφάγων[28,31]. Στο παρόν περιστατικό η διάγνωση του ΑΦΣ τέθηκε άμεσα (πρώτη ημέρα νοσηλείας) με στερνική παρακέντηση του μυελού, ενώ καθοριστικά συνέβαλε στην άμεση έναρξη της θεραπείας (κατά την έβδομη ημέρα) η κυτταρομετρία ροής με την ανίχνευση «παραθύρου Hodgkin» με φαινότυπο CD30+ (δεν υπάρχει αναφορά στα προηγούμενα περιστατικά). Με βιοψία του αριστερού μασχαλιαίου λεμφαδένα τέθηκε η διάγνωση της N. Hodgkin's. Από τις αναφορές που υπάρχουν πρόκειται για το δεύτερο περιστατικό που επιζεί με ΑΦΣ και N. Hodgkin's.

Συμπερασματικά, σας παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό συνδυασμού ΑΦΣ και N. Hodgkin's, συγκεκριμένα το δεύτερο επιζήσαν περιστατικό. Πιστεύουμε ότι η γρήγορη διάγνωση του ΑΦΣ καθώς και του υποκείμενου νοσήματος είναι η μόνη αποτελεσματική στρατηγική για την επίτευξη θεραπείας στους ασθενείς αυτούς.

Βιβλιογραφία

1. Verbsky JW, Grossman WJ. Hemophagocytic lymphohistiocytosis: diagnosis, pathophysiology, treatment, and future perspective. Ann Med 2006; 38: 20-31.
2. Imashuku S. Differential diagnosis of hemophagocytic syndrome: underlying disorder and selection of the most effective treatment. Int J Hematol 1997; 66:135-151.
3. Tsuda H. Hemophagocytic syndrome (HPS) in children and adults. Int J Hematol 1997; 65:215-226.
4. Ohga S, Matsuzaki A, Nishizaki M, Nagashima T, Kai T, Suda M, Ueda K. Inflammatory cytokines in virus associated hemophagocytic syndrome. Interferon -gamma as a sensitive indicator of disease activity. Am J Pediatr Hematol Oncol 1993; 15:291-298.
5. Osugi Y, Hara J, Tagawa S, Takai K, Hosoi G, Matsuda Y, Ohta H, Fujisaki H, Kobayashi M, Sakata N, Kawa-Ha K, Okada S, Tawa A. Cytokine production regulating Th1 and Th2 cytokines in Hemophagocytic lymphohistiocytosis. Blood 1997; 89:4100-4103.
6. Cheng AL, Su IJ, Chen YC, Uen WC, Wang CH. Characteristic clinicopathologic features of Epstein-Barr virus-associated peripheral T-cell lymphoma. Cancer 1993; 72:909-916.
7. Cheung MM, Chan JK, Lau WH, Foo W, Chan PT, Ng CS, Ngan RK. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the nose and nasopharynx: clinical features, tumor immunophenotype, and treatment outcome in 113 patients. J Clin Oncol 1998; 16:70-77.
8. Linn YC, Tien SL, Lim LC, Lee LH, Teoh G, Goh YT, Tan P. Hemophagocytosis in bone marrow aspirate: a review of the clinical course of 10 cases. Acta haematol 1995; 94:182-191.
9. Ng CS, Chan JK, Cheng PN, Szeto SC. Nasal T-cell lymphoma associated with hemophagocytic syndrome. Cancer 1986; 58:67-71.
10. Ohshima K, Haraoka S, Harada N, Kamimura T, Suzumiya J, Kanda M, Kawasaki C, Sugihara M, Kikuchi M. Hepatosplenic gammadelta T-cell lymphoma: relation to Epstein-Barr virus and activated cytotoxic molecules. Histopathology 2000; 36(2):127-35.
11. Ohshima K. Suzumiya J, Sugihara M, Nagafuchi S, Ohga S, Kikuchi M. Clinicopathological study of severe chronic active Epstein-Barr virus infection that developed in association with limphoproliferative disorder and/or hemophagocytic syndrome. Pathol Int 1998; 48:934-943.
12. Su IJ, Hsu YH, Lin MT, Cheng AL, Wang CH, Weiss LM. Epstein-Barr virus-containing T-cell lymphoma presents with hemophagocytic syndrome mimicking malignant histiocytosis. Cancer 1993; 72:2019-2027.
13.Takeshita M, Kikuchi M, Ohshima K, Nibu K, Suzumiya J, Hisano S, Miyamoto Y, Ocamura T. Bone marrow findings in malignant histiocytosis and/or malignant lymphoma with concurrent hemophagocytic syndrime. Leuk Lymphoma 1993; 12:78-89.
14. Yao M, Cheng AL, Su IJ, Lin MT, Uen WC, Tien HF, Wang CH, Chen YC. Clinicopathological spectrum of hemophagocytic syndrome in Epstein-Barr virus-associated peripheral T-cell lymphoma. Br J Haematol 1994; 87:535-543.
15. Miyahara M, Sano M, Shibata K, Matsuzaki M, Ibaraki K, Shimamoto Y, Tocunaga O. B-cell lymphoma-associated hemophagocytic syndrome: Clinicopathological characteristics. Ann Hematol 2000; 79:378-388.
16. Murase T, Nakamura S. An Asian variant of intravascular lymphomatosis: an updated review of malignant histiocytosis-like B-cell lymphoma. Leuk Lymphoma 1999; 33:459-473.
17. Murase T, Nakamura S, Tashiro K, Suchi T, Hiraga J, Hayasaki N, Kimura M, Murakami M, Mizoguchi Y, Suzuki T, Saito H. Malignant histiocytosis-like B-cell lymphoma, a distinct pathologic variant of intravascular lymphomatosis: a report of five cases and review of the literature. Br J Haematol 1997; 99:656-664.
18. Shimazaki C, Inaba T, Shimura K, Okamoto A, Takahashi R, Hirai H, Sudo Y, Ashihara E, Adachi Y, Murakami S, Saigo K, Fujita N, Nakagawa M. B-cell lymphoma associated with hemophagocytic syndrome: a clinical, immunological and cytogenetic study. Br J Haematol 1999; 104:672-679.
19. Dawson L, den Ottolander GJ, Kluin PM, Leeksma O. Reactive hemophagocytic syndrome as a presenting feature of Hodgkin's disease. Ann Hematol 2000; 79:322-326.
20. Kluin-Nelemans JC, Kluin PM, Bieger R. A 26-year-old man with Hodgkin's disease and rapidly progressive pancytopenia. Ann Hematol 1993; 67:49-56.
21. Korman LY, Smith JR, Landaw SA, Davey FR. Hodgkin's disease: intramedullary phagocytosis with pancytopenia. Ann Intern Med 1979; 91:60-61.
22. Kojima H, Takei N, Mukai HY, Hasegawa Y, Suzukawa K, Nagata M, Noguchi M, Mori N, Nagasawa T. Ann Hematol 2003; 82:53-56.
23. Scott R, Robb-Smith AH. Histiocytic medullary reticulosis. Lancet 1939; 2:194-98.
24. Allen M, De Fusco C, Legrand F, et al. Familial hemophagocytic lymphohistiocytosis: how late can the onset be? Haematologica 2001; 86:499-503.
25. Henter JI, Ehrnst A, Andersson J, Elinder G. Familial Hemophagocytic lymphohistiocytosis and viral infections. Acta paediatr 1993; 82:369-72.
26. Henter JI, Elinder G, Ost A. Diagnostic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis. The FHL Study Group of the Histiocyte Society. Semin Oncol 1991; 18:29-33.
27. Henter JI, Horne A, Arico M, et. all. HLH-2004: diagnostic and therapeutic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis. Pediatr Blood Cancer 2007; 48:124-31.
28. Fisman DN. Hemophagocytic syndromes and infection. Emerg Infect Dis 2000; 6:601-08.
29. Imashuku S, Hibi S, Sako M, et. al. Soluble interleukin-2 receptor: a useful prognostic factor for patients with hemophagocytic lymphohistiocytosis. Blood 1995; 86:4706-07.
30. Ohshima K, Kobari S, Kuroiwa S, Nakanishi K, Shibuya T, et al. Heterogeneity of systemic extra-nodal Epstein-Barr virus-associated lympho-histiocytic tumor. Pathol Res Pract 1997; 193:257-265.
31. Henter JI, Elinder G, Sode O, Hansson M, Andersson B, Andersson U. Hypercytokinemia in familial hemophagocytic lymphohistiocytosis. Blood 1991; 78: 2918-2922.

Νέα δεδομένα για την επικαλυμμένη με ραπαμυκίνη ενδοστεφανιαία πρόθεση NEVO™

Νέα στοιχεία που προέκυψαν ύστερα από δωδεκάμηνη παρακολούθηση δείχνουν ότι η επικαλυμμένη με ραπαμυκίνη ενδοστεφανιαία πρόθεση NEVO™ εξακολουθεί να έχει εξαιρετικά αποτελέσματα σε επίπεδο ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Η ενδοπρόθεση NEVO™, με τεχνολογία RES TECHNOLOGY™, εξακολουθεί να έχει εξαιρετικά αποτελέσματα σε επίπεδο ασφάλειας και αποτελεσματικότητας, σε σύγκριση με την ενδοπρόθεση Taxus® Liberté®, σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο EuroPCR 2010.

Εικόνα 1. *Η πρόθεση NEVO™, η πρώτη επικαλυμμένη με ραπαμυκίνη ενδοστεφανιαία πρόθεση που χρησιμοποιεί τεχνολογία RES TECHNOLOGY™, έχει ενσωματωμένες εκατοντάδες μικρές αποθήκες, γεμάτες με μείγμα από φαρμακευτική ουσία και πολυμερές (η επικαλυμμένη με ραπαμυκίνη ενδοστεφανιαία πρόθεση NEVO™ είναι προϊόν υπό δοκιμή, που χρησιμοποιείται αποκλειστικά για κλινικές έρευνες. Δεν έχει εγκριθεί προς πώληση σε καμία αγορά).*

ΠΑΡΙΣΙ, ΓΑΛΛΙΑ – 26 Μαΐου 2010 – Σε διάστημα παρακολούθησης δώδεκα μηνών, η επικαλυμμένη με ραπαμυκίνη (sirolimus) ενδοστεφανιαία πρόθεση NEVO™ εξακολουθεί να έχει εξαιρετικά αποτελέσματα σε επίπεδο ασφάλειας και αποτελεσματικότητας σε σύγκριση με την ενδοστεφανιαία πρόθεση Taxus® Liberté®, σύμφωνα με τα νέα στοιχεία που προέκυψαν από την κλινική δοκιμή της ενδοπρόθεσης NEVO™ RES-I, τα οποία παρουσιάστηκαν σήμερα. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάστηκαν στο συνέδριο EuroPCR, το σημαντικότερο ιατρικό συνέδριο της Ευρώπης, που απευθύνεται σε ιατρούς ειδικευμένους στην επεμβατική καρδιαγγειακή ιατρική. Κατά τη διάρκεια της δωδεκάμηνης παρακολούθησης των ασθενών, δεν αναφέρθηκαν περιστατικά θρόμβωσης της ενδοπρόθεσης NEVO™, ενώ κατά τη διάρκεια της δωδεκάμηνης παρακολούθησης ασθενών στους οποίους είχε εμφυτευτεί ενδοπρόθεση Taxus® Liberté® αναφέρθηκαν δύο τέτοια περιστατικά και ένα τρίτο μετά την πάροδο 13 μηνών. Επιπλέον, στους ασθενείς στους οποίους είχε εμφυτευτεί η ενδοπρόθεση NEVO™ δεν καταγράφηκαν περιστατικά καρδιακού θανάτου ή εξωνοσοκομειακού εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Παρότι η συγκεκριμένη δοκιμή δεν είχε την απαιτούμενη δύναμη για κλινικά τελικά σημεία και δεν παρατηρήθηκαν ως εκ τούτου στατιστικά σημαντικές διαφορές, η ενδοπρόθεση NEVO™ σημείωσε ακόμη καλύτερες επιδόσεις σε διάστημα παρακολούθησης δώδεκα μηνών σε σχέση με την εξάμηνη παρακολούθηση, όσον αφορά τα ποσοστά θανάτου και εμφράγματος του μυοκαρδίου, την ανάγκη επαναληπτικής επαναγγείωσης και τα περιστατικά θρόμβωσης της ενδοπρόθεσης, σε σύγκριση με την ενδοπρόθεση Taxus® Liberté®. Παρόμοιες τάσεις παρατηρήθηκαν στις προκαθορισμένες υποομάδες ασθενών με διαβήτη και ασθενών με μήκη αλλοιώσεων μικρότερων ή μεγαλύτερων από 20 χιλιοστά. Στο εξαμηνιαίο πρωτεύον τελικό σημείο αυτής της προοπτικής, τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής, η ενδοπρόθεση NEVO™ είχε καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με την ενδοπρόθεση Taxus® Liberté® όσον αφορά στην όψιμη απώλεια αυλού εντός της ενδοπρόθεσης, δηλαδή την ανάπτυξη ιστού εντός της πρόθεσης. Συγκεκριμένα, η όψιμη απώλεια αυλού εντός της ενδοπρόθεσης μειώθηκε κατά 64% στους ασθενείς με ενδοπρόθεση NEVO™, σε σύγκριση με τους ασθενείς με ενδοπρόθεση Taxus® Liberté® (0,13 χιλιοστά σε σύγκριση με 0,36 χιλιοστά, p<0,001). Η εντός της πρόθεσης όψιμη απώλεια αυλού μειώνει τη διάμετρο του αυλού περιορίζοντας έτσι τη ροή του αίματος δια μέσου της ενδοπρόθεσης και μπορεί δυνητικά να προκαλέσει μείζονα καρδιακά επεισόδια, γνωστά ως MACE. Η ενδοπρόθεση NEVO™, επίσης, υπερέχει όσον αφορά στη μείωση της επαναστένωσης, δηλαδή την εκ νέου απόφραξη εντός της ενδοπρόθεσης. Η αγγειογραφική επαναστένωση μειώθηκε κατά 86% (1,1% στην ενδοπρόθεση NEVO σε σύγκριση με 7,8% στην ενδοπρόθεση Taxus Liberté, p=0,002). «Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι βρισκόμαστε, ίσως, μπροστά σε μία σημαντική εξέλιξη όσον αφορά τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας της στεφανιαίας νόσου, καθώς η νέα αυτή μέθοδος επιτρέπει την απελευθέρωση φαρμακευτικής ουσίας με ακρίβεια από την ενδοπρόθεση και μπορεί να μειώσει τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές σε επίπεδο ασφάλειας» δήλωσε ο Alexandre Abizaid, Διδάκτωρ Ιατρικής, επικεφαλής των επεμβάσεων σε στεφανιαίες αρτηρίες στο Ινστιτούτο Καρδιολογίας Dante Pazzanese του Σάο Πάολο (Βραζιλία) και επισκέπτης καθηγητής στην Ιατρική Σχολή του πανεπιστημίου Κολούμπια της Νέας Υόρκης (ΗΠΑ). «Η θρόμβωση της ενδοπρόθεσης και τα φάρμακα που απαιτούνται για την αποτροπή αυτού του φαινομένου απασχολούν σοβαρά την ιατρική κοινότητα. Γι' αυτόν το λόγο, μας χαροποιούν ιδιαίτερα τα εξαιρετικά αποτελέσματα που είχε η ενδοπρόθεση NEVO™ σε επίπεδο ασφάλειας στο διάστημα παρακολούθησης των δώδεκα μηνών. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν επίσης, την ανάγκη να μελετηθεί περαιτέρω, εάν η συντόμευση ή η διακοπή της αντι-αιμοπεταλιακής αγωγής σε συνδυασμό με αυτή τη θεραπεία μπορεί να επιφέρει μείωση των μείζονων επεισοδίων, σε σχέση με αυτά που αναμένονται επί του παρόντος στους ασθενείς στους οποίους έχουν εμφυτευτεί ενδοπροθέσεις επικαλυμ-

μένες με φαρμακευτικές ουσίες.»

«Τα νέα θετικά αποτελέσματα που προέκυψαν από τη δωδεκάμηνη παρακολούθηση ασθενών στο πλαίσιο της δοκιμής της ενδοπρόθεσης NEVO™ RES-I είναι ιδιαιτέρως ενθαρρυντικά, καθώς δείχνουν ότι η ενδοπρόθεση NEVO™ μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε θεραπεία για την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου», δήλωσε ο Campbell Rogers, Διδάκτωρ Ιατρικής, επικεφαλής επιστημονικός υπεύθυνος και γενικός διευθυντής έρευνας και ανάπτυξης της εταιρείας Cordis Corporation. «Η ενδοπρόθεση NEVO™ αποτελεί καθοριστικό σταθμό στο πλαίσιο της προσπάθειάς μας να παρέχουμε διαρκώς νέα καινοτόμα προϊόντα, που αλλάζουν ριζικά τις προσδοκίες ασθενών και ιατρών στον τομέα της επεμβατικής καρδιολογίας.»

Επισκόπηση της μελέτης NEVO RES-I

Η μελέτη NEVO™ RES-I ήταν τυχαιοποιημένη, πολυκεντρική σύγκριση της ενδοπρόθεσης NEVO™ με την ενδοπρόθεση Taxus® Liberté® σε de novo, ενδογενείς αλλοιώσεις της στεφανιαίας αρτηρίας. Στη μελέτη συμμετείχαν 394 ασθενείς από 40 περιοχές της Ευρώπης, της Νότιας Αμερικής, της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας. Στους ασθενείς έγινε αγγειογραφικός έλεγχος έξι μήνες μετά την εμφύτευση. Επίσης, υποβλήθηκαν σε κλινική παρακολούθηση σε διάστημα 30 ημερών, έξι μηνών και δώδεκα μηνών μετά την εμφύτευση, ενώ θα υποβάλλονται σε παρακολούθηση μία φορά το χρόνο για τα επόμενα πέντε χρόνια. Ως πρωτεύον τελικό σημείο ορίστηκε η όψιμη απώλεια εντός της ενδοπρόθεσης σε διάστημα έξι μηνών μετά την εμφύτευση. Στα βασικά δευτερεύοντα τελικά σημεία περιλαμβάνονται αστοχία της αλλοίωσης-στόχου, αστοχία του αγγείου-στόχου, MACE, θρόμβωση της ενδοπρόθεσης, επαναγγείωση της αλλοίωσης-στόχου, επαναγγείωση του αγγείου-στόχου, και αγγειογραφική επαναστένωση εντός της ενδοπρόθεσης και εντός τμήματος.

Γενικές πληροφορίες για το NEVO™

Η πρόθεση NEVO™, η πρώτη επικαλυμμένη με ραπαμυκίνη ενδοστεφανιαία πρόθεση που χρησιμοποιεί τεχνολογία RES TECHNOLOGY™, είναι μια διάταξη ανοιχτών κυψελίδων, με λεπτές δοκίδες, από μείγμα κοβαλτίου και χρωμίου, στην οποία έχουν ενσωματωθεί εκατοντάδες λεπτές αποθήκες γεμάτες με μείγμα από φαρμακευτική ουσία και πολυμερές. Η ενδοπρόθεση αυτή έχει σχεδιαστεί, έτσι ώστε να ελαχιστοποιείται η επαφή ανάμεσα στο πολυμερές και το τοίχωμα του αγγείου κατά την εμφύτευση, και να επιτρέπει τη μετατροπή της επικαλυμμένης με φαρμακευτική ουσία ενδοπρόθεσης, σε γυμνή μεταλλική ενδοπρόθεση μέσα σε 90 μόνο ημέρες.

Οι ενδοπροθέσεις αυτού του τύπου που διατίθενται επί του παρόντος στην αγορά, είναι πλήρως επικαλυμμένες με φαρμακευτική ουσία και διαθέτουν μόνιμο πολυμερές στρώμα.

Η εταιρεία Cordis Corporation, η οποία ανήκει στον όμιλο εταιρειών Johnson & Johnson, υπέβαλε αίτηση για πιστοποίηση «CE» της ενδοπρόθεσης NEVO™ τον Μάρτιο του 2010.

Η επικαλυμμένη με ραπαμυκίνη ενδοστεφανιαία πρόθεση NEVO™ είναι ένα προϊόν υπό δοκιμή. Δεν έχει εγκριθεί ούτε διατίθεται προς πώληση.

Τι προβλέπει ο νέος νόμος για την αναβάθμιση του ΕΣΥ

Ψηφίστηκε κατά πλειοψηφία από τη Βουλή το νομοσχέδιο για την αναβάθμιση του ΕΣΥ. Σε σχετική δήλωσή της, η υπουργός Υγείας Μαριλίζα Ξενογιαννακοπούλου επισήμανε ότι «σ' αυτήν τη συγκυρία, οφείλουμε να κρατήσουμε όρθιο το ΕΣΥ, να αντιμετωπίσουμε ανισότητες, να λύσουμε προβλήματα και να ανοίξουμε μια μεγάλη πόρτα για το μέλλον, όσον αφορά την ανάπτυξη και λειτουργία του». Τα βασικά σημεία του νέου νόμου για το ΕΣΥ περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Καθιερώνεται η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. με την επέκταση των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), τα τακτικά ιατρεία λειτουργούν καθημερινά τις πρωινές ώρες με τετράωρη τουλάχιστον υποχρεωτική παρουσία ειδικευμένων ιατρών. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, μετά από εισήγηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, βάσει πρότασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του, καθορίζονται οι τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας, στους οποίους είναι δυνατή η λειτουργία πέραν του τακτικού ωραρίου. Ο γενικός σχεδιασμός και ο έλεγχος της ολοήμερης λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ., πραγματοποιείται από τους Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών.

2. Οι μόνιμοι ειδικευμένοι ιατροί του νοσοκομείου όλων των βαθμών, οι πανεπιστημιακοί ιατροί, που κατέχουν τίτλο ειδικότητας και εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσηλευτικά ιδρύματα, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ., το νοσηλευτικό, το παραϊατρικό, το επιστημονικό μη ιατρικό και το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου, μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στη λειτουργία πέραν του τακτικού ωραρίου, όπως αυτή καθορίζεται στο παρόν άρθρο.

Για την κάλυψη επιπλέον αναγκών μπορεί να συμμετέχει στη λειτουργία του νοσοκομείου πέραν του τακτικού ωραρίου και το επικουρικό προσωπικό όλων των κλάδων, καθώς και ειδικευόμενοι ιατροί.

Οι ιατροί συμμετέχουν στη λειτουργία του νοσοκομείου πέραν του τακτικού ωραρίου, υπό την προϋπόθεση ότι παρέχουν υπηρεσίες στην πρωινή λειτουργία των τακτικών ιατρείων τουλάχιστον μια ημέρα την εβδομάδα και δεν εφημερεύουν κατά τις ημέρες αυτές. Ο αριθμός των περιστατικών, που εξετάζονται από κάθε ιατρό ανά εβδομάδα, μετά το τακτικό ωράριο δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει τον αριθμό των αντίστοιχων πράξεων, που διενεργούνται από τον ίδιο ιατρό στο τακτικό ωράριο.

3. Η λειτουργία του νοσοκομείου, πέραν του τακτικού ωραρίου, δεν πραγματοποιείται κατά τις ημέρες και ώρες της γενικής εφημερίας των κλινικών, μονάδων και εργαστηρίων των νοσοκομείων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Περιφέρειας Αττικής (πλην των Κυθήρων) και του Νομού Θεσσαλονίκης. Στα νοσοκομεία, αυτά στη λειτουργία πέραν του τακτικού ωραρίου, τελούνται πράξεις με χρήση εξοπλισμού, ο οποίος δεν χρησιμοποιείται για τις ανάγκες της γενικής εφημερίας.

4. Η δαπάνη για την ιατρική επίσκεψη, τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και επεμβατικές πράξεις, που πραγματοποιούνται κατά την πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του νοσοκομείου, βαρύνει τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς ή την ασφαλιστική του εταιρεία ή τον ίδιο τον ασθενή στις περιπτώσεις που προβλέπονται με σχετική υπουργική απόφαση.

5. Τα έσοδα από την ολοήμερη πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία κατατίθενται στο ταμείο του νοσοκομείου και εγγράφονται σε μοναδιαίο λογαριασμό. Διατίθενται κατά προτεραιότητα για την κάλυψη των αναγκών αυτής, καθώς και άλλων αναγκών του νοσηλευτικού ιδρύματος. Ποσοστό των ανωτέρω εσόδων αποδίδεται στην οικεία Υγειονομική Περιφέρεια για την αμοιβή επικουρικού προσωπικού των υγειονομικών μονάδων του Ε.Σ.Υ., για αμοιβή υπερωριακής απασχόλησης του προσωπικού και για αμοιβή των επιπλέον, πέρα των αρχικά προβλεπομένων, εφημεριών.

6. Οι πανεπιστημιακοί ιατροί συμμετέχουν στην ολοήμερη πέραν του τακτικού ωραρίου ολοήμερη λειτουργία, από 1.1.2011 αποκλειστικά σε χώρους του νοσοκομείου.

7. Ο χρόνος διάρκειας της σύμβασης των επικουρικών ιατρών είναι υποχρεωτικά ένα (1) έτος και μπορεί να παρατείνεται για το ίδιο χρονικό διάστημα μόνον εφόσον η θέση προκηρυχθεί εκ νέου και δεν καλυφθεί. Ιατρός που αποποιείται διορισμό σε θέση Ε.Σ.Υ. ή ιατρός του Ε.Σ.Υ., που παραιτείται από τη θέση του, για οποιαδήποτε αιτία, δεν μπορεί να εγγραφεί στους καταλόγους για θέση επικουρικού ιατρού. Ομοίως, επικουρικός ιατρός παραιτούμενος ή ιατρός αποποιούμενος την επιλογή του για σύναψη συμβάσεως σε θέση επικουρικού ιατρού δεν δύναται να υποβάλει νέα αίτηση εγγραφής στον κατάλογο, πριν παρέλθει διετία από την παραίτηση ή την άρνησή του. δ. Οι επικουρικοί ιατροί, κατά το χρόνο απασχόλησής τους για κάλυψη των έκτακτων αναγκών, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ο χρόνος που υπηρετεί ο ιατρός ως επικουρικός προσμετράται, ως προϋπηρεσία, στις κρίσεις για την κατάληψη θέσης ιατρών Ε.Σ.Υ., καθώς και σε κάθε περαιτέρω εξέλιξή του στο Ε.Σ.Υ.. Ο χρόνος υπηρεσίας των επικουρικών ιατρών σε υγειονομικές μονάδες εκτός της Περιφέρειας Αττικής (πλην Κυθήρων) και του Νομού Θεσσαλονίκης, προσμετράται στο διπλάσιο κατά την κρίση για την κατάληψη θέσης ιατρών Ε.Σ.Υ..

8. Οι επικουρικοί ιατροί λαμβάνουν τις αποδοχές πρωτοδιοριζόμενου Επιμελητή Β΄ του Ε.Σ.Υ.. Η δαπάνη για την αμοιβή τους βαρύνει τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, εάν αυτοί καλύπτουν ανάγκες νοσοκομείου ή τον προϋπολογισμό της Υγειονομικής Περιφέρειας, εάν καλύπτουν ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

9. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Άμυνας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ρυθμίζονται τα σχετικά με τη συνεργασία των νοσοκομείων και γενικότερα υγειονομικών υπηρεσιών των Ενόπλων Δυνάμεων με τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και με τις άλλες υπηρεσίες ή εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με την παραπάνω κοινή υπουργική απόφαση ρυθμίζονται ιδίως ζητήματα σχετικά με την προσφορά υπηρεσιών από ιατρούς και άλλα υγειονομικά στελέχη των Ενόπλων Δυνάμεων σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ., τη νοσηλεία ιδιωτών στα νοσοκομεία των

Ενόπλων Δυνάμεων, τη νοσηλεία στρατιωτικού προσωπικού στα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ., την αμοιβαία διευκόλυνση με την αξιοποίηση εξοπλισμού και μεταφορικών μέσων, καθώς και κάθε άλλο συναφές θέμα τεχνικού και λεπτομερειακού χαρακτήρα.

10. Σε όσους εκπληρώνουν την υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου αναγνωρίζονται τρεις (3) μήνες άσκησης ειδικότητας παθολογίας ή χειρουργικής κατ' επιλογή των ιδίων, εκτός αυτών που ειδικεύονται στη Γενική Ιατρική.

11. Κατά την κρίση των υποψηφίων για την πρόσληψη σε θέση κλάδου ιατρού στο Ε.Σ.Υ. ο χρόνος εξειδίκευσης σε μονάδα εντατικής θεραπείας ή αντίστοιχη μονάδα νεογνών και παίδων θεωρείται ως χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ.

12. Σε κάθε Τμήμα Νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ., εφόσον υπηρετούν περισσότεροι τους ενός Διευθυντές, δημιουργείται θέση Συντονιστή Διευθυντή, που έχει τη διοικητική και επιστημονική ευθύνη λειτουργίας του Τμήματος. Η κάλυψη κενής ή κενούμενης θέσεως Συντονιστή Διευθυντή πραγματοποιείται με ανοικτή προκήρυξη μεταξύ των Διευθυντών Ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. Ο Συντονιστής Διευθυντής επιλέγεται κατά τα ανωτέρω με τετραετή θητεία. Μετά το πέρας της θητείας πραγματοποιείται ατομική αξιολόγηση από το αρμόδιο κατά τις διατάξεις του παρόντος όργανο και είτε ανανεώνεται η θητεία, του είτε τοποθετείται σε προσωποπαγή θέση Διευθυντή στο νοσοκομείο προέλευσής του και η θέση Συντονιστή Διευθυντή κενούται και επαναπροκηρύσσεται. Οι υπηρετούντες Διευθυντές σε οργανική θέση κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου καθίστανται Συντονιστές Διευθυντές μέχρι την αποχώρησή τους για οποιονδήποτε λόγο.

13. Οι κατέχοντες το βαθμό του Διευθυντή δεν δύνανται να διεκδικήσουν άλλη θέση, αν δεν παρέλθει εξαετία από τη λήψη του βαθμού, πλην των περιπτώσεων που διεκδικούν θέση Συντονιστή Διευθυντή σε ανοικτή προκήρυξη.

14. Στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. χορηγείται κάθε χρόνο άδεια 25 εργάσιμων ημερών.

15. Οι ειδικευόμενοι ιατροί σε όλες τις ζώνες λαμβάνουν μηνιαίως αποζημίωση που αντιστοιχεί σε 7 ενεργές εφημερίες κάθε μήνα (5 Καθημερινές, 1 Σάββατο, 1 Κυριακή - Εξαιρέσιμη ημέρα). Στη Γ΄ ζώνη οι Συντονιστές Διευθυντές και οι Διευθυντές λαμβάνουν μηνιαίως αποζημίωση που αντιστοιχεί σε 7 εφημερίες, εκ των οποίων 5 ενεργές εφημερίες (3 Καθημερινές, 1 Σάββατο, 1 Κυριακή – Εξαιρέσιμη ημέρα) και 2 εφημερίες ετοιμότητας καθημερινής. Οι υπόλοιποι ειδικευμένοι ιατροί λαμβάνουν μηνιαίως αποζημίωση που αντιστοιχεί σε 11 εφημερίες, εκ των οποίων 7 ενεργές εφημερίες (5 Καθημερινές, 1 Σάββατο, 1 Κυριακή – Εξαιρέσιμη ημέρα) και 4 εφημερίες ετοιμότητας καθημερινής. Στη Β΄ ζώνη οι ειδικευμένοι ιατροί λαμβάνουν μηνιαίως αποζημίωση που αντιστοιχεί σε 7 εφημερίες, από τις οποίες οι Συντονιστές Διευθυντές και Διευθυντές λαμβάνουν 4 ενεργές (2 Καθημερινές, 1 Σάββατο, 1 Κυριακή – Εξαιρέσιμη ημέρα) και 3 ετοιμότητας καθημερινές και οι υπόλοιποι ειδικευμένοι 7 εφημερίες, εκ των οποίων 5 ενεργές (3 Καθημερινές, 1 Σάββατο, 1 Κυριακή – Εξαιρέσιμη ημέρα) και 2 ετοιμότητας καθημερινές. Στην Α΄ ζώνη οι ειδικευμένοι ιατροί λαμβάνουν μηνιαίως αποζημίωση που αντιστοιχεί σε 6 εφημερίες, από τις οποίες οι Διευθυντές λαμβάνουν 3 ενεργές (1 Καθημερινή, 1 Σάββατο, 1 Κυριακή – Εξαιρέσιμη ημέρα) και 3 ετοιμότητας καθημερινές και οι υπόλοιποι ειδικευμένοι 6 εφημερίες, εκ των οποίων 4 ενεργές (2 Καθημερινές, 1 Σάββατο, 1 Κυριακή – Εξαιρέσιμη ημέρα) και 2 ετοιμότητας καθημερινές. Για τους Συντονιστές Διευθυντές της Α΄ ζώνης ισχύει το άρθρο 6 του ν. 3754/2009. ν. Οι ιατροί υπόχρεοι υπηρεσίας υπαίθρου σε όλες τις ζώνες λαμβάνουν μηνιαίως αποζημίωση που αντιστοιχεί σε 7 ενεργές εφημερίες (5 Καθημερινές, 1 Σάββατο, 1 Κυριακή – Εξαιρέσιμη ημέρα).

Υπογραφή μνημονίου Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης-Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Harvard για αντικαπνιστική πολιτική

Με σύμμαχο και το πανεπιστήμιο Harvard, προχωρεί το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης στην υλοποίηση της ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος, όπως εγκρίθηκε πρόσφατα στη Βουλή.

Σ' αυτό το πλαίσιο υπογράφηκε σχετικό μνημόνιο μεταξύ του ΥΥΚΑ και της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Παν/μίου Harvard, το οποίο προβλέπει τη συνεργασία σε τρία επίπεδα:

Πρώτον, στην εφαρμογή των πολιτικών ενάντια στο κάπνισμα, στη χάραξη της επικοινωνιακής στρατηγικής, στη διενέργεια ερευνών και στην εξαγωγή συμπερασμάτων και στατιστικών στοιχείων. **Δεύτερον**, στη διοργάνωση συνεδρίων και στην εκπαίδευση των ιατρών, των εκπαιδευτικών, των εποπτών υγείας και όλων όσοι είναι επιφορτισμένοι με την εφαρμογή του νόμου. **Τρίτον,** στην προσπάθεια για αλλαγή νοοτροπίας και στη διαμόρφωση αντικαπνιστικής συνείδησης που πρέπει να ξεκινήσει από τα σχολεία.

Η Υπουργός Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Μαριλίζα Ξενογιαννακοπούλου, σημείωσε ότι η ολική απαγόρευση του καπνίσματος που θα ξεκινήσει από την 1η Σεπτεμβρίου, «δεν αποτελεί απλά μια πολιτική απόφαση. Είναι ζήτημα δημόσιας υγείας και γι'αυτό είναι κρίσιμη η ενημέρωση των πολιτών, αλλά και η αξιοποίησή της επιστημονικής γνώσης και της διεθνούς εμπειρίας».

Λαμβάνοντας το λόγο στη σημερινή εκδήλωση, ο Καθηγητής Δημόσιας Υγείας του Παν/μίου Harvard Gregory Connoly, τόνισε ότι η Ελλάδα είναι πρωταθλήτρια στο κάπνισμα σε όλο τον κόσμο και ιδίως στις γυναίκες. Το μνημόνιο συνεργασίας υπογράφηκε από τον Γενικό Γραμματέα Δημοσίας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Αντώνη Δημόπουλο, τον Κοσμήτορα της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Παν/μίου Harvard Dr. Julio Frenk και τον Πρόεδρο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας καθηγητή Σταύρο Μπεσμπέα. Στην τελετή υπογραφής του μνημονίου παρέστησαν ο πρόεδρος του ΕΟΦ Ιωάννης Τούντας, ο πρόεδρος της Εθνικής Συντονιστικής Επιτροπής κατά του Καπνίσματος Παναγιώτης Μπεχράκης, καθώς και οι καθηγητές Χριστίνα Γκράτσιου, Ιωάννης Κυριόπουλος και Δημήτρης Τριχόπουλος.

Η LEO Pharma σε διάλογο με τις ελληνικές αρχές για την ανεύρεση εναλλακτικής λύσης στην απόσυρση φαρμάκων της

Μετά από περισσότερα από 50 χρόνια παρουσίας στην Ελλάδα, η LEO Pharma κατανοεί πλήρως την κατάσταση της Ελληνικής οικονομίας η οποία επέβαλε την εφαρμογή έκτακτων μέτρων μείωσης δαπανών στο χώρο της Υγείας.

Με αφορμή τη διάδοση ανακριβών ειδήσεων ότι η LEO Pharma, λόγω της επίπτωσης των μέτρων αυτών, έχει αποσύρει τα προϊόντα της από την ελληνική αγορά, επιθυμούμε να διευκρινίσουμε τα ακόλουθα:

1. Η LEO Pharma συνεχίζει να προμηθεύει την ελληνική αγορά με όλα τα φάρμακά της.
2. Η LEO Pharma ουδέποτε έχει αναστείλει τις πωλήσεις των προϊόντων της στην ελληνική αγορά. Η LEO Pharma έχει αποστείλει ενημερωτική επιστολή στις ελληνικές αρχές σχετικά με πιθανή απόσυρση των 18 από τα 29 της φάρμακα. Ωστόσο, η εταιρεία θα διασφαλίσει ότι υπάρχει εναλλακτική θεραπεία για τους Έλληνες ασθενείς σε περίπτωση που αναγκαστεί να αποσύρει κάποιο από τα προϊόντα της.
3. Η LEO Pharma προσέφυγε στα ένδικα μέσα ζητώντας την ακύρωση του σημερινού Δελτίου Τιμών και την εφαρμογή του Νόμου (περί καθορισμού των τιμών βάσει του μέσου όρου των 3 χαμηλότερων τιμών της ΕΕ 22- άρθρο 14 Ν.3840/2010-ΦΕΚ Α 53/31.3.201) προκειμένου να αποφευχθούν σοβαρές ελλείψεις των φαρμάκων της, θέτοντας σε κίνδυνο τους Έλληνες ασθενείς.
4. Σύμφωνα με το Δελτίο Τιμών 1/2010 υπήρξε έως και 27% μείωση της τιμής στα προϊόντα της εταιρείας. Πολλά από τα προϊόντα μας έχουν ήδη τη χαμηλότερη τιμή από τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Το Υπουργείο ανακοίνωσε επισήμως ότι το Δελτίο Τιμών είναι προσωρινό και ότι θα αντικατασταθεί από ένα νέο που θα καθορίζει τις τιμές ανάλογα με το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των ευρωπαϊκών χωρών. Συνεργαζόμαστε με τις ελληνικές αρχές για να βρούμε μια λύση ώστε να μπορέσουμε να συνεχίσουμε να προμηθεύουμε τα φάρμακά μας στους Έλληνες ασθενείς στο μέλλον.

Με την ευκαιρία αυτή, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους επαγγελματίες Υγείας της χώρας μας για την εμπιστοσύνη που δείχνουν στα φάρμακά μας προς όφελος των Ελλήνων ασθενών.

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με την: LEO Pharma Hellas – 210 6834322

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Γεροντολογικής - Γηριατρικής Εταιρείας

Η δημογραφική γήρανση των πληθυσμών άρχισε να απασχολεί την πολιτεία πολύ πρόσφατα, αλλά ήδη από τη δεκαετία του 1970 ήταν φανερό και στη χώρα μας ότι οι ανάγκες του γηράσκοντος πληθυσμού αυξάνονταν συνεχώς και επομένως και οι εξειδικευμένες υπηρεσίες για την αντιμετώπισή τους.

Αποτέλεσμα αυτής της συγκυρίας ήταν και η δημιουργία της Ελληνικής Γεροντολογικής Εταιρείας το 1977, που συμπλήρωσε 33 χρόνια παρουσίας και δράσης ως μία επιστημονική εταιρεία, από άτομα, κυρίως του χώρου υγείας και πρόνοιας, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ομάδα πληθυσμού με ιδιαιτερότητες, κοινωνικές, οικονομικές, υγειονομικές. Σχετικά με τις υγειονομικές, οι ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται από πολυπαθολογία (συννοσηρότητα), ατυπίες της κλινικής εικόνας των νοσημάτων, λήψη πολλών φαρμάκων, ευπάθεια (frailty) σε παθήσεις, όπως άνοια, Alzheimer, κατάθλιψη, διαταραχές θρέψεως και υφίστανται πτώσεις, γενικά χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης. Τους ηλικιωμένους αντιμετωπίζουν με αυξανόμενη συχνότητα οι ιατροί όλων των επιπέδων και ειδικοτήτων. Όμως, η χώρα μας είναι η μόνη στην Ευρωπαϊκή Ένωση η οποία μεταπτυχιακά, ούτε σαν ειδικότητα, ούτε σαν εξειδίκευση έχει αναγνωρίσει τη Γηριατρική. Η ΕΓΓΕ, στο πολυθεματικό τριήμερο συνέδριό της, 4, 5, 6 Φεβρουαρίου στο Ξενοδοχείο Μ. Βρετανία, στόχευσε στο να εντοπίσει τις ανάγκες στα διάφορα επίπεδα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια) περίθαλψης και τα στάδια της Ιατρικής Εκπαίδευσης. Κατά τη διάρκειά του έγιναν πολλές ανακοινώσεις από περισσότερους από 130 προσκεκλημένους Ομιλητές και Συντονιστές και από την αλλοδαπή. Από τα θέματα που συζητήθηκαν στα 25 Στρογγυλά Τραπέζια σημειώνουμε μερικά.

1. Τα νεότερα στη θεραπεία της υπέρτασης στους ηλικιωμένους.
2. Η βιολογία της γήρανσης, η σφαιρική γηριατρική εκτίμηση, οι αιματολογικές και συμπαγείς κακοήθειες, ο σακχαρώδης διαβήτης, η οστεοπόρωση στην τρίτη ηλικία.
3. Οι δημογραφικές εξελίξεις και οι επιπτώσεις στα ασφαλιστικά και υγειονομικά συστήματα, η νοσηλευτική, η κατ' οίκον φροντίδα, η παθολογική, ψυχολογική και ψυχιατρική προσέγγιση των μεγάλων ηλικιών.
4. Η προαγωγή υγείας και η κακοποίηση των ηλικιωμένων.

Ενδεικτικά, αναφέρουμε την παρουσίαση της Έρευνας SHARE 50+ ως Ερευνητική Υποδομή: Μέθοδοι Πρόσβασης και την παρουσίαση της Πανευρωπαϊκής Μεθοδολογίας και τα Ενδεικτικά Αποτελέσματα για άτομα ηλικίας 80+. Μεταξύ των συμπερασμάτων, μερικά είναι πως οι ηλικιωμένοι αυξάνονται ραγδαία, πως παρουσιάζουν πολλές διαγνωστικές, θεραπευτικές και διαχειριστικές ιδιαιτερότητες και πως όλο και περισσότερο χρειάζεται η γηριατρική εκπαίδευση σε αυτά των επαγγελματιών υγείας προ και μεταπτυχιακά.

ΦΘΙΝΟΠΩΡΙΝΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ & ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
18 Σεπτεμβρίου 2010, Ιωάννινα
Ξενοδοχείο "Du Lac"
INFO: ΕΔΑΕ

EUROPEAN SOCIETY OF STEREOTACTIC AND FUNCTIONAL NEUROSURGERY CONGRESS
22-25 Σεπτεμβρίου 2010, Βουλιαγμένη, Αθήνα
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: congress@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ (18Η ΣΕΙΡΑ)
23-25 Σεπτεμβρίου 2010, Αθήνα
INFO: Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία
Τηλ.: 210-6107213
Fax: 210-6107864
E-mail: info@themateam.gr

6ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
23-26 Σεπτεμβρίου 2010, Λουτράκι
Ξενοδοχείο "Club Hotel Casino Loutraki"
Οργάνωση: 6η ΥΠΕ, Γ.Π.Ν. Τρίπολης «Η Ευαγγελιστρία», Κέντρο Υγείας Άστρους
INFO: E-VIP events & congresses
Τηλ.: 27550 22201, 22124
Fax: 27550 23993
E-mail: e-vip@otenet.gr
Website: www.e-vip.com.gr

4th INTERNATIONAL WORKSHOP OF PREVENTIVE GERIATRICS. "THE ROLE OF NUTRITION AND PHYSICAL EXERCISE IN THE AGING PROCESS"
24-25 Σεπτεμβρίου 2010, Πολιτιστικό Κέντρο Δελφών
Οργάνωση: Centre D' Etudes Et De Formation Sur Vieillissement, Ελληνο-Γαλλική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης και Έρευνας Αρτιοσκλήρυνσης, Ελεγεία
INFO: Goldair Congress
Τηλ.: 210 3274570
Fax: 210 3311021
E-mail: congress@goldair.gr
Website: www.congress.goldair.gr

ΕΤΗΣΙΟ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΥΓΡΩΝ, ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ ΚΑΙ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ
24-25 Σεπτεμβρίου 2010, Μαρώνεια Κομοτηνής
Οργάνωση: Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο», Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής «Σισμανόγλειο»
INFO: Website: www.renalkomoting.gr

8η ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΕΠΕΓΕ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΞΗ
25-26 Σεπτεμβρίου 2010, Αθήνα
Ξενοδοχείο "Divani Caravel", Αίθουσα HORIZON
Οργάνωση: Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος
INFO: ΚΕΓΜ Congress World
Τηλ.: 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025
Fax: 210 7210051
E-mail: info@congressworld.gr, ev@congressworld.gr
Website: www.congressworld.gr

6th EUROPEAN CONGRESS OF ANDROLOGY
29 September - 1 October 2010, Athens, Greece
INFO: Endocrine Dept., Elena Venizelou Hospital
Tel.: +30 210 6402389
Fax: +30 210 6411156
E-mail: efiko_efiko@yahoo.gr
Website: www.andro.gr

ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΑΣ
30 Σεπτεμβρίου - 2 Οκτωβρίου, Αθήνα
INFO: Bayer Schering Pharma AG
Τηλ.: 210 6187500
Fax: 210 6187575
Website: www.bayer.gr

2ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ: «ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ»
1-3 Οκτωβρίου 2010, Βόλος
Ξενοδοχείο Valis Resort, Αγριά Βόλου
Οργάνωση: Γ' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας, Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων
INFO: ΚΕΓΜ Congress World
Τηλ.: 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025
Fax: 210 7210051
E-mail: info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
Website: www.congressworld.gr

1ο ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
1-3 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα
Ξενοδοχείο Athens Imperial
Οργάνωση: Εθνικός Σύλλογος Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Σ.Ν.Ε.), Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας
INFO: Τηλ.: 210 9880032
E-mail: ets@events.gr
Website: www.events.gr

EUPO COURSE 2010
1-3 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα
INFO: Τηλ: 210-3232433
Fax: 210-3232338
E-mail:eupo2010@aktinacitycongress.com
Website: www.aktinacitycongress.com

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΓΝΩΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
2 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα
Ξενοδοχείο "King George Palace"
Οργάνωση: Α' Παιδιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»
INFO: ΚΕΓΜ Congress World
Τηλ.: 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025
Fax: 210 7210051
E-mail: info@congressworld.gr
Website: www.congressworld.gr

9ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΑΝΔΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
2 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα, Ελλάδα
Μέγαρο Μουσικής

8η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Γ.Ε ΜΕ ΘΕΜΑ: «ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΦΝΕ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΞΗ»
2–3 Οκτωβρίου 2010,Αθήνα
Οργάνωση: Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδος
INFO: Τηλ: 210-7210052, 7210001
Fax: 210-7210051
E-mail: reception@congressworld.gr
Website: www.congressworld.gr

XVIIIth WORLD CONGRESS ON PSYCHIATRIC GENETICS
3-7 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα
INFO: E-mail: info@ispg2010.org
Website: www.ispg2010.org

13ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ
7-9 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα
Ξενοδοχείο "Divani Caravel", Αίθουσα HORIZON
Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου
INFO: ΚΕΓΜ Congress World
Τηλ.: 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025
Fax: 210 7210051
E-mail: info@congressworld.gr, lipid_athero@yahoo.gr
Website: www.congressworld.gr, www.eelia.gr

1ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ «Η ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ»: ΨΥΧΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ & ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ & ΕΝΗΛΙΚΕΣ
8-10 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
E-mail: congress@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

INTENSIVE COURSE ON THE PRINCIPLES & PRACTICE OF CLINICAL RESEARCH
8-10 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα
Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών
Οργάνωση: European Society for Clinical Investigation (ESCI)
INFO: First Conferences & Events LTD
Τηλ.: 210 7787016
Fax: 210 7787566
E-mail: firstce@hol.gr
Website: www.firstconferences.gr

ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
9 Οκτωβρίου 2010, Καστοριά
Ξενοδοχείο Limneon Resort
INFO: Τηλ.: 66945597848
E-mail: info@gkad.gr
Website: www.belife.gr

16ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
13-16 Οκτωβρίου 2010
Ξενοδοχείο "Divani Caravel", Αθήνα
Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας
INFO: C&C International
Τηλ. 210-6889130
Fax: 2106844777
E-mail: intmed@candc-group.com

Website: www.internalmedicine.gr, www.internalmedicine.gr

4ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ
13-16 Οκτωβρίου 2010, Ιωάννινα
Ξενοδοχείο "Du Lac"
Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης
INFO: Website: www.atherosclerosis.gr.org

66ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
13-16 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα
Ξενοδοχείο "Athens Hilton"
Οργάνωση: ΕΕΧΟΤ
INFO: Τηλ.: 210 3244932
Fax: 210 3250660
E-mail: eexot2010@eexot2010.gr
Website: www.eexot2010.gr

4ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ
15-17 Οκτωβρίου 2010, Ηράκλειο Κρήτης
INFO: Ελληνική Εταιρεία Ενδομητρίωσης

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ: «ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ»
16-17 Οκτωβρίου 2010, Θεσσαλονίκη
Ξενοδοχείο Holiday Inn
Οργάνωση: Σύλλογος Εργοθεραπευτών Βορείου Ελλάδος
INFO: Diaskepsis Matina Tsami
Τηλ: 2310230459
E-mail: mtsami@otenet.gr
Website: www.diaskepsis.gr

1st INTERNATIONAL DIABETES & OBESITY FORUM
21-23 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα
Ξενοδοχείο "Athens Hilton"
INFO: Τηλ.: 210 6889100
Fax: 210 6844777
Website: www.idof2010.com

ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
Τετραπόλεως 14, Αθήνα 115 27
Τηλ.: 210.7789.125
Fax: 210.7759.421
e-mail: info@paschalidis-books, info@inbooks.gr
http://www.paschalidis-books.gr

Ανδρέας Κ. Ντεληθέος, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

Απόπειρες διαλόγου

Το βιβλίο του Αναπληρωτή Καθηγητή Ανδρέα Ντεληθέου είναι το αποτέλεσμα ενός μακροχρόνιου προβληματισμού πάνω σε θέματα όχι μόνο στενού ιατρικού, αλλά και γενικότερα κοινωνικού και ανθρωπιστικού ενδιαφέροντος, χωρίς να αποκλείονται και ζητήματα Πανεπιστημιακής Παιδείας, αλλά και τρέχουσας καθημερινότητας. Με απλά και μικρής «προστιθέμενης αξίας» υλικά, (επιστολές ή άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά), ο Ανδρ. Ντεληθέος «φιλοκαλεί μετ' ευτέλειας και φιλοσοφεί...» συνθέτοντας ένα πολύχρωμο μωσαϊκό σκέψεων και απόψεων που η «ελαφρότητα» της εφήμερης επικαιρότητας δεν τους στερεί την αξία του στιβαρού και του διαχρονικού.

Μπορεί να μη συμφωνεί κανείς με όλες τις απόψεις του συγγραφέα, δεν μπορεί όμως να αρνηθεί τη διαπίστωση που αβίαστα αναδύεται από τα κείμενά του, ότι πρόκειται για το προϊόν βιωματικής συμμετοχής στα προβλήματα που τον απασχολούν, τον βασανίζουν και τον τυραννούν. Ο συγγραφέας κατορθώνει, με το γνωστό στους παλιότερους ανατρεπτικό του στυλ, να μεταδώσει και στους νεότερους μια αφυπνιστική, αλλά και δημιουργική συγχρόνως ανησυχία για τα κακώς κείμενα, τα οποία πρέπει κάποτε να μας απασχολήσουν σοβαρά και να απαιτήσουν μεγάλο ποσοστό του ενδιαφέροντός μας, αν θέλουμε να υπάρξει κάτι καλύτερο σε τούτον τον τόπο.