ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

www.pis.gr

ΤΕΥΧΟΣ 124 • ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

- Διαμαρτυρία του Π.Ι.Σ. για την κατασυκοφάντηση της ιατρικής κοινότητας
- Επιστολή του Π.Ι.Σ. σχετικά με την αναπροσαρμογή των τιμών των ιατρικών πράξεων
- Επιστολή του Υπ. Υγείας σχετικά με ισοτιμία ιατρικών πιστοποιητικών, γνωματεύσεων και συνταγών
- Επιστολή του Υπ. Υγείας σχετικά με θέματα λειτουργίας των Ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Γνωμοδότηση σχετικά με τη συμμετοχή ιατρών σε εταιρείες
- Γνωμοδότηση σχετικά με τις προϋποθέσεις πρόσβασης σε τίτλους ιατρών και τα στοιχεία που επιτρέπεται να αναγράφονται στην επαγγελματική πινακίδα των ιατρών

Παγκόσμιο Ελληνικό Συνέδριο Ιατρικής και Βιοεπιστημών, στην Νέα Υόρκη

Κλιματικές αλλαγές και η υγεία παιδιών και μητέρων

Η αμυντική άσκηση της ιατρικής και το νομικό σύστημα του ιατρικού σφάλματος

ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Τρέχουσες απόψεις για το ρόλο της εξωσωματικής φωτοφέρεσης στη θεραπεία διαφόρων αυτοάνοσων δερματοπαθειών

Διαγνωστική προσέγγιση ασθενούς με υπερφερριτιναιμία

Το **ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ** στο Internet www.iatrikionline.gr

ISSN 1106-5249
ΚΩΔ. ΕΝΤΥΠΟΥ 2049
ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο ΚΕΜΠΑ
Αριθμός Άδειας 262/1988
ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3, 106 75 ΑΘΗΝΑ

ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΣΕ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ - ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ ΠΙΣ
ΕΚΔΟΣΗ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

ΤΕΥΧΟΣ 124 • ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ΔΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΙΔΡΥΤΗΣ - ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
Πλουτάρχου 3 Αθήνα, 106 75 - Τηλ.: 210 72.58.660-1-2, Fax: 210 72.58.663

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ..... ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ..... Γεν. Γραμματέας
ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ..... Α΄ Αντιπρόεδρος
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ..... Β΄ Αντιπρόεδρος
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ..... Ταμίας

Μέλη

ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ.....Μέλος ΔΣ
ΖΑΧΑΡΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ.....Μέλος ΔΣ
ΤΣΟΥΚΑΛΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ - ΝΑΠΟΛΕΩΝ.....Μέλος ΔΣ
ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ.....Μέλος ΔΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
ΡΑΠΤΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ.....Καθ. Παθολογίας
ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ .....Χειρουργός

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤ. .Δ/ντής Ψυχιατρικής Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ.....Καθ. Παθολογίας
ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ .....Ορθοπαιδικός
ΒΙΔΑΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ..... Ψυχίατρος, Δ/ντης Οφθαλμολογίας
ΓΑΡΤΑΓΑΝΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ..... Καθ. Οφθαλμολογίας Πάτρας
ΓΕΡΟΛΟΥΚΑ - ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ ..... Καθ. Αναισθησιολογίας
ΓΕΤΤΙΜΗΣ ΕΥΡΙΠΙΔΗΣ ..... Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΓΚΟΥΜΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ..... Καθ. ΩΡΛ
ΔΑΪΚΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ .....Αν. Καθ. Παθολογίας Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΜΑΝΩΛΗΣ .....Δ/ντής Παθολόγος, Αν. Καθ. Αγγειολόγος
ΖΑΧΑΡΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ .....Δ/ντής Πνευμονολογίας
ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ .....Δ/ντής Μ.Ε.Θ. Νοσοκομείου «ΩΝΑΣΕΙΟ»
ΚΑΣΤΑΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ ..... Α. Δ/ντρια Πλαστικής Χειρουργικής
ΚΟΡΡΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ.....Καθ. Ορθοπαιδικής
ΚΡΕΑΤΣΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ.....Καθ. Μαιευτικής Γυναικολογίας
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ..... Καθ. Πνευμονολογίας
ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΗΛΙΑΣ.. Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΜΗΛΙΩΤΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ..... Αγγειοχειρουργός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ .....Ενδοκρινολόγος
ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΣ .....Δ/ντής Ακτινολόγος
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ .....Παιδίατρος
ΟΡΦΑΝΙΔΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ .....Δ/ντής Νευροχειρουργός
ΠΑΓΩΝΗ ΣΤΑΜΑΤΑ.....Παθολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ ..... Ακτινολόγος
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ ..... Καθ. Χειρουργικής
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ - ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ ΛΙΛΑ.....Αν. Καθ Αναισθησιολογίας
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ .....Ιατρός Εργασίας
ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤ. ..... Καθ. Χειρουργικής Α.Π.Θ.
ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ .....Δ/ντρια Μ.Ε.Θ.
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ...Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α., «Ο Αγ. Παντελεήμων Νίκαιας»
ΠΙΣΙΩΤΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ.....Αν. Καθ. Χειρουργικής
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ .....Οφθαλμίατρος
ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ..... Αν. Καθ. Χειρουργικής Ακτινολογίας
ΤΣΙΠΡΑΣ ΗΡΑΚΛΗΣ ..... Δ/ντής Χειρουργικής
ΤΣΙΦΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ..... Καθ. Χειρουργικής
ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ ..... Καθ. Χειρουργικής

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ.....Γεν. Γραμματέας ΠΙΣ

Τα ενυπόγραφα άρθρα και κείμενα απηχούν τις απόψεις των αρθρογράφων και δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη με την άποψη της συντακτικής επιτροπής του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΣ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS PUBLICATIONS

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 215, 115 25 ΑΘΗΝΑ - ΤΗΛ.: 210-67.77.590, FAX: 210-67.56.352
e-mail: kafkas@otenet.gr, website: kafkas-publications.com

ΕΚΔΟΤΗΣ: ..... Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: ..... Νατάσσα Παπαθανασίου
ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ..... Μαρία Μητά, Έλενα Λαγανά
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ..... Ηλίας Καυκάς
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ: ..... Βάσω Χαλιώτη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ: ..... Νίκος Τζουρμέτης
ΕΚΤΥΠΩΣΗ: ..... ΝΙΚΗ εκδοτική

ΣΗΜΕΙΩΜΑ της ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Επανειλημμένως ο Π.Ι.Σ. έχει ασχοληθεί με το μείζον θέμα της ισοτιμίας της υπογραφής των ιατρών και συνεπώς των «συνταγών, πιστοποιητικών και γνωματεύσεων» ανεξάρτητα αν εκδίδονται από ιατρούς που απασχολούνται σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή ιδιώτες ιατρούς. Ο Νόμος ο οποίος θεσμοθέτησε την ισοτιμία της υπογραφής είναι ο 2071/1992 και ο οποίος στο πέρασμα του χρόνου, δυστυχώς, αμφισβητήθηκε από διαφόρους, πλήν όμως δεν παύει να είναι Νόμος του Κράτους, τον οποίο εμείς σεβόμεθα απολύτως και για την καθιέρωσή του, όπως είναι γνωστό, έχουμε αγωνισθεί και για αυτό το λόγο απαιτούμε να είναι σεβαστός από όλους.

Πέραν τούτου, οι αλλαγές στην Υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης που διανύουμε τους τελευταίους μήνες, όπως για παράδειγμα οι απολύσεις των συμβασιούχων ιατρών του Ι.Κ.Α. και η μη ανανέωση αυτών, οι επιτεινόμενες ελλείψεις σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και το ενδεχόμενο συγχωνεύσεων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων που άφησε ανοιχτό ο κύριος Υπουργός Υγείας, δημιουργούν πολλά ερωτήματα για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών Υγείας, από τα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα στον Ελληνα πολίτη.

Οι σχεδιασμοί οι οποίοι κατά καιρούς επιχειρήθηκαν και επιχειρούνται στις μέρες μας -πέρα από το κόστος που αυτοί συνεπάγονται- θα πρέπει να είναι προσεκτικοί, ώστε να φθάσουμε στον επιδιωκώμενο σκοπό της ισότιμης παροχής υπηρεσιών Υγείας στους Ελληνες πολίτες όπως αυτοί προσδοκούν και δικαιούνται.

Ο Π.Ι.Σ. αναμφίβολα πιστεύει, και το έχει διακηρύξει άλλωστε, ότι πρέπει να συμβιώσει ο Δημόσιος με τον Ιδιωτικό Τομέα, πάντοτε σεβόμενοι οι ιατροί τους Κώδικες Ηθικής και Δεοντολογίας.

Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός
Χειρουργός,
Πρόεδρος Π.Ι.Σ.

Διαμαρτυρία του Π.Ι.Σ. για την κατασυκοφάντηση της ιατρικής κοινότητας

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος καταγγέλει τη συντονισμένη, ατεκμηρίωτη και άδικη επίθεση κατά του συνόλου του Ιατρικού Σώματος, με αφορμή τα «στοιχεία» του ηλεκτρονικού ελέγχου της συνταγογράφησης.

Ειδικά το πρόσφατο άρθρο της εφημερίδας ΤΟ ΒΗΜΑ, που περιέχει πίνακα με υπέρτιτλο «οι 200 ποντικοί του ΙΚΑ» και από κάτω αρχικά ιατρών, που σύμφωνα με το δημοσίευμα κατακλέβουν το ΙΚΑ, υπερβαίνοντας τα «όρια» χρηστής συνταγογράφησης, ξεπερνά κάθε όριο δημοσιογραφικής δεοντολογίας.

Η ηγεσία του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η Διοίκηση του ΙΚΑ φέρουν τεράστιες ευθύνες στο βαθμό που ενισχύουν και χρησιμοποιούν τέτοιου είδους επιθέσεις, επί δικαίων και αδίκων που θυμίζουν τη λογική της «συλλογικής ευθύνης».

Δεν θα γίνει ανεκτό, τα στοιχεία του ηλεκτρονικού ελέγχου της συνταγογράφησης να χρησιμοποιούνται για την πάση θυσία περικοπή των φαρμακευτικών δαπανών, εξευτελίζοντας ιατρούς που απλά επιτελούν το καθήκον τους απέναντι στους ασθενείς τους, με στόχο την παρεμπόδιση των ασθενών από την πρόσβαση στα φάρμακα που χρειάζονται.

Όλα αυτά συμβαίνουν την ώρα που στο ΙΚΑ οι συμβασιούχοι ιατροί απολύονται και ο φόρτος δουλειάς αυξάνεται για τους υπηρετούντες ιατρούς, ενώ η αναμονή των ασφαλισμένων για ραντεβού μεγαλώνει.

Απαιτούμε την αποκατάσταση της αλήθειας και της υπόληψης των συκοφαντούμενων συναδέλφων. Η αντίδραση μας με κάθε νόμιμο τρόπο θα είναι έντονη, αν δεν σταματήσει η στοχευμένη αυτή επίθεση.

Η ένταση, το σχεδιασμένο και το εξόφθαλμα άδικο της επίθεσης δεν αφήνουν κανένα περιθώριο για ψύχραιμη συζήτηση για τα αίτια και την αντιμετώπιση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας και κανένα περιθώριο συνεργασίας του ιατρικού σώματος στις αλλαγές που σχεδιάζει η Κυβέρνηση και η ηγεσία του Υπουργείου και του ΙΚΑ.

Επισημαίνουμε τέλος στους συμπολίτες μας ασφαλισμένους ότι η επίθεση στο σύνολο του ιατρικού σώματος με κατευθυνόμενη, συκοφαντική και άδικη αρθρογραφία ένα στόχο έχει. Την πάση θυσία κατακόρυφη μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, την παραπέρα υποβάθμιση του επιπέδου της ζωής τους και την παρεμπόδισή τους από την πρόσβαση σε φάρμακα που έχουν ανάγκη.

Εμείς καλούμε τους συναδέλφους να λειτουργούν με αποκλειστικό γνώμονα τη νομιμότητα, το συμφέρον των ασφαλισμένων, την ιατρική δεοντολογία και την επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση τους, με αίσθημα αλληλεγγύης προς τους πάσχοντες ασφαλισμένους.

Επίσης, καλούμε τη Διοίκηση του ΙΚΑ και την ηγεσία του Υπουργείου, να μην ενισχύουν τη συκοφαντική εκστρατεία κατά των συναδέλφων και να προχωρήσουν στις νόμιμες ενέργειες στις περιπτώσεις που υπάρχει απάτη και κατασπατάληση δημόσιου χρήματος, αντί να αφήνουν να πλανιέται η ρετσινιά του διεφθαρμένου για όλους τους ιατρούς.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

Π.Ι.Σ.: Αγωνιστικό κάλεσμα για συμμετοχή των ιατρών στις απεργιακές κινητοποιήσεις

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος απευθύνει αγωνιστικό κάλεσμα προς τον Ιατρικό Κόσμο να πάρει μαζικά μέρος στις απεργιακές κινητοποιήσεις που έχουν κηρύξει η ΟΕΝΓΕ, ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ, ΑΔΕΔΥ, ΓΣΕΕ, μαζί με όλους τους εργαζόμενους, υπερασπιζόμενος το βιοτικό επίπεδο και την αξιοπρέπεια των Ιατρών και διαμαρτυρόμενος για την επιχειρούμενη κατάρρευση του ΕΣΥ και την υποβάθμιση της υγείας του λαού.

Ειδικότερα ο ΠΙΣ στηρίζει τις 48ωρες επαναλαμβανόμενες απεργίες, στις 13-14/12/2010 ημέρες Δευτέρα - Τρίτη και 16-17/12/2010 Πέμπτη- Παρασκευή, καθώς και την συμμετοχή στην απεργία ΓΕΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ την Τετάρτη 15 Δεκεμβρίου, με επιτακτικά αιτήματα του κλάδου. Επικαιροποιώντας τις αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης των Προέδρων και των Εκπροσώπων των Ιατρικών Συλλόγων, ο ΠΙΣ απευθύνεται στην Διοίκηση του ΙΚΑ και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και ζητά:

1. Άμεση ανανέωση των συμβάσεων όλων των υπηρετούντων ιατρών με σύμβαση έργου και προκήρυξη αντίστοιχων θέσεων συμβάσεων αορίστου χρόνου, με κύριο κριτήριο την προϋπηρεσία στο ΙΚΑ, (ΠΔ 197/2008) με ταυτόχρονη κατάργηση των «αποικιοκρατικού τύπου» συμβάσεων έργου.
2. Άμεση υλοποίηση της απόφασης του Διοικητικού Συμβουλίου του ΙΚΑ ΕΤΑΜ για πρόσληψη 1.400 ιατρών-οδοντιάτρων, προκειμένου να καλυφθούν οι υφιστάμενες ανάγκες της περίθαλψης του ΙΚΑ ΕΤΑΜ, η οποία έχει επιδεινωθεί τον τελευταίο καιρό (λόγω αποχωρήσεων πολλών ιατρών) σε μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα να καθίσταται επικίνδυνη για τους ασφαλισμένους του και δυσβάσταχτη για τους γιατρούς και λοιπούς εργαζομένους του τομέα υγείας και πε- ⇨

ρίθαλψης του ΙΚΑ ΕΤΑΜ.

3. Άμεση υλοποίηση του Επιστημονικού Βαθμολογίου μέσα από τη λειτουργία του Β΄ Υπηρεσιακού Συμβουλίου του οποίου η λειτουργία έχει ανασταλεί από εξαμήνου.
4. Αναβάθμιση της περίθαλψης του ΙΚΑ ΕΤΑΜ, η οποία υποβαθμίζεται λόγω του μικρού προβλεπόμενου χρόνου εξέτασης των ασθενών, της επιμήκυνσης της λίστας των τηλεφωνικών ραντεβού και της ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων στην παροχή της περίθαλψής τους. Ο ΠΙΣ στηρίζοντας τις κινητοποιήσεις των Ιατρών του ΙΚΑ διαμαρτύρεται δημόσια και καταγγέλλει την πρακτική του Υπουργείου Υγείας, για το πολυνομοσχέδιο που διαμορφώθηκε ερήμην του Ιατρικού Κόσμου και ερήμην των Κοινωνικών Φορέων, όπου με την επίκληση της περιστολής των δαπανών για την Υγεία, μεθοδεύεται η δραματική υποβάθμιση της παρεχόμενης συνολικώς περίθαλψης προς τους πολίτες και υπονομεύεται η εργασιακή θέση των Ιατρών. Ο ΠΙΣ εκφράζει δημόσια την διαμαρτυρία ολόκληρου του Ιατρικού Κόσμου και καταγγέλλει τις πρακτικές διασυρμού όλων των Ιατρών αδιακρίτως, με την επίκληση των υπερσυνταγογραφήμενων φαρμάκων και θεραπειών, χωρίς να προϋπάρχει παραπομπή στα αρμόδια πειθαρχικά και εισαγγελικά όργανα και χωρίς να κοινοποιούνται τα αποδεικτικά στοιχεία στους φερόμενους ενόχους των παραβατικών συμπεριφορών. Ο ΠΙΣ καλεί σε εγρήγορση ολόκληρο τον Ιατρικό Κόσμο εν όψει των διαφαινούμενων εξελίξεων στον χώρο της Υγείας.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Με ιδιαίτερη τιμή και εκτίμηση

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

Επιστολή του Π.Ι.Σ. σχετικά με την αναπροσαρμογή των τιμών των ιατρικών πράξεων

Προς
Αξιότιμη
Υφυπουργό Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης
κα Φώφη Γεννηματά
Αριστοτέλους 17
101 87 ΕΝΤΑΥΘΑ

Αθήνα 7.6.2010
Αριθμ. Πρωτ. 1181

Αξιότιμη κυρία Υφυπουργέ,

Σε απάντηση του υπ' αρίθμ. πρωτ. Υ4α/οικ.57345/12.5.2010, σας γνωρίζουμε ότι πάγιο αίτημα του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου είναι η αναπροσαρμογή των τιμών των ιατρικών πράξεων, οι οποίες είναι καθηλωμένες από το 1992 σε απαράδεκτα χαμηλά επίπεδα, για τα σημερινά τιμαριθμικά δεδομένα.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος επιχείρησε, μέσω της τότε πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοιν. Αλληλεγύης και των συναρμοδίων Υπουργείων Οικονομικών και Απασχόλησης, την αναπροσαρμογή των πράξεων το 2005, όμως δυστυχώς, επετεύχθη την εποχή εκείνη μόνον η αύξηση της ιατρικής επίσκεψης από του ποσού των 6 ευρώ (1991) που ήτο καθηλωμένη, στο ποσό των 20 ευρώ.

Κατανοώντας τη δυσχερή οικονομική θέση στην οποία βρίσκεται η χώρα μας, συμπαριστάμεθα στην προσπάθεια και συμβάλλουμε σε αυτή, πλην όμως δεν είναι δυνατόν να απεμπολίσουμε την ανωτέρω διεκδίκηση.

Ωστόσο, συμφωνούμε επί του παρόντος τουλάχιστον, μη δυνάμενοι να πράξουμε άλλως, σας παρακαλούμε να εκδώσετε το Προεδρικό Διάταγμα, το οποίο απαιτείται για τη θεσμοθέτηση των τιμών αυτών, εις τρόπον ώστε να απεμπλακούμε από την εκκρεμότητα η οποία υπάρχει και να αποδοθούν τα οφειλόμενα εις τους ιατρούς και σε όλους τους εμπλεκόμενους υγειονομικούς φορείς.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Με ιδιαίτερη τιμή και εκτίμηση

Ο Πρόεδρος
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ. Κώστας Ι. Αλεξανδρόπουλος

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΙΣ

Επιστολή του Υπ. Υγείας σχετικά με ισοτιμία ιατρικών πιστοποιητικών, γνωματεύσεων και συνταγών

Σας γνωστοποιούμε το έγγραφο του Υπ. Υγείας με αριθμό πρωτοκόλλου 121921, το οποίο οφείλετε να απαιτείτε την εφαρμογή του από κάθε δημόσια υπηρεσία ή ασφαλιστικό ταμείο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Αθήνα 17-9-2010
Αρ. Πρωτ.: Υ1/Γ.Π. οικ. 121921
ΠΡΟΣ: Όπως πίνακας αποδεκτών

ΘΕΜΑ: «Ισοτιμία ιατρικών πιστοποιητικών, γνωματεύσεων και συνταγών, ανεξάρτητα από το αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή ιδιώτες ιατρούς»

ΣΧΕΤ: 1. Ο Νόμος 3418 (τ. Α' ΦΕΚ 287/28-11-2005), «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας».
2. Ο Νόμος 3627 (τ. Α' ΦΕΚ 292/24-12-2007), «Κύρωση α) Σύμβασης Δωρεάς του Σωματείου «ΕΛΠΙΔΑ - Σύλλογος Φίλων Παιδιών με Καρκίνο» υπέρ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ν.Π.Δ.Δ. «Νοσοκομείο Παίδων - Η Αγία Σοφία», β) Σύμβασης μεταξύ του Σωματείου «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός» και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις».
3. Το με αρ. πρωτ, Υ1γ/Γ.Π./οικ. 81316/10-6-2008 έγγραφο της Υπηρεσίας μας με θέμα «Διεξαγωγή παρακλινικών εξετάσεων για την έκδοση ατομικών βιβλιαρίων υγείας εργαζομένων σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος».
4. Το με αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π. 106512/3-9-2010 έγγραφο της Υπηρεσίας μας με θέμα «Χορήγηση πιστοποιητικού υγείας σε υπηκόους τρίτων χωρών».

Κατόπιν επανειλημμένων ερωτημάτων που τίθενται τηλεφωνικά στην Υπηρεσία μας από άλλα Υπουργεία, καθώς και από Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, αναφορικά με την ισοτιμία ιατρικών πιστοποιητικών, γνωματεύσεων και συνταγών, ανεξάρτητα από το αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή ιδιώτες ιατρούς, σας ενημερώνουμε για τα κάτωθι:

Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2, του άρθρου 6 του Ν. 3627/2007 (σχετ. 2) και τις διατάξεις της παρ. 1, του άρθρου 5 του Ν. 3418/2005 (σχετ. 1), «τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές γνωματεύσεις, καθώς και οι ιατρικές συνταγές που εκδίδονται κατά τους νόμιμους τύπους, έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια νομική ισχύ ως προς τις νόμιμες χρήσεις και ενώπιον όλων των αρχών και υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. ή ιδιώτες ιατρούς. Σε κάθε περίπτωση, τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά και οι εκδιδόμενες γνωματεύσεις αφορούν αποκλειστικά στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας κάθε ιατρού».

Τέλος, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 3 του Ν. 3418/2005 (σχετ. 2), «η έκδοση αναληθών πιστοποιητικών συνιστά πειθαρχικό και ποινικό αδίκημα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Ιδιώτες ιατροί που εκδίδουν ιατρικά πιστοποιητικά ή μετέχουν σε επιτροπές που τα εκδίδουν, θεωρούνται υπάλληλοι κατά την έννοια που έχει ο όρος στον Ποινικό Κώδικα».

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Α. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ
1. Όλα τα Υπουργεία
Γρ. κ.κ. Υπουργών
2. Όλες τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις
Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας
Δ/νσεις Υγείας - Πρόνοιας
Έδρες τους
3. Υ.ΠΕ. της χώρας
(με την υποχρέωση να ενημερώσουν όλα τα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας αρμοδιότητάς τους)
4. Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Δ/νση Ασφάλισης Ασθένειας και Μητρότητας
(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία)
5. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)
6. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο (με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
1. Γρ. κ. Υπουργού
2. Γρ. κ.κ. Υφυπουργών
3. Γρ. κ.κ. Γενικών Γραμματέων
4. Γρ. Προϊσταμένων Γενικών Διευθύνσεων
5. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής

Επιστολή του Υπ. Υγείας σχετικά με θέματα λειτουργίας των Ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ κ' ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Β'

Αθήνα 25-5-2010
Αρ. Πρωτ.: Υ3β/Γ.Π.οικ. 62330

Προς:
1. Διευθύνσεις Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής όλων των Νομ/κών Αυτοδιοικήσεων της χώρας
2. Όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας
3. Όλους τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους της χώρας

Θέμα: «Γνωστοποίηση δημοσίευσης του Ν. 3846/10».

Σας γνωρίζουμε ότι στο ΦΕΚ 66/Α/2010, δημοσιεύθηκε ο Ν. 3846/10, με τις διατάξεις του οποίου (άρθρα 28, 29, 30) ρυθμίζονται θέματα λειτουργίας των Ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
Με το άρθρο 28, καθορίζονται ως φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι δικαιούχοι άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω φορέων με τον περιορισμό του 51% για τη σύσταση των νομικών προσώπων να ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς και τίθενται περιορισμοί για τον ορισμό των υπευθύνων ιατρών, τη σύσταση παραρτημάτων κ.λπ.
Για την έκδοση αδειών και λειτουργίας Ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., θα λαμβάνονται υπόψη εκτός των διατάξεων του Π.Δ. 84/01 και οι διατάξεις του αναφερόμενου άρθρου.
Με το άρθρο 29 του αναφερόμενου νόμου, η προθεσμία προσαρμογής των Ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. προς τις διατάξεις του Π.Δ. 84/01, που λειτουργούσαν πριν την έναρξη εφαρμογής του νόμου αυτού, παρατείνεται αναδρομικά από 1-1-2009 έως και 10-10-2011.
Με το άρθρο 30, ρυθμίζεται η υποχρέωση όλων των ιδιωτικών Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, που λειτουργούν βάσει των διατάξεων του Π.Δ. 225/2000 (ΦΕΚ 194 Α'), να καταβάλουν στο Δημόσιο το πέντε τοις εκατό (5%) των νοσηλίων που εισπράττουν. Για την υλοποίηση της σχετικής διάταξης, θα εκδοθεί απόφαση των υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
Παρακαλούμε για την ενημέρωσή σας και την εφαρμογή.

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Δ. ΤΣΑΓΔΗ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
1. Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
   Δ/νση Ασφάλισης Ασθένειας και Μητρότητας
2. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία
3. Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων Ιδιωτικής Πρωτοβάθμιας Υγείας
4. Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης
5. Πανελλήνια Ένωση Ιδιωτικών φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
6. Ε.Α.Ε.Ε.
   Δ/νση Υγειονοφυσικής
7. ΟΠΑΔ
   Δ/νση Υγειονομικής Περίθαλψης
   Τμήμα Α'

ΕΣΩΤ. ΔΙΑΝΟΜΗ:
1. Γραφείο Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
2. Γραφείο Υφυπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
3. Γραφείο Γεν. Γραμματέα Υγείας
4. Γραφείο Προϊσταμένης Γεν. Δ/νσης Υγείας
5. Δ/νση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (8)

Επιστολή του Υπουργείου Υγείας σχετικά με την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΓΕΝ. ΓΡΑΜ. ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΩΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Όπως ήδη έχετε ενημερωθεί το έργο «Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση» ξεκινά την πρώτη φάση λειτουργίας του στις 18 Οκτωβρίου 2010 από τον ΟΑΕΕ, και επεκτείνεται σταδιακά σε όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία. Πρόκειται για έργο εξαιρετικής σημασίας, η εφαρμογή του οποίου συνιστά όρο επιβίωσης των ασφαλιστικών ταμείων και αναβάθμισης των υπηρεσιών που προσφέρουμε στους ασφαλισμένους μας.

Η διαδικασία είναι εξαιρετικά απλή. Δεν απαιτεί εξειδικευμένο εξοπλισμό, εγκατάσταση κάποιου ειδικού λογισμικού ή εκπαίδευση από τρίτους. Προκειμένου να έχετε πρόσβαση στην διαδικτυακή εφαρμογή «Ηλεκτρονικής Καταχώρησης και Εκτέλεσης Συνταγών» απαιτούνται μόνο ένας απλός ηλεκτρονικός υπολογιστής, ένας εκτυπωτής και μία σύνδεση στο Internet. Στην ιστοσελίδα *http://www.e-syntagografisi.gr* έχουν αναρτηθεί όλες οι σχετικές πληροφορίες και για την εξυπηρέτηση σας λειτουργεί σε 24ωρη βάση η γραμμή τηλεφωνικής υποστήριξης 11 131. Επίσης, στα γραφεία του ΟΑΕΕ και στην οδό Αγ. Κων/νου 5, στον 5ο όροφο, λειτουργεί γραφείο υποστήριξης για την εγγραφή των ιατρών και φαρμακοποιών, καθημερινά 12:00 -14:00, τηλ. επικοινωνίας: 210-5274351 - 353-334. Επιπλέον σε κάθε περιφερειακή διεύθυνση του ταμείου, ο διευθυντής και ο ειδικά επιφορτισμένος υπάλληλος, τα στοιχεία των οποίων βρίσκονται ανηρτημένα στην ιστοσελίδα του ΟΑΕΕ, βρίσκονται στη διάθεση σας για κάθε βοήθεια.

Τέλος θα θέλαμε να μας ενημερώσετε αν υπάρχει οποιαδήποτε άλλη πρόταση που θα μπορούσε να σας βοηθήσει στην έναρξη της εφαρμογής.

Η Γενική Γραμματέας
Αθηνά Δρέττα

Επιστολή ΟΠΑΔ προς τους Ιατρούς

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (Ο.Π.Α.Δ.) (ΝΠΔΔ)
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Αγαπητέ Συνεργάτη,

Με την παρούσα θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για την εθελοντική συμμετοχή σας στο πρόγραμμα ηλεκτρονικής καταγραφής των παρακλινικών εξετάσεων που εφαρμόζεται από τον ΟΠΑΔ πιλοτικά. Όπως γνωρίζετε, το πρόγραμμα αυτό, αποτελεί την Α΄ ΦΑΣΗ ενός «ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ», που ο Οργανισμός μας προγραμματίζει να εφαρμόσει από το 2011.

Παράλληλα θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι υπάρχει μεγάλη ανταπόκριση των συμβεβλημένων ιατρών στο πρόγραμμα, ενώ, σε καθημερινή βάση, δεχόμαστε νέες αιτήσεις, μέσω της γραμμής 1135, για εγγραφή συμβεβλημένων ιατρών στο σύστημα. Τα στοιχεία αυτά σηματοδοτούν την αποδοχή της Ιατρικής Κοινότητας στην προσπάθεια που επιτελείται από τον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ), προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας των συμβεβλημένων ιατρών, αλλά και της αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους μας.

Όπως ήδη γνωρίζετε, η εξέλιξη αυτού του εγχειρήματος είναι καθοριστικής σημασίας και προς αυτή την κατεύθυνση γίνονται σημαντικές προσπάθειες, προκειμένου το «ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ», να καλύπτει πλήρως τόσο τις ανάγκες της Ιατρικής Κοινότητας, όσο και των ασφαλισμένων, απλοποιώντας ή καταργώντας γραφειοκρατικές διαδικασίες και εισάγοντας νέες έννοιες προς την κατεύθυνση της εξυπηρέτησης του πολίτη.

Για το λόγο αυτό, θα θέλαμε τις παρατηρήσεις, υποδείξεις ή προτάσεις σας, προκειμένου το τελικό προϊόν που θα παραχθεί να ενσωματώνει πλήρως τις απαιτήσεις σας και ταυτόχρονα να είναι φιλικό στη χρήση του. Όσοι λοιπόν ιατροί θέλουν να συμβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση, μπορούν να στέλνουν γραπτώς τις υποδείξεις τους στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@1135.gr, είτε να τις αναφέρουν καλώντας στην Τηλεφωνική Γραμμή 1135. Τέλος, θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι, οι απόπειρες προσέγγισης ιατρών από ανεξάρτητες εταιρείες για την πώληση προϊόντων ή/και υπηρεσιών που σχετίζονται δήθεν με το πιλοτικό σύστημα ηλεκτρονικής καταγραφής παρακλινικών εξετάσεων που μας αναφέρατε, καμία σχέση δεν έχουν με τον Οργανισμό μας. Επίσης, γνωρίζουμε ότι τις πρώτες ημέρες εφαρμογής του συστήματος ανέκυψαν ζητήματα αναφορικά με τη θεώρηση των εξετάσεων από τους ελεγκτές ιατρούς του Οργανισμού, φαινόμενο το οποίο βαίνει προς οριστική επίλυση.

Σας υπενθυμίζουμε ότι για οποιοδήποτε πρόβλημα ή απορία μπορείτε να απευθύνεστε στη Γραμμή 1135, όπου εξειδικευμένο προσωπικό, θα είναι στη διάθεσή σας προκειμένου να σας καθοδηγήσει και να απαντήσει σε κάθε σας ερώτημα.

Ευχαριστούμε και πάλι θερμά για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση
Κυριάκος Σουλιώτης
Πρόεδρος Δ.Σ. ΟΠΑΔ, Λέκτορας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Οι περιπτώσεις στις οποίες επιτρέπεται η συμμετοχή ιατρών σε οποιασδήποτε μορφής εταιρεία

Νομική γνωμοδότηση

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ (Π.Ι.Σ.)

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ

Από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο ζητήθηκε η γνώμη μας στο κατωτέρω ερώτημα που τέθηκε σε αυτόν από τον Ιατρικό Σύλλογο Σερρών: «Δύναται ιατρός δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου να συμμετέχει σε οποιαδήποτε μορφή εταιρείας (Α.Ε., Ο.Ε., ΕΠΕ, κτλ) ως μέτοχος ή εταίρος (είτε ιατρική είτε όχι);».

Επί του εν λόγω ερωτήματος η άποψή μας είναι η ακόλουθη: Κατ' αρχάς σε ότι αφορά στους ιατρούς που υπηρετούν με σχέση Δημοσίου Δικαίου πρέπει να διακρίνουμε μεταξύ αυτών που υπηρετούν ως ιατροί του Ε.Σ.Υ. και αυτών που δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. Περαιτέρω, ως ιατροί ιδιωτικού δικαίου πρέπει να θεωρηθούν τόσο οι ιατροί που έχουν συμβατική, σχέση με φορείς υγείας ιδιωτικού δικαίου όσο και εκείνοι που ασκούν το ελεύθερο επάγγελμα του ιατρού.

Ι). Οι ιατροί που εργάζονται με σχέση ιδιωτικού δικαίου διέπονται από το άρθρο 6 του Ν. 3418/2005 το οποίο ορίζει ότι:

1. Ο ιατρός μπορεί να ασκεί άλλο επάγγελμα ή επαγγελματική δραστηριότητα εφόσον δεν παρεμποδίζεται η ευσυνείδητη άσκηση της ιατρικής και δεν θίγεται η αξιοπρέπειά του ως ιατρού.

2. Με την άσκηση της ιατρικής εξομοιώνεται και η κατοχή οποιασδήποτε έμμισθης ή τιμητικής θέσης, για την οποία απαιτείται ως τυπικό προσόν το πτυχίο της Ιατρικής Σχολής.

3. Δεν επιτρέπεται σε ιατρούς οι οποίοι έχουν δίπλωμα φαρμακοποιού ή οδοντιάτρου ή άλλου υγειονομικού επαγγέλματος να διατηρούν φαρμακεία, οδοντιατρεία ή άλλα παρεμφερή καταστήματα σε λειτουργία, εκτός εάν παύσουν την άσκηση της ιατρικής και τη χρησιμοποίηση του τίτλου του ιατρού.

4. Απαγορεύεται στον ιατρό να εξυπηρετεί, να εξαρτάται ή να συμμετέχει σε επιχειρήσεις που παρασκευάζουν ή εμπορεύονται φάρμακα ή υγειονομικό υλικό ή να διαφημίζει και να προβάλλει αυτά, με οποιονδήποτε τρόπο. Οι περιορισμοί αυτοί δεν αποκλείουν τη δυνατότητα σύναψης διαφανών και συγκεκριμένων σχέσεων εργασίας με επιχειρήσεις που παρασκευάζουν φάρμακα ή υγειονομικό υλικό στους ιατρούς που εκ του νόμου έχουν τη δυνατότητα αυτή».

Από τις παραπάνω διατάξεις συνάγεται ότι ο νομοθέτης δεν προσδιορίζει την έννοια του όρου «συμμετοχή». Επομένως, η οριοθέτηση της έννοιας αυτής αποτελεί κρίσιμο στοιχείο. Για την οριοθέτηση αυτής, χρήσιμη ερμηνευτική πυξίδα αποτελεί η διατύπωση του άρθρου 32 του Υπαλληλικού Κώδικα (ν.3528/2007), σύμφωνα με την οποία «Απαγορεύεται ο υπάλληλος να μετέχει σε οποιαδήποτε εμπορική εταιρεία προσωπική, περιορισμένης ευθύνης ή κοινοπραξία ή να είναι διευθύνων ή εντεταλμένος σύμβουλος ανώνυμης εταιρείας ή διαχειριστής οποιασδήποτε εμπορικής εταιρείας. Μετά από άδεια, ο υπάλληλος μπορεί να μετέχει στη διοίκηση ανώνυμης εταιρείας ή γεωργικού συνεταιρισμού με την επιφύλαξη του προηγούμενου εδαφίου. Η άδεια χορηγείται με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 31 του παρόντος». Ενόψει του ότι στο ρυθμιστικό πεδίο της διάταξης του ν.3418/2005 δεν εμπίπτουν οι ιατροί που υπηρετούν στο Δημόσιο, αφού ο ανωτέρω νεώτερος και ειδικότερος ν.3528/2007 οριοθέτησε σαφώς το εν λόγω πεδίο και με δεδομένο ότι η συμμετοχή των ιατρών ιδιωτικού δικαίου σε εταιρεία δεν μπορεί να νοηθεί ως στενότερη των συναδέλφων τους στο Δημόσιο Τομέα, πρέπει να γίνει δεκτό ότι η έννοια του όρου «συμμετοχή» αποκλείει στους ιδιώτες ιατρούς να είναι μέλη Ο.Ε., Ε.Ε. ή Ε.Π.Ε ή να είναι διευθύνοντες σύμβουλοι σε Α.Ε. ή διαχειριστές οποιασδήποτε εταιρείας που παρασκευάζει ή εμπορεύεται φάρμακα ή υγειονομικό υλικό ή διαφημίζει και προβάλλει αυτά, επιτρέπει όμως σε αυτούς να είναι μέτοχοι σε Α.Ε. που έχει οποιοδήποτε επιχειρηματικό αντικείμενο, συνεπώς και να παρασκευάζει ή να εμπορεύεται φάρμακα ή υγειονομικό υλικό ή να μετέχει σε εταιρείες με αντίστοιχα αντικείμενα.

ΙΙ). Όπως προαναφέρθηκε, οι ιατροί που υπηρετούν με σχέση δημοσίου δικαίου διακρίνονται σε αυτούς που υπηρετούν ως ιατροί του Ε.Σ.Υ και σε αυτούς που δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. Σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ.1 του Υπαλληλικού Κώδικα (ν.3528/2007):

1. Στις διατάξεις του παρόντος Κώδικα υπάγονται οι πολιτικοί διοικητικοί υπάλληλοι του κράτους και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.

2. Υπάλληλοι ή λειτουργοί του κράτους ή νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, οι οποίοι, κατά συνταγματική ή νομοθετική πρόβλεψη, διέπονται από ειδικές διατάξεις, καθώς και οι υπάλληλοι των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, υπάγονται στις διατάξεις του παρόντος για όσα θέματα δεν ρυθμίζονται από τις ειδικές γι΄ αυτούς διατάξεις». Εξάλλου, σύμφωνα με το άρθρο 24 §2 του ν.1387/1983, οι ιατροί του Ε.Σ.Υ είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και συνεπώς εμπίπτουν στο ρυθμιστικό πεδίο

του άρθρου 2§1 του Υπαλληλικού Κώδικα (πρβλ. ΑΠ 543/2009).

Από τις παραπάνω διατάξεις συνάγεται ότι η απάντηση στο προαναφερόμενο ερώτημα σε ότι αφορά την κατηγορία αυτή ιατρών (Ε.Σ.Υ), συνδέεται από την απάντηση στο ειδικότερο ερώτημα εάν ο νομοθέτης επιφυλάσσει διαφορετική ρύθμιση ως προς το ζήτημα αυτό για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. σε σχέση με τους ιατρούς που δεν υπηρετούν στο ΕΣΥ. Για την απάντηση στο ειδικότερο αυτό ερώτημα θα προστρέξουμε στο ειδικό νομικό πλαίσιο που διέπει την κατηγορία αυτή ιατρών και ακολούθως στις διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα.

Στο άρθρο 24 παρ. 2 του ν.1397/1983 ορίζεται ότι: «1… 2. Οι γιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και απαγορεύεται ν' ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική ή καλλιτεχνική δραστηριότητα και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση. Επίσης απαγορεύεται να είναι ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρείες με αντίστοιχα αντικείμενα».

Περαιτέρω, ο Υπαλληλικός Κώδικας ορίζει, στο μεν άρθρο 31 ότι:

1. Μετά από άδεια ο υπάλληλος μπορεί να ασκεί ιδιωτικό έργο ή εργασία με αμοιβή, εφόσον συμβιβάζεται με τα καθήκοντα της θέσης του και δεν παρεμποδίζει την ομαλή εκτέλεση της υπηρεσίας του.

2. Η άδεια χορηγείται για συγκεκριμένο έργο ή εργασία μετά από σύμφωνη αιτιολογημένη γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου και μπορεί να ανακαλείται με τον ίδιο τρόπο. Η άδεια στους υπαλλήλους του Δημοσίου χορηγείται από τον οικείο υπουργό και στους υπαλλήλους των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου από το ανώτατο μονομελές όργανο διοίκησης και αν δεν υπάρχει τέτοιο όργανο, από τον πρόεδρο του συλλογικού οργάνου διοίκησης.

3. Δεν επιτρέπεται στον υπάλληλο η κατ` επάγγελμα άσκηση εμπορίας.

4. Ειδικές απαγορευτικές διατάξεις διατηρούνται σε ισχύ.

5. Επιτρέπεται στον υπάλληλο η εκμετάλλευση δημοσίας χρήσεως (Δ.Χ.) αυτοκινήτου μόνο με εκμίσθωση και με την προϋπόθεση να απέκτησε τούτο αποκλειστικά είτε με γονική παροχή είτε λόγω κληρονομικής διαδοχής».

Στο δε άρθρο 32 ότι:

1. Ο υπάλληλος υποχρεούται να δηλώνει στην υπηρεσία του τη συμμετοχή του σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου οποιασδήποτε μορφής, εκτός των σωματείων και των κοινωφελών ιδρυμάτων.

2. Απαγορεύεται ο υπάλληλος να μετέχει σε οποιαδήποτε εμπορική εταιρεία προσωπική, περιορισμένης ευθύνης ή κοινοπραξία ή να είναι διευθύνων ή εντεταλμένος σύμβουλος ανώνυμης εταιρείας ή διαχειριστής οποιασδήποτε εμπορικής εταιρείας. Μετά από άδεια ο υπάλληλος μπορεί να μετέχει στη διοίκηση ανώνυμης εταιρείας ή γεωργικού συνεταιρισμού με την επιφύλαξη του προηγούμενου εδαφίου. Η άδεια χορηγείται με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 31 του παρόντος.

3. Απαγορεύεται η απόκτηση από υπάλληλο, σύζυγό του ή ανήλικα τέκνα τους μετοχών ανωνύμων εταιρειών που υπάγονται στον ειδικό έλεγχο της υπηρεσίας του. Ο υπάλληλος που κατά το διορισμό, ο ίδιος ή σύζυγός του ή ανήλικα τέκνα του κατέχουν μετοχές ανωνύμων εταιρειών οι οποίες εμπίπτουν στην απαγόρευση του προηγούμενου εδαφίου ή τις αποκτά κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του, λόγω κληρονομιάς, υποχρεούται να υποβάλει σχετική δήλωση στην υπηρεσία του και εντός ενός έτους είτε να τις μεταβιβάσει είτε να ζητήσει τη μετακίνηση του σε άλλη αρχή της υπηρεσίας του ή τη μετάταξη του σε άλλη δημόσια υπηρεσία ή νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Η μετακίνηση ή μετάταξη είναι υποχρεωτική για την υπηρεσία του και διενεργείται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 66 και 74 του παρόντος. Κατά το διάστημα που μεσολαβεί μέχρι τη μεταβίβαση των μετοχών ή την ολοκλήρωση της μετάταξης του, ο υπάλληλος εμπίπτει στο κώλυμα συμφέροντος του άρθρου 36 του παρόντος.

4. Διατηρούνται σε ισχύ ειδικές διατάξεις που αναφέρονται σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου της παρ. 2 του παρόντος άρθρου και θεσπίζουν πρόσθετους περιορισμούς για τους υπαλλήλους.

5. Επιτρέπεται η συμμετοχή υπαλλήλων με την υπηρεσιακή τους ιδιότητα σε συνεταιρισμούς ή στη διοίκηση ανωνύμων εταιρειών ή εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, οι οποίες ελέγχονται από το Δημόσιο, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, τους Ο.Τ.Α. και τις δημόσιες επιχειρήσεις, όταν τούτο προβλέπεται από ειδικές διατάξεις».

Από τις διατάξεις που προπαρατέθηκαν πρέπει να γίνει δεκτό ότι η πρόβλεψη στον νόμο περί Ε.Σ.Υ της απαγόρευσης να είναι οι ιατροί του Ε.Σ.Υ ιδιοκτήτες κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρείες με αντίστοιχα αντικείμενα, δεν οδηγεί σε αποκλεισμό των διατάξεων των άρθρων 31 και 32 του Υπαλληλικού Κώδικα, διότι οι ιατροί του Ε.Σ.Υ αποκτούν την ιδιότητα του δημοσίου λειτουργού και συνεπώς συντρέχει και γι' αυτούς ο ίδιος δικαιολογητικός λόγος δημοσίου συμφέροντος που συντρέχει και για τους λοιπούς εκτός Ε.Σ.Υ με σύμβαση δημοσίου δικαίου ιατρούς, η δε πρόβλεψη του ν.1397/1983 πρέπει να ερμηνευθεί ότι θεσπίζει επιπλέον υποχρέωση στην κατηγορία αυτή ιατρών, η οποία δικαιολογείται λόγω της ιδιαιτερότητας του λειτουργήματός τους.

Κατά συνέπεια, ***οι ιατροί του Ε.Σ.Υ αφενός δεν μπορούν να μετέχουν σε οποιαδήποτε εμπορική εταιρεία προσωπική (Ο.Ε. ή Ε.Ε.), περιορισμένης ευθύνης (Ε.Π.Ε) ή κοινοπραξία ή να είναι διευθύνοντες ή εντεταλμένοι σύμβουλοι ανώνυμης εταιρείας ή διαχειριστές οποιασδήποτε εταιρείας και αφετέρου να είναι ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρείες με αντίστοιχα αντικείμενα.***

Μπορούν όμως να είναι μέτοχοι σε οποιαδήποτε ιατρική ή φαρμακευτική ανώνυμη εταιρεία (Α.Ε.). ***Περαιτέρω, οι υπηρετούντες με σύμβαση δημοσίου δικαίου αλλά εκτός ΕΣΥ ιατροί δεν μπορούν, κατά την ρητή πρόβλεψη του άρθρου 32 του ν.3528/2007, να έχουν εταιρική σχέση με ομόρρυθμη εταιρεία (Ο.Ε.), ετερόρρυθμη εταιρεία (Ε.Ε.), εταιρεία περιορισμένης ευθύνης (Ε.Π.Ε) και να είναι μέλη κοινοπραξίας ούτε να είναι διευθύνοντες σύμβουλοι ανώνυμης εταιρείας (Α.Ε), ενώ μπορεί να είναι μέτοχοι αυτής, και ούτε να είναι διαχειριστές σε οποιαδήποτε εμπορική εταιρεία***.

Προϋποθέσεις για την πρόσβαση σε τίτλους συναδέλφων
Τα στοιχεία που επιτρέπεται να αναγράφονται στην επαγγελματική πινακίδα των ιατρών

ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ (Π.Ι.Σ.)

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ

Με το υπ΄αριθμ.πρωτ. 1920/11.08.2010 έγγραφό του ο Π.Ι.Σ. ζήτησε να γνωμοδοτήσουμε επί των τεθέντων από τον Ιατρικό Σύλλογο Αγρινίου, με το υπ΄ αριθμ. πρωτ. 1078/09.08.2010 έγγραφό του, κατωτέρω ερωτημάτων:

1. «Προς τον Σύλλογό μας απεστάλη έγγραφο - αίτηση Παθολόγου μέλος του Συλλόγου μας, ο οποίος μας ζητά (αναφέροντας ότι έχει έννομο συμφέρον) να του παραδώσουμε επικυρωμένα φωτοαντίγραφα τίτλων συναδέλφων μελών του Ι.Σ.Α., για να προβεί σε διάφορες κατ' αυτόν ενέργειες. Ζητά να του χορηγηθούν επικυρωμένα φωτοαντίγραφα πτυχίων καθώς και εξειδικεύσεων που έχουν κατατεθεί στον Σύλλογο προκειμένου να ελεγχθεί η νομιμότητά τους. Σας παρακαλούμε να μας απαντήσετε άμεσα εάν δύνανται να χορηγηθούν τα έγγραφα αυτά. Είναι νόμιμο να χορηγήσουμε στον συνάδελφο έγγραφα άλλων συναδέλφων προκείμενου να ελεγχθεί από τον ίδιο η νομιμότητά τους;

2. Επίσης να μας απαντήσετε τι ισχύει νομικά για τους γιατρούς που ασκούν ομοιοπαθητική και βελονισμό. Σας ενημερώνουμε ότι στον Σύλλογό μας υπάρχει συνάδελφος ιατρός που ασκεί την ομοιοπαθητική αναγράφοντας στην επαγγελματική του πινακίδα τους εξής τίτλους: MD, DIHOM, DAC, PHD, Ομοιοπαθητική, βελονισμός, Φυτοθεραπεία, Ιριδοδιάγνωση, ALCATEST, D-ROMS TEST, όπως επίσης υπάρχει συνάδελφος Αναισθησιολόγος η οποία ασκεί Βελονοθεραπεία, έχοντας εξασκηθεί στο ACU SCIENCE (Διεθνές Μετεκπαιδευτικό Κέντρο Βελονισμού). Θα θέλαμε την Νομική σας συμβουλή όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Σας ενημερώνουμε ότι ο προαναφερόμενος συνάδελφος Παθολόγος, έχει στραφεί εναντίον των δύο άλλων συναδέλφων».

Ως προς το πρώτο ερώτημα εκθέτουμε τα ακόλουθα:

Σύμφωνα με το άρθρο 16 του ν. 1599/1986 «σχέσεις κράτους – πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις», «κάθε πολίτης, με τις επιφυλάξεις των διατάξεων της παραγράφου 3, έχει δικαίωμα να λαμβάνει γνώση των διοικητικών εγγράφων, εκτός από εκείνα που αναφέρονται στην ιδιωτική ή οικογενειακή ζωή τρίτων. Ως διοικητικά έγγραφα, για την εφαρμογή του άρθρου αυτού, θεωρούνται όλα τα έγγραφα που συντάσσονται από όργανα του δημόσιου τομέα, ιδίως εκθέσεις, μελέτες, πρακτικά, στατιστικά στοιχεία, εγκύκλιοι οδηγίες, απαντήσεις της διοίκησης, γνωμοδοτήσεις και αποφάσεις». Ερμηνεύοντας την ανωτέρω διάταξη το Συμβούλιο της Επικρατείας (1214/2000) έκρινε ως ακολούθως: «Κατά την έννοια της διατάξεως αυτής, υπάρχει καταρχήν δικαίωμα του πολίτη να λάβει γνώση, με επιτόπια μελέτη ή λαμβάνοντας αντίγραφα, των διοικητικών εγγράφων, στοιχειοθετείται δε αντιστοίχως και εκτελεστή υποχρέωση οφειλόμενης ενέργειας της Διοικήσεως εάν παραλείπει να απαντήσει σε σχετικό αίτημα εντός των προβλεπόμενων προθεσμιών. Και ναι μεν για τη θεμελίωση του δικαιώματος αυτού δεν απαιτείται η ύπαρξη εννόμου συμφέροντος υπό την στενή έννοια των άρθρων 47 του Κωδ. Π. Δ/τος 18/1989 ή του άρθρου 902 του Αστικού Κώδικα, αλλά αρκεί προς τούτο το εύλογο ενδιαφέρον του αιτούμενου την πρόσβαση στα διοικητικά στοιχεία (ΣτΕ 1397/1973, 3943/1995, 2376/1996, 841/1997, 205/2000). «Ως εύλογο όμως ενδιαφέρον δεν νοείται το ενδιαφέρον κάθε πολίτου για την εύρυθμη άσκηση των γενικών καθηκόντων της Υπηρεσίας και την τήρηση των νόμων, αλλά εκείνο το οποίο προκύπτει, κατά τρόπο αντικειμενικό, από την ύπαρξη μίας συγκεκριμένης, προσωπικής εννόμου σχέσεως συνδεόμενης με το περιεχόμενο των διοικητικών στοιχείων στα οποία ζητείται η πρόσβαση».

Στην δεύτερη παράγραφο του άρθρου 2 του Β.Δ. 11.10/1957 ορίζεται ότι: «Οι Ιατρικοί Σύλλογοι είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και εδρεύουν εν τη έδρα του Υγειονομικού Κέντρου». Περαιτέρω, στο άρθρο 1 του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας (ν. 2690/1999) ορίζεται ότι: «Οι διατάξεις του κώδικα αυτού εφαρμόζονται στο Δημόσιο, στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και στα άλλα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου». Επομένως οι διατάξεις του ανωτέρω κώδικα εφαρμόζονται και επί του Ιατρικού Συλλόγου Αγρινίου. Ακολούθως, στο άρθρο 5 αυτού, που τιτλοφορείται ''Πρόσβαση σε Δημόσια Έγγραφα'', ορίζεται ότι:

1. Κάθε ενδιαφερόμενος έχει το δικαίωμα, ύστερα από γραπτή αίτησή του, να λαμβάνει γνώση των διοικητικών εγγράφων. Ως διοικητικά έγγραφα νοούνται όσα συντάσσονται από τις δημόσιες υπηρεσίες, όπως εκθέσεις, μελέτες, πρακτικά, στατιστικά στοιχεία, εγκύκλιες οδηγίες, απαντήσεις της Διοίκησης, γνωμοδοτήσεις και αποφάσεις.

2. Όποιος έχει ειδικό έννομο συμφέρον δικαιούται, ύστερα από γραπτή αίτησή του, να λαμβάνει γνώση των ιδιωτικών εγγράφων που φυλάσσονται στις δημόσιες υπηρεσίες και είναι σχετικά με υπόθεσή του η οποία εκκρεμεί σε αυτές ή έχει διεκπεραιωθεί από αυτές.

3. Το κατά τις προηγούμενες παραγράφους δικαίωμα δεν υφίσταται στις περιπτώσεις που το έγγραφο αφορά την ιδιωτική ή οικογενειακή ζωή τρίτου, ή αν παραβλάπτεται απόρρητο το οποίο προβλέπεται από ειδικές διατάξεις. Η αρμόδια διοικητική αρχή μπορεί να αρνηθεί την ικανοποίηση του δικαιώματος τούτου αν το έγγραφο αναφέρεται στις συζητήσεις του Υπουργικού Συμβουλίου, ή αν η ικανοποίηση του δικαιώματος αυτού είναι δυνατόν να δυσχεράνει ουσιωδώς την έρευνα δικαστικών, διοικητικών, αστυνομικών ή στρατιωτικών αρχών σχετικώς με την τέλεση εγκλήματος ή διοικητικής παράβασης.

4. Το δικαίωμα των παρ. 1 και 2 ασκείται : α) με μελέτη του εγγράφου στο κατάστημα της υπηρεσίας, ή β) με χορήγηση αντιγράφου, εκτός αν η αναπαραγωγή τούτου μπορεί να βλάψει το πρωτότυπο. Η σχετική δαπάνη αναπαραγωγής βαρύνει τον αιτούντα, εκτός αν ο νόμος ορίζει διαφορετικά. Αν πρόκειται για πληροφορίες ιατρικού χαρακτήρα, αυτές γνωστοποιούνται στον αιτούντα με τη βοήθεια γιατρού, ο οποίος ορίζεται για το σκοπό αυτόν.

5. Η άσκηση του κατά τις παρ. 1 και 2 δικαιώματος γίνεται με την επιφύλαξη της ύπαρξης τυχόν δικαιωμάτων πνευματικής ή βιομηχανικής ιδιοκτησίας.

6. Η χρονική προθεσμία για τη χορήγηση εγγράφων κατά τις παραγράφους 1 και 2 ή την αιτιολογημένη απόρριψη της σχετικής αίτησης του πολίτη είναι είκοσι (20) ημέρες." Περαιτέρω, στη μεν παράγραφο 1 του άρθρου 4 του ίδιου Κώδικα ορίζεται ότι «οι δημόσιες υπηρεσίες, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης και τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, όταν υποβάλλονται αιτήσεις, οφείλουν να διεκπεραιώνουν τις υποθέσεις των ενδιαφερομένων μέσα σε προθεσμία πενήντα (50) ημερών, εφόσον από ειδικές διατάξεις δεν προβλέπονται μικρότερες προθεσμίες…», στη δε παράγραφο 3 αυτού ότι «οι υπηρεσίες απαλλάσσονται από τις κατά την παρ. 1 υποχρεώσεις αν το αίτημα είναι εμφανώς παράλογο, αόριστο, ακατάληπτο ή επαναλαμβάνεται κατά τρόπο καταχρηστικό». Τέλος, με το άρθρο 33 του ανωτέρω Κώδικα ορίσθηκε ότι «από την έναρξη της ισχύος του Κώδικα, αν σε αυτόν δεν ορίζεται διαφορετικά, καταργείται κάθε γενική διάταξη, η οποία αναφέρεται σε θέμα ρυθμιζόμενο από αυτόν».

Στην παράγραφο 5 του άρθρου 16 του Συντάγματος ορίζεται ότι: «Η ανώτατη εκπαίδευση παρέχεται αποκλειστικά από ιδρύματα που αποτελούν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου με πλήρη αυτοδιοίκηση. ...».

Από το συνδυασμό των ανωτέρω διατάξεων προκύπτει ότι τα πτυχία των ιατρών και οι βεβαιώσεις ειδικότητας αποτελούν διοικητικά έγγραφα κατά την έννοια του άρθρου 5 του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας (Ν. 2690/1999) και ότι μετά την ψήφιση του ν. 2690/1999 το ζήτημα της πρόσβασης των πολιτών σε έγγραφα τα οποία εκδίδονται ή φυλάσσονται σε δημόσιες υπηρεσίες, ρυθμίζεται από τις διατάξεις του νόμου αυτού, οι δε διατάξεις του άρθρου 16 του ν. 1599/1986, με τις οποίες ρυθμίζονταν το ίδιο θέμα, έχουν καταργηθεί, σύμφωνα με το άρθρο 33 του ν. 2690/1999. Ο νόμος 2690/1999, κατ' αντίθεση προς το ν. 1599/1986 ο οποίος δεν περιείχε πρόβλεψη για την πρόσβαση σε ιδιωτικά έγγραφα, διακρίνει σαφώς την δυνατότητα αυτή από την δυνατότητα πρόσβασης στα διοικητικά έγγραφα, θεσπίζει δε διαφορετικές και αυστηρότερες προϋποθέσεις για την πρόσβαση στις δύο αυτές κατηγορίες εγγράφων. Ειδικότερα σε ότι αφορά στην πρόσβαση στα διοικητικά έγγραφα προβλέπει ότι σε αυτά έχει πρόσβαση όχι κάθε πολίτης αλλά κάθε ενδιαφερόμενος.

Από αυτά παρέπεται ότι και υπό το καθεστώς πλέον του ν. 2690/1999, η πρόσβαση στα διοικητικά έγγραφα γίνεται με τους ίδιους όρους που η νομολογία του ΣτΕ είχε διαμορφώσει ερμηνεύοντας τη διάταξη του άρθρου 16 του ν. 1599/1986, αφού ο νομοθέτης του ν. 2690/1999 προδήλως υιοθέτησε την ερμηνεία αυτή του ΣτΕ και γι' αυτό χρησιμοποίησε τον στενότερο όρο «ενδιαφερόμενος» σε αντικατάσταση του ευρύτερου «κάθε πολίτης». Περαιτέρω, από τις ίδιες διατάξεις συνάγεται ότι ο αιτών πολίτης είναι υποχρεωμένος να προσδιορίζει επακριβώς αφενός το αίτημά του και αφετέρου την συγκεκριμένη προσωπική σχέση που τον συνδέει με το αιτούμενο έγγραφο και ότι συνεπώς αίτηση που δεν περιέχει οποιοδήποτε από τα ανωτέρω στοιχεία δεν μπορεί νομίμως να ικανοποιηθεί.

Από το περιεχόμενο του εγγράφου του Συλλόγου σας προκύπτει ότι ο Ιατρός – Παθολόγος αιτείται επικυρωμένα φωτοαντίγραφα διοικητικών εγγράφων χωρίς όμως να επικαλείται οποιαδήποτε προσωπική έννομη σχέση με το περιεχόμενο των συγκεκριμένων εγγράφων, που θα επέτρεπε την ικανοποίηση του αιτήματός του. Επομένως, ο Σύλλογός σας πρέπει να αρνηθεί τη χορήγηση των παραπάνω εγγράφων.

Ως προς το δεύτερο ερώτημα εκθέτουμε τα ακόλουθα:

Ο Κώδικας Ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος (Ν. 1565/1939) στο άρθρο 1 ορίζει ότι: «Δια την άσκησιν της ιατρικής και την χρησιμοποίησιν του τίτλου ιατρός, απαιτείται άδεια, χορηγουμένη κατά τας διατάξεις του παρόντος. Προς άσκησιν της ιατρικής εξομοιούται και η κατοχή οιασδήποτε εμμίσθου ή τιμητικής θέσεως, δι' ην απαιτείται ως εφόδιον το πτυχίον της Ιατρικής Πανεπιστημιακής Σχολής».

Το Ν. Δ. 3366/1955 στο άρθρο 1 ορίζει ότι: «Διά την απόκτησιν αδείας ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος ο πτυχιούχος της Ιατρικής υποχρεούται όπως, πλην των εν άρθρω 3 του αν.ν. 1565/39 (1) οριζομένων δικαιολογητικών, υποβάλη και πιστοποιητικόν περί ενιαυσίας πρακτικής ασκήσεως, μετά την λήψιν του πτυχίου εις οιονδήποτε Γενικόν Νοσοκομείον Νομικού Προσώπου Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου». Στο άρθρο 4 ορίζει ότι: «Οι κατά τ' ανωτέρω τυχόντες αδείας ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος, δικαιούνται να εξασκώσι την Γενικήν Ιατρικήν και να διορίζωνται, κατά προτίμησιν, εις θέσιν κοινοτικών Ιατρών ή Ιατρών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων δυνάμεως μέχρι και 30 κλινών, κατά τα ειδικώτερον περί τούτων ισχύοντα». Στην παράγραφο 1 του άρθρου 5 ορίζει ότι: «Διά την χρησιμοποίησιν τίτλου ιατρικής ειδικότητος, εκ των καθοριζομένων εν τω παρόντι ν.δ. απαιτείται άδεια χορηγουμένη υπό του Υπουργού Κοινωνικής Προνοίας μετά σύμφωνον γνώμην του παρά τω Υπουργείω λειτουργούντος Συμβουλίου Ιατρικών Ειδικοτήτων». Στην παράγραφο 1 του άρθρου 7 ορίζει ότι: «Ως ιατρικαί ειδικότητες ορίζονται αι εξής: 1) Παθολογία, 2) Χειρουργική, 3) Νευροχειρουργική, 4) Μαιευτική-Γυναικολογία, 5) Ουρολογία, 6) Ορθοπεδική, 7) Ωτορινολαρυγγολογία, 8) Οφθαλμολογία, 9) Νευρολογία - Ψυχιατρική, 10) Παιδιατρική, 11) Δερματολογία - Αφροδισιολογία, 12) Μικροβιολογία, 13) Ακτινολογία, 14) Αναισθησιολογία, 15) Φυματιολογία, 16) Καρδιολογία.

Το άρθρο 15 του Π. Δ/τος 84/2001 ορίζει ότι: «1. Απαγορεύεται στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. η με οποιοδήποτε τρόπο διαφήμιση και προβολή, καθώς και η αναγραφή στις επιτρεπόμενες από το νόμο πινακίδες μη αναγνωρισμένων τίτλων και ειδικοτήτων, τηρουμένων των διατάξεων του άρθρου 6 του Ν. 2194/1994 όπως τροποποιήθηκαν με το άρθρο 2 του Ν. 2256/1994 και συμπληρώθηκαν με την παράγραφο 6 του άρθρου 9 του Ν. 2345/1995 (ΦΕΚ Α` 213). Επιτρέπεται η χρήση απλών πινακίδων σήμανσης (κατευθυντήριων πινακίδων), εφ' όσον δεν έχουν διαφημιστικά στοιχεία. 2. ... 3. ...».

Η παράγραφος 3 του άρθρου 17 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) ορίζει ότι: «3. Απαγορεύεται η εντοίχιση επιγραφών ή πινακίδων με εμπορικό ή κερδο-

σκοπικό περιεχόμενο, καθώς και η ανάρτηση πινακίδων σε εξώστες, παράθυρα ή άλλα σημεία εκτός από την κύρια είσοδο του τόπου της κατοικίας και της επαγγελματικής εγκατάστασης του ιατρού και την πρόσοψη του κτιρίου.

Οι διαστάσεις των πινακίδων οι οποίες επιτρέπεται να αναρτηθούν στην κύρια είσοδο της επαγγελματικής έδρας του ιατρού δεν είναι δυνατόν να είναι μεγαλύτερες των 0,25 Χ 0,30 εκατοστών και περιέχουν υποχρεωτικά και μόνον το όνομα, το επώνυμο, τον αριθμό μητρώου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, τους μόνιμους τίτλους που έχουν αναγνωρισθεί στην Ελλάδα, την ειδικότητα και τις ημέρες και ώρες των επισκέψεων. Απαγορεύεται η επιδεικτική διακόσμηση και ο φωτισμός των πινακίδων».

Από το συνδυασμό των ανωτέρω διατάξεων συνάγεται ότι οι ιατρικές ειδικότητες που μπορεί να λάβει και να ασκήσει Ιατρός είναι αποκλειστικά και μόνο αυτές οι οποίες αναφέρονται στο άρθρο 7 του Ν. Δ/τος 3366/1955 και ότι σ' αυτές δεν περιλαμβάνεται αυτή της ομοιοπαθητικής ή του βελονισμού. ***Κατά συνέπεια η απάντηση στο ανωτέρω ερώτημα είναι ότι ο ιατρός δεν δύναται νομίμως να ασκεί την ομοιοπαθητική ή τον βελονισμό και συνακόλουθα να αναγράφει στην επαγγελματική του πινακίδα στοιχεία τα οποία δεν συνιστούν αναγνωρισμένους τίτλους και ειδικότητες στην Ελλάδα.***

Αθήνα, 27 Σεπτεμβρίου 2010

Ο Γνωμοδοτών Δικηγόρος:
Λάμπρος Χρ. Γεωργακόπουλος

Βουκουρεστίου 20 (3ος Όροφος) Αθήνα, ΤΚ 10671
Τηλ. 210 3606950, fax. 210 3306995, κιν. 69442823
Email: lambros.georgakopoulos@gslaw.gr

Επιστολή του Οίκου Ναύτου σχετικά με θέματα συνταγογραφίας Φαρμάκων σε συνταγολόγια Οίκου Ναύτου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ: Εκκαθάρισης Λογ/σμών Φαρμακευτικών Δαπανών.

ΠΡΟΣ:
1. Όλους τους μόνιμους Ιατρούς-Οδοντιάτρους.
2. Όλες τις Δ/νσεις Ο.Ν.
3. Όλα τα ΠΟΝ για ενημέρωση και των συμβεβλημένων Ιατρών.
4. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.
5. Πανελλήνιο Φαρ/κό Σύλλογο.

ΚΟΙΝ.
1. Γρ. Προέδρου Ο.Ν
2. Γρ. Αναπληρωτή Προέδρου Ο.Ν

ΘΕΜΑ: «Θέματα συνταγογραφίας Φαρμάκων σε συνταγολόγια Ο.Ν».

ΣΧΕΤ: Σας γνωρίζουμε ότι εκτός από την αναγραφή του ΑΜΚΑ του θεράποντος ιατρού σε όλες τις συνταγές που εκδίδονται για ασφαλισμένους του Ο.Ν ανεξαρτήτως ποσού συνταγής, απαιτείται και η αναγραφή του ΑΜΚΑ των ασφαλισμένων του Ο.Ν.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΠΑΠΑΓΕΩΡΠΟΥ ΜΕΝΕΛΑΟΣ

Τρέχουσες απόψεις για το ρόλο της εξωσωματικής φωτοφέρεσης στη θεραπεία διαφόρων αυτοάνοσων δερματοπαθειών

Α. ΤΣΙΟΥΦΗ, Π.Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΑΥΓΕΡΙΝΟΥ, Α. ΚΑΤΣΑΜΠΑΣ
Από το Ιατρείο Αυτοάνοσων Δερματοπαθειών της Α΄ Κλινικής Δερματικών και Αφροδισίων νόσων της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

Περίληψη: *Η εξωσωματική φωτοφέρεση συνιστά μια ανοσοπαρεμβατική θεραπευτική μέθοδο, στα πλαίσια της οποίας ένα μικρό μέρος της δεξαμενής των λεμφοκυττάρων του περιφερικού αίματος απομακρύνεται από την κυκλοφορία και αφού ενισχυθεί φωτοχημικά, επανεγχέεται στον ασθενή. Η μέθοδος αρχικά αποδείχθηκε ωφέλιμη στη θεραπεία του δερματικού Τ-λεμφώματος, ειδικά στην ερυθροδερμική μορφή και το σύνδρομο Sezary. Αρκετές μελέτες περιγράφουν τη δυνατότητα εφαρμογής της και σε διάφορα αυτοάνοσα δερματικά νοσήματα (κοινή πέμφιγα, νόσο μοσχεύματος έναντι ξενιστή, σκληροδερμία, κ.ά.). Στη συνέχεια, παρουσιάζεται μια ανασκόπηση των σύγχρονων δεδομένων της εφαρμογής της εξωσωματικής φωτοφέρεσης σε μερικές αυτοάνοσες δερματοπάθειες.*

Λέξεις ευρετηρίου: *Εξωσωματική φωτοφέρεση, αυτοάνοσες δερματοπάθειες*

Εισαγωγή

Οι θεραπείες τύπου ανοσιακής παρέμβασης έχουν ήδη αποκτήσει τη θέση τους στο χειρισμό πολλών δερματικών νόσων, όπου μεσολαβούν παθογενετικά τα Τ-λεμφοκύτταρα. Από αυτές, η εξωσωματική φωτοφέρεση αποδείχτηκε αποτελεσματική σε διάφορα νοσήματα, όπως την κοινή πέμφιγα, τη φυλλώδη πέμφιγα, τη νόσο μοσχεύματος έναντι ξενιστή, την ψωριασική αρθρίτιδα, τη σκληροδερμία, το συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και την επίκτητη πομφολυγώδη επιδερμόλυση.

Στα πλαίσια της εξωσωματικής φωτοφέρεσης, ένα μικρό μέρος της δεξαμενής των λεμφοκυττάρων (μικρότερο του 1%) υποβάλλεται σε ανοσοτροποποίηση και κατόπιν επανεγχέεται στον οργανισμό, επάγοντας αλλοιώσεις πολύ ευρύτερες από τα αποτελέσματα που θα επέφερε η απλή «εξάλειψη» αυτού του μικρού πληθυσμού των λεμφοκυττάρων. Η εξωσωματική φωτοφέρεση, αρχικά, φάνηκε να έχει θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα στο δερματικό Τ-λέμφωμα. Μετά από αυτήν την παρατήρηση και αφού έγινε ευρύτερα διαθέσιμη, η μέθοδος εφαρμόστηκε στο θεραπευτικό χειρισμό πολλών δερματολογικών -και μη- νοσημάτων, στην αιτιοπαθογένεια των οποίων συμμετέχουν τα Τ-λεμφοκύτταρα.

Θεραπευτική προσέγγιση αυτοάνοσων δερματοπαθειών με εξωσωματική φωτοφέρεση

Στην αιτιοπαθογένεια πολλών από τα επονομαζόμενα αυτοάνοσα νοσήματα, συμμετέχει πληθυσμός ολιγοκλωνικών Τ-λεμφοκυττάρων. Επομένως, η προφανής ικανότητα της εξωσωματικης φωτοφέρεσης να διεγείρει ανοσοαπάντηση εναντίον των παθογενετικών κλώνων των Τ-κυττάρων στηρίζει την άποψη της δυνατότητας θεραπευτικής εφαρμογής της μεθόδου στη ρύθμιση της λειτουργικότητας των παθολογικών αυτών κλώνων (Πίνακας 1).

Κοινή πέμφιγα

Η κοινή πέμφιγα θεωρείται αυτοάνοσο νόσημα, όπου η παραγωγή αντισωμάτων εναντίον της πρωτεΐνης δεσμογλείνη-3, που αποτελεί δομικό στοιχείο των δεσμοσωματιακών συνδέσεων των επιδερμιδικών κυττάρων, οδηγεί στο σχηματισμό πομφόλυγων και διαβρώσεων στο δέρμα και τους βλεννογόνους. Η πλειοψηφία των ασθενών ελέγχεται επαρκώς με τη χορήγηση υψηλών δόσεων κορτικοειδών και συχνά ισχυρών ανοσοκατασταλτικών, όπως -μεταξύ άλλων- αζαθειοπρίνης, κυκλοσπορίνης, κυκλοφωσφαμίδης, μεθοτρεξάτης και δαψόνης. Η μακρόχρονη θεραπεία με αυτούς τους παράγοντες, συχνά, ακολουθείται από επιπλοκές και ο δείκτης θνητότητας παραμένει γύρω στο 5-15%, κυρίως λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών των χορηγούμενων φαρμάκων. Η εξωσωματική φωτοφέρεση προσφέρει τη δυνατότητα ελαχιστοποίησης, τόσο των βραχυχρόνιων, όσο και των μακροχρόνιων φαρμακευτικών επιπλοκών και αποτελεί μια δυναμική θεραπεία σε ασθενείς με πέμφιγα, που είτε δεν απαντούν στα χορηγούμενα φάρμακα, είτε παρουσιάζουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες απ' αυτά[3-5].

Σκληροδερμία

Η σκληροδερμία χαρακτηρίζεται από την ανώμαλη εναπόθεση περίσσειας κολλαγόνου στο δέρμα, με αποτέλεσμα την ελαττωμένη κινητικότητα των αρθρώσεων λόγω σκλήρυνσης του δέρματος. Όταν συνυπάρχει ίνωση εσωτερικών οργάνων, όπως καρδιάς, πνευμόνων, γαστρεντερικού σωλήνα και νεφρών, τότε ομιλούμε για συστηματική σκληροδερμία. Η κλασική θεραπεία αυτής της νόσου περιλαμβάνει τη χορήγηση D-πενικιλαμίνης, που αποτελεί αναστολέα της παραγωγής-σύνδεσης των ινών του κολλαγόνου, καθώς και άλλων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Η πρώιμη φάση της συστηματικής σκληροδερμίας χαρακτηρίζεται από έντονη φλεγμονώδη διήθηση και οίδημα στο χόριο. Από τα διηθούντα το χόριο φλεγμονώδη κύτταρα, ενεργοποιημένα Τ-λεμφοκύτταρα διεγείρουν τη σύνθεση κολλαγόνου, προκαλώντας τελικά ίνωση μέσω έκκρισης συγκεκριμένων κυτταροκινών. Παρά το γεγονός ότι το κολλαγόνο υφίσταται συνεχώς μια αναγεννητική διαδικασία, ο βαθμός στον οποίο μπορεί να είναι αντιστρεπτή η προκαλούμενη ίνωση σε ασθενείς με συστηματική σκληροδερμία είναι ⇨

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΦΩΤΟΦΕΡΕΣΗ.*

- Κοινή πέμφιγα
- Σκληροδερμία
- Νόσος μοσχεύματος έναντι ξενιστή
- Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- Ψωριασική αρθρίτιδα
- Επίκτητη πομφολυγώδης επιδερμολύση

*Εκτός από το δερματικό Τ-λέμφωμα

άγνωστος. Επομένως, δεν είναι παράξενο που η εξωσωματική φωτοφέρεση στη σκληροδερμία έχει παρουσιάσει τα καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς με πρόσφατη έναρξη της νόσου[6,7]. Αντίθετα, σε εφαρμογή της σε προχωρημένο στάδιο ίνωσης τα αποτέλεσματα δεν είναι ενθαρρυντικά[8,9]. Συνοψίζοντας, οι ασθενείς με συστηματική σκληροδερμία φαίνεται να ωφελούνται από τη συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο, κυρίως εάν η έναρξη της νόσου είναι πρόσφατη και δεν έχουν ακόμα επέλθει μη αναστρέψιμες χρόνιες ινωτικές αλλοιώσεις. Μέχρι πρόσφατα, οι ασθενείς με σοβαρή συμμετοχή εσωτερικών οργάνων αποκλείονταν από τις περισσότερες μελέτες και τα αποτελέσματα της θεραπείας στην ομάδα αυτή είναι προς το παρόν αδιευκρίνιστα. Η έρευνα πάντως συνεχίζεται.

Νόσος μοσχεύματος έναντι ξενιστή

Η νόσος μοσχεύματος έναντι ξενιστή (graft-versus-host disease) είναι μια συχνή επιπλοκή, κυρίως της αλλογενούς μεταμόσχευσης μυελού των οστών. Η δερματική προσβολή παρουσιάζει κλινικό εύρος από διάσπαρτο ερυθηματώδες εξάνθημα στην οξεία νόσο, έως λειχηνοειδείς και σκληροδερμοειδείς αλλοιώσεις στη χρόνια μορφή της νόσου. Η εκτεταμένη νόσος χαρακτηρίζεται από προσβολή πολλαπλών οργάνων και είναι ανθεκτική σε υψηλές δόσεις ανοσοκατασταλτικών. Η νόσος επάγεται από Τ-λεμφοκύτταρα που κατευθύνονται εναντίον αυτοαντιγόνων του μείζονος και του ελάσσονος συστήματος ιστοσυμβατότητας. Το γεγονός ότι η εξωσωματική φωτοφέρεση είναι ικανή να επάγει μια ανοσορρυθμιστική απάντηση εναντίον των παθογενετικών Τ-κυττάρων γίνεται αντιληπτό από τα αποτελέσματα πειραμάτων, όπως η ειδική αναστολή της απόρριψης δερματικού μοσχεύματος[10] και η αποτροπή της νόσου σε ποντίκια[11]. Ακόμα, έχουν περιγραφεί περιπτώσεις χρόνιας μορφής της νόσου με καλή ανταπόκριση στην εξωσωματική φωτοφέρεση[12-14].

Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος χαρακτηρίζεται κυρίως από μη φυσιολογική λειτουργία των Τ και Β-λεμφοκυττάρων και από παραγωγή αυτοαντισωμάτων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση ποικιλίας δερματικών αλλοιώσεων (π.χ. φωτοευαισθησία, διαβρώσεις βλεννογόνων, δισκοειδείς βλάβες) και συστηματικών διαταραχών. Η νόσος, συνήθως, ελέγχεται σε κάποιο βαθμό με τις κλασικές θεραπευτικές μεθόδους, που περιλαμβάνουν τη χορήγηση ανθελονοσιακών, κορτικοστεροειδών και άλλων ανοσοκατασταλτικών παραγόντων. Μελέτες σε δύο διαφορετικά μοντέλα ποντικιών έδειξαν ότι η ρύθμιση της λειτουργικότητας των Τ-κυττάρων που συμμετέχουν στον παθογενετικό μηχανισμό της νόσου είναι δυνατή μέσω της εξωσωματικής φωτοφέρεσης.

Έτσι, επιχειρήθηκε πιλοτική μελέτη σε ασθενείς, με καλά αποτελέσματα[15].

Οι ασθενείς με ήπια μορφή της νόσου, που δεν ανέχονται άλλο ή που θέλουν να ελαττώσουν τη συστηματική θεραπεία, μπορεί να ωφεληθούν από τη μέθοδο της εξωσωματικής φωτοφέρεσης. Ωστόσο, απαιτείται περισσότερη εμπειρία για την εξαγωγή τελικών συμπερασμάτων ως προς την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

Ψωριασική αρθρίτιδα

Η ψωριασική αρθρίτιδα αντιπροσωπεύει μια ιδιαίτερη φλεγμονώδη αρθροπάθεια, που απαντά περίπου στο 5% των ασθενών με ψωρίαση. Η συσχέτιση της νόσου με συγκεκριμένους HLA φαινοτύπους, αλλά και η απάντηση σε φαρμακευτική αγωγή που ρυθμίζει τη λειτουργικότητα των Τ-κυττάρων (π.χ. κυκλοσπορίνη), είναι μερικές από τις ενδείξεις ότι πιθανότατα η ψωρίαση αποτελεί αυτοάνοση δερματοπάθεια, στην παθογένεια της οποίας συμμετέχει κυρίως το Τ-λεμφοκύτταρο. Σε προχωρημένες μορφές ψωριασικής αρθρίτιδας, η ανταπόκριση στους αντιφλεγμονώδεις, ανοσοκατασταλτικούς και κυτταροτοξικούς φαρμακευτικούς παράγοντες είναι πτωχή.

Μελέτες σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εξωσωματική φωτοφέρεση έδειξαν βελτίωση των συμπτωμάτων από τις αρθρώσεις[16,17]. Υποστηρίζεται ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της ψωριασικής αρθρίτιδας με εξωσωματική φωτοφέρεση μπορεί να βελτιώσει μερικά από τα αρθροπαθητικά συμπτώματα, σε ασθενείς που ανθίστανται ή δεν ανέχονται την κλασική θεραπεία. Οι δερματικές όμως βλάβες της ψωρίασης δεν έχουν σταθερή ανταπόκριση στην εφαρμογή της μεθόδου.

Επίκτητη πομφολυγώδης επιδερμόλυση

Η επίκτητη πομφολυγώδης επιδερμόλυση χαρακτηρίζεται από την παραγωγή αυτοαντισωμάτων κατά του προκολλαγόνου VII, που αποτελεί το κύριο δομικό στοιχείο των στηρικτικών ινιδίων στην περιοχή της sublamina densa (άνω τμήμα χορίου). Επιθετικές μορφές της νόσου μπορεί να μην ανταποκρίνονται στις κλασικές ανοσοκατασταλτικές θεραπείες. Οι Miller et al[18] ανέφεραν την περίπτωση ενός άνδρα 31 ετών με σοβαρή μορφή της νόσου, που ήταν ανθεκτική σε από του στόματος υψηλές δόσεις, καθώς και στην ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοειδών, σε διάφορους συνδυασμούς ανοσοκατασταλτικών και στην πλασμαφαίρεση. Μετά από τρεις μήνες εξωσωματικής φωτοφέρεσης, ο ασθενής δεν εμφάνιζε νέες πομφόλυγες και παρά τη σταδιακή μείωση των κορτικοστεροειδών, το δέρμα του ήταν ελεύθερο νόσου για περισσότερο από δύο χρόνια. Περαιτέρω εκτεταμένες μελέτες είναι απαραίτητες, για να διευκρινιστεί αν η εξωσωματική φωτοφέρεση μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική εναλλακτική θεραπευτική μέθοδο για επιθετικές κυρίως μορφές της επίκτητης πομφολυγώδους επιδερμόλυσης.

Συμπέρασμα

Κατά την έναρξη της εξωσωματικής φωτοφέρεσης απαιτείται καθορισμός των θεραπευτικών στόχων και προσδιορισμός των κατάλληλων παραμέτρων. Για παράδειγμα, στους ασθενείς με δερματικό Τ-λέμφωμα, το μέγεθος του όγκου μπορεί να εκτιμηθεί με καταγραφή των δερματικών βλαβών, με κυτταρομετρία ροής, με μοριακή εκτίμηση στο περιφερικό αίμα και με αξονική τομογραφία των λεμφαδένων.

Επειδή η απάντηση στη θεραπευτική αυτή μέθοδο είναι σταδιακή, πρέπει να γίνεται

περιοδική εκτίμηση αυτών των προσδιορισμών ανά 4-8 εβδομάδες.

Οι Groldman et al[19] πιστοποίησαν την αξία της μέτρησης των επιπέδων των υποδοχέων της διαλυτής ιντερλευκίνης-2 στον ορό, καταδεικνύοντας ότι η παράμετρος αυτή μειωνόταν καθώς οι ασθενείς με λέμφωμα απαντούσαν στη θεραπεία. Στην πέμφιγα, πρέπει να καταγράφεται ο αριθμός των δερματικών βλαβών και να προσδιορίζεται ο τίτλος των αντισωμάτων, ενώ στους ασθενείς με σκληροδερμία να μετράται ο βαθμός ίνωσης σε βιοψία δέρματος και να αξιολογείται η βελτίωση της λειτουργικότητας των τυχόν προσβεβλημένων εσωτερικών οργάνων με τις κατάλληλες δοκιμασίες. Όταν υπάρχει μερική ανταπόκριση στη θεραπεία, η εξωσωματική φωτοφέρεση μπορεί να συνεχιστεί για τη διατήρηση του αποτελέσματος. Σε πλήρη ανταπόκριση, ο ρυθμός της συχνότητας εφαρμογής της μεθόδου ελαττώνεται σταδιακά. Η συνήθης συχνότητα είναι 2 συνεδρίες το μήνα για 2 συνεχείς ημέρες.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη μέθοδο καταγράφονται και ο ασθενής υποβάλλεται σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο πριν από την έναρξη της θεραπείας και πριν από κάθε μηνιαία συνεδρία. Η φωτοευαισθητοποιός φαρμακευτική ουσία που χορηγείται δύο ώρες πριν από τη θεραπεία είναι το 8-MOP (8 μεθοξυψωραλένιο) και η εφαρμοζόμενη δόση UVA στα Τ-λεμφοκύτταρα ανέρχεται σε 24-30Joules.

Βιβλιογραφία

1. Machaeimer W, Jantschitsch C et al. Sezary syndrome and seronegative polyarthritis: Treatment with extracorporeal photochemotherapy. J Am Acad Dermatol 2003; 48:220-226.
2. Wollina U, Lange D et al. Short-time extracorporeal photochemotherapy in the treatment of drug-resistant autoimmune bullous disease. Dermatology 1999; 198:140-144.
3. Rook AH, Jegasothy By et al. Extracorporeal photochemotherapy for drug-resistant pemphigus vulgaris. Ann Intern Med 1990; 112:303-305.
4. Liang G, Nahass G et al. Pemphigus vulgaris treated with photopheresis. J Am Acad Dermatol 1992; 26:779-780.
5. Gollnick HP, Owsianowski M et al. Unresponsive severe generalized pemphigus vulgaris successfully controlled by extracorporeal photopheresis. J Am Acad Dermatol 1993; 28:122-124.
6. Rook AH, Freundlich B et al. Treatment of systemic sclerosis with extracorporeal photochemotherapy. Results of a multicenter trial. Arch Dermatol 1992; 128:337-346.
7. Di Spaltro FX, Cottnill C et al. Extracorporeal photochemotherapy in progressive systemic sclerosis. Int J Dermaatol 1993; 32:417-421.
8. Zachariae H, Bjerring P et al. Photopheresis and systemic sclerosis. Arch Dermatol 1992; 128:1651-1653.
9. Cribier B, Faradji T et al. Extracorporeal photochemotherapy in systemic sclerosis and severe morphea. Dermatology 1995; 191:25-31.
10. Peter MI, Edefson RL et al. Inhibition of anti-skin allograft immunity by infusions with syngeneic photoinactivated effector lymphocytes. J Invest Dermatol 1989; 92:6699674.
11. Grirardi M, Herreid P et al. Specific suppression of lupus-like graft-versus-host disease using extracorporeal photochemical attenuation of effector lymphocytes. J Invest Dermatol 1995; 104:177-182.
12. Owsianowski M, Gollnick H et aJ. Successful treatment of chronic graft-versus-host disease with extracorporeal photopheresis. Bone Marrow Transplant 1994; 14:845-848.
13. Rossetti F, Zulian F et al. Extracorporeal photochemotherapy as single therapy for extensive, cutaneous, chronic graft-versus-host disease. Transplantation 1995; 59:49-51.
14. Greinix HT, Volc-Platzer B et al. Extracorporeal photochemotherapy in the treatment of severe graft-versus-host disease. Leuk Lymphoma 2000; 36:425-434.
15. Krobler RM, Graninger W et al. Extracorporeal photochemotherapy for the treatment of systematic lupus erythematosus. A pilot study. Arthritis Rheum 1992; 35:319-324.
16. Wilfert H, Honigsmann H et al. Treatment of psoriatic arthritis by extracorporeal photochemotherapy. Br J Dermatol 1990; 122:225-232.
17. de Misa RF, Azana JM et al. Psoriatic arthritis: one year of treatment with extracorporeal photochemotherapy. J Am Acad Dermatol 1994; 30:1037-1038.
18. Miller JL, Stricklin GP et al. Remission of severe epidermolysis bullosa acquisita induced by extracorporeal photochemotherapy. Br J Dermatol 1995; 133:467-47»'.
19. Groldman BO, Oh SK et al. Serum soluble interleukin receptor levels in erythrodermic cutaneous T -cell lymphoma correlate with response to photopheresis based treatment. Arch Dermatol 1 993; 129:1166-1170.

Διαγνωστική προσέγγιση ασθενούς με υπερφερριτιναιμία

ΧΡΗΣΤΟΣ Μ. ΚΑΡΕΦΥΛΑΚΗΣ, ΗΛΙΑΣ Ε. ΜΑΖΟΚΟΠΑΚΗΣ
Παθολογική Κλινική Ναυτικού Νοσοκομείου Κρήτης

Περίληψη: *Η φερριτίνη αποτελεί το κύριο αποθηκευτικό μόριο για το σίδηρο, αλλά και πρωτεΐνη φλεγμονώδους αντίδρασης, καθώς η παραγωγή της αυξάνεται σε καταστάσεις ενεργοποίησης των μακροφάγων. Η σύνθεση της φερριτίνης ρυθμίζεται από την ενδοκυττάρια συγκέντρωση σιδήρου, από κυτταροκίνες, από το οξειδωτικό stress και από ορμονικά μονοπάτια. Τα επίπεδα της φερριτίνης αυξάνονται σε διάφορα νοσήματα και καταστάσεις. Σε υπερφερριτιναιμία με υπερφόρτωση σιδήρου πρέπει να αποκλειστούν πρωτοπαθή (κληρονομική αιμοχρωμάτωση, νόσος του Wilson) και δευτεροπαθή (μεταγγίσεις αίματος, μη αποτελεσματική ερυθροποίηση, υπερβολική πρόσληψη σιδήρου, χρόνια ηπατικά νοσήματα) αίτια αιμοχρωμάτωσης. Σε υπερφερριτιναιμία χωρίς υπερφόρτωση σιδήρου, πρέπει να αποκλειστούν κυρίως, οξέα και χρόνια (π.χ. αυτοάνοσα νοσήματα) φλεγμονώδη νοσήματα και καταστάσεις, ηπατικά (π.χ. μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα, ιογενείς ηπατίτιδες) και νεοπλασματικά (συνήθως αιμοποιητικού ιστού) νοσήματα. Ο γενετικός έλεγχος για κληρονομική αιμοχρωμάτωση ενδείκνυται σε όλους τους ασθενείς με υπερφερριτιναιμία και αυξημένο (>45%) κορεσμό τρανσφερρίνης. Στην παρούσα ανασκόπηση αναλύουμε τις συνηθέστερες αιτιολογικές καταστάσεις υπερφερριτιναιμίας και προτείνουμε έναν πρακτικό αλγόριθμο διερεύνησής της, χρήσιμο για τον κλινικό ιατρό.*

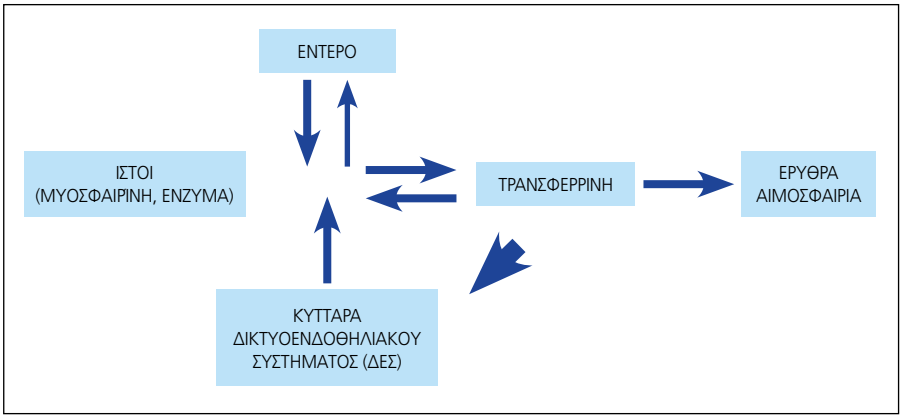
Λέξεις ευρετηρίου: *αιμοχρωμάτωση, σίδηρος, υπερφερριτιναιμία, φερριτίνη.*

Εισαγωγή

Μεταβολισμός του σιδήρου

Ο σίδηρος (Fe) είναι απαραίτητο μέταλλο για κάθε ανθρώπινο κύτταρο. Στη φύση απαντάται ως το τέταρτο πλέον άφθονο στοιχείο και το δεύτερο πλέον άφθονο μέταλλο στο φλοιό της γης, όπου υπάρχει κατεξοχήν με τη λίαν αδιάλυτη τρισθενή μορφή του (Fe^{+3}, ferric), ενώ η μορφή του δισθενούς σιδήρου (Fe^{+2}, ferrous) είναι πλέον διαλυτή[1]. Ο σίδηρος λειτουργεί ως μεταφορέας οξυγόνου και ηλεκτρονίων, αλλά και ως καταλύτης σε οξυγονώσεις, υδροξυλιώσεις και άλλες σημαντικές μεταβολικές διεργασίες, χάρη στην ικανότητά του να μετατρέπεται άμεσα από δισθενή σε τρισθενή μορφή και αντίστροφα[1]. Το μεταβολισμό του σιδήρου μπορούμε να τον διαιρέσουμε σε τέσσερα στάδια (απορρόφηση, μεταφορά, χρησιμοποίηση και αποθήκευση) και παριστάνεται απλουστευμένα στο Σχήμα 1.

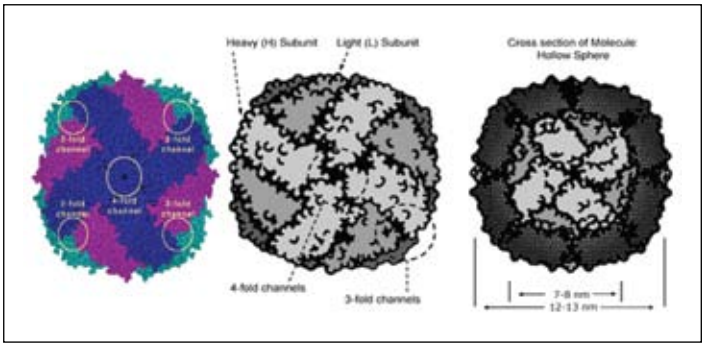
Ο συνολικός σίδηρος σε ενήλικο άτομο εκτιμάται στα 3-7g περίπου. Το 60-70% αυτού του σιδήρου βρίσκεται στην αιμοσφαιρίνη και το 3-4% στη μυοσφαιρίνη των σκελετικών μυών και στην καρδιά. Περίπου 25-27% βρίσκεται ως εναποθηκευμένος σίδηρος (storage iron) στη φερριτίνη (ferritin) και την αιμοσιδηρίνη στους ιστούς και κυρίως στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα (ΔΕΣ), στο ήπαρ, στο σπλήνα και στο μυελό των οστών[2]. Το υπόλοιπο του σιδήρου του σώματος βρίσκεται στα κυτοχρώματα και στα μόρια που περιέχουν σίδηρο. Ένα μικρό τέλος ποσοστό γύρω στο 0,1%, δηλαδή 3-4mg, αποτελεί ο σίδηρος μεταφοράς (transport iron) που βρίσκεται στο πλάσμα του αίματος συνδεδεμένος με την τρανσφερρίνη (transferrin). Οι φυσιολογικές καθημερινές απώλειες σιδήρου ανέρχονται σε 1-3mg και κατανέμονται ως εξής: α) περίπου 1mg σιδήρου χάνεται ημερησίως από τα ούρα, τα κόπρανα, τον ιδρώτα και τα επιθήλια του δέρματος, β) οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας λόγω της έμμηνης ρύσης αποβάλλουν περίπου 15-30mg ⇨



Σχήμα 1. *Σχηματική απεικόνιση του μεταβολικού κύκλου του σιδήρου.*

σιδήρου μηνιαίως και γ) κατά την εγκυμοσύνη υπάρχει μια μέση απώλεια 1,5mg σιδήρου ανά 24ωρο προς το έμβρυο[2]. Επιπλέον ποσά σιδήρου μπορούν να χαθούν από επισυμβαίνουσες αιμορραγίες και με την αιμοδοσία. Το ποσό του σιδήρου που χάνεται αναπληρώνεται με ενεργητική απορρόφηση από το έντερο. Υπενθυμίζεται ότι μία φυσιολογική δίαιτα δυτικού τύπου αποφέρει περίπου 15mg σιδήρου την ημέρα και από αυτό το ποσό απορροφάται περίπου το 10-20% στο 12δάκτυλο και στην ανώτερη νήστιδα. Επειδή το μεγαλύτερο μέρος του σιδήρου των τροφών είναι τρισθενής και με μορφή αδιάλυτων ενώσεων, μόνο ένα μικρό μέρος απορροφάται, αφού πρώτα διαλυθεί από το όξινο γαστρικό υγρό ή το αλκαλικό εντερικό υγρό και στη συνέχεια αναχθεί σε δισθενή σίδηρο κυρίως με τη δράση της βιταμίνης C της τροφής[2]. Πρακτικά, ο σίδηρος των τροφών που απορροφάται είναι μόνο αυτός που προέρχεται υπό μορφή αίμης (αιμοσφαιρίνη και μυοσφαιρίνη), ενώ υπό μορφή μη-αίμης (αυγά, φυτικές τροφές, φερριτίνη, αιμοσιδηρίνη) έχει πενιχρή απορρόφηση (1-2%)[1]. Ο σίδηρος μεταφέρεται και αποθηκεύεται ως συστατικό ποικίλων συμπλεγμάτων και όχι ως ελεύθερο κατιόν.

Πιο συγκεκριμένα, ο εσωτερικός εφοδιασμός και η αποθήκευση του σιδήρου στον άνθρωπο υλοποιείται με τρεις πρωτεΐνες, την τρανσφερρίνη (ή σιδηροφιλίνη), τον υποδοχέα τρανσφερρίνης (transferrin receptor, TfR) και τη φερριτίνη. Η παραγωγή αυτών των πρωτεϊνών ρυθμίζεται από τις ρυθμιστικές πρωτεΐνες του σιδήρου (iron regulatory proteins, IRPs)[1]. Η τρανσφερρίνη είναι ο μοναδικός φυσιολογικός μεταφορέας του σιδήρου μεταξύ του πλάσματος των εξωκυττάριων υγρών και των ιστών και ηλεκτροφορητικά πορεύεται στις β-σφαιρίνες. Κάθε μόριο τρανσφερρίνης μεταφέρει δύο άτομα τρισθενούς σιδήρου, ενώ μεταξύ τους παρεμβάλλεται ένα ανιόν (διττανθρακικό ή καρβονικό). Ο τόπος σύνθεσης της τρανσφερρίνης είναι πρακτικά το ήπαρ και ο χρόνος ημίσειας ζωής της είναι περίπου 8 ημέρες. Η σύνδεση της τρανσφερρίνης με τον TfR προσδίδει στο σίδηρο τη δυνατότητα εισόδου στο εσωτερικό των σωματικών κυττάρων, αλλά ταυτόχρονα παίζει σημαντικό ρόλο στην απελευθέρωση του σιδήρου μέσα στο κύτταρο[1]. Ο TfR είναι μια διμερής διαμεμβρανική γλυκοπρωτεΐνη αποτελούμενη από δύο ταυτόσημες υποομάδες, οι οποίες συνδέονται μεταξύ τους με δισουλφιδικό δεσμό[1]. Ο υποδοχέας της τρανσφερρίνης στο πλάσμα ή διαλυτός υποδοχέας της τρανσφερρίνης (soluble TfR, sTfR) είναι μια ακρωτηριασμένη μορφή (έχει το ½ του MB) του ιστικού υποδοχέα τρανσφερρίνης και συνίσταται μόνο από το αμινοτελικό άκρο του μορίου το οποίο απελευθερώνεται με πρωτεόλυση από την κυτταρική μεμβράνη. Η προέλευση των sTfRs θεωρείται ότι είναι από τον ερυθροκυτταρικό μυελό[1].



Εικόνα 1. *Το μόριο της φερριτίνης*[3].

Το μόριο της φερριτίνης και η ρύθμιση της συνθέσεώς της

Η φερριτίνη αποτελεί πρωτεΐνη μεγάλης σημασίας στο μεταβολισμό του σιδήρου, καθώς είναι η κύρια ουσία στην οποία αποθηκεύεται.

Εκεί διατηρείται ασφαλώς, γεγονός που επιτρέπει την ελεγχόμενη αποδέσμευσή του και μειώνει τον κίνδυνο οξείδωσης μέσω των ελεύθερων ατόμων σιδήρου. Στον άνθρωπο, το μόριο της φερριτίνης είναι μια σφαιρική κοιλότητα μοριακού βάρους 450.000Da και εξωτερικής διαμέτρου 12-13nm (Εικόνα 1). Το μόριο της φερριτίνης αποτελείται από ένα εξωτερικό πρωτεϊνικό κέλυφος, την αποφερριτίνη και ένα πυρήνα που μπορεί να αποθηκεύσει μέχρι και 4.500 ιόντα Fe^{+3} [3]. Η αποφερριτίνη αποτελείται από 24 «βαριές» (heavy, H) και «ελαφρές» (light, L) πολυπεπτιδικές αλύσους σε διάφορες αναλογίες που καλούνται και υπομονάδες φερριτίνης (ferritin subunits) (Εικόνα 1)[3,4]. Στη διατομή των L και H υπομονάδων σχηματίζονται τρίπτυχα (three-fold) και δίπτυχα (four-fold) κανάλια (channels), τα οποία συνδέουν τον πυρήνα του μορίου της φερριτίνης (διαμέτρου 7-8nm) με την επιφάνειά του[3]. Οι υπομονάδες H καταλύουν την οξείδωση του δισθενούς σιδήρου σε τρισθενή, ενώ οι L είναι απαραίτητες για την αποθήκευση του σιδήρου στον πυρήνα του μορίου της φερριτίνης. Έτσι, η φερριτίνη στο ήπαρ και το σπλήνα είναι πλούσια σε L υπομονάδες, ενώ εκείνη στην καρδιά και τον εγκέφαλο σε H υπομονάδες[4].

Η σύνθεση της φερριτίνης, όπως και των TfRs, ρυθμίζεται καταρχήν από την ενδοκυττάρια συγκέντρωση σιδήρου. Η γονιδιακή ρύθμιση της σύνθεσης της φερριτίνης συντονίζεται με τη σύνθεση του TfR και το mRNA αποτελεί τον κύριο στόχο των σιδηρο-επαγόμενων αλλαγών στην έκφραση της φερριτίνης και του TfR[3,4]. Το mRNA και των δύο πρωτεϊνών έχει ένα τμήμα με κοινή αλληλουχία, το IRE (iron-responsive element). Το IRE αναγνωρίζεται και έχει ικανότητα σύνδεσης με μια IRP. Το mRNA της φερριτίνης έχει ένα IRE στο 5' άκρο του, ενώ το mRNA του TfR έχει πέντε IRE στο 3' άκρο του[4,5]. Η IRP, ανάλογα με την περίσσεια της φερριτίνης ή του TfR, αποκτά μια ιδιαίτερη διαμόρφωση που της επιτρέπει να συνδέεται κάθε φορά στο συγκεκριμένο άκρο και να ρυθμίζει τη σύνθεση των πρωτεϊνών. Έτσι, όταν υπάρχουν μικρές ποσότητες σιδήρου, τότε συνθέτονται μεγαλύτερες ποσότητες TfRs, ενώ μειώνεται η παραγωγή φερριτίνης. Αντίθετα, όταν υπάρχει αφθονία σιδήρου μειώνεται η σύνθεση των TfRs και αυξάνεται η σύνθεση φερριτίνης[5].

Σημαντικό ρόλο στη σύνθεση της φερριτίνης διαδραματίζουν επίσης οι κυτταροκίνες, [όπως ο παράγων νέκρωσης όγκων (TNF)-a και η ιντερλευκίνη (IL)-1β], είτε προάγοντας τη σύνθεση των H και L υπομονάδων της φερριτίνης σε ανθρώπινα μυϊκά κύτταρα και άλλες κυτταρικές σειρές, είτε προάγοντας τη σύνθεση NO, το οποίο με τη σειρά του προκαλεί την ενεργοποίηση της IRP και συνεπώς την έμμεση παραγωγή φερριτίνης ρυθμίζοντας την έκφραση του φερριτινικού mRNA[4]. Έτσι, εξηγείται η αύξηση της φερριτίνης σε διάφορες φλεγμονώδεις καταστάσεις, δρώντας ως πρω-

τεΐνη οξείας φάσης. Επιπλέον, η σύνθεση της φερριτίνης φαίνεται να ρυθμίζεται από το οξειδωτικό stress και από διάφορες ορμόνες (όπως η Τ3, η ινσουλίνη και ο insulin growth factor-1/IGF-1)[4].

Εργαστηριακή εκτίμηση της οικονομίας του σιδήρου

Η οικονομία του οργανισμού σε σίδηρο μπορεί να εκτιμηθεί με τις ακόλουθες μετρήσεις:

1. Αναζήτηση και προσδιορισμός του ιστικού σιδήρου (αιμοσιδηρίνης) σε δείγματα βιοψιών. Η εκτίμηση των αποθεμάτων του σιδήρου στο μυελό των οστών και το ήπαρ γίνεται κατόπιν ειδικής χρώσης (κυανούν του Βερολίνου). Εξαιτίας της κυτταρικής ετερογένειας του μυελού των οστών, η μέθοδος δεν είναι αξιόπιστη στην αξιολόγηση της περίσσειας σιδήρου σε δείγματα μυελού των οστών. Το ήπαρ όμως, είναι ένας ομοιογενής ιστός και επομένως άριστη πηγή υπολογισμού των αποθεμάτων σιδήρου (gold standard). Η χρώση των ηπατικών βιοψιών δίνει μόνο ημιποσοτική εκτίμηση των αποθεμάτων σιδήρου, ενώ η φασματομετρία ατομικής απορρόφησης παρέχει ακριβείς ποσοτικές πληροφορίες. Για τον ποσοτικό προσδιορισμό του ηπατικού σιδήρου χρησιμοποιείται ο δείκτης ηπατικού σιδήρου (hepatic iron index), εκφραζόμενος ως το πηλίκο της ηπατικής συγκέντρωσης σιδήρου (mmol/Kg) προς την ηλικία του ασθενούς (έτη). Δείκτης ηπατικού σιδήρου μεγαλύτερος από 1,9mmol/Kg ανά έτος ισχυροποιεί τη διάγνωση αιμοχρωμάτωσης[6].

2. Μέτρηση των επιπέδων του σιδήρου του ορού. Ο σίδηρος ορού, αν και συχνά χρησιμοποιούμενος, δεν είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη μέθοδος, διότι επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες, όπως το φύλο, την ηλικία, τη λήψη τροφής και κυρίως τους κιρκάδιους ρυθμούς[7]. Οι φυσιολογικές τιμές κυμαίνονται γύρω στα 100μg/dl (80-120). Η ανεύρεση χαμηλής στάθμης σιδήρου του ορού δε σημαίνει κατ' ανάγκη σιδηροπενική αναιμία, γιατί πολλές φορές ο σίδηρος αποθηκεύεται στο μυελό και μικρό μόνο ποσό του εξέρχεται στην περιφέρεια.

3. Μέτρηση της τρανσφερρίνης του πλάσματος και του ποσοστού κορεσμού της. Τα επίπεδα τρανσφερρίνης στο πλάσμα συνήθως μετρώνται ως ολική σιδηροδεσμευτική ικανότητα (total iron binding capacity, TIBC)[1]. Ο δείκτης αυτός αυξάνεται στη σιδηροπενία, ενώ ελαττώνεται στην υπερφόρτωση σιδήρου, αλλά γενικά είναι αναξιόπιστος δείκτης εκτίμησης του ισοζυγίου του σιδήρου. Οι φλεγμονές, οι λοιμώξεις, οι κακοήθειες, η ηπατοπάθεια, το νεφρωσικό σύνδρομο, η υποπρωτεϊναιμία (υποσιτισμός, εγκαύματα) και η λήψη ορισμένων φαρμάκων μειώνουν τα επίπεδα τρανσφερρίνης, ενώ η εγκυμοσύνη και τα αντισυλληπτικά τα αυξάνουν. Επίσης, σε αντίθεση με τη φερριτίνη, παρουσιάζει ημερήσια διακύμανση. Ο κορεσμός τρανσφερρίνης (transferrin saturation) συνδέεται με την TIBC με την ακόλουθη σχέση: κορεσμός τρανσφερρίνης (%)=σίδηρος ορού Χ 100/TIBC. Κορεσμός τρανσφερρίνης <16% είναι ενδεικτικός σιδηροπενίας[8], ενώ η αύξηση του >60% για τους άνδρες και >50% για τις γυναίκες, θεωρείται ο πρωιμότερος δείκτης ελέγχου κληρονομικής αιμοχρωμάτωσης[9,10].

4. Μέτρηση της φερριτίνης του ορού. Ο προσδιορισμός των επιπέδων της φερριτίνης ορού τείνει να αντικαταστήσει τις προηγούμενες μεθόδους στην εκτίμηση των αποθεμάτων του οργανισμού σε σίδηρο, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις δίνει ψευδώς υψηλές τιμές, όπως θα αναφέρουμε στη συνέχεια. Τα επίπεδα φερριτίνης ορού, έχουν άριστη συσχέτιση με τα αποθέματα σιδήρου (1μg/L φερριτίνης αντιστοιχεί σε 10mg σιδήρου αποθηκών)[11] και εμφανίζουν διακυμάνσεις με την ηλικία και το φύλο[12]. Πιστεύεται ότι η φερριτίνη ορού είναι το αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ της διαφυγής της από τους ιστούς και της κάθαρσής της[3]. Η φερριτίνη στο αίμα είναι μια εκκριτική μορφή της πρωτεΐνης, που γλυκοζυλιώνεται και διαφέρει στη σύνθεση των υπομονάδων από την αποθεματική μορφή που βρίσκεται στα κύτταρα. Σε καταστάσεις υπερφόρτωσης σιδήρου η υπερφερριτιναιμία έπεται της αύξησης του κορεσμού της τρανσφερρίνης, ενώ σε οξείες φλεγμονώδεις καταστάσεις η υπερφερριτιναιμία συνυπάρχει με φυσιολογικό κορεσμό τρανσφερρίνης. Ο ακριβής προσδιορισμός της φερριτίνης του ορού επιτυγχάνεται με τη βοήθεια ευαίσθητων ραδιοανοσοβιολογικών μεθόδων (radioimmunoassays/RIA, immunoradiometric assays/IRMA) που αποτελούν τεχνικές της πυρηνικής ιατρικής, καθώς και με ELISA (enzyme-linked immunosorbent assays). Όλες οι παραπάνω μέθοδοι έχουν ίδιο βαθμό ακρίβειας και αξιοπιστίας[13], που οφείλεται στην ανάπτυξη standards αναφοράς το 1985[14]. Το διεθνές standard της ανθρώπειας φερριτίνης ήπατος είναι IS 80/602.

5. Μέτρηση των επιπέδων των sTfRs. Τα επίπεδα των sTfRs αντανακλούν την ολική σωματική μάζα του ιστικού υποδοχέα της τρανσφερρίνης. Επί απουσίας άλλων αιτιών που προκαλούν ερυθροκυτταρική υπερπλασία, αύξηση της συγκέντρωσης του υποδοχέα αποτελεί ευαίσθητη ποσοτική μέτρηση της ιστικής σιδηροπενίας[1]. Η μέτρηση των επιπέδων των sTfRs βοηθάει στη διαφορική διάγνωση μεταξύ σιδηροπενικής αναιμίας και αναιμίας χρονίων φλεγμονωδών νόσων (π.χ. αυτοάνοσων νοσημάτων), καθώς δεν επηρεάζονται από τις φλεγμονές ή την ηπατοπάθεια όπως η φερριτίνη[15]. Ένα βασικό μειονέκτημα της μεθόδου είναι η αύξηση των επιπέδων των sTfRs σε καταστάσεις μη αποδοτικής ερυθροποίησης, όπως στα μεσογειακά σύνδρομα, ακόμα και στους ετεροζυγώτες β-μεσογειακής αναιμίας. Επίσης, η μέτρηση των επιπέδων sTfRs δεν είναι χρήσιμη στην ανίχνευση υπερφόρτωσης με σίδηρο, ενώ η έλλειψη διεθνούς προτυποποίησης στις μετρήσεις με ποικίλες μεθόδους έχει ως αποτέλεσμα την ανομοιογενή έκφραση των τιμών τους[1].

6. Σιδηροκινητική (Ferrokinetics) - Μέτρηση του χρόνου ζωής των ερυθροκυττάρων. Αφορά την εξέταση με ισότοπα ορισμένων φάσεων του μεταβολισμού του σιδήρου, όπως την απορρόφησή του από το έντερο, την ανταλλαγή του στο πλάσμα ή τη χρησιμοποίησή του για το σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Επιμέρους εφαρμογές της σιδηροκινητικής αποτελούν οι ακόλουθες:[16] α) Χρόνος ημικάθαρσης και ανταλλαγής του σιδήρου του πλάσματος. Η ανταλλαγή του σιδήρου του πλάσματος (Φ.Τ. 0,4-0,8mg/dl) αποτελεί έναν καλό δείκτη της ερυθροποιητικής δραστηριότητας του οργανισμού, καθώς αυξάνεται και σε περιπτώσεις μη αποτελεσματικής ερυθροποίησης. β) Ερυθροκινητική και χρησιμοποίηση του ραδιενεργού σιδήρου για την ερυθροποιία. γ) Μελέτη σχετική με τις θέσεις ερυθροποίησης στον οργανισμό (σπλήνας, ήπαρ, ιερό οστούν). Η μελέτη μέτρησης του χρόνου ζωής των ερυθροκυττάρων με 51Cr είναι χρήσιμη, τόσο για τη διάγνωση της αιμόλυσης και συνεπώς των αιμολυτικών αναιμιών, όσο και των θέσεων στις οποίες αυτή γίνεται[16]. Όλες οι προαναφερόμενες μελέτες της πυρηνικής ιατρικής σπάνια διενεργούνται σήμερα.

7. Απεικονιστικές μέθοδοι. Στην ακρι-

βή εκτίμηση των αποθεμάτων σιδήρου του οργανισμού, κυρίως σε καταστάσεις υπερφόρτωσης σιδήρου, αξιόπιστες πληροφορίες παρέχουν όχι μόνο επεμβατικές, όπως η βιοψία ήπατος, αλλά και απεικονιστικές μέθοδοι. Η αξονική (computerized x-ray tomography, CT) και η μαγνητική (magnetic resonance imaging, MRI) τομογραφία, καθώς και η πυρηνική μαγνητική τομογραφία (nuclear magnetic resonance, NMR) χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό[17-21]. Η χρησιμοποιούμενη MRI τεχνική (T2 relaxation time) για την απεικόνιση του ήπατος σε καταστάσεις υπερφόρτωσης σιδήρου φαίνεται να υπερέχει έναντι της CT, αλλά και έναντι της βιοψίας ήπατος, καθώς αυτή δεν αποτελεί επεμβατική μέθοδο και η μελέτη αφορά ολόκληρο το ήπαρ και όχι δείγμα αυτού[17,18]. Η ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία (radionuclide ventriculography) ή αγγειοκαρδιογραφία, μια τεχνική μελέτης της καρδιαγγειακής λειτουργίας που εφαρμόζει η πυρηνική ιατρική, είναι χρήσιμη για την πρώιμη διάγνωση της καρδιοπάθειας από υπερφόρτωση σιδήρου, λαμβανομένου υπ' όψιν ότι η διαστολική καρδιακή δυσλειτουργία αποτελεί προγνωστικό δείκτη ανάπτυξης συμπτωματικής καρδιοπάθειας σε αιμοχρωμάτωση[22,23].

6. Άλλες εργαστηριακές εξετάσεις. Η μέτρηση της αιμοσφαιρίνης των δικτυοερυθροκυττάρων (reticulocyte hemoglobin content, HCr) εμφανίζει χαμηλή ειδικότητα, ενώ η μέτρηση της ψευδαργυρούχου πρωτοπορφυρίνης (zink protoporphyrin, ZPP) δεν είναι ακόμα ευρέως διαδεδομένη σε κλινικό επίπεδο (αύξηση και σε μολυβδίαση)[1]. Στην κληρονομική αιμοχρωμάτωση τα επίπεδα της ZPP είναι ελαττωμένα, σε αντίθεση με άλλες αιτίες υπερφερριτιναιμίας όπου είναι αυξημένα[24].

Διαφορική διάγνωση υπερφερριτιναιμίας

Αυξημένα επίπεδα φερριτίνης ορού μπορούν να παρατηρηθούν σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις και νοσήματα. Σημαντικό ρόλο στην αρχική αιτιολογική διερεύνηση του ασθενούς με υπερφερριτιναιμία παίζει η εκτίμηση συνύπαρξης ή απουσίας υπερφόρτωσης σιδήρου (Πίνακας 1)[25-28].

Στη συνέχεια περιγράφονται οι συνηθέστερες αιτίες υπερφερριτιναιμίας με ή χωρίς υπερφόρτωση σιδήρου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΑΙΤΙΑ ΥΠΕΡΦΕΡΡΙΤΙΝΑΙΜΙΑΣ[25-28]

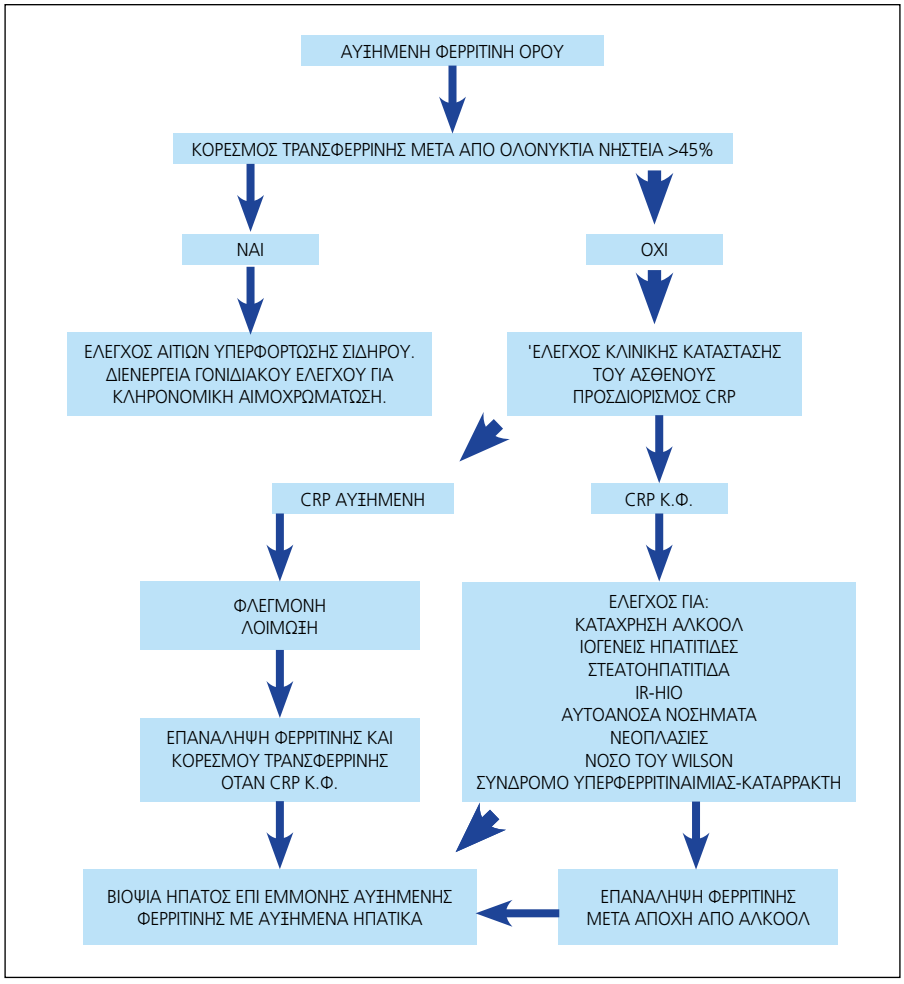
Με υπερφόρτωση σιδήρου
Πρωτοπαθής αιμοχρωμάτωση
• Κληρονομική αιμοχρωμάτωση (HFE και μη HFE) • Νόσος του Wilson
Δευτεροπαθής αιμοχρωμάτωση
• Μεταγγίσεις αίματος • Μη αποτελεσματική ερυθροποίηση • Υπερβολική πρόσληψη σιδήρου • Χρόνια ηπατικά νοσήματα (αλκοολική ηπατική νόσος, ηπατίτιδα C, όψιμη δερματική πορφυρία, IR-HIO)
Χωρίς υπερφόρτωση σιδήρου
Οξέα φλεγμονώδη νοσήματα και καταστάσεις
Χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα
• Αυτοάνοσα νοσήματα • Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου
Ηπατικά νοσήματα
• Μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα • Οξείες ιογενείς ηπατίτιδες
Κατάχρηση αλκοόλ
Νεοπλασματικά νοσήματα
Διάφορες καταστάσεις & νοσήματα (αθηροσκληρωτική νόσος, έντονη σωματική άσκηση, σύνδρομο οικογενούς υπερφερριτιναιμίας και καταρράκτη)

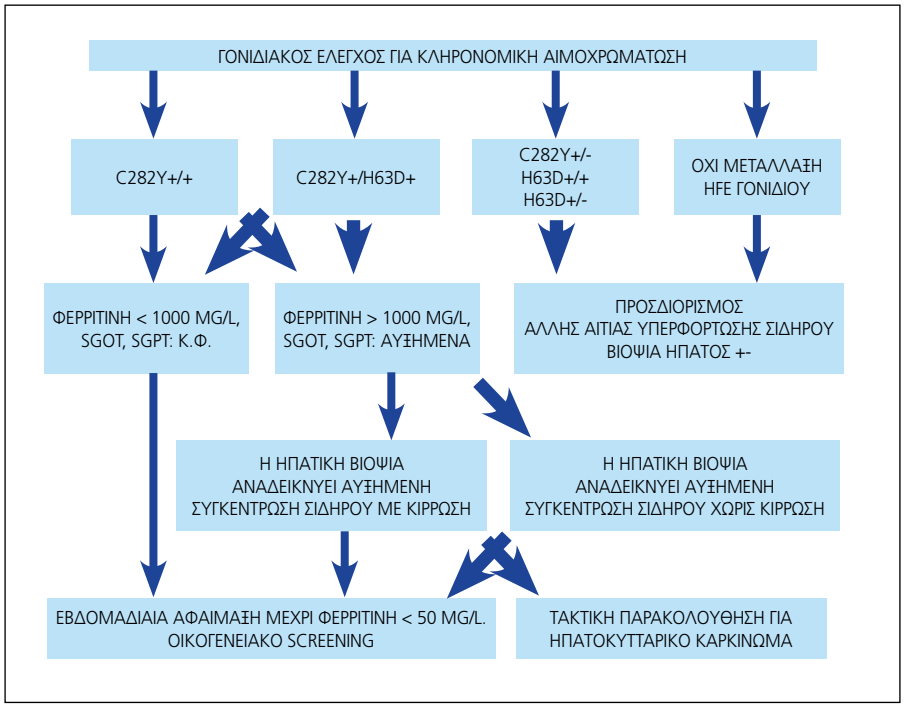
Α. Με υπερφόρτωση σιδήρου (iron overload)

Τα αίτια υπερφόρτωσης ενός οργανισμού με σίδηρο μπορεί να είναι πρωτοπαθή (κληρονομική αιμοχρωμάτωση, νόσος Wilson) ή δευτεροπαθή (μεταγγίσεις αίματος, μη αποτελεσματική ερυθροποίηση, υπερβολική διατροφική ή θεραπευτική πρόσληψη σιδήρου, χρόνια ηπατικά νοσήματα (Πίνακας 1)[25-28].

Κληρονομική (πρωτοπαθής) αιμοχρωμάτωση

Αποτελεί μια από τις συνηθέστερες γενετικές νόσους σε πληθυσμούς με καταγωγή από τη Βόρειο Ευρώπη, κληρονομούμενη με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα[29,30]. Χαρακτηρίζεται από αυξημένη απορρόφηση σιδήρου από το έντερο, που οδηγεί σε εναπόθεσή του σε διάφορους ιστούς (κυρίως δέρμα, καρδιά, ήπαρ, πάγκρεας και αρθρώσεις). Μεταλλάξεις στα γονίδια HFE, HFE2, TFR2, HAMP, SLC11A3 και FTH1 έχουν συνδεθεί με την παθογένεια της νόσου στον άνθρωπο[31]. Η πιο συνήθης μετάλλαξη αφορά το γονίδιο HFE (High Fe) στο χρωμόσωμα 6 (αιμοχρωμάτωση τύπου 1). Διακρίνονται τρεις τύποι μεταλλάξεων του γονιδίου HFE32: 1) ο τύπος Cys282Tyr / C282Y (αντικατάσταση στη θέση 282 της τυροσίνης από κυστεΐνη). Οι ομοζυγώτες της συγκεκριμένης μετάλλαξης έχουν 50-75% πιθανότητα να αναπτύξουν αιμοχρωμάτωση[25]. Οι ετεροζυγώτες είναι σχετικά απίθανο να εκδηλώσουν τη νόσο, μπορούν ωστόσο να μεταδώσουν τη μετάλλαξη στα παιδιά τους. 2) Ο τύπος His63Asp / H63D (αντικατάσταση στη θέση 63 του ασπαρτικού οξέος από ιστιδίνη). Από αυτούς αιμοχρωμάτωση μπορούν να εμφανίσουν μόνο οι ασθενείς που είναι ετεροζυγώτες C282Y/H63D. 3) Ο τύπος Ser65Cys / S65C (αντικατάσταση στη θέση 65 της σερίνης από κυστεΐνη), ο οποίος φαίνεται να χαρακτηρίζεται από ηπατική μόνο υπερφόρτωση με σίδηρο. Η αιμοχρωμάτωση τύπου 2 ή νεανική αιμοχρωμάτωση (Juvenile Hemochromatosis-JH) είναι η πιο βαριά μορφή της νόσου[31,32]. Ο γενετικός τόπος της JH χαρτογραφείται στο χρωμόσωμα 1q21, αλλά το υπεύθυνο γονίδιο δεν έχει κλωνοποιηθεί. Η κληρονομική αιμοχρωμάτωση στη χώρα μας είναι γενετι-





Σχήμα 2.

κά ετερογενής και σημαντικό ποσοστό των αρρώστων πάσχουν από συνδεδεμένη με το χρωμόσωμα 1q νεανική αιμοχρωμάτωση[31,33]. Οι κλινικές εκδηλώσεις της κληρονομικής αιμοχρωμάτωσης οφείλονται στην εναπόθεση του σιδήρου στα κύτταρα, με τελική καταστροφή των ιστών και λειτουργική ανεπάρκεια των προσβαλλομένων οργάνων και διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες. Στις πρώιμες ανήκουν η κατα-βολή, οι αρθραλγίες και οι αυξημένες τιμές των τρανσαμινασών. Στις όψιμες ανήκουν η ηπατομεγαλία, η ηπατική κίρρωση και το κακόηθες ηπάτωμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η μυοκαρδιοπάθεια, η αυξημένη μελάγχρωση του δέρματος και η σεξουαλική ανικανότητα (απώλεια της libido και ατροφία των όρχεων)[31,32]. Στην κλινική πράξη, οι συνδυασμένες μετρήσεις α) του ποσοστού κορεσμού της τρανσφερρίνης και β) των επιπέδων της φερριτίνης στον ορό, παρέχουν την απλούστερη και πλέον αξιόπιστη δοκιμασία ελέγχου για αιμοχρωμάτωση, καθώς και για την προκλινική φάση της νόσου. Σημειώνουμε ότι ένας κορεσμός τρανσφερίνης >60% στους άνδρες και >50% στις γυναίκες υποδηλώνει την ύπαρξη αιμοχρωμάτωσης με ευαισθησία >90%[25]. Εάν οι παραπάνω δοκιμασίες είναι παθολογικές, τότε θα πρέπει να διενεργείται γονιδιακός έλεγχος για τις συχνότερες μεταλλάξεις (C282Y και H63D) του γονιδίου HFE, καθώς και βιοψία ήπατος. Η βιοψία επιτρέπει τη μέτρηση της συγκέντρωσης του σιδήρου στο ήπαρ, τον προσδιορισμό του δείκτη ηπατικού σιδήρου και την εκτίμηση της έκτασης της ιστικής βλάβης. Επίσης, είναι απαραίτητη για να αποκλείσουμε την κίρρωση και το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (αναπτύσσεται στο 30% των ασθενών με κίρρωση) σε περιπτώσεις ηπατομεγαλίας, τρανσαμινασαιμίας ή φερριτίνης ορού >1000μg/L[34]. Η αξονική ή μαγνητική ή πυρηνική μαγνητική τομογραφία ήπατος αποκαλύπτουν αύξηση της πυκνότητας του ήπατος ανάλογα με τις εναποθέσεις του σιδήρου. Οι ασθενείς με κληρονομική αιμοχρωμάτωση πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό έλεγχο των ηπατικών ενζύμων και της γλυκόζης ορού, ενώ τα μέλη της οικογένειάς τους πρέπει και αυτά να ελεγχθούν για τη νόσο όταν τίθεται η διάγνωση. Η θεραπεία της αιμοχρωμάτωσης στηρίζεται στις θεραπευτικές αφαιμάξεις, ενώ οι χηλικοί παράγοντες έχουν περιορισμένες ενδείξεις.

Νόσος Wilson

Η νόσος του Wilson (ηπατοφακοειδής εκφύλιση) είναι μια σπάνια κληρονομική αυτοσωματική υπολειπόμενη ανωμαλία της απέκκρισης χαλκού, η οποία καταλήγει σε τοξική άθροιση του μετάλλου κυρίως στο ήπαρ, το νευρικό σύστημα και τον κερατοειδή[32]. Κύριο χαρακτηριστικό αποτελεί η έλλειψη στο πλάσμα της πρωτεΐνης μεταφοράς του χαλκού, της σερουλοπλασμίνης. Η νόσος κληρονομείται με το υπολειπόμενο γονίδιο ATP7B που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 13[32]. Οι ετεροζυγώτες δεν πάσχουν από τη νόσο. Οι κλινικές εκδηλώσεις εμφανίζονται συνήθως στην ηλικία των 10-20 ετών και μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Η ηπατική συμμετοχή εκδηλώνεται κλινικώς υπό τη μορφή οξείας και χρόνιας ηπατίτιδας ή κίρρωσης. Από το νευρικό σύστημα, τα συνήθη συμπτώματα είναι εξωπυραμιδικά ή ψυχιατρικά.

Στους οφθαλμούς παρατηρείται η κλασσική εικόνα του δακτυλίου Kayser-Fleischer (εναπόθεση χαλκού στη στιβάδα του Descemet). Εργαστηριακώς σημειώνεται χαρακτηριστική μείωση της σερουλοπλασμίνης ορού, αύξηση του χαλκού του ορού και των ούρων και υπερφερριτιναιμία με χαμηλό κορεσμό τρανσφερρίνης[25,32]. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με βιοψία, στην οποία προσδιορίζεται η συγκέντρωση του χαλκού στο ήπαρ (συνήθως >250μg χαλκού/gr ξηρού ήπατος). Σε αντίθεση με την αιμοχρωμάτωση, λόγω μη ύπαρξης κάποιας σταθερής ειδικής μετάλλαξης του υπεύθυνου γονιδίου, οι γενετικές δοκιμασίες δεν έχουν μεγάλη ειδικότητα στον αποκλεισμό της διάγνωσης της νόσου.

Δευτεροπαθής υπερφόρτωση με σίδηρο

Η υπερφόρτωση με σίδηρο είναι κοινή σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα με απλαστική ή άλλες υποπλαστικές αναιμίες. Επίκτητη όμως αιμοχρωμάτωση παρατηρείται και σε χρόνιες διαταραχές της ερυθροποίησης που χαρακτηρίζονται από ελαττωματική σύνθεση αιμοσφαιρίνης και μη αποδοτική ερυθροποίηση, όπως η θαλασσαιμία, η σιδηροβλαστική αναιμία και οι χρόνιες αιμολυτικές αναιμίες[25,27]. Στην ομάδα αυτή των νόσων, η απορρόφηση του σιδήρου είναι αυξημένη και επιπρόσθετα οι ασθενείς αυτοί υποβάλλονται συχνά σε θεραπεία με σίδηρο και μεταγγίσεις αίματος. Η υπερβολική πρόσληψη σιδήρου μπορεί να οδηγήσει στην κλινική εικόνα και τους παθολογοανατομικούς χαρακτήρες της αιμοχρωμάτωσης. Αυτό συμβαίνει, π.χ. σε ορισμένους έγχρωμους της νότιας Αφρικής (Bantu), στους οποίους η υπερβολική πρόσληψη σιδήρου σε αλκοολούχο ποτό είναι αποτέλεσμα της ζύμωσης ποτών μέσα σε σκεύη κατασκευασμένα από σίδηρο[25]. Υπάρχουν ελάχιστες μεμονωμένες αναφορές αιμοχρωμάτωσης, που εμφανίστηκε σε φαινομενικά φυσιολογικά άτομα, τα οποία είχαν υποβληθεί σε σιδηροθεραπεία για πολλά έτη, αλλά είναι πιθανό ότι τα άτομα αυτά είχαν κληρονομική επιβάρυνση. Η παρεντερική χορήγηση σιδήρου με τη μορφή μεταγγίσεων ή σκευασμάτων σιδήρου οδηγεί κυρίως σε υπερφόρτιση με σίδηρο των δικτυοενδοθηλιακών κυττάρων. Αυτό φαίνεται ότι οδηγεί σε μικρότερη ιστική βλάβη από όσο η φόρτιση των παρεγχυματικών κυττάρων με σίδηρο. Αυξημένη συγκέντρωση ηπατικού σιδήρου, όχι όμως στα επίπεδα της αιμοχρωμάτωσης, παρατηρείται σε χρόνια ηπατικά νοσήματα, όπως η αλκοολική ηπατική νόσος, η ηπατίτιδα C, η όψιμη δερματική πορφυρία και το σύνδρομο IR-HIO (Insulin Resistance – associated Hepatic Iron Overload). Αρκετές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει πιθανό ρόλο μεταλλάξεων του γονιδίου HFE στην παθογένειά τους[26]. Τα αλκοολικά άτομα με χρονία ηπατική νόσο μπορεί να εμφανίζουν αυξημένα αποθέματα σιδήρου στους ιστούς[25,27]. Μπορούν να ταξινομηθούν σε 2 ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν ήπια ως μέτρια αύξηση του σιδήρου του ήπατος που μπορεί να αποδίδει χρωστική, αλλά σχετικά φυσιολογικά αποθέματα σιδήρου στο σώμα. Οι ασθενείς αυτοί έχουν αλκοολική ηπατική νόσο (συνήθως κίρρωση), αλλά όχι υπερφόρτωση σιδήρου. Η αιτία του αυξημένου σιδήρου μπορεί να οφείλεται σε κυτταρική νέκρωση και πρόσληψη του ελευθερούμενου σιδήρου από τα παρακείμενα κύτταρα Kupffer και τα παρεγχυματικά κύτταρα. Η δεύτερη (λιγότερο συχνή) ομάδα αλκοολικών ατόμων με αυξημένο ηπατικό σίδηρο εμφανίζει τεράστιες εναποθέσεις σιδήρου και αυξημένα αποθέματα σιδήρου στο σώμα, ενώ διαπιστώνεται συνήθως ότι πάσχουν και από κληρονομική αιμοχρωμάτωση με ή χωρίς παρεμπίπτουσα αλκοολική ηπατική νόσο[6,26]. Η αιμοχρωμάτωση που απαντά σε βαρείς πότες μπορεί να διακριθεί από την αλκοολική ηπατική νόσο με δύο τρόπους: α) με τον προσδιορισμό της συγκέντρωσης ή του δείκτη ηπατικού σιδήρου σε δείγμα βιοψίας ήπατος και β) με τη μελέτη συγγενών για τυχόν ενδείξεις κληρονομικής αιμοχρωμάτωσης.

Η όψιμη δερματική πορφυρία (porphyria cutanea tarda), νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από βλάβη στη βιοσύνθεση της πορφυρίνης, συσχετίζεται επίσης μερικές φορές με αυξημένες παρεγχυματικές εναποθέσεις σιδήρου[25]. Εντούτοις, το μέγεθος του φορτίου σιδήρου δεν είναι συνήθως αρκετό για να προκαλέσει ιστική βλάβη. Το σύνδρομο IR-HIO χαρακτηρίζεται από υπερφερριτιναιμία με φυσιολογικό κορεσμό τρανσφερρίνης, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα[35].

Β. Χωρίς υπερφόρτωση με σίδηρο

Κατάχρηση αλκοόλ

Συζητήθηκε προηγουμένως.

Μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD) αποτελείται από ένα εύρος διαταραχών που χαρακτηρίζονται από συσσώρευση λίπους στο ήπαρ (στεάτωση), η οποία συνοδεύεται από άλλοτε άλλου βαθμού ηπατική φλεγμονή (μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα, non-alcoholic steatohepatitis, NASH) και ηπατική ίνωση. Αρχικά, ως αιτιολογικοί παράγοντες είχαν ενοχοποιηθεί η παχυσαρκία και ο διαβήτης.

Σήμερα, ο βασικός παθοφυσιολογικός μηχανισμός θεωρείται ότι σχετίζεται με την αντοχή στην ινσουλίνη και η NASH επομένως ηπατική εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου. Η αντοχή στην ινσουλίνη είναι πιθανώς το «πρώτο βήμα» στη NASH, ενώ το οξειδωτικό stress το «δεύτερο βήμα» για την εξέλιξη από τη στεάτωση στην ίνωση.

Επειδή ο ηπατικός σίδηρος προάγει το οξειδωτικό stress θεωρήθηκε ως συμπαράγοντας στην πρόκληση NASH. Έτσι, η υπερφερριτιναιμία που συνοδεύει τη NASH είναι αποτέλεσμα της ηπατικής νέκρωσης και φλεγμονής, αντανακλώντας τη λειτουργία της φερριτίνης ως πρωτεΐνης οξείας φάσης[26]. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες δεν έχουν δείξει ούτε σημαντική αύξηση του ηπατικού σιδήρου, ούτε συσχέτιση ανάμεσα στον ηπατικό σίδηρο και τις ιστολογικές παραμέτρους που καθορίζουν την NASH[36].

Νεοπλασματικά νοσήματα

Αύξηση των επιπέδων της φερριτίνης ορού παρατηρείται και σε ασθενείς που

πάσχουν από διάφορα κακοήθη νοσήματα, κυρίως αιματολογικά (νόσος Hodgkin, οξείες λευχαιμίες), αλλά και στον καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού και το σεμίνωμα των όρχεων[4].

Πρόσφατα, βρέθηκε μια καινούργια ισομορφή της φερριτίνης, η οποία παρουσιάζεται σε υψηλά επίπεδα στον ορό ασθενών με καρκίνο του μαστού[4]. Αυξημένες τιμές φερριτίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) υποδηλώνουν νόσο των μηνίγγων, η οποία προκαλείται είτε από μόλυνση, είτε από μηνιγγική διασπορά κάποιου όγκου. Η ειδικότητα της παραπάνω μέτρησης είναι περιορισμένη, ωστόσο αποτελεί ένα αρκετά χρήσιμο δείκτη για την αρχική εκτίμηση ασθενών με κακοήθεια του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και την αξιολόγηση της αντίδρασής τους στη θεραπευτική αγωγή[4].

Αυτοάνοσα νοσήματα

Στη νόσο του Still των ενηλίκων ανευρίσκεται υπερφερριτιναιμία στο 89% των περιπτώσεων[4]. Υπερφερριτιναιμία έχει παρατηρηθεί και σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα σχετιζόμενη με την ενεργότητα της νόσου, καθώς και με μειωμένη δόση κορτικοστεροειδών[4].

Σε ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ), τα επίπεδα της φερριτίνης ορού φαίνεται να σχετίζονται επίσης θετικά με τη δραστηριότητα, τις εκδηλώσεις και τον τίτλο των anti-dsDNA αντισωμάτων της νόσου[4]. Καθώς οι θυρεοειδικές ορμόνες προάγουν την παραγωγή φερριτίνης, είναι αναμενόμενη η αύξηση της φερριτίνης του ορού σε ασθενείς με φλεγμονώδη θυρεοειδοπάθεια[4].

Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα φερριτίνης ορού σε ασθενείς με υποξεία θυρεοειδίτιδα φαίνεται να σχετίζονται με την ενεργότητα της νόσου, ενώ παρουσιάζουν αξιοσημείωτη πτώση μετά από αγωγή με κορτικοστεροειδή.

Στις αυτοάνοσες φλεγμονώδεις μυοπάθειες, πολυμυοσίτιδα και δερματομυσίτιδα, παρατηρείται επίσης υπερφερριτιναιμία με τιμές φερριτίνης υψηλότερες σε ηλικιακά μεγαλύτερους ασθενείς[4]. Καθώς ο σίδηρος είναι απαραίτητος για το σχηματισμό της μυελίνης και την οξειδωτική φωσφορυλίωση, η διαταραχή του μεταβολισμού του φαίνεται να ενέχεται στην παθογένεια της σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ), μίας αυτοάνοσης διαταραχής, που ως γνωστόν έχει ως συνέπεια την απομυελίνωση του ΚΝΣ[4]. Σε ασθενείς με ΣΚΠ και ιδίως σε εκείνους με χρόνια ενεργό νόσο, έχει παρατηρηθεί αύξηση των επιπέδων της φερριτίνης στο ΕΝΥ. Η φερριτίνη φαίνεται ότι αυξάνεται αντιρροπιστικά προκειμένου να περιορίσει την ιστική βλάβη[4].

Άλλες καταστάσεις

Υψηλές τιμές φερριτίνης παρατηρούνται και σε διάφορες άλλες καταστάσεις. Οι οξείες ιογενείς ηπατίτιδες (π.χ. από ιούς της ηπατίτιδας A, B, Epstein-Barr, CMV) προκαλούν αύξηση των επιπέδων της φερριτίνης, γεγονός που αντανακλά την ηπατική φλεγμονή[25,27]. Υπερφερριτιναιμία όμως, έχουμε και στην αθηροσκληρωτική νόσο[37] και μάλιστα προσφάτως, η μετάλλαξη C282Y στο γονίδιο της αιμοχρωμάτωσης HFE σχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και καρδιαγγειακής θνησιμότητας[38,39].

Υπερφερριτιναιμία χαρακτηρίζει και ένα προσφάτως (1995) αναγνωρισθέν σύνδρομο, στο οποίο παρατηρούνται αμφοτερόπλευροι καταρράκτες σε νεανική ηλικία, υπερφερριτιναιμία (κυμαινόμενη από 950 έως 2259μg/L), φυσιολογικά επίπεδα σιδήρου ορού, φυσιολογικό κορεσμό τρανσφερρίνης και απουσία υπερφόρτωσης σιδήρου σε παρεγχυματικά όργανα[25,40]. Φαίνεται ότι μεταλλάξεις στο IRE της L-υπομονάδας της φερριτίνης είναι υπεύθυνες για την αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου το οποίο αυτοσωμικό επικρατές[41].

Αλγόριθμος διερεύνησης υπερφερριτιναιμίας

Ένας προτεινόμενος αλγόριθμος για τη διερεύνηση της υπερφερριτιναιμίας βασιζόμενος στα προαναφερθέντα παρουσιάζεται στο Σχήμα 2[6,25,27,28].

Summary

Management of Hyperferritinemia

C.M. Karefilakis, E.E. Mazokopakis

Ferritin is the main storage molecule for iron and a protein of inflammatory reaction that raises in situations of macrophage activation. Ferritin synthesis and expression are regulated by intracellular iron, by cytokines, oxidative stress and hormonal pathways. Serum ferritin levels increase in various disorders and clinical conditions. The presence of hyperferritinemia with iron overload has to rule out primary (hereditary hemochromatosis, Wilson's disease) and secondary (transfusion overload, ineffective erythropoiesis, excess dietary iron, chronic liver diseases) causes of hemochromatosis. The presence of hyperferritinemia without iron overload has to rule out mainly, acute and chronic (e.g. autoimmune diseases) inflammatory conditions and diseases, liver diseases (e.g. non-alcoholic steatohepatitis, viral hepatitis) and malignancies (especially hematological). Genetic testing for hereditary hemochromatosis is indicated in all patients with elevated transferrine saturation (>45%) and serum ferritin levels. In this review, a differential diagnosis of hyperferritinemia is presented, and a practical algorithm for its investigation, useful for the physician, is suggested.

Key words: *Ferritin, Iron, Hemochromatosis, Hyperferritinemia*

Βιβλιογραφία

1. Ν.Ι. Αναγνωστόπουλος, Α.Ζ. Τσακρή. Νεότερες απόψεις στη διάγνωση και θεραπεία της σιδηροπενίας των ενηλίκων. Ιατρ Επιθ Εν Δυν 2004; 38:1-11.
2. Α. Τρακατέλλης. Μεταβολισμός αίμης και σιδήρου. Στο: Βιοχημεία, τόμος Β, Μέρος 1ο, Θεσσαλονίκη, 1992; 65-67.
3. Kalantar-Zadeh K, Kalantar-Zadeh K, Lee GH. The fascinating but deceptive ferritin: to measure it or not to measure it in chronic kidney disease? Clin J Am Soc Nephrol 2006; 1 Suppl 1: S9–18.
4. Zandman-Goddard G, Shoenfeld Y. Ferritin in autoimmune diseases. Autoimmun Rev 2007; 6:457-463.
5. Yamanishi H, Kimura S, Hata N, Iyama S, Kanakura Y, Iwatani Y. Evaluation of a model of latent pathologic factors in relation to serum ferritin elevation. Clin Biochem 2007; 40:359-364.
6. Bacon BP, Olynyk JK, Brunt EM, Britton RS, Wolff RK. HFE genotype in patients with hemochromatosis and other liver diseases. Ann Intern Med 1999; 130:953-962.
7. Cook JD, Baynes RD, Skikne BS. Iron deficiency and the measurement of iron status. Nutr Res Rev 1992; 5:189-202.
8. Bothwell TH, Charlton RW, Cook JD, Finch CA. Iron metabolism in man. Oxford, U.K.: Blackwell Scientific Publications, 1979.
9. Olynyk JK, Cullen DJ, Aquilia S, Rossi E, Summerville L, Powell LW. A population-based study of the clinical expression of the hemochromatosis gene. N Engl J Med 1999; 341:718-724.
10. McLaren CE, McLachlan GJ, Halliday JW, Webb SI, Leqqett BA, Jazwinska EC, et al. Distribution of transferrin saturation in an Australian population: relevance to the early diagnosis of hemochromatosis. Gastroenterology 1998; 114:543-549.
11. Jacob RA, Sandstead HH, Klevay LM, Johnson LK. Utility of serum ferritin as a measure of iron deficiency in normal males undergoing repetitive phlebotomy. Blood 1980; 56:786-791.
12. Vicente C, Porto G, Sousa M. Method for establishing serum ferritin reference values depending on age and sex. J Lab Clin Med 1990; 116:779-784.
13. Stacy DL, Han P. Serum ferritin measurement and the

degree of agreement using four techniques. Am J Clin Pathol 1992; 98:511-515.
14. International Committee for Standardization in Haematology (Expert Panel on Iron). Proposed international standard of human ferritin for the serum ferritin assay. Br J Haematol 1985; 61:61-63.
15. Ferguson BJ, Skikne BS, Simpson KM, Baynes RD, Cook JD. Serum transferrin receptor distinguishes the anemia of chronic disease from iron deficiency anemia. J Lab Clin Med 1992; 119:385-390.
16. Φ.Κ. Γραμματικός. Πυρηνική Ιατρική. 4η έκδοση, Εκδόσεις Ζήτη, Θεσσαλονίκη 1996.
17. Alustiza JM, Artetxe J, Castiella A, Aqiree C, Emparanza JI, Otazua P, et al. MR quantification of hepatic iron concentration. Radiology 2004; 230:479-484.
18. Voskaridou E, Douskou M, Terpos E, Papassotiriou I, Stamoulakatou A, Ourailidis A, et al. Magnetic resonance imaging in the evaluation of iron overload in patients with beta thalassaemia and sickle cell disease. Br J Haematol 2004; 126:736-742.
19. Olynyk JK, St Pierre TG, Britton RS, Brunt EM, Bacon BR. Duration of hepatic iron exposure increases the risk of significant fibrosis in hereditary hemochromatosis: a new role for magnetic resonance imaging. Am J Gastroenterol 2005; 100:2366-2367.
20. St Pierre TG, Clark PR, Chua-anusorn W, Fleming AJ, Jeffrey JP, Olynyk JK, et al. Non-invasive measurement and imaging of liver iron concentrations using proton magnetic resonance. Blood 2005; 105:855-861.
21. Liu P, Henkelman M, Joshi J, Hardy P, Butany J, Iwanochko M, et al. Quantification of cardiac and tissue iron by nuclear magnetic resonance relaxometry in a novel murine thalassemia-cardiac iron overload model. Can J Cardiol 1996; 12:155-164.
22. Liu P, Olivieri N. Iron overload cardiomyopathies: new insights into an old disease. Cardiovasc Drugs Ther 1994; 8:101-110.
23. Hou JW, Wu MH, Lin KH, Lue HC. Prognostic significance of left ventricular diastolic indexes in beta-thalassemia major. Arch Pediatr Adolesc Med 1994; 148:862-866.
24. Metzgeroth G, Schultheis B, Dorn-Beineke A, Hehlmann R, Hastka J. Zink protoporphyrin, a useful parameter to address hyperferritinemia. Ann Hematol 2007; 86:363-368.
25. Berkhan L. Interpretation of an elevated serum ferritin. N Zealand Family Physician 2002; 29:45-48.
26. Sebastiani G, Walker AP. HFE gene in primary and secondary hepatic iron overload. World J Gastroenterol 2007; 13:4673-4689.
27. Langlet P, Delwaide J. How to interpret a hyperferritinemia? Rev Med Brux 2007; 28:265-269.
28. Delwaide J, Giet D, Lamproye A, Belaiche J. Management of hyperferritinemia. Rev Med Liege 2006; 61:329-333.
29. Yen AW, Fancher TL, Bowlus CL. Revisiting hereditary hemochromatosis: current concepts and progress. Am J Med 2006; 119:391-399.
30. Pietrangelo A. Hereditary Hemochromatosis - A new look at an old disease. N Engl J Med 2004; 350:2383-2397.
31. Γ. Παπανικολάου , Χ. Βαδάλα. Κληρονομική αιμοχρωμάτωση. Γενετική, διάγνωση και θεραπεία. Ιατρική 2003; 84:165-176.
32. Friedman LS. Liver, Biliary tract, and pancreas. In: Tierney LM, Jr., McPhee SJ, Papadakis MA eds. Current medical diagnosis and treatment 2007. New York, NY: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2006.
33. Habeos IG, Psyrogiannis A, Kyriazopoulou V, Psilopanagiotou A, Papavassiliou AG, Vagenakis AG. The role of Hemochromatosis C282Y and H63D mutations in the development of type 2 diabetes mellitus in Greece. Hormones (Athens) 2003; 2:55-60.
34. Guyader D, Jacquelinet C, Moirand R, Turlin B, Mendler MH, Chaperon J, et al. Noninvasive prediction of fibrosis in C282Y homozygous hemochromatosis. Gastroenterology 1998; 115:929-936.
35. Mendler MH, Turlin B, Moirand R, Jouanolle AM, Sapey T, Guyader D, et al. Insulin resistance-associated hepatic iron overload. Gastroenterology 1999; 117:1155-1163.
36. Chitturi S, George J. Interaction of iron, insulin resistance, and nonalcoholic steatohepatitis. Curr Gastroenterol Rep 2003; 5:18-25.
37. Mazokopakis EE, Papadakis JA, Papadomanolaki MG, Lionis CD, Ganotakis ES. Relationship of serum ferritin level with cardiovascular risk factors in healthy men. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007; 24:573-577.
38. Rasmussen ML, Folsom AR, Catellier DJ, Tsai MY, Garg U, Eckfeldt JH. A prospective study of coronary heart disease and the hemochromatosis gene (HFE) C282Y mutation: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Atherosclerosis 2001; 154:739-746.
39. You SA, Wang Q. Ferritin in atherosclerosis. Clin Chim Acta 2005; 357:1-16.
40. Girelli D, Olivieri O, De Franceschi L, Corrocher R, Bergamaschi G, Cazzola M. A linkage between hereditary hyperferritinaemia not related to iron overload and autosomal dominant congenital cataract. Br J Haematol 1995; 90:931-934.
41. Christiansen G, Mohney BG. Hereditary hyperferritinemia-catarract syndrome. J AAPOS 2007; 11:294-296.

Παγκόσμιο Ελληνικό Συνέδριο Ιατρικής και Βιοεπιστημών, στην Νέα Υόρκη

ΣΠΥΡΟΣ Γ.Ε. ΜΕΖΙΤΗΣ, MD, PHD
Πρόεδρος του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρικής και Βιοεπιστημών
Πρόεδρος της Ομοσπονδίας των Ιατρικών Εταιρειών της Νέας Υόρκης

Η Ομοσπονδία Ελληνικών Ιατρικών Εταιρειών Βόρειας Αμερικής υποστήριξε και διοργάνωσε το Παγκόσμιο Ελληνικό Συνέδριο Ιατρικής και Βιοεπιστημών στη Νέα Υόρκη.

Το 4ο Ετήσιο Διεπιστημονικό Συνέδριο του Παγκόσμιου Ελληνικού Ιατρικού και Βιοεπιστημονικού Δικτύου, το οποίο υποστηρίχτηκε από την Ομοσπονδία των Ελληνικών Ιατρικών Εταιρειών της Βόρειας Αμερικής, πραγματοποιήθηκε στο Lenox Hill Hospital στη Νέα Υόρκη πρόσφατα και στέφθηκε με μεγάλη επιτυχία όσο αφορά στη δικτύωση των Ελλήνων Ιατρών και Βιοεπιστημόνων, προσφέροντάς τους συνεχή ιατρική εκπαίδευση (8 AMA Category 1 CME credits από το νοσοκομείο St. Francis στο Roslyn, Νέα Υόρκη). Προώθησε την επικοινωνία με τους Έλληνες ιατρούς και βιοεπιστήμονες και έγινε πρότυπο οργάνωσης για τα υπόλοιπα Ελληνικά Δίκτυα Επαγγελματιών. Πάνω από 150 ιατροί και βιοεπιστήμονες εγγράφηκαν στο Συνέδριο για να μάθουν από τις 30,υψηλής ποιότητας, παρουσιάσεις και από τις εξαιρετικές συζητήσεις (στρογγυλά τραπέζια). Η παραχώρηση των συνεδριακών εγκαταστάσεων ήταν μία ευγενική χειρονομία του Νοσοκομείου Lenox Hill/Northshore/LIJ Healthcare System.

Τη δεύτερη ημέρα του Συνεδρίου, η Κοινότητα Προβολής και Προώθησης της Υγείας της Αστόρια και η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία του Queens με επικεφαλή τον Δρ. Πάνο Μανωλά προσέφεραν νέες ευκαιρίες όσο αφορά στον έλεγχο των ασθενών με Διαβήτη από τον Δρ. Σπύρο Μεζίτη, των ασθενών με υπέρταση από τον Δρ. Ηλία Ηλιάδη και με γυναικολογικά προβλήματα από τη Δρ. Ντία Χριστοδουλίδου.

Το υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ εκπροσωπήθηκε από τη Σύμβουλο για Θέματα Υγείας του Υπουργείου, Δρ. Αικατερίνη Μάλλιου, η οποία έδωσε συγχαρητήρια στην Ομοσπονδία των Ελληνικών Ιατρικών Εταιρειών Της Βόρειας Αμερικής και στο Παγκόσμιο Ελληνικό Ιατρικό και Βιοεπιστημονικό Δίκτυο για το θέμα του Συνεδρίου «Νέα Δεδομένα στην Ιατρική και Κοινότητα της Υγείας». Η Έλληνο-αμερικανική ηγεσία ήταν παρούσα στην Επίσημη τελετή έναρξης. Ο μακαριότατος Αρχιεπίσκοπος Αμερικής, Δημήτριος τόνισε τη ξεχωριστή θέση που κατέχουν οι Έλληνες επιστήμονες στο σύγχρονο Ιατρικό στερέωμα και την άνοδο του Ελληνισμού με τη διεξαγωγή συνεδρίων τόσο υψηλής ποιότητας και αξίας.

Ο πρόεδρος του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρών και Βιοεπιστημόνων και Πρόεδρος της Ομοσπονδίας των Ελληνικών Ιατρικών Εταιρειών Βορείου Αμερικής, Δρ. Σπύρος Μεζίτης αναφέρθηκε στην ιστορία και την αποστολή του Δικτύου. Η δικτύωση, η συνεχής ιατρική εκπαίδευση, η προβολή και η ενημέρωση της κοινότητας για θέματα υγείας, η αναβάθμιση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας στην Ελλάδα και τη Κύπρο και η καθοδήγηση των ιατρών και των βιοεπιστημόνων από την Ελλάδα και τη Κύπρο είναι προτεραιότητες των οργανώσεών μας, όπως τονίζεται και με τη Διακήρυξη της Κω το 2007. Τα προηγούμενα συνέδρια υποστηρίχθηκαν από τις κυβερνήσεις της Ελλάδος και της Κύπρου και έλαβαν χώρα στην Κω, Ελλάδα το 2007, στην Πάφο της Κύπρου το 2008 και στο Λαγονήσι, κοντά στην Αθήνα το 2009 με πάνω από 300 συμμετέχοντες από 22 διαφορετικές χώρες. Το 4ο Παγκόσμιο Συνέδριο υποστηρίχθηκε αποκλειστικά από τη βιομηχανία της υγείας μέσω της Ομοσπονδίας των Ελληνικών Εταιρειών Ιατρικής της Βορείου Αμερικής, έναν μη κερδοσκοπικός οργανισμό που περιλαμβάνει της Ελληνικές Ιατρικές Εταιρείες της Νέας Υόρκης, της Φιλαδέλφεια, της Βοστόνης/ Νέα Αγγλία, του Σικάγο/Ιλλινόι, της Νότιας Καλιφόρνια, του Μόντρεαλ/ Κεμπέκ και του Τορόντο και Οντάριο, και εκπροσωπεί τουλάχιστον 5 χιλιάδες ιατρούς.

Το Προξενείο της Ελλάδος στη Νέα Υόρκη με εκπρόσωπο την αξιότιμη Κ. Αγνή Μπάλτα, εγκωμίασε την αφοσίωση του Παγκόσμιου Ελληνικού Δίκτυου Βιοεπιστημών για την προώθηση της ιατρικής συνεργασίας.

Το Προξενείο της Δημοκρατίας της Κύπρου με εκπρόσωπο την αξιότιμη Κ. Κούλα Σογιανού, τόνισε, τις ανευ όρων, υπηρεσίες που προσφέρει το Παγκόσμιο Ελληνικό Δίκτυο Ιατρικής και Βιοεπιστήμης, στις κοινότητες που δραστηριοποιείται και απέναντι στην ανθρωπότητα. Επίσης, υπενθύμισε στο κοινό τα ανθρώπινα δικαιώματα των Κυπρίων, τα οποία ακόμα καταπατούνται από την Τουρκική κατοχή που ξεκίνησε το 1974.

Ο πρόεδρος του Έλληνο-Αμερικανικού Εθνικού Συμβουλίου και εκδότης της εφημερίδος «Hellenic Times of America» Κος. Παύλος Κοτρότσιος, ευχαρίστησε την Ομοσπονδία για τη στήριξή της στο Εθνικό Συμβούλιο και την προσφορά της στην κοινωνία.

Η Γενική Γραμματέας του Παγκόσμιου Συμβουλίου της Ελληνικής Διασποράς (SAE), Γραμματέας του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρικής και Βιοεπιστημών και Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής στη Αυστρία, Κα. Όλγα Σαραντοπούλου, μίλησε στα ελληνικά και πρότεινε το Παγκόσμιο Ελληνικό Δίκτυο Ιατρικής ως πρότυπο για τους υπόλοιπους διαφόρων επαγγελμάτων Ελληνικούς Οργανισμούς.

Ο Δρ. Σπύρος Μεζίτης διάβασε μία συγ- ⇨

χαρητήρια επιστολή από τον συντονιστή της SAE στις ΗΠΑ, κ. Θεόδωρο Σπυρόπουλο.

Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Νέας Υόρκης, Δρ. Γεώργιος Τσιούλιας συνεχάρη τον Πρόεδρο Δρ. Μεζίτη Σπύρο για το κουράγιο, το όραμα και τη σκληρή δουλειά για να ολοκληρώσει ένα τόσο μεγάλο άθλο σχεδόν μόνος του.

Ο Πρόεδρος Της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Φιλαδέλφειας, Κος Ηλίας Ηλιάδης τόνισε την δέσμευσή του απέναντι στο Παγκόσμιο Ελληνικό Δίκτυο Βιοεπιστημών και πώς η ομοσπονδία αποτελεί τρανταχτό παράδειγμα της δύναμης της Ελληνο-Αμερικανικής Κοινότητας των Επαγγελματιών.

Ο επίτιμος Πρόεδρος του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρικής και Βιοεπιστημών, Δρ. Γεώργιος Δάγκας, επαίνεσε τον Δρ. Μεζίτη Σπύρο για την ικανότητα στην προεδρία του Δικτύου και επεξήγησε την ανάπτυξη και τη σημαντική αποστολή του Δικτύου.

Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Βιοεπιστημών στις ΗΠΑ, Δρ. Θωμάς Θομού, μίλησε για τη σημαντικότητα της ενότητας των Ελλήνων Βιοεπιστημόνων και προσέφερε σε βιοεπιστήμονες από την Ελλάδα και τη Κύπρο, θέσεις για έρευνα σε χώρες του εξωτερικού.

Ο Εκλεγμένος Πρόεδρος της Παγκόσμιας Ελληνικής Ένωσης Βιοεπιστημών, Δρ. Κώστας Δροσάτος προέδρευσε της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου μαζί με τον Δρ. Μεζίτη Σπύρο.

Τα μέλη της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας της Ρηνανίας- Βεστφαλίας, Δρ. Ζώης Βρεττός και Δρ. Δημήτριος Χριστοδόλου ήταν παρόντες στο Παγκόσμιο Ελληνικό Συνέδριο Βιοεπιστημών και έλαβαν μέρος στις συναντήσεις της διοίκησης και στα κοινωνικά γεγονότα.

Ο Κος. Δημήτριος Φίλιος, απερχόμενος Πρόεδρος της Παναρκαδικής Ομοσπονδίας της Αμερικής και ο Κος. Αντώνιος Διαματάρης, εκδότης της εφημερίδος «National Herald» στη Νέα Υόρκη έδωσαν τα συγχαρητήριά τους αλλά δεν μπόρεσαν να παρακολουθήσουν τη τελετή έναρξης.

Το Παγκόσμιο Ελληνικό Συνέδριο Βιοεπιστημών οργανώθηκε σε πέντε ενότητες και συμπεριελάμβανε:

• Τα Μεταβολικά Νοσήματα των Οστών όπου σχολίαζαν οι: Δρ. Γεώργιος Βάκρης από το Πανεπιστήμιο του Σικάγο, Δρ. Μιχάλης Μιχέλης από το νοσοκομείο Lenox Hill, Δρ. Νικόλας Μεζίτης από το Πανεπιστήμιο Columbia, Δρ. Σπύρος Μεζίτης από τα νοσοκομεία Lenox Hill και New York-Presbyterian, Δρ. Ελένη Καρακελίδη από το νοσοκομείο New York-Presbyterian, Δρ. Έλλη Κελεπούρη του Πανεπιστημίου του Drexel, Δρ. Αλέξανδρος Σπυρόπουλος του πανεπιστημίου McMaster στο Οντάριο και ο Δρ. Αρθούρος Κοσμάς του πανεπιστημίου του Rhode Island.

• Διαλέξεις για τον καρκίνο δόθηκαν από τους: Δρ. Κων/νο Αρναουτάκη από το Πανεπιστήμιο Ιατρικής του Arkansas, Δρ. Ελένη Τουσίμη από το Νοσοκομείο New York-Presbyterian, Δρ. Δημήτριος Ηλιόπουλος από το Πανεπιστήμιο του Harvard και ο Δρ. Γεώργιος Τσιούλας από το Ιατρικό Κέντρο της Νέας Υόρκης Mt Sinai.

Η δικτύωση, η συνεχής ιατρική εκπαίδευση, η προβολή και η ενημέρωση της κοινότητας για θέματα υγείας, η αναβάθμιση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας στην Ελλάδα και τη Κύπρο και η καθοδήγηση των ιατρών και των βιοεπιστημόνων από την Ελλάδα και τη Κύπρο είναι προτεραιότητες των οργανώσεών μας

• Στα στρογγυλά τραπέζια της Καρδιαγγειακής Παθολογίας και Χειρουργικής συμμετείχαν οι: Δρ. Ηλίας Ηλιάδης από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Cooper στο Camden, New Jersey, Δρ. Στυλιανός Παπαδάκος και Δρ. Ιωάννης Σταθόπουλος από το Νοσοκομείο Lenox Hill, Δρ. Νικόλας Σκιπιτάρης από το Ιατρικό Κέντρο Mt Sinai της Νέας Υόρκης και ο Δρ. Κων/νος Πλέστης, Συντονιστής στο Aortic Wellness Center του Νοσοκομείου Lenox Hill.

• Στο στρογγυλό τραπέζι της Νευροψυχιατρικής προήδρευσαν οι: Δρ. Γεώργιος Αλεξόπουλος από το Ιατρικό Κέντρο Weill Cornell και ο Δρ. Νικόλαος Ρομπάκης από το Ιατρικό Κέντρο του Mt Sinai της Νέας Υόρκης. Συμμετείχαν οι: Δρ. Άγγελος Στεργίου από τη Φαρμακευτική Avanex, Δρ. Διομήδης Λογοθετίδης από την Ιατρική Σχολή του Virginia Commonwealth και ο Δρ. Παύλος Κυμίσης από το Ιατρικό Κολλέγιο της Νέας Υόρκης.

• Στο στρογγυλό τραπέζι των Βασικών Επιστημών/Λοιμώξεων και Γαστρεντερολογίας προήδρευσαν οι: Δρ. Χαράλαμπος Ποθουλάκης από το Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια του Los Angeles και ο Δρ. Θεμιστοκλής Δασόπουλος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Washington. Ο Δρ. Γρηγόριος Λεοντιάδης από το Πανεπιστήμιο του McMaster στο Οντάριο του Καναδά έκλεισε το συνέδριο με σημαντικά επιστημονικά άρθρα.

• Στην ενότητα της Ελληνικής Βιοιατρικής, η Κα. Ελένη Webster, από τα Χανιά Κρήτης, περιέγραψε τη μη κερδοσκοπική οργάνωση, «Ορίζοντας» στην Κρήτη, η οποία προσφέρει φροντίδα σε παιδιά και ενήλικες που πάσχουν από καρκίνο στην Ελλάδα. Η Ομάδα Αιγαίου, η οποία βοηθάει απομονωμένα νησιά του Αιγαίου κέρδισε την προσοχή του κοινού και τιμήθηκε για την προσφορά της. Τέλος, ο φιλέλληνας Κος. Alain Touwaida, Διευθυντής Διατήρησης της Αρχαίας Ιατρικής στο Ινστιτούτο Smithsonian στην Ουάσινγκτον, τόνισε τη σημαντικότητα του Όρκου του Ιπποκράτη στη σημερινή ιατρική και της ψηφιοποίησης των Αρχαίων Ελληνικών και Βυζαντινών ιατρικών ελέγχων. Ο Δρ. Άγγελος Στεργίου της Avanex και ο Δρ. Γεράσιμος Πετράτος της φαρμακευτικής Roche συμμετείχαν στη συζήτηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρικής και Βιοεπιστημών, το οποίο κατέδειξε την αφοσίωση των μελών του στην αποστολή του δικτύου και την υποστήριξη αυτών στο Ετήσιο Ελληνικό Συνέδριο Βιοεπιστημών, είτε αυτό λαμβάνει χώρα στις ΗΠΑ, είτε στην Ελλάδα. Το Συμβούλιο οραματίζεται την αύξηση των εγγραφών στο συνέδριο και την αύξηση της οικονομικής υποστήριξης από τη βιομηχανία της υγείας, την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας της Ελλάδος και της Κύπρου, με τις οποίες έχουν αποκατασταθεί οι δίοδοι επικοινωνίας.

Ο Ελληνισμός είναι δυνατός και αυτό το παγκόσμιο συνέδριο Βιοεπιστημών το αποδεικνύει!

Website:

- *Παγκόσμιο Ελληνικό Δίκτυο Ιατρικής και Βιοεπιστημών: www.ghmbn.weebly.com*
- *Ομοσπονδία Ιατρικών Εταιρειών της Νέας Υόρκης: www.fedmed.weebly.com* IB

Υπενθύμιση προς τους ασφαλισμένους από το Τμήμα Πληρωμής Δαπανών του ΕΤΑΑ Τ. Υ. Υγειονομικών (πρώην ΤΣΑΥ) για την υποβολή των ιατροφαρμακευτικών δαπανών

Για δική σας διευκόλυνση, σας υπενθυμίζουμε κάποια στοιχεία απαραίτητα για την εξόφληση ιατροφαρμακευτικών δαπανών.

Σας εφιστούμε την προσοχή σε συνήθη λάθη που γίνονται με αποτέλεσμα τη μη αποζημίωση των γενόμενων δαπανών υγείας, τονίζοντάς σας τη σωστή διαδικασία:

Είναι ευθύνη τόσο του θεράποντος ιατρού όσο και του ασθενούς η εντολή να είναι συμπληρωμένη με ευκρίνεια και ακρίβεια σε όλα τα πεδία.

- Αναγραφή του ΑΜΚΑ στην εντολή του βιβλιαρίου ασθενείας του ασφαλισμένου (άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένου). Η αναγραφή του ΑΜΚΑ του θεράποντος ιατρού είναι επίσης υποχρεωτική.
- Αναγραφή της πλήρους ονομασίας της νόσου με τρόπο ευκρινή.
- Σφραγίδα θεράποντος ιατρού με τρόπο ευκρινή ώστε να φαίνεται η ειδικότητά του.
- Απόδειξη /ΔΠΥ με ορθή και ευκρινώς γραμμένη αιτιολογία για την παροχή και το είδος των υπηρεσιών.
- Στο πίσω μέρος της εντολής να υπάρχει υπογραφή και σφραγίδα του εκτελέσαντος.

Η σειρά των εργασιών πριν την κατάθεση των δικαιολογητικών στο Ταμείο είναι η εξής:

1ον: γραμμένη η ιατροφαρμακευτική εντολή στο βιβλιάριο ασθενείας

2ον: θεωρημένη η εντολή από ελεγκτή του ΟΠΑΔ εντός 5 εργάσιμων ημερών (και όπου απαιτείται, έγκριση από Πρωτοβάθμια Υγειονομική επιτροπή)

3ον: απόδειξη /ΔΠΥ

Οι ημερομηνίες πρέπει να αποδεικνύουν ότι η διαδικασία έχει ακολουθηθεί σωστά.

Για την υποβολή των παραστατικών σε περίπτωση που:

- Προσέλθετε στο Ταμείο, υποχρεούστε να προσκομίσετε:
  - Το βιβλιάριο ασθενείας
  - 25ψήφιο αρ. IBAN τραπέζης που επιθυμείτε να κατατεθούν τα χρήματά σας (με δικαιούχο τον άμεσα ασφαλισμένο)
  - Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας στις σελίδες που φαίνονται τα στοιχεία (ονοματεπώνυμο, ΑΜ, ΑΜΚΑ) και η θεώρηση του βιβλιαρίου ασθενείας.
- Στείλετε ταχυδρομικώς, υποχρεούστε να αποστείλετε:
  - 25ψήφιο αρ. IBAN τραπέζης που επιθυμείτε να κατατεθούν τα χρήματά σας (με δικαιούχο τον άμεσα ασφαλισμένο)
  - Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας στις σελίδες που φαίνονται τα στοιχεία (ονοματεπώνυμο, ΑΜ, ΑΜΚΑ) και η θεώρηση του βιβλιαρίου ασθενείας.

Συγκεκριμένα για τις δαπάνες λογοθεραπείας και φυσικοθεραπείας ισχύουν επιπλέον τα ακόλουθα:

Παροχή Δαπανών Φυσικοθεραπείας:

Σύμφωνα με απόφαση του ΔΣ του ΕΤΑΑ– ΤΥΥ (πρώην ΤΣΑΥ) οι φυσικοθεραπείες θα δίδονται 2 φορές το χρόνο για 4 είδη και για δύο περιοχές του σώματος. Σε περίπτωση μετατραυματικών και χρόνιων νευρομυϊκών παθήσεων θα δίδονται επιπλέον 10 συνεδρίες.

Τα biofeedback θα δίδονται μόνο 10 συνεδρίες το εξάμηνο στις περιπτώσεις που υπάρχει διαγνωσμένη και από ηλεκτρομυογράφημα νευρομυϊκή παθολογία.

Παροχή Δαπανών Λογοθεραπείας κ.λπ.:

Για τη συγκεκριμένη κατηγορία δαπανών χρειάζεται επιπλέον έγκριση από Πρωτοβάθμια Υγειονομική επιτροπή στην οποία θα επισυνάπτεται γνωμάτευση από κρατικό νοσοκομείο όπου θα προκύπτει η αναγκαιότητα της θεραπείας και το προσδόκιμο.

Επειδή η καταβολή των δαπανών δεν γίνεται αυθημερόν, παρακαλούμε να καταθέτετε ή να στέλνετε τα δικαιολογητικά σας συνοδευόμενα από «Αίτηση για ονομαστικές δαπάνες» συμπληρωμένη σε όλα τα πεδία. Την αίτηση μπορείτε να τη βρείτε (I) στα γραφεία μας στην Αθήνα (Αχαρνών 27, 5ος όροφος, γραφείο 3), (II) στα γραφεία και τις Αντιπροσωπείες του Ταμείου στην περιφέρεια και (III) στην ιστοσελίδα (www.tsay.gr).

Σε περίπτωση που υπάρχει οποιαδήποτε παρέκκλιση από τα παραπάνω δεν θα είναι δυνατή η παραλαβή των δικαιολογητικών σας από τους αρμόδιους υπαλλήλους και θα επιστρέφονται τα παραστατικά.

Αίτηση Ονομαστικής Δαπάνης

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ .....
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΜΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ .....
ΑΜ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ ..... ΑΡΙΘΜΟΣ.....
ΠΕΡΙΟΧΗ-ΠΟΛΗ ..... ΤΚ.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΡΩΙΝΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ .....

ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (11 ΨΗΦΙΑ) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ΑΜΚΑ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (11 ΨΗΦΙΑ) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN (25 ΨΗΦΙΑ) ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ
GR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ο ΑΙΤΩΝ

ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΘΕΩΡΗΣΗ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 20…

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ 10% ☐ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ☐ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ Χ)

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ
.....

Ο Καθηγητής Παιδιατρικής κ. Ανδρέας Κωνσταντόπουλος, Πρόεδρος της Παγκόσμιας Παιδιατρικής Εταιρείας

Κορυφαία διάκριση για την Ελλάδα, η εκλογή ενός Έλληνα Καθηγητή στην κορυφή της Παγκόσμιας Παιδιατρικής Κοινότητας. Ο Καθηγητής της Παιδιατρικής κ. Ανδρέας Κωνσταντόπουλος, εξελέγη στη θέση του Προέδρου της Παγκόσμιας Παιδιατρικής Εταιρείας.

Η διαδικασία εκλογής του Προέδρου της Παγκόσμιας Παιδιατρικής Εταιρείας πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του 26ου Παγκόσμιου Παιδιατρικού Συνεδρίου στο Γιοχάνεσμπουρ, στη Ν. Αφρική.

Είναι ο πρώτος Έλληνας που φθάνει ιεραρχικά στην υψηλότερη βαθμίδα της επιστημονικής αυτής εταιρείας, αλλά και ο πρώτος Ευρωπαίος που κατακτά αυτή τη θέση μετά το 1992. Ο κ. Κωνσταντόπουλος εξελέγη πανηγυρικά, έλαβε 67 ψήφους έναντι 17 του συνυποψηφίου του.

«Η εκλογή αυτή με τιμά ιδιαίτερα, τιμά τους Έλληνες παιδιάτρους, αλλά και ολόκληρη τη χώρα μας. Με τη διάκριση αυτή, η Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία και τα μέλη της θα έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθούν τις παγκόσμιες εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής επιστήμης και να διευρύνουν τη γνώση τους», σημειώνει ο κ. Κωνσταντόπουλος και προσθέτει: «η ανταλλαγή απόψεων, η μετάδοση γνώσεων και η πρόσβαση σε επιστημονικές πληροφορίες θα αποτελέσει σημαντικό εργαλείο στις επιμέρους ειδικότητες της επιστήμης της Παιδιατρικής».

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο κ. Κωνσταντόπουλος είναι Πρόεδρος της Ελληνικής Παιδιατρικής Εταιρείας, Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Παιδιατρικής Εταιρείας και Αντιπρόεδρος της Μέσης Ανατολής και Μεσογειακής Παιδιατρικής Εταιρείας, όπου θα αναλάβει την Προεδρία της το 2011.

Οι κατευθυντήριες γραμμές και οι συστάσεις της Παγκόσμιας Παιδιατρικής Εταιρείας για τη διάγνωση, την εκτίμηση και την αντιμετώπιση ασθενειών που βασίζονται στα πιο πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα, θα είναι ένα βήμα πιο κοντά στους Έλληνες παιδιάτρους και στην άσκηση της επιστήμης τους.

Ετήσια Γερουλάνεια Βραβεία 2011

Το Γερουλάνειον Ίδρυμα, με απόφαση του Δ.Σ. του, προκηρύσσει διαγωνισμό για τη βράβευση:

α) της καλύτερης Ελληνικής ιατροϊστορικής μελέτης και β) της καλύτερης Ελληνικής ιατρικής πραγματείας με θέμα την ιατρική ηθική και δεοντολογία, που δημοσιεύθηκαν κατά τη διάρκεια της παρελθούσης τετραετίας.

Οι μελέτες πρέπει να είναι τυπωμένες, να έχουν συγγραφεί υπό ενός και μόνο συγγραφέως και να υποβληθούν σε 5 αντίτυπα στη Γραμματεία του Ιδρύματος, οδός Αραχώβης 35 - Εξάρχεια, τηλ. 210-3825840.

Η προθεσμία υποβολής των εργασιών λήγει την 28η Φεβρουαρίου 2011. Δημοσιεύματα στον καθημερινό ή τον Ιατρικό Τύπο και διδακτορικές διατριβές μη δημοσιευθείσες ως αυτοτελείς μελέτες, δεν γίνονται δεκτές για κρίση υπό του διαγωνισμού. Η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων θα γίνει τον Απρίλιο του 2011 και η τελετή απονομής των βραβείων θα γίνει στο 37ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο του 2011.

Δωρεάν μαθήματα ομοιοπαθητικής
από την Εθνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής Συνεργασίας (Ε.Ε.Ο.Ι.Σ) για ιατρούς και φοιτητές Ιατρικής

Πλήρες Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης. Το πρόγραμμα είναι πιστοποιημένο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ομοιοπαθητικής - European Committee for Homeopathy - ECH και παρέχεται από την Εθνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής Συνεργασίας, Δωρεάν (η Ε.Ε.Ο.Ι.Σ. είναι μη κερδοσκοπική, επιστημονική ιατρική εταιρεία).

Στους αποφοίτους χορηγείται, από την ECH, η Ευρωπαϊκή Πιστοποίηση: European Diploma of Homeopathy.

Συντονιστής: Βαγγέλης Ζαφειρίου, Ψυχίατρος
Μέλος της Εκπαιδευτικής Επιτροπής της ECH
Μέλος Δ.Σ. του ΙΣΑ
Εκπρόσωπος ΙΣΑ στον ΠΙΣ
Επικοινωνία: Παπαδιαμαντοπούλου 4, Αθήνα 11528
Τηλ.:210 7222284, 6975425842, 6946261568
Website: www.HomeopathyInGreece.gr

Κλιματικές αλλαγές και η υγεία παιδιών και μητέρων

Γ. Π. ΧΡΟΥΣΟΣ
Καθηγητής Παιδιατρικής, Νοσοκομείο Παίδων

Εισαγωγή

Οι αναμενόμενες κλιματικές αλλαγές στις ερχόμενες δεκαετίες προβλέπεται να επηρεάσουν σημαντικά την υγεία μητέρων και ανθρώπων στην ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένων εμβρύων, παιδιών, εφήβων και νεαρών ενηλίκων. Η δυνατότητα πρόβλεψης που διαθέτουμε για το τι ακριβώς θα συμβεί είναι περιορισμένη. Το αρχαίο ελληνικό ρητό «Οι θεοί γνωρίζουν τα μέλλοντα. Οι άνθρωποι όσα γίνονται. Οι δε σοφοί αντιλαμβάνονται αυτά που έρχονται» είναι τόσο επίκαιρο σήμερα, όσο ήταν και κατά το παρελθόν. Θα πρέπει να επιστρατεύσουμε τη σοφία μας, αν θέλουμε να προβλέψουμε ορθώς και άρα να επινοήσουμε λογικές μεθόδους πρόληψης και μετριασμού των αρνητικών επιπτώσεων που θα έχει η κλιματική αλλαγή στους νέους, αλλά και σε όλους μας.

Στο συνοπτικό τούτο κείμενο, παραθέτω μια σφαιρική θεώρηση των προβλεπόμενων επιπτώσεων που θα έχουν οι τρέχουσες κλιματικές αλλαγές στην υγεία μητέρων και παιδιών, κάνοντας πρώτα μια σύντομη ανασκόπηση του πώς το κλίμα έχει επηρεάσει τη ζωή στη Γη κατά το παρελθόν, κατόπιν εξετάζοντας τις αναμενόμενες επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής στην υγεία και τέλος, αναφέροντας τα μέτρα πρόληψης και μετριασμού που θα πρέπει να ληφθούν.

Ιστορικό της επίδρασης του κλίματος στη ζωή πάνω στη Γη

Ο Άνθρωπος και η βιόσφαιρα της Γης ως πολύπλοκα δυναμικά συστήματα

Οι άνθρωποι και οι κοινωνίες τους είναι πολύπλοκα δυναμικά συστήματα που αποτελούνται από άλλα πολύπλοκα συστήματα και ζουν μέσα σε αυτά. Απαρτιζόμαστε από άτομα, μόρια, κύτταρα και συστήματα οργάνων, ενώ, τόσο ως πρόσωπα, αλλά και ως κοινωνίες, αποτελούμε μέρος της βιόσφαιρας της Γης, του πλανητικού συστήματος, του γαλαξία και του σύμπαντος.

Τα πολύπλοκα συστήματα αποτελούνται από πολυάριθμα αλληλοεπιδρώντα στοιχεία, αυτο-οργανώνονται, προσαρμόζονται μέσω αυτόματα ρυθμιζόμενων κύκλων ανατροφοδότησης και διαθέτουν ανθεκτικότητα στις μεταβολές και αναδυόμενες νεοσύστατες ιδιότητες. Οι τελευταίες δεν αποτελούν σύνολο των μερών, αλλά κάτι υπερβατικό και ανεπίδεκτο πρόβλεψης βάσει της γνώσης των μερών. Συνεπώς, η ίδια η ζωή, η ανθρώπινη διανόηση, η ψυχή και ο πολιτισμός αποτελούν όλα νεοσύστατες ιδιότητες πολύπλοκων συστημάτων. Τα πολύπλοκα συστήματα διαθέτουν σταθερή κατάσταση (ομοιόσταση), η οποία διαταράσσεται από διαταρακτικές δυνάμεις (στρεσσογόνους παράγοντες) και αποκαθίσταται από προσαρμοστικές δυνάμεις. Η βιόσφαιρα της Γης διέπεται από τις ίδιες αρχές πολυπλοκότητας. Η ομοιόσταση της βιόσφαιρας θυμίζει το «παλίντροπος αρμονίη όκωσπερ τόξου και λύρης», όπως πολύ έξυπνα παρατήρησε ο Ηράκλειτος (περί το 500 π.Χ.). Η βιόσφαιρα διατηρείται σε ομοιόσταση, όταν δέχεται επίθεση από στρεσσογόνους παράγοντες, η προσαρμοστικότητά της, ωστόσο, έχει όρια.

Ο νόμος του Hooke περί ελαστικότητας αποτελεί εξαιρετικό παράδειγμα ομοιόστασης και στρες, το οποίο μπορεί να προβληθεί στη βιόσφαιρα. Έτσι, το μέγεθος της δύναμης που ασκείται σε ένα υλικό (σφοδρότητα καταπόνησης) αντιστοιχεί γραμμικά με το μέγεθος της παραμόρφωσης (προσαρμογής). Ωστόσο, η γραμμικότητα αυτή δεν είναι άπειρη. Υπάρχει ένα σημείο – επονομαζόμενο «οριακό σημείο» – πέρα από το οποίο οι ιδιότητες του υλικού επηρεάζονται δυσμενώς, δηλαδή το σύστημα καταπονείται.

Τέλος, εάν ο στρεσσογόνος παράγοντας υπερβεί την ικανότητα του συστήματος να παραμένει ανέπαφο, τότε φθάνουμε στο «σημείο θραύσης» ή σημείο κατάρρευσης. Σε ένα ζωντανό σύστημα, κάτι τέτοιο ισοδυναμεί με θάνατο.

Ιστορία του κλίματος της Γης και της εξέλιξης της ζωής

Το κλίμα της Γης έχει αλλάξει εντυπωσιακά στα 4,5 δισεκατομμύρια χρόνια ύπαρξης του πλανήτη. Η ζωή ξεκίνησε πριν από περίπου 2,7 δισεκατομμύρια χρόνια, με αφετηρία πολύ απλούς οργανισμούς, των οποίων η ύπαρξη ήταν ζωτικής σημασίας για τη γένεση του οξυγόνου, της ατμόσφαιρας και της βιόσφαιρας, καθώς και για την εξέλιξη όλο και πιο πολύπλοκων ζωντανών οργανισμών. Οι συγκεντρώσεις οξυγόνου στην ατμόσφαιρα αυξήθηκαν σταδιακά, φθάνοντας το 18% πριν από 2,2 δισεκατομμύρια χρόνια. Οι προκαρυωτικοί μονοκύτταροι οργανισμοί εξελίχθηκαν σε πιο πολύπλοκους ευκαρυωτικούς, ενσωματώνοντας και συμβιώνοντας με απλούς προκαρυωτικούς οργανισμούς, που εξελίχθηκαν σε μιτοχόνδρια και χλωροπλάστες, οργανίδια καίριας σημασίας για το σχηματισμό έμβιων πολυκύτταρων οργανισμών, ζώων και φυτών.

Κατά την Κάμβρια περίοδο, 540 με 490 εκατομμύρια χρόνια πριν, τα απλά μονοκύτταρα πρωτόζωα εξελίχθηκαν σε πολυκύτταρα μετάζωα. Κατά τη Δεβόνια περίοδο, 420 με 350 εκατομμύρια χρόνια πριν, δύο βασικές ζωικές ομάδες εποικούσαν τη γη. Εμφανίστηκαν τα πρώτα τετράποδα, ή αλλιώς χερσαία σπονδυλωτά, δηλαδή οι πρόγονοι των ανθρωποειδών της Γης, όπως επίσης τα άπτερα έντομα και οι πρώιμες αραχνίδες. Κατά τη Δεβόνια περίοδο, υπήρχαν τρεις κύριες ηπειρωτικές μάζες: Η Β. Αμερική και η Ευρώπη, που κείτονταν μαζί κοντά στον ισημερινό, ενώ μεγάλο μέρος του σημερινού εδάφους τους βρισκόταν κάτω από το νερό. Βόρεια, κείτονταν ένα μέρος της σημερινής Σιβηρίας, ενώ μια ήπειρος, απαρτιζόμενη από τη Ν. Αμερική, την Αφρική, την Ανταρκτική, την Ινδία και την Αυστραλία, δέσποζε στο νότιο ημισφαίριο.

Πριν από περίπου 80 εκατομμύρια χρόνια, οι ήπειροι Αμερικής και Αφρικής χωρίστηκαν η μία από την άλλη, ενώ πριν από περίπου 40 εκατομμύρια χρόνια, τα ζώα και τα φυτά της Γης ακολούθησαν διαφορετική εξελικτική πορεία σε κάθε ήπειρο. Έτσι, τα πρωτεύοντα είδη χωρίστηκαν σε δύο μεγάλες ομοταξίες: τα πρωτεύοντα του Παλαιού Κόσμου, στα οποία συμπεριλαμβάνονται ο άνθρωπος, ο χιμπατζής, ο γορίλας και οι πίθηκοι μακάκοι, και τα πρωτεύοντα του Νέου Κόσμου, στα οποία συμπεριλαμβάνονται τα είδη πιθήκων καλλίθριξ και σκίουρος.

Πρόσφατες κλιματικές αλλαγές

Ο σύγχρονος άνθρωπος έχει ηλικία περίπου 150.000 ετών, ένα ψήγμα χρόνου σε σχέση με την ύπαρξη ζωής στη Γη, κατά το ⇨

οποίο η βιόσφαιρα έχει αποκτήσει σχετικά περιορισμένης έκτασης ομοιόσταση, που έχει επιτρέψει την ανάπτυξη και ευημερία του ανθρώπινου είδους. Ωστόσο, τα τελευταία 100 χρόνια, η μέση θερμοκρασία έχει αυξηθεί σταδιακά κατά 1°C (1,8F). Τα αέρια που προκαλούν το φαινόμενο του θερμοκηπίου αυξάνονται, το όζον προοδευτικά μειώνεται, ενώ επιβλαβή χημικά απελευθερώνονται και συσσωρεύονται στο περιβάλλον. Οι τάσεις αυτές εξακολουθούν με ταχύτερο ρυθμό την ανοδική τους πορεία στον αιώνα που διανύουμε, ενώ υπάρχουν στοιχεία που μαρτυρούν ανθρώπινη υπαιτιότητα. Βάσει των τάσεων αυτών, η προβλεπόμενη αύξηση θερμοκρασίας στα επόμενα 100 χρόνια κυμαίνεται από 2 ως 6°C.

Γνωρίζουμε σήμερα ότι, λόγω της αύξησης της θερμοκρασίας, υπάρχουν 15 περιοχές στη βιόσφαιρα της Γης που καταπονούνται και έχουν πλησιάσει το οριακό τους σημείο. Οι περιοχές αυτές περιλαμβάνουν το τροπικό δάσος του Αμαζονίου, το Ρεύμα του Κόλπου και τα στρώματα πάγων σε Αρκτική και Ανταρκτική. Με την αναμενόμενη περαιτέρω αύξηση της θερμοκρασίας, τα ακραία καιρικά φαινόμενα πρόκειται να πληθύνουν. Κύματα καύσωνα, τεράστιες δασικές πυρκαγιές, πλημμύρες, καταρρακτώδεις βροχές, καθώς και τυφώνες κι ανεμοστρόβιλοι, προβλέπεται ότι θα λαμβάνουν χώρα πιο συχνά και με αυξημένη σφοδρότητα.

Το θερμότερο κλίμα αναμένεται να ελαττώσει τις αποδόσεις των σοδειών. Οι επιστήμονες προβλέπουν ότι για κάθε αύξηση της τάξεως του 1°C (1,8F) πάνω από το κανονικό, οι σοδειές σιταριού, ρυζιού και καλαμποκιού θα μειώνονται κατά 10%. Με τον αυξανόμενο πολλαπλασιασμό του πληθυσμού της Γης που προβλέπεται για τα ερχόμενα χρόνια έως το 2050, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα απόλυτα νούμερα όσον αφορά στον επιπολασμό και στις συνέπειες του υποσιτισμού πρόκειται να αυξηθούν.

Όσο η θερμοκρασία στις εύκρατες ζώνες αυξάνεται, ξενιστές θα εισέρχονται σε αυτές από τους τροπικούς, μεταφέροντας μαζί τους ασθένειες.

Για παράδειγμα, το ανωφελές κουνούπι, το οποίο είναι φορέας του παράσιτου της ελονοσίας, αναμένεται να μετακινηθεί στις ανέκαθεν εύκρατες ζώνες, φέρνοντας μαζί του την ασθένεια.

Προβλεπόμενες επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής στην υγεία

Προσφάτως, ένα ολόκληρο τεύχος του περιοδικού Lancet ήταν αφιερωμένο στις επιπτώσεις που θα έχουν οι κλιματικές αλλαγές στην ανθρώπινη υγεία. Τιτλοφορήθηκε «Η κλιματική αλλαγή αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο του 21ου αιώνα για την υγεία παγκοσμίως». Τα άρθρα του περιοδικού τονίζουν το γεγονός ότι η Βόρεια Αμερική, η Ευρώπη και η Κίνα παράγουν τη μεγαλύτερη ποσότητα άνθρακα, επιτείνοντας το φαινόμενο του θερμοκηπίου, ενώ η Αφρική, η οποία παράγει τις χαμηλότερες εκπομπές, υφίσταται τις επιπτώσεις της υπερθέρμανσης του πλανήτη με ολοένα και περισσότερες ασθένειες και θανάτους.

Μια καλή ένδειξη υγείας του πληθυσμού μιας περιοχής αποτελεί ο αριθμός ετών ζωής, υπολογιζόμενα σε συνάρτηση με τις επιβαρύνσεις που επιφέρει η ασθένεια στην υγεία (disability-adjusted life years - DALY) ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Αυτή τη στιγμή, ο μέσος όρος παγκοσμίως είναι 930, στις ανεπτυγμένες χώρες είναι 89, στην Αφρική 3.071 και στη Νοτιοανατολική Ασία 1.703. Οι δείκτες αυτοί αναμένεται να χειροτερεύσουν δυσανάλογα στον αναπτυσσόμενο κόσμο, καθώς το κλίμα αλλάζει.

Ο πληθυσμός της Γης είναι περίπου 7 δισεκατομμύρια άνθρωποι και συνεχώς αυξάνεται. Η μαζική αστικοποίηση, που λαμβάνει χώρα τόσο ραγδαία, συντελεί στα προβλήματα περιβάλλοντος και υγείας. Αυτή τη στιγμή, πάνω από 50% του πληθυσμού της Γης είναι αστικός, με 170 πόλεις των περισσότερων από ένα εκατομμύριο κατοίκους. Επί του παρόντος, 13 από τις 20 μεγαλύτερες πόλεις του κόσμου βρίσκονται στο επίπεδο της θάλασσας και αναπόφευκτα θα πλήττονται από πλημμύρες και κατακλυσμούς, όσο αυξάνεται η θερμοκρασία. Αν οι τάσεις εξακολουθήσουν ως έχουν, το 2100 πάνω από 80% του πληθυσμού της Γης θα είναι αστικός.

Αν σκεφτούμε τα ακόλουθα 100 χρόνια, δηλαδή τέσσερις ανθρώπινες γενιές και τέσσερα διαφορετικά σενάρια, βάσει των οποίων η θερμοκρασία θα αυξηθεί κατά 2°, 3°, 4° ή 6°C, μπορούμε να προβλέψουμε την αντίστοιχη καταστροφή που θα προκληθεί. Με το θέμα αυτό, καταπιάνονται ντοκιμαντέρ του National Geographic, όπως το «Έξι βαθμοί θα αλλάξουν τον κόσμο» ("Six Degrees Could Change the World") του 2007, και βιβλία, όπως το «Έξι βαθμοί: Το μέλλον της ανθρωπότητας σε ένα θερμότερο πλανήτη» ("Six Degrees: Our Future in a Hotter Planet") του 2008. Οι προβλεπόμενες επιπτώσεις στην υγεία είναι τρομακτικές.

Ποιες είναι οι αλλαγές που αναμένεται να προκαλέσει η ανοδική πορεία της θερμοκρασίας; Αρκετές, και πιθανότατα δεν έχουν προβλεφθεί όλες. Πρώτον, αύξηση της στάθμης της θάλασσας. Δεύτερον, ακραία καιρικά φαινόμενα με κύματα καύσωνα, ξηρασία, δασικές πυρκαγιές και πλημμύρες. Τρίτον, αύξηση της ξηρασίας του εδάφους, με μεγάλες επιπτώσεις στην παραγωγή τροφίμων. Τέταρτον, έκθεση στην ακτινοβολία UV και πέμπτον, μόλυνση του περιβάλλοντος από επιβλαβή χημικά.

Ποιες είναι οι αναμενόμενες επιπτώσεις στην υγεία; Ακολουθούν τις αλλαγές που προκαλούνται από την ανοδική τάση της θερμοκρασίας, όπως αυτές περιγράφτηκαν στην παραπάνω παράγραφο, μία προς μία. Πρώτον, θα υπάρξουν άμεσες αρνητικές επιπτώσεις ακραίων παραγόντων, όπως είναι οι πνιγμοί και οι θερμοπληξίες. Δεύτερον, αναμένονται λιμοί, με συνεπακόλουθο υποσιτισμό και αυξημένη ευπάθεια σε μολυσματικές και λοιπές ασθένειες. Τρίτον, αναμένεται εξάντληση και/ή μόλυνση των αποθεμάτων νερού. Τέταρτον, αναμένεται εξάπλωση των μολυσματικών ασθενειών που μεταδίδονται με το νερό και μέσω φορέων, καθώς και εμφάνιση ξεχασμένων, αλλά και νέων, ασθενειών. Τέλος, προβλέπεται ότι η έκθεση στην ακτινοβολία UV και η μόλυνση με επιβλαβή χημικά θα οδηγήσουν αναπόφευκτα σε αλλεργίες, υπογονιμότητα και αυξημένα περιστατικά καρκίνου.

Ποιοι πληθυσμοί είναι πιο ευάλωτοι στις αρνητικές επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής; Προφανώς τα παιδιά, οι γυναίκες, ιδιαίτερα οι έγκυες, οι ηλικιωμένοι, οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και τα φτωχότερα μέλη της κοινωνίας. Υπάρχουν πολλά πρόσφατα παραδείγματα, με τα οποία η τρωτότητα των παιδιών, σε συνδυασμό με την ατυχία τους να ζουν σε φτωχά κράτη, έγινε εμφανής σε όλο τον κόσμο. Τα παραδείγματα αυτά συμπεριλαμβάνουν την ασιτία και τον υποσιτισμό στην Μπιάφρα το 1968, τα σύνορα της Ταϊλάνδης το 1979, την Αιθιοπία το 1985, τη Σομαλία το 1992, το Σουδάν το 1998, την Αγκόλα το 2002 και το Νίγηρα το 2005. Με τα παραδείγματα αυτά, πήραμε μια πικρή γεύση του τι να αναμένουμε αν η θερμοκρασία της Γης εξακολουθήσει να αυξάνεται. Σε τέτοιες συνθήκες, οι τέσσερις ιππείς της Αποκάλυψης – λιμός, λοιμός, πόλεμος και θάνατος – θα επισκεφθούν τον κόσμο μας, όπως το είχαν φανταστεί κάποιοι εσχατολογικοί πρόγονοί μας. Οι τέσσερις φυσικές συμφορές που βρίσκουν τον άνθρωπο

κατά τους αρχαίους Έλληνες, λιμός, λοιμός, πυρ και καταποντισμός, θα μας επισκέπτονται ολοένα και συχνότερα.

Σήμερα, 150 εκατομμύρια παιδιά του αναπτυσσόμενου κόσμου είναι ελλιποβαρή, και τα μισά εξ αυτών ζουν στη Νότια Ασία. Οι αριθμοί αυτοί αναμένεται να αυξηθούν, αν το κλίμα εξακολουθήσει να αλλάζει με αμείωτο ρυθμό. Είναι ειρωνικό που ο υποσιτισμός και το ακριβώς αντίθετό του, η παχυσαρκία, μαστίζουν εξίσου τον αναπτυσσόμενο και τον αναπτυγμένο κόσμο αντίστοιχα.

Δε θα πρέπει να παραβλεφθούν οι επιπτώσεις των φυσικών συμφορών, που ίσως πλήξουν την πνευματική υπόσταση του ανθρώπου παγκοσμίως. Αναμένεται να βιωθεί τεράστιος ψυχολογικός πόνος από ανθρώπους όλων των ηλικιών. Ωστόσο, τα βάσανα των παιδιών και οι μακροχρόνιες επιπτώσεις που θα έχουν στους νεαρούς διασωθέντες για όλη τους τη ζωή θα επιφέρουν ακόμα χειρότερες συνέπειες στις ανθρώπινες κοινωνίες. Πρόσφατα, το περιοδικό Lancet δημοσίευσε ένα χρονοδιάγραμμα με τις ενδεχόμενες επιπτώσεις διαβαθμισμένων αυξήσεων θερμοκρασίας (1-6°C) στα αποθέματα νερού, τα οικοσυστήματα, την παραγωγή τροφίμων και τις μεταβολές των ακτών του πλανήτη, με τις αντίστοιχες επιπτώσεις τους στην υγεία.

Οι επιπτώσεις στην υγεία είχαν χωριστεί σε εκείνες που θα προκύψουν από την αυξημένη επιβάρυνση λόγω κυμάτων καύσωνα, πλημμυρών, ξηρασίας και λοιπών ακραίων φυσικών φαινομένων, σε εκείνες που θα προκύψουν από την εξάπλωση των φορέων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων εντόμων, όπως τα κουνούπια και οι μύγες, αρουραίων και άλλων ζώων που μεταφέρουν ασθένειες, σε εκείνες που θα προκύψουν από τον υποσιτισμό, τη διάρροια και τις λοιμώξεις και τέλος, σε εκείνες που δε θα αντιμετωπισθούν επαρκώς, ούτε στις χώρες που διαθέτουν ικανά συστήματα υγείας, καθώς οι υποδομές αυτών των συστημάτων δε θα είναι επαρκείς για τον αυξημένο φόρτο που θα υφίστανται.

Μέτρα πρόληψης και μετριασμού

Ο Αριστοτέλης είχε πει ότι ο άνθρωπος απαρτίζεται από τρία στοιχεία: Πρώτον, τη φύση, δηλαδή την ανθρώπινη γενετική. Δεύτερον, το έθος, δηλαδή το περιβάλλον στο οποίο ζει. Και τρίτον, το λόγο, δηλαδή τη λογική του. Η λογική ανθρώπινη αντίδραση στην κλιματική αλλαγή πρέπει να είναι ο περιορισμός των ανθρωπογενών κλιματικών αλλαγών στη βιόσφαιρα και η επινόηση μέτρων που θα αποτρέψουν τις περαιτέρω περιβαλλοντικές αλλαγές και θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση εκείνων που αναπόφευκτα θα λάβουν χώρα.

Τι πρέπει να γίνει; Ο λογικός οδικός χάρτης προς τη διόρθωση των συντελεστών που απειλούν τον πολιτισμό μας διαθέτει τέσσερα κύρια μέρη: Πρώτον, την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση των εκπομπών άνθρακα, κυρίως μέσω της χρήσης ανανεώσιμων πηγών ενέργειας, όπως η αιολική και η ηλιακή ενέργεια. Δεύτερον, τη σταθεροποίηση του πληθυσμού της Γης, με την παροχή στοιχειώδους υγειονομικής περίθαλψης, υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού. Τρίτον, την εξάλειψη της φτώχειας και τέταρτον, την αποκατάσταση των δασών, αγροκαλλιεργειών και υδροφόρων οριζόντων του πλανήτη. Ακούγεται δύσκολο; Ναι, αλλά πάνω απ' όλα είναι επιτεύξιμο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ανθρωπογενής κλιματική αλλαγή, ως ποσοστό των παγκόσμιων εκπομπών αερίων θερμοκηπίου, οφείλεται κατά 20% στην παραγωγή τροφίμων, κυρίως κρέατος και γάλακτος, και κατά 15% στις μεταφορές, με τρία τέταρτα αυτού του ποσοστού να αποδίδονται στην κίνηση στους δρόμους. Το κλίμα της Γης επιβαρύνεται δέκα φορές περισσότερο για μια ποσότητα θερμίδων που καταναλώνεται μέσω κρέατος, σε σύγκριση με την ίδια ποσότητα που καταναλώνεται μέσω φυτικών τροφών. Ο μέσος όρος ανθρώπινης κατανάλωσης κρέατος είναι 100g/ημέρα και κυμαίνεται μεταξύ 25 και 250g/ημέρα.

Προφανώς, οι κάτοικοι των αναπτυγμένων χωρών τρώνε υπερβολικά, κάνοντας κακό στην υγεία τους, ενώ οι κάτοικοι των αναπτυσσόμενων χωρών τρώνε υπερβολικά λίγο, επίσης κακό για την υγεία τους. Ο μετριασμός της κατανάλωσης κρέατος θα βοηθήσει τόσο το κλίμα, όσο και την υγεία μας.

Τα οφέλη για την υγεία από τις πολιτικές κλιματικής αλλαγής

Υπάρχουν τρία βασικά οφέλη για την υγεία από τις πολιτικές κλιματικής αλλαγής. Για παράδειγμα, η μειωμένη κατανάλωση κρέατος δε θα ελαττώσει μόνο τις εκπομπές άνθρακα στη βιόσφαιρα, αλλά θα βοηθήσει στη μείωση της αθηροσκλήρυνσης. Το περπάτημα και η ποδηλασία θα μειώσουν την εξάρτησή μας από τα μέσα μεταφοράς, που καταναλώνουν μη ανανεώσιμα καύσιμα, όπως και τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τα τροχαία ατυχήματα. Επιπλέον, η ελάττωση της μόλυνσης του αέρα θα οδηγήσει στη μείωση των κρουσμάτων ασθενειών που σχετίζονται με τη μόλυνση, όπως αναπνευστικές ασθένειες, καρκίνος και υπογονιμότητα. Τέλος, η μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα που επιφέρει ένας υγιεινός τρόπος ζωής θα έχουν ως αποτέλεσμα μικρότερα κονδύλια για το σύστημα υγείας, άρα μεγαλύτερη οικονομική ευρωστία και αυξημένη αποτελεσματικότητα σε καιρούς κρίσης.

Ποιοι άλλοι γενικοί τρόποι πρόληψης και μετριασμού υπάρχουν, εκτός από το να διακόψουμε τις συνήθειες που καταπονούν το περιβάλλον;

Οι γενικοί αυτοί τρόποι περιλαμβάνουν τέσσερα βασικά μέτρα: Πρώτον, επιμόρφωση και ενίσχυση των γυναικών. Δεύτερον, εξάλειψη της φτώχειας. Τρίτον, έλεγχος του πληθυσμού και υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας. Και τέταρτον, προετοιμασία για την αντιμετώπιση περιβαλλοντικών κρίσεων, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης για πρώιμες ενδείξεις τέτοιου είδους κρίσεων σε παγκόσμιο επίπεδο.

Όσον αφορά τις περιπέτειες υγείας που θα προκληθούν από την κλιματική αλλαγή, οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας θα πρέπει να ακολουθήσουν την προτροπή του Ιπποκράτη: «Να προσφέρεις τη βοήθειά σου σε όλους, για την αγάπη προς τον Άνθρωπο και την αγάπη για την Τέχνη».

Εννοούσε την ολοκληρωμένη φροντίδα προς τους αδύναμους, τους φτωχούς, τις γυναίκες, τα παιδιά, τους ηλικιωμένους και τους σκλάβους. Οι φτωχές χώρες και οι πιο ευάλωτοι πληθυσμοί τους, δηλαδή οι γυναίκες, τα παιδιά και οι φτωχοί, θα υποστούν τη σφοδρότητα των επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής στην υγεία. Στην πραγματικότητα, οι χώρες και οι λαοί που συντέλεσαν λιγότερο σε αυτές τις αλλαγές θα υποφέρουν πιο πολύ από όλους κι αυτό δεν πρέπει να το ξεχνάμε.

Η γενετική ικανότητα προσαρμογής του ανθρώπου

Το 2009, η ανθρωπότητα γιόρτασε την επέτειο 200 ετών από τη δημοσίευση του εμπνευσμένου βιβλίου του Δαρβίνου, «Η προέλευση των ειδών». Σήμερα, διαθέτουμε το πλεονέκτημα της εκπληκτικής προόδου στη βιολογία και τη γενετική, που μας βοηθά να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς μέσω των οποίων το ανθρώπινο είδος εξελίχθηκε

δια της προσαρμογής, επιζώντας υπό μεγάλους εξελικτικούς παράγοντες έντασης. Αυτές οι επιλεκτικές καταπονήσεις εξηγούν σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση των σύγχρονων χρόνιων ασθενειών της ανθρωπότητας, όπως η παχυσαρκία, το μεταβολικό σύνδρομο, η υπέρταση, οι αλλεργίες, οι διαταραχές αυτοανοσίας, τα σύνδρομα χρόνιου πόνου και κόπωσης, το άγχος και η κατάθλιψη. Είναι αξιοσημείωτο ότι μια εκπληκτική και επιταχυνόμενη θετική επιλογή, κυρίως ρυθμιστικών περιοχών και γονιδίων του DNA, μοιάζει να λαμβάνει χώρα στο ανθρώπινο είδος τα τελευταία 40.000 χρόνια, δημιουργώντας αλλαγές που αποδεικνύουν ότι διαθέτουμε την ικανότητα γενετικής προσαρμογής σε ένα ραγδαία μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Το αναφέρουμε αυτό, διότι για πολλά χρόνια θεωρείτο ότι το ανθρώπινο είδος είχε μείνει πίσω από γενετική άποψη, καθώς παρέμεναν σταθεροί ο ρυθμός αυτόματης μετάλλαξης και η θετική επιλογή, ενώ ο τρόπος ζωής άλλαζε με συγκλονιστικό ρυθμό. Πρόσφατες μελέτες που συγκρίνουν το ανθρώπινο γονιδίωμα με εκείνο του χιμπατζή, απέδειξαν ότι λίγο περισσότερες από 200, κυρίως ρυθμιστικές, μη κωδικοποιημένες περιοχές ή γονίδια του DNA που κωδικοποιούν παράγοντες μεταγραφής και που σημειώθηκαν σε μια περίοδο έξι εκατομμυρίων ετών, είναι υπεύθυνες για τις εκπληκτικές φαινοτυπικές διαφορές, ιδιαίτερα όσον αφορά την εγκεφαλική λειτουργία, μεταξύ των δύο ειδών. Αυτό σημαίνει ότι, αν και ο εγκέφαλός μας αποτελεί τον καλύτερό μας σύμμαχο στη μάχη ενάντια στην κλιματική αλλοίωση, δε θα πρέπει να παραγνωρίζουμε την αυτογενή ικανότητα του γονιδιώματός μας να προσαρμόζεται επιτυχώς σε ραγδαία μεταβαλλόμενες περιβαλλοντικές συνθήκες.

«Το πνεύμα του Ερυθρού Σταυρού ομιλεί»
("The Red Cross Spirit Speaks")
Του Τζον Φίνλεϊ

«Όπου πηγαίνει ο πόλεμος, με τα κόκκινα δεινά του,
Ή ο κατακλυσμός, η φωτιά κι ο λιμός,
Εκεί πηγαίνω κι εγώ.
Αν σεισμός τραντάζει της γης κάποιο σημείο,
Ή λοιμός τον τόπο ρημάζει,
Εκεί σπεύδω.»

Βιβλιογραφία

1. Brown RL. Could Food Shortages Bring Down Civilization? Scientific American, May 2009; 50-57.
2. Campbell-Lendrum D, Bertollini R, Neira M, Ebi K, McMichael A. Health And Climate Change: A Roadmap for Applied Research. The Lancet 2009; 373:1661-1662.
3. Caulfield EL, de Onis M, Blossner M and Black ER. Undernutrition as an Underlying Cause of Child Deaths Associated with Diarrhea, Pneumonia, Malaria, and Measles. Am J Clin Nutr 2004; 80:193-198.
4. Chrousos GP. Stress and Stress System Disorders. Nature Endocrinol 2009; Rev 5:374-8.
5. Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, Friel S, Groce N, Johnson A, Kett M, Lee M, Levy C, Maslin M, McCoy D, McGuire B, Montgomery H, Napier D, Pagel C, Patel J, Antonio J, Oliveira de P, Redclift N, Rees H, Rogger D, Scott J, Stephenson J, Twigg J, Wolff J, Patterson C. Managing the Health Effects of Climate Change. The Lancet 2009; 373:1693-1733.
6. Editorial. A Commission on Climate Change. The Lancet 2009; 373:1659.
7. Hawks J, Wang ET, Cochrane GM, Harpending HC, and Moyzis RK. Recent acceleration of human adaptive evolution. Proc Natl Acad Sci USA 2007; 104:20753-20758.
8. Pollard SK. What Makes us Human? Scientific American, May 2009; 44-46.

**Επικαιροποιημένη Μετάφραση της ομιλίας του κ. Χρούσου στο Διεθνές Συνέδριο «Κλιματική Αλλαγή και Προκλήσεις για τις Μέλλουσες Γενιές», που έλαβε χώρα στην Αθήνα στις 20-23 Ιουνίου 2009.*

Η αμυντική άσκηση της ιατρικής και το νομικό σύστημα του ιατρικού σφάλματος

Π. ΒΟΥΛΤΣΟΣ, Κ. ΨΑΡΟΥΛΗΣ, Δ. ΨΑΡΟΥΛΗΣ
Εργαστήριο Ιατροδικαστικής - Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Περίληψη: Η ραγδαία αύξηση του αριθμού των αγωγών που ασκούνται τα τελευταία χρόνια εναντίον ιατρών για ιατρικά σφάλματα, έχει ως συνέπεια την επίσης ραγδαία αύξηση της λεγόμενης αμυντικής άσκησης της Ιατρικής (θετικά ή αρνητικά), ιδίως από ιατρούς ειδικοτήτων υψηλού κινδύνου ιατρικού σφάλματος, με συνέπεια τη μεγάλη αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, την ενδεχόμενη επιβάρυνση της υγείας του ασθενή και την επιδείνωση της ήδη κλονισμένης σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Για τον περιορισμό της αμυντικής Ιατρικής (της οποίας η ακριβής ανίχνευση και μελέτη είναι εξαιρετικά δύσκολη έως αδύνατη), έχει προταθεί μεταξύ άλλων, η αναμόρφωση του ισχύοντος νομικού συστήματος της αμέλειας για το ιατρικό σφάλμα π.χ. ενισχύοντας το ρόλο των Κατευθυντηρίων Αρχών (Guidelines), η δυνατότητα εξωδικαστικής επίλυσης της διαφοράς που αφορά το ιατρικό σφάλμα, καθώς και η ενδιαφέρουσα πρόταση της αντικατάστασης του συστήματος της αμέλειας από το σύστημα της μη ευθύνης (no fault) για την αποζημίωση του ασθενή. Η αμυντική Ιατρική αποτελεί έκφραση της «παθολογίας» του νομικού συστήματος του ιατρικού σφάλματος και σοβαρό ιατρικό, αλλά και κοινωνικό πρόβλημα, σχετικά με το οποίο υπάρχει μια μορφή «κενού νόμου», και το οποίο πρέπει να καλυφθεί άμεσα.

Λέξεις ευρετηρίου: *αμυντική Ιατρική, ιατρικό σφάλμα, ιατρική αμέλεια, σύστημα «μη ευθύνης».*

Η αμυντική Ιατρική

Η λεγόμενη αμυντική Ιατρική, αποτελεί ένα σοβαρό, όχι μόνο ιατρικό, αλλά και ευρύτερο κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο διογκώνεται ραγδαία, παρεμποδίζοντας την ομαλή παροχή των υπηρεσιών υγείας. Το «παθολογικό» αυτό φαινόμενο συνδέεται άμεσα με την «παθολογία» του συστήματος νομικής αντιμετώπισης του ιατρικού σφάλματος.

Η λεγόμενη αμυντική Ιατρική, αποτελεί ένα σοβαρό, όχι μόνο ιατρικό, αλλά και ευρύτερο κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο διογκώνεται ραγδαία, παρεμποδίζοντας την ομαλή παροχή των υπηρεσιών υγείας

Γίνεται λόγος για αμυντική Ιατρική, όταν ο ιατρός με κύριο (όχι αποκλειστικό κατά την ορθότερη γνώμη)[1] κίνητρο το φόβο των νομικών συνεπειών εναντίον του πράττει «περισσότερα» ή «λιγότερα» από όσα επιβάλλεται να πράξει με βάση τη σε «ενδείξεις βασισμένη» Ιατρική.

Πράττοντας «περισσότερα» (ασκώντας δηλαδή θετική αμυντική Ιατρική), συνήθως παραγγέλλει περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις, εκτελεί περισσότερες ιατρικές πράξεις, συστήνει περισσότερες επισκέψεις του ασθενή στον ίδιο ή σε γιατρό άλλης ειδικότητας, συνταγογραφεί περισσότερα από τα επιβαλλόμενα φάρμακα, προτιμάει να εκτελεί βαρύτερες αλλά ασφαλέστερες ως προς το αποτέλεσμα επεμβάσεις, όπως π.χ. καισαρική τομή αντί του φυσιολογικού τοκετού, αποφασίζει εισαγωγές ασθενών στο νοσοκομείο οι οποίες θα μπορούσαν να αποφευχθούν, ενημερώνει τον ασθενή σε υπερβολικό βαθμό, με κίνδυνο ο ασθενής να αρνηθεί να συναινέσει στην ιατρική πράξη, επιδιώκει αδικαιολόγητα τη συναίνεση του ασθενή σε κάθε επιμέρους τμήμα μιας ιατρικής πράξης κ.ά. Στη θετική αμυντική Ιατρική το βάρος πέφτει στη διάγνωση, όπως είναι αναμενόμενο. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Πενσυλβάνια[2] των Η.Π.Α., το 43% των ερωτηθέντων ιατρών ειδικοτήτων υψηλού κινδύνου σφάλματος (ορθοπεδική, χειρουργική, νευροχειρουργική, γυναικολογία, επείγουσα Ιατρική, ακτινολογία) δέχθηκαν ότι είχαν ζητήσει απεικονιστική εξέταση του ασθενή χωρίς να υπάρχει η σχετική ένδειξη. Ιταλική έρευνα[3] κάνει λόγο για υπερβολικό αριθμό διαγνωστικών εξετάσεων σε ποσοστό 89,3% και υπερβολική συνταγογράφηση φαρμάκων σε ποσοστό 59,7%. Έρευνα που διεξήχθη στη Μασαχουσέτη[4] έδειξε ότι 13% των εισαγωγών σε νοσοκομεία δεν ήταν αναγκαίες με βάση τις ενδείξεις που υπήρχαν. Ιαπωνική έρευνα[5] σε 131 γαστρεντερολόγους αναφέρει ότι 68% των ερωτηθέντων ιατρών δέχθηκαν ότι παρέπεμπαν τον ασθενή σε άλλον ιατρό χωρίς αυτό να είναι αναγκαίο.

Όταν ο ιατρός αποφεύγει να αναλάβει κάποιους ασθενείς ή κάποιες ιατρικές πράξεις υψηλού κινδύνου, όταν δηλαδή «πράττει λιγότερα» από όσα ενδείκνυνται, τότε γίνεται λόγος για αρνητική αμυντική Ιατρική. Το ποσοστό της αρνητικής αμυντικής Ιατρικής δεν είναι καθόλου μικρό. Σύμφωνα με την ιαπωνική έρευνα[5] που αναφέρθηκε, το 75% των ερωτηθέντων ιατρών δέχθηκαν ότι άσκησαν αρνητική αμυντική Ιατρική. Η αρνητική αμυντική Ιατρική συνήθως είναι λιγότερο συχνή και αφορά μάλλον σχετικά νέους ιατρούς[5]. Σε έρευνα στη Μασαχουσέτη διαπιστώθηκε ότι το 40% εξεταζόμενων ιατρών άσκησαν τέτοιου τύπου αμυντική Ιατρική[6]. Η αρνητική αμυντική Ιατρική μπορεί να ασκείται με το πρόσχημα της ένστασης ηθικής συνείδησης εκ μέρους του ιατρού (αρθ. 2§5 Κ.Ι.Δ.) αν πρό- ⇨

κειται για ζητήματα αμφισβητούμενα από ηθικής πλευράς, όπως είναι η διακοπή της κύησης, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κ.ά., ιδίως αν το νομοθετικό πλαίσιο που τα ρυθμίζει είναι ασαφές και αμφισβητούμενο, όπως συμβαίνει π.χ. στην έμμεση ευθανασία ή στη διακοπή τεχνητών μέσων υποστήριξης της φθίνουσας ζωής όταν το ιατρικό καθήκον έχει πλέον εξαντληθεί. Ίσως το γεγονός ότι στην Ιταλία προβάλλεται συχνά η ένσταση ηθικής συνείδησης εκ μέρους των ιατρών, να σχετίζεται κατά ένα ποσοστό με το γεγονός ότι η Ιταλία είναι από τις χώρες της Ευρώπης με το μεγαλύτερο αριθμό[7] αγωγών ετησίως εναντίον ιατρών για ιατρικό σφάλμα.

Εκτός από την αμυντική Ιατρική την οποία ασκεί συνειδητά ο ιατρός, υπάρχει και η λεγόμενη ασυνείδητη αμυντική Ιατρική, κατά την οποία ο ιατρός λειτουργεί αμυντικά, είτε από πεποίθηση ότι αυτό το «περισσότερο» που πράττει είναι ιατρικά ενδεδειγμένο, εξαιτίας ασυνείδητου φόβου ο οποίος διαμορφώνεται στον ψυχισμό του ιατρού ανάλογα με τα «σήματα» που δέχεται από το νομικό σύστημα ρύθμισης του ιατρικού σφάλματος (π.χ. από τα Μ.Μ.Ε., από εμπειρία συναδέλφων κ.ά.), είτε επειδή παραμένει προσκολλημένος στο να εκτελεί μια μέθοδο, διαδικασία ή εξέταση του ασθενή η οποία παλαιότερα θεωρούνταν σε συγκεκριμένη κατάσταση ενδεικνυόμενη, όχι όμως πλέον. Έρευνα σε ισραηλινό νοσοκομείο έδειξε ότι γινόταν έλεγχος της ΤΚΕ του ασθενή σε κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο, χωρίς αυτό να είναι αναγκαίο[8].

Σημαντική συνέπεια της αμυντικής Ιατρικής είναι η τεράστια αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Στη Μασαχουσέτη, έρευνα υπολογίζει το σχετικό κόστος σε 1,4 δις δολάρια[4,6], ενώ αντίστοιχη ιταλική έρευνα που αφορά μόνο την περιοχή της Ρώμης κάνει λόγο για 1,1-1,7 δις ευρώ[3], ενώ για όλη την Ιταλία αναφέρεται το ποσό των 12-20 δις ευρώ. Κατά συνέπεια, η αμυντική Ιατρική λειτουργεί αρνητικά στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά ενδεχομένως λειτουργεί αρνητικά και άμεσα στην υγεία του ασθενή, ο οποίος μπορεί π.χ. να εκτίθεται σε μεγάλη ακτινοβολία υποβαλλόμενος σε υπερβολικό αριθμό απεικονιστικών διαγνωστικών εξετάσεων υψηλής τεχνολογίας ή να εκτίθεται σε κίνδυνο υποβαλλόμενος προληπτικά σε υπερβολικό αριθμό βιοψιών, όπως του προστάτη ή του μαστού, να του χορηγηθούν περισσότερα και ισχυρότερα φάρμακα με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανθεκτικά μικρόβια ή να κινδυνεύει η υγεία του ασθενή ενόσω αυτός δε χειρουργείται όταν η αμυντική Ιατρική ασκείται αρνητικά.

Η αμυντική Ιατρική επιδεινώνει την ήδη κλονισμένη στη σύγχρονη εποχή σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Πάντως, δεν αποκλείεται και η λεγόμενη «καλή αμυντική Ιατρική», η οποία αποβαίνει τελικά προς όφελος της υγείας του ασθενή (ενδεχομένως και περιορίζοντας το κόστος), αλλά είναι ιδιαίτερα δύσκολη η ανίχνευση και η ακριβής οριοθέτησή της[1].

Το νομικό σύστημα αντιμετώπισης του ιατρικού σφάλματος ως κύριου αιτίου της αμυντικής Ιατρικής

Στην Ευρώπη, τις τελευταίες δεκαετίες αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός των αγωγών που ασκούνται εναντίον ιατρών για ιατρικό σφάλμα, αν και ακόμη δεν έφθασε στα επίπεδα των Η.Π.Α. Στη Γερμανία[9] αναφέρονται ετησίως 10.000-30.000 αγωγές, ενώ στην Ιταλία[3] αυξήθηκαν από 17.000 που ασκήθηκαν το 1996 σε 28.000 το 2000 (αύξηση περίπου 65%) και συνεχίζουν να αυξάνονται. Ανάλογα και στη χώρα μας αυξάνονται οι μηνύσεις και αγωγές εναντίον των ιατρών[10]. Ενδεικτικό της άσκησης των αγωγών εναντίον των ιατρών για ιατρικό σφάλμα σε υπερβολικό βαθμό, είναι το αποτέλεσμα έρευνας[11] που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό NEJM το 2006 και αφορούσε δείγμα 1.452 αγωγών, από όπου προέκυψε ότι στο 40% αυτών δεν υπήρχε ιατρικό σφάλμα. Ανάλογα, το φαινόμενο της αμυντικής Ιατρικής επεκτείνεται ραγδαία και σε μεγάλη συχνότητα μεταξύ των ιατρών σε πολλές χώρες. Αντιπροσωπευτικό είναι το ποσοστό του 93% των ερωτηθέντων ιατρών που δήλωσε ότι ασκεί αμυντικά την Ιατρική, το οποίο προέκυψε από έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό JAMA[2] το 2005. Ιαπωνική έρευνα[5] σε δείγμα 131 γαστρεντερολόγων ανεβάζει το ποσοστό αυτό στο 98% (2006). Βρετανική έρευνα[12] έδειξε αύξηση της αμυντικής Ιατρικής από το 1995 έως το 2000 κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες.

Ο φόβος του ιατρού για επιβολή ποινής, για καταβολή αποζημίωσης και για πειθαρχικές συνέπειες, για εμπλοκή του σε δικονομικές διαδικασίες, χρονοβόρες, που τον εξουθενώνουν ψυχικά και ψυχοσωματικά, του δημιουργεί χαμηλή αυτοεκτίμηση[1], αίσθημα διασυρμού, ψυχικό stress κ.ά., παρεμποδίζει ουσιαστικά την άσκηση του λειτουργήματός του και τον οδηγεί σε πρακτικές αμυντικές. Σε έγκυρη ιταλική έρευνα[3] αναφέρεται ότι το 87,6% των ιατρών έχει την πεποίθηση ότι θα υποστεί δίωξη για ιατρικό σφάλμα και πιστεύει ότι αυτό είναι σήμερα πιθανότερο συγκριτικά με το παρελθόν. Στο αίσθημα ανασφάλειας το οποίο βιώνει ο ιατρός, συμβάλλει και α) το γεγονός ότι η ραγδαία εισβολή των τεχνοεπιστημών στο χώρο της Ιατρικής και της Βιολογίας έχει ως συνέπεια τη δημιουργία νέων ηθικονομικών ζητημάτων για τα οποία υπάρχει κενό νόμου ή έντονη νομική αμφισβήτηση και β) η σύγχρονη διαμόρφωση της πρωταρχικής σχέσης ιατρού - ασθενή, η οποία διέρχεται κρίση, καθώς ο ιατρός έγινε περισσότερο τεχνοκράτης, «μέρος» ενός μηχανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και ο ασθενής έγινε «καταναλωτής υπηρεσιών υγείας»[13]. Η σχέση ιατρού - ασθενή γίνεται όλο και πιο απρόσωπη, η εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον ιατρό έχει χαλαρώσει, με συνέπεια ο ιατρός να αισθάνεται πιο ανασφαλής από παλιά, καθώς ο ασθενής έγινε πιο καχύποπτος απέναντι στον ιατρό και δυνητικός ενάγων εναντίον του. Μάλιστα, καθώς ο ασθενής έγινε «καταναλωτής υπηρεσιών υγείας», νομικά χαρακτηριστικά της ιδιωτικής Ιατρικής έχουν εισχωρήσει στη δημόσια Ιατρική, η οποία εμφανίζει τάσεις συρρίκνωσης. Καθώς υιοθετείται για τον ασθενή το δίκαιο του καταναλωτή υπηρεσιών, προκύπτει η τάση να χαρακτηρίζεται η ευθύνη του ιατρού σαν (νόθα) αντικειμενική, αντίθετα με την αρχή της υποκειμενικής ευθύνης η οποία πρέπει να κυριαρχεί στο νομικό σύστημα του ιατρικού σφάλματος που βασίζεται στην υπαιτιότητα (αμέλεια) και αντίθετα με την παραδοχή ότι η Ιατρική είναι Ιατρική του «μέσου» και όχι του «αποτελέσματος»[14]. Δυστυχώς, τα ελληνικά δικαστήρια τελευταία τείνουν να ταυτίσουν την ευθύνη του ιατρού με την ευθύνη του εργολάβου[15,16], η οποία είναι ευθύνη αντικειμενική (π.χ. ΔΠρΑθ1075/2000), γεγονός που εξυπηρετεί κατ' αρχήν την κοινωνική δικαιοσύνη δικαιώνοντας τον ασθενή που επιδιώκει αποζημίωση, που όμως σε τελική ανάλυση αποβαίνει σε βάρος του ασθενή, καθώς ενισχύει την αμυντική άσκηση της Ιατρικής εκ μέρους του ιατρού. Ακόμη και νομοθετικά τείνει να περιορίζεται ο υπο-

κειμενικός χαρακτήρας της ιατρικής ευθύνης με το αρθ. 8 του ν. 2251/1994 για την ευθύνη του φορέα παροχής υπηρεσιών, το οποίο καθιερώνει νόθα αντικειμενική ευθύνη. Εκτός αυτού, στη χώρα μας παρατηρείται τελευταία α) να επιδικάζονται «υπέρογκες και δυσανάλογες» αποζημιώσεις στους ιατρούς, β) δυσπιστία των δικαστών στις μαρτυρικές καταθέσεις ιατρών σε δίκες συναδέλφων τους, θεωρώντας δεδομένη τη συναδελφική αλληλοκάλυψη, γ) ερμηνεία της έννοιας της αμέλειας στο χώρο του αστικού ή του πειθαρχικού δικαίου με ευρύτητα και όχι με τη στενότητα του ποινικού δικαίου, με συνέπεια περισσότερες και βαρύτερες αποφάσεις εναντίον των ιατρών. Στο πειθαρχικό δίκαιο παρατηρείται να χαρακτηρίζεται σαν «αμελής» η συμπεριφορά του ιατρού η οποία μάλλον σαν «ραθυμία» ή «ατελής εκπλήρωση καθήκοντος»[17] θα έπρεπε να χαρακτηρισθεί και η οποία δεν προκάλεσε με σχέση αιτίου - αποτελέσματος βλαπτικό αποτέλεσμα (όπως π.χ. η μη αναγραφή της δοσολογίας στη συνταγή). Άλλωστε, κάθε λάθος στη διαχείριση ενός περιστατικού δεν αποτελεί αναγκαστικά και ιατρικό σφάλμα (malpractice).

Η ανίχνευση της αμυντικής Ιατρικής

Η ακριβής ανίχνευση και εκτίμηση της αμυντικής Ιατρικής (των αιτίων, της έκτασής της, των συνεπειών της κ.λπ.) είναι δυστυχώς ιδιαίτερα δυσχερής έως αδύνατη[1]. Έχουν προταθεί γι' αυτό διάφορες μέθοδοι[1,3], όπως: α) η άμεση έρευνα με ειδικά ερωτηματολόγια, η οποία έχει το πλεονέκτημα της αμεσότητας και της απλότητας, όμως μεταξύ των μειονεκτημάτων της είναι και ότι δεν αποκαλύπτει την ασυνείδητη αμυντική Ιατρική, β) η μέθοδος των κλινικών σεναρίων. Και αυτή η μέθοδος δεν αποκαλύπτει την ασυνείδητη αμυντική Ιατρική. Τα αποτελέσματά της δύσκολα μπορούν να γενικευθούν και να συγκριθούν μεταξύ τους[1,3]. Μεταξύ των πλεονεκτημάτων της μεθόδου είναι η αποστασιοποίηση του ιατρού από το σενάριο το οποίο κρίνει, άλλα μεταξύ των μειονεκτημάτων είναι ότι ακριβώς για το λόγο αυτό ο εξεταζόμενος ιατρός κρίνει πιο αυστηρά[3]. Η μέθοδος αυτή δίνει ανεπαρκή στοιχεία για το κόστος της αμυντικής Ιατρικής[1,3,18], αφού άλλωστε μικρή μεταβολή στα κλινικά σενάρια τα οποία διαμορφώνονται από εμπειρογνώμονες, συνεπάγεται ουσιώδη διαφοροποίηση όσον αφορά τη μέθοδο που θα ακολουθούσε ο ιατρός αντιμετωπίζοντας τον ασθενή. Άλλωστε, εκτός από καθαρά κλινικούς παράγοντες, στην αμυντική Ιατρική παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες, όπως οικονομικοί, η ασφαλιστική κάλυψη, η ευαισθησία των δοκιμασιών, προσδοκία του ασθενή, τα διαθέσιμα τεχνολογικά μέσα κ.ά. Άλλες μέθοδοι ανίχνευσης της αμυντικής Ιατρικής είναι γ) ο συσχετισμός μεταξύ των καταγεγραμμένων πρακτικών, κατά βαθμό επικινδυνότητας, ομάδα, ειδικότητα κ.ά., δ) η μελέτη μεμονωμένων περιπτώσεων (case study) κ.ά.

Η αντιμετώπιση της αμυντικής Ιατρικής

Η Ιατρική δεν είναι μια απόλυτη, αλλά μια πιθανοκρατική επιστήμη, η οποία βασίζεται στην παρατήρηση και τη στατιστική. Η έκβαση της ιατρικής πράξης, δεν εξαρτάται μόνο από τον ιατρό, αλλά και από πολλούς άλλους παράγοντες που αποτελούν το λεγόμενο «θεραπευτικό κίνδυνο». Ο ιατρός λειτουργεί με βάση τη «σε ενδείξεις βασισμένη» Ιατρική. Όπως δε ο θεράπων ιατρός του ασθενή έχει καθήκον έκθεσης[19] όσον αφορά τον κίνδυνο της δικής του ζωής ή υγείας (όπως π.χ. ο πυροσβέστης), έχει ανάλογα και καθήκον έκθεσης σε αναπόφευκτους σε τελική ανάλυση νομικούς κινδύνους. Η άσκηση της Ιατρικής, η οποία είναι μια ιδιότυπη κοινωνική λειτουργία, δεν υπάγεται σε ένα ιδιότυπο, σε ένα ιδιαίτερο δίκαιο, αλλά στο κοινό δίκαιο. Το πρόβλημα είναι η εξεύρεση της «χρυσής τομής», όπου και ο ιατρός δε θα πιέζεται υπερβολικά ώστε να οδηγείται στην αμυντική άσκηση της Ιατρικής και ο ασθενής θα δικαιώνεται γρήγορα και με την αποζημίωση που αρμόζει στην περίπτωσή του.

Έχει προταθεί[1] ο περιορισμός της αμυντικής Ιατρικής δια της αναμόρφωσης του νομικού συστήματος που διέπει το ιατρικό σφάλμα. Βέβαια, είναι ιδιαίτερα δύσκολη η ακριβής αξιολόγηση των συνεπειών τέτοιων μεταβολών, αφού είναι δύσκολη η αξιολόγηση της συμβολής του κάθε επιμέρους παράγοντα του νομικού συστήματος που ρυθμίζει το ιατρικό σφάλμα στη δημιουργία της αμυντικής Ιατρικής[1]. Έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να περιοριστεί η αμυντική Ιατρική με τη δυνατότητα εξωδικαστικής ρύθμισης[7] των διαφορών που αφορούν το ιατρικό σφάλμα και τη θέσπιση πλαφόν[20] στις αποζημιώσεις κατά κατηγορίες παθήσεων (π.χ. καρδιοπάθειες), αλλά κυρίως με τον ουσιαστικότερο ρόλο των Κατευθυντήριων Αρχών[1] (Guidelines) οι οποίες φιλοδοξούν να προσεγγίσουν τα ιατρικά standards[1,21] με τα οποία θεωρείται ότι πρέπει να ασκείται η Ιατρική. Δε φαίνεται όμως ότι οι Guidelines μπορούν να επιτύχουν κάτι τέτοιο, αφού το κύρος τους εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως ποιοι είναι οι συντάκτες τους, ποιοι είναι οι στόχοι τους, δεδομένου ότι συχνά στόχοι είναι μάλλον ο περιορισμός του κόστους της υγείας ή του ιατρικού σφάλματος παρά η ασφάλεια του ασθενή κ.ά. Οι Guidelines παρουσιάζουν και γεωγραφικές διαφορές. Ενδέχεται δε να αφήνουν ευρεία διακριτική ευχέρεια στον ιατρό. Είναι λογικό τα δικαστήρια να βασίζονται περισσότερο στην κατάθεση του εμπειρογνώμονα παρά στις Guidelines, οι οποίες ωστόσο προσδίδουν περισσότερη διαφάνεια στο ρόλο του εμπειρογνώμονα. Συχνά, οι ιατροί δε νιώθουν ασφαλείς όταν ακολουθούν πλήρως τις Guidelines, αλλά ακολουθούν πρακτικές αμυντικής Ιατρικής. Σύμφωνα με ισραηλινή έρευνα[22], Ω.Ρ.Λ. ιατροί αποκλίνοντας από τις σχετικές Guidelines ζητούσαν έλεγχο πηκτικότητας του αίματος προεγχειρητικά, προκειμένου να προβούν σε αμυγδαλεκτομή ή εκτομή αδενοειδών εκβλαστήσεων σε υγιή κατά τα άλλα παιδιά. Ίσως, αν τα δικαστήρια γίνουν πιο ανεκτικά όσον αφορά το ρόλο των οικονομικών στο ιατρικό σφάλμα, οι Guidelines θα έχουν πιο καθοριστικό ρόλο, αφού συχνά στοχεύουν στον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας[1]. Δύσκολα όμως κάτι τέτοιο αναμένεται στον ελληνικό χώρο, και ορθά.

Έχει υποστηριχθεί θερμά, ότι η απλή αναμόρφωση του ισχύοντος νομικού συστήματος για το ιατρικό σφάλμα δύσκολα μπορεί να το κάνει ασφαλέστερο. Το δικαιικό σύστημα που ρυθμίζει το ιατρικό σφάλμα φαίνεται ότι είναι «ατελές»[23], ότι πάσχει. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πιο ριζοσπαστική πρόταση της αντικατάστασης του ισχύοντος συστήματος της αμέλειας με το σύστημα της «μη ευθύνης» ("no fault")[23,24]. Σύμφωνα με αυτό, όταν πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις (π.χ. η βλάβη θα μπορούσε να προβλεφθεί και να αποφευχθεί) ο ασθενής απο- ⇨

ζημιώνεται πάντα και μάλιστα σε σύντομο χρονικό διάστημα (λίγων μηνών). Ο ασθενής αποζημιώνεται μάλλον από κεφάλαιο το οποίο προτείνεται να προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές των ιατρών, ενδεχομένως και με τη συμμετοχή του κράτους, αλλά και των ασθενών[23], σε συνδυασμό ενδεχομένως με τροποποίηση των ασφαλιστικών συμβάσεων των ιατρών. Συνδυάζει το σύστημα αυτό την παροχή αποζημίωσης και την ασφάλεια του ασθενή με «χρέωση» της αποζημίωσης στο φορέα της παροχής της υγείας[24]. Ικανοποιεί τον ασθενή που επιδιώκει την αποζημίωσή του γρήγορα αποδίδοντας κοινωνική δικαιοσύνη, με συνέπεια μάλιστα σπάνια να συνεχίζει ο ζημιωθείς με επιδίωξη ποινικής δίωξης του ιατρού.

Εξασφαλίζει καλύτερη σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, αλλά και διδάσκει τον ιατρό από ένα ατυχές συμβάν ("feedback"[23]), αφού μπορεί να το σχολιάσει με συναδέλφους και με τον ασθενή, κάτι που δεν μπορεί να γίνει στα πλαίσια του ισχύοντος συστήματος της ιατρικής αμέλειας. Σκοπός της νομικής «δίωξης» του ιατρικού σφάλματος, άλλωστε, δεν είναι μόνον η δικαίωση του παθόντα αλλά και η αποφυγή ανάλογου σφάλματος στο μέλλον. Εναντίον του συστήματος "no fault" έχει προβληθεί το επιχείρημα ότι αφού αποζημιώνεται κάθε λάθος και όχι μόνον το υπαίτιο λάθος, αυξάνεται υπερβολικά το ποσό των αποζημιώσεων που θα πρέπει να καταβάλλονται.

Εκτιμάται όμως από ερευνητές ότι δεν υπάρχει τέτοιο πρόβλημα, αφού το ποσό που προβλέπεται να διατίθεται για αποζημιώσεις παραμένει περίπου τόσο όσο και με το σύστημα της αμέλειας, αφού στο no fault σύστημα περιορίζονται οι άλλες οικονομικές επιβαρύνσεις (όπως αμοιβές δικηγόρων, γραφειοκρατικά ή δικαστικά έξοδα κ.ά.)[24].

Συμπέρασμα

Η αμυντική Ιατρική, που ασκείται κυρίως εξαιτίας του φόβου και της ανασφάλειας που βιώνει ο ιατρός από το νομικό πλαίσιο που ρυθμίζει το ιατρικό σφάλμα, είναι σημαντικό εμπόδιο στην ορθή παροχή υπηρεσιών υγείας. Το νομικό πλαίσιο που ρυθμίζει το ιατρικό σφάλμα αποδεικνύεται ανεπαρκές, με αρνητικές τελικά συνέπειες τόσο για τον ιατρό όσο και για τον ασθενή. Η αναμόρφωση ή ενδεχομένως και η αντικατάστασή του κρίνεται άμεσα επιβεβλημένη, ώστε να ρυθμιστεί το ζήτημα της αμυντικής Ιατρικής, το οποίο είναι αρρύθμιστο (υπάρχει μια μορφή δηλαδή νομικού κενού). Βέβαια κάτι τέτοιο δεν είναι καθόλου εύκολο να γίνει και απαιτεί οργανωμένη και σοβαρή εργασία (π.χ. πιλοτικά projects κ.ά.) και φυσικά πολιτική βούληση.

The defensive practice of medicine and the legal system of medical malpractice

Voultsos P, Psaroulis K, Psaroulis D
Laboratory of Forensic Medicine - Toxicology, Faculty of Medicine, AUTH

Abstract

The rapid increase in the number of lawsuits brought against physicians for medical faults has led to a rapid increase in the so-called defensive practice of Medicine (positively or negatively), especially by physicians specializing in areas involving a high risk of medical malpractice, resulting in the increased cost of health care services, potential aggravation of the patient's health, and deterioration of the already disturbed relation of trust between doctor and patient. In order to restrict such defensive Medicine (the accurate detection and study of which is extremely difficult, even impossible), the following have been suggested, among other things: reformation of the current legal system of negligence on medical malpractice, e.g. by reinforcing the role of Guidelines, possibility of resolving any differences concerning medical malpractice "out of court", and the interesting proposal of replacing the system of negligence with the system of "no fault" for compensating the patient. Defensive Medicine is an expression of the "pathology" of the legal system governing medical malpractice and a serious medical and social problem, regarding which there is a form of "legal vacuum" that must be promptly filled.

Key words: *defensive medicine, medical malpractice, medical negligence, "no fault" system.*

Βιβλιογραφία

1. U.S. Congress, Office of Technology Assessment, Defensive Medicine and Medical Malpractice, OTA-H-602 (Washington, DC: U.S. Government-Printing Office), July, 1994.
2. Studdert D, Mello M, Sage W, Des Roches C, Peugh J, Zapert K. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment, JAMA 2005; 293(21):2609-2617.
3. Ordine provinciale dei medici-chirurgi e odontoiatri di Roma, La medicina difensiva in Italia in un quadro comparato: problemi, evidenze e conseguenze, 2008.
4. Goodnough K, Study shows defensive medicine widespread (University of Connecticut), 23-2-2009, www.advance.uconn.edu/2009/090223/09022302.htm.
5. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, Chayama K. Defensive medicine practices among gastroenterolo-gists in Japan, World J Gastroenterol 2006 Dec. 21; 12(47):7671-7675.
6. Sorrel AL. Defensive medicine widespread among Massachusetts doctors, American Medical News, 2008; 52(1).
7. Traina F, Medical malpractice: the experience in Italy, Clin Orthop Relat Res 2009; 467(2):434-442.
8. Asher E, Parag Y, Zeller L, Yerushalmi R, Reuveni H. Unconscious defensive medicine: The case of erythrocyte sedimentation rate, Eur J Intern Med 2007; 18(1):35-38.
9. Schreiber HL. Führt die Arzthaftungsrechtsprechung zur Defensivme-dizin? Zahnärztliche Nachrichten Schwaben 6/2004; 10-23.
10. Πολίτης Χ., Οι ιατροί πρέπει να επικεντρώνονται στο να καταπολεμούν τις ασθένειες και όχι τις αγωγές εναντίον τους ή πως η υπέρμετρη επιβάρυνση των ιατρών για ιατρικά σφάλματα βλάπτει σοβαρά τη δημόσια υγεία, Ενημέρωση των ιατρών (ΙΣΑ), τ.191 Ιούν.-Ιούλ. 2006; 63-71.
11. Studdert D, Mello M, Gawande A, Gandhi T, Kachalia A, Yoon C, Puopolo AL, Brennan T. Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation, NEJM 2006, May 11; 354(19):2024-2033.
12. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practicioners, BMJ 1995; 310:27-29.
13. Τσιαούσης Π., Σάρλης Γ., Παπαδημητρίου Δ., Η σχέση ιατρού – ασθενή: από τον «ιατρό - θεό» στον «ασθενή - χρήστη υπηρεσιών υγείας», Ελληνική Ιατρική 2008; 74(2):124-130.
14. Φουντεδάκη Κ. Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007; 23:61.
15. Πολίτης Χ., Σύγχρονες παραδοχές για την Ιατρική Ευθύνη. Οδεύουμε προς Αμυντική Ιατρική; Κλινικά Χρονικά, 27, Συμπληρωματικό τεύχος 1, Μάιος 2004; 51-70.
16. Πολίτης Χ., Η αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης, Συνήγορος, 2006; 53:43-46.
17. Πολίτης Χ., Ιατρική αμέλεια και πειθαρχική ευθύνη. Είναι συνταγματική η διεύρυνση της πειθαρχικής ευθύνης του γιατρού, ταυτίζοντάς την (σχεδόν) με τη «ραθυμία» και την «ατελή εκπλήρωση καθήκοντος». Ενημέρωση των γιατρών (ΙΣΑ), Οκτ. - Νοέμ. 2006; 193:53-59.
18. Klingman D, Localio R, Sugarman J, Wagner L, Polishuk T, Wolfe L, Corrigan A, Measuring defensive medicine using clinical scenario surveys, J Health Polit Policy Law, 1996; 21(2):185-217.
19. Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε. Άρνηση γιατρών να χειρουργήσουν ασθενή με AIDS, Υπερ 1993; 1205-1211.
20. Kessler P, Mc Clellan B, How liability law affects medical productivity, J Health Econ 2002; 21(6):931-955.
21. Institute of Medicine, Committee on Methods for Setting Priorities for Guidelines Development (ed. Marilyn J. Field), Setting Priorities for Clinical Practice Guidelines, National Academy Press, Washington 1995; 102-110.
22. Toker A, Shvarts S, Perry H, Doron Y, Reuveni H. Clinical guidelines, defensive medicine, and the physician between the two, Am J of Otolaryngology 2004; 25(4):245-250.
23. Πολίτης Χ., Γενναία και ρηξικέλευθη λύση στο πρόβλημα της ιατρικής ευθύνης. Η αποζημίωση του ασθενούς με το σύστημα «μη-ευθύνης» (no fault) του γιατρού, Ενημέρωση των γιατρών (ΙΣΑ), Αύγ. - Σεπτ. 2006; 192:49-55.
24. Studdert D, Brennan T. No - fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention, JAMA 2001, Jul 11; 286(2):217-223.

22ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
01-04 Δεκεμβρίου 2010, Αθήνα
Ξενοδοχείο Hilton
Οργάνωση: Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία
INFO: Thema Team. Congress and Exhibition Organisers
Τηλ.: 210-6107213
Fax: 210-6107864
E-mail: kmili@thematеam.gr
Website: www.thematеam.gr

6ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ «ΑΤΤΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ»
03-05 Δεκεμβρίου 2010, Αθήνα
Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αίθουσα "Horizon"
INFO: The Mastermind Group
Τηλ.: 210 6827405, 210 6839690-1
Fax: 210 6827409
E-mail: ssialma@tmg.gr
Website: www.tmg.gr

2ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
10-12 Δεκεμβρίου 2010, Λουτράκι
Ξενοδοχείο Club Hotel Casino Loutraki
Οργάνωση: 1η ΥΠΕ Αττικής, Γ. Ν. Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Καρδιολογική Κλινική σε συνεργασία με την Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία
INFO: E-VIP events & congresses
Τηλ.: 27550 22201, 22124
Fax: 27550 23993
E-mail: e-vip@otenet.gr
Website: www.e-vip.com.gr

9η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ, ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ, ΕΛΚΗ ΣΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΩΝ
10-12 Δεκεμβρίου 2010
Ξενοδοχείο Classical Larissa Imperial , Λάρισα
Info: www.emedip.gr

ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΠΦΥ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
10-12 Δεκεμβρίου 2010, Αράχωβα
Ξενοδοχείο ΑΝΕΜΟΛΙΑ
Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
INFO: ΚΕΓΜ Congress World
Τηλ.: 210 7210001, 210 7210052, 210 7210025
Fax: 210 7210051
E-mail: info@congressworld.gr, ev@congressworld.gr, reception@congressworld.gr
Website: www.congressworld.gr

1ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ «Η ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ»: ΨΥΧΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ & ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ
10-12 Δεκεμβρίου 2010, Αθήνα
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: gstefou@triaenatours.gr
Website: www.psych-poverty.gr, www.triaenatours.gr

10ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
11-12 Δεκεμβρίου 2010, Αθήνα
Οργάνωση: Ελληνική Παιδονευρολογική Εταιρεία
INFO: Τηλ.: 210 6889100
Fax.: 210 6844777
E-mail: paidneuro@candc-group.com
Website: www.paidneuro.gr

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, «Πολιτικές Ελέγχου & Αξιολόγησης στον Υγειονομικό Τομέα»
15-18 Δεκεμβρίου 2010, Αθήνα
Ξενοδοχείο Athens Hilton
Οργάνωση: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
INFO: C & C International Group of Companies
Τηλ. 210 6889100
Fax. 210 6844777
E-mail: healthcongress@candc-group.com
Website: www.healthcongress.gr

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΜΕ ΘΕΜΑ «ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΒΙΟΣΤΑΤΙΚΗ»
17-18 Δεκεμβρίου 2010, Θεσσαλονίκη
Ξενοδοχείο Grand Hotel Palace
INFO: Κεντρική Βιβλιοθήκη Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και Γραφείο Περιοδικού Hippokratia, Γ. Βελώνη και Χ. Σαχινίδου
Τηλ.: +30 2313 312198, -2674
Fax: +30 2313 312196, -2674
E-mail: hippokratia@ippokratio.gr

14th PANHELLENIC CONGRESS ON MELANOMA
13-15 Ιανουαρίου 2011, Αθήνα
INFO: ERA
Τηλ: 210-3634944
fax: 210-3631690
E-mail: info@era.gr , www.era.gr

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΑΛΟΕΙΔΟΥΣ-ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ
14-16 Ιανουαρίου 2011, Αθήνα
Athens Hilton Hotel
Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Υαλοειδούς-Αμφιβληστροειδούς
INFO: First Conferences & Events
Τηλ: 210 7787016
Fax:210 7787566
Email: firstce@hol.gr, Website: www.firstconferences.gr

3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΦΛΕΒΟΛΟΓΙΑΣ, 2nd ANNUAL MEETING OF THE BALKAN VENOUS FORUM
21-22 Ιανουαρίου 2011, Αθήνα
Ξενοδοχείο: Crowne Plaza Hotel
INFO: Era Ltd
Tel.: +30 210 3634944
Fax: +30 210 3631690
E-mail: info@era.gr
Website: www.phlebology2011.gr, www.era.gr

2nd INTERNATIONAL CONGRESS OF THE HELLENIC SOCIETY OF HYPERTENSION & CARDIOVASCULAR PREVENTION
27-30 January 2011, Αθήνα
Οργάνωση: Hellenic Society of Hypertension and Cardiovascular Prevention
INFO: Τηλ: 2109311004-6
Fax: 2109370208, congress@eventmakers.gr,
E-mail: emetaxa@eventmakers.gr
Website: www.ypertasi.gr, www.eventmakers.gr

6ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΤΤΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ
21-23 Ιανουαρίου 2011, Αθήνα
Ξενοδοχείο Divani Caravel
INFO: The Mastermind Group
Τηλ.: 210 6827405, 210 6839690-1
Fax: 210 6827409
E-mail: ssialma@tmg.gr
Website: www.tmg.gr

11ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ
4-6 Φεβρουαρίου 2011, Θεσσαλονίκη
Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη
Οργάνωση: Πανελλήνια Ρινολογική Εταιρεία
INFO: Τηλ: 2821032656

11ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
4-6 Φεβρουαρίου 2011, Αθήνα
Οργάνωση: Ελληνική Εταιρία Χειρουργικής Ογκολογίας
INFO: Τηλ: 210 9880032
Fax: 210 9881303,
E-mail: ets@events.gr , ets@otenet.gr

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΔΕΡΜΑΤΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ LASER
05-06 Φεβρουαρίου 2011, Αθήνα
Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»
INFO: Τηλ.: 210 7751236
Website: www.hsds.gr

5ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ ΣΕ ΖΩΝΤΕΣ ΙΣΤΟΥΣ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ
10-12 Φεβρουαρίου 2011
Οργάνωση: Κλινική Χεριού - Άνω άκρου και Μικροχειρουργικής, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Ερευνητικό Πειραματικό Κέντρο ELPEN Α.Ε Πικέρμι Αττικής, Πανεπιστήμιο Ιατρικής Φαρμακευτικής «IULIU HATIEGANU» - Cluj Napoca, Romania, Ρουμανική Εταιρεία Επανορθωτικής Χειρουργικής, Τμήμα Μικροχειρουργικής της Ορθοπαιδικής Κλινικής του Τορίνο της Ιταλίας, Πανεπιστήμιο TIMISOARA - UMF «V. BABES» Ρουμανία
INFO: Cube Destination & Meeting Planners
Τηλ.: 210 9854313
Fax: 210 9846925
E-mail: secretariat@cubeplanners.gr
Website: www.cubeplanners.gr

2ο ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ
11-13 Φεβρουαρίου 2011, Αλεξανδρούπολη
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

14ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
12 Φεβρουαρίου 2011, Θεσσαλονίκη
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

6ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ & ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
17-19 Φεβρουαρίου 2011, Θεσσαλονίκη
Ξενοδοχείο Μακεδονία Palace
INFO: Global Events
Τηλ.: 2310247743
Fax : 2310247746
E-mail: info@globalevents.gr
Website: www.globalevents.gr

7η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ
25-26 Φεβρουαρίου 2011, Αθήνα
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: «ΗΜΕΡΕΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ 2011»
12-13 Μαρτίου 2011, Αθήνα
Θέατρο Κολεγίου Αθηνών
Οργάνωση: Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
INFO: Μ. Κασίμη, Α. Δεσποτοπούλου
Τηλ.: 210 5832228

12ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ
17-19 Μαρτίου 2011, Αθήνα
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

15th STATE-OF-THE-ART INTERDISCIPLINARY REVIEW COURSE ON THORACIC DISEASES, CRITICAL CARE, EMERGENCY MEDICINE & NURSING CARE
07-09 April 2011, Athens, Greece
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Tel.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr, pennyh@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

3ο ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΣ - ΑΓΓΕΙΩΝ
08-10 Απριλίου 2011, Ιωάννινα
INFO: Γραμματεία Συνεδρίου
Τηλ.: 26510 38895
Fax: 26510 35463
Website: www. hctsssymposium 2011.g

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ FORUM «ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ»
15 Μαρτίου 2011
Εκάλη Club, Αθήνα
Οργάνωση: Β' Παθολογική- Ογκολογική Κλινική Νοσοκομείου «ΥΓΕΙΑ»
INFO: Conference Management GK advertising
Τηλ. 6945597848
E-mail: info@gkad.gr
Website: www.belife.gr

3rd JOINT MEETING OF THE EUROPEAN CALCIFIED TISSUE SOCIETY & THE INTERNATIONAL BONE AND MINERAL SOCIETY
07-11 May 2011, Athens, Greece
INFO: Amanda Sherwood
Tel.: 44-0-1454-610-255
Fax: 44-0-1454-610-255
E-mail: admin@ectsoc.org
Website: www.ibmsonline.org/Meetings/Athens52011/tabid/251/Default.aspx, www.ects-ibms2011.org

10th EUROPEAN SYMPOSIUM ON PAEDIATRIC COCHLEAR IMPLANTATION
12-15 Μαϊου 2011, Βουλιαγμένη, Αθήνα
Ξενοδοχείο Divani Apollon Palace
Οργανωτής: Πανεπιστημιακή Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Νοσοκομείου «ATTIKON»
INFO: GOLDAIR Congress
Τηλ.: 210 3274570
Fax: 210 3311021
E-mail: congress@goldair.gr
Website: www.congress.goldair.gr

37ο ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
17-21 Μαΐου 2011, Αθήνα
Ξενοδοχείο Hilton
INFO: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
Τηλ.: 210 7243161, 7211845, 7244496
Fax: 210 7215082
E-mail: iea@mednet.gr
Website: www.mednet.gr

FINANCIAL TIMES LIMITED EVENT- 4th ANNUAL CLIMATE AND ENERGY SECURITY SUMMIT
24-25 May 2011, Athens, Greece
INFO: C & C International Group of Companies
Tel.: +30 210 6889130
Fax: +30 210 6844777
Website: www.CandC-group.com

13ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ
25-29 Μαΐου 2011, Αθήνα
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Tel.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

ΙΦΝΕ 2011
27-29 Μαΐου 2011, Καλαμάτα
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Tel.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: epouli@triaenatours.gr
Website: www.ifne2011.gr, www.triaenatours.gr

3η ΑΜΦΙΚΤΙΟΝΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΗΘΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
10-13 Ιουνίου 2011, Κως
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Tel.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

23rd CONGRESS IAPD (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PAEDIATRIC DENTISTRY)
15-18 June 2011, Athens, Greece
Athens Megaron International Convention and Exhibition Center

INFO: C & C International Group of Companies
Tel.: +30 210 6889130
Fax: +30 210 6844777
E-mail: iapd2011@candc-group.com
Website: www.iapd2011.org, www.CandC-group.com

ΕΠΕΤΕΙΑΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ 100 ΧΡΟΝΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
18-19 Ιουνίου 2011, Αθήνα
Συνεδριακό Κέντρο Μεγάρου Μουσικής Αθηνών
INFO: C & C International Group of Companies
Τηλ.: 210 6889130
Fax: 210 6844777
E-mail: 100yearsdentalschool@candc-group.com
Website: www.100yearsdentalschool.gr, www.CandC-group.com

10ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
23-26 Ιουνίου 2011, Αθήνα
Ξενοδοχείο Divani Apollon Palace
Οργάνωση: Ελληνική Δερματολογική & Αφροδισιολογική Εταιρεία
INFO: Erasmus Conferences Tours & Travel S.A.
Τηλ.: 210 7414700
Fax: 210 7257532
E-mail: info@dermatology2011.gr
Website: www.erasmus.gr, www.dermatology2011.gr

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ (6th PAN-HELLENIC CONGRESS ON EPILEPSY)
24-26 Ιουνίου 2011, Θεσσαλονίκη
INFO: C & C International Group of Companies
Τηλ.: 210 6889130
Fax: 210 6844777
Website: www.candc-group.com

14ο ΕΛΛΗΝΟ-ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
06-10 Ιουλίου 2011, Αθήνα
Ξενοδοχείο Athens Hilton
Organization: Greek-German Urological Association
INFO: First Conferences & Events Ltd
Tel.: +30 210 7787016
Fax: +30 210 7787566
E-mail: firstce@hol.gr
Website: www.firstconferences.gr, www.firstconferences.gr/pdf/06-0_07_2011ann.pdf

13th EARA CONFERENCE EUROPEAN ASSOCIATION FOR RESEARCH ON ADOLESCENCE
29 Αυγούστου - 1 Σεπτεμβρίου 2011, Σπέτσες
INFO: Triaena Tours & Congresses S.A.
Tel.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: congress@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

OSTEOSYNTHESE INTERNATIONAL 2011
14-17 September 2011, Thessaloniki, Greece
Organization: Gerhard Kuntscher Society
INFO: City Congress
Tel.: 210 3232433
Fax: 210 3232338
E-mail: info@aktinacitycongress.com, gks2011@aktinacitycongress.com
Website: www.aktinacitycongress.com, www.kuentschersociety.org

4η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Ο.ΝΟ. ΓΟ. ΤΗΣ Ε.Ο.Ε.
22-25 Σεπτεμβρίου 2011, Ιωάννινα
Συνεδριακό κέντρο Du Lac
Οργάνωση: Η 4η Πανελλήνια Επιστημονική Συνάντηση του τμήματος Ο.ΝΟ.ΓΟ. της Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας θα πραγματοποιηθεί μαζί με την 8η Φθινοπωρινή Ουρολογική Συνάντηση
INFO: Website: www.huanet.gr/index.php?id=3&sub=5&lang=1

9th INTERNATIONAL SCIENTIFIC MEETING
27-30 September 2011, Athens
Megaro Athens International Conference Centre, Athens, Greece
Organization: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Hellenic Obstetric & Gynaecological Society
INFO: Erasmus Conferences Tours & Travel SA
E-mail: info@rcog2011.com
Website: www.rcog2011.com

10th CONGRESS OF THE EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE (EFIM)
05-08 October 2011, Athens, Greece
Athens Hilton Hotel
Organization: European Federation of Internal Medicine, Hellenic Society of Internal Medicine
INFO: C & C International Group of Companies
Tel.: +30 210 6889130
Fax: +30 210 6844777
E-mail: efim2011@candc-group.com
Website: www.efim2011.org

EFIM 2011 (EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE)
06-09 Οκτωβρίου 2011, Αθήνα
Athens Hilton Hotel
INFO: AC & C, Professional Congress Organiser
Τηλ.: 210 6889100
Fax: 210 6844777
Website: www.candc-group.com

67ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
12-16 Οκτωβρίου 2011, Αθήνα
Ξενοδοχείο Athens Hilton
Οργάνωση: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ (ΕΕΧΟΤ)
INFO: City Congress
Τηλ.: 210 3232433
Fax: 210 3232338
E-mail: info@eexot2011.gr
Website: www.eexot2011.gr, www.aktinacitycongress.com

17ο ΚΟΙΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΧΕΡΙΟΥ & ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ
01-03 Δεκεμβρίου 2011, Θεσσαλονίκη
The Met Hotel
INFO: Symvoli Conference & Event Organisers
Tel.: 2310 433099
Fax: 2310 43599
E-mail: microhand2011@symvoli.gr
Website: www.microhand2011.gr

14th WORLD CONGRESS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS, PACING AND ELECTROPHYSIOLOGY
04-07 Δεκεμβρίου 2011, Αθήνα
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

10ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ
09-11 Δεκεμβρίου 2011, Θεσσαλονίκη
Ξενοδοχείο Makedonia Palace
INFO: Global Events
Τηλ.: 2310 247743
Fax: 2310 247746
E-mail: info@globalevents.gr
Website: www.globalevents.gr

13th EARA CONFERENCE EUROPEAN ASSOCIATION FOR RESEARCH ON ADOLESCENCE
29 Αυγούστου - 01 Σεπτεμβρίου 2012, Σπέτσες
INFO: Triaena Tours & Congresses S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

Χρήστος Δ. Φωτίου

Ιατρός, Ανδρολόγος

Ανδρολογία ΙΙ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΣΤΑΜΟΥΛΗ
Αβέρωφ 2,
Τηλ.: 210 5238305

Η συγγραφή ενός ιατρικού βιβλίου αποτελεί ένα επίπονο έργο. Ιδιαίτερα όταν πραγματεύεται ένα αντικείμενο που χαρακτηρίζεται από μεγάλες αλλαγές, τόσο σε επίπεδο γνώσης, όσο και καθημερινής κλινικής πράξης.

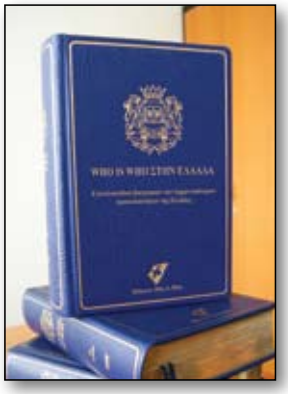
Ο κ. Φωτίου έχει μακρά ενασχόληση με το αντικείμενο και συνεπώς συσσωρευμένη εμπειρία, που προσπάθησε να αποδώσει, με τρόπο επιτυχή, στο παρόν σύγγραμμα. Η ολοκληρωμένη παρουσίαση της σύγχρονης Ανδρολογίας είναι επίσης δύσκολη, αφού η ανάπτυξη της σεξουαλικής ιατρικής συντελέστηκε κατά κύριο λόγο την τελευταία εικοσαετία. Θα πρέπει να συγχαρούμε τον κ. Φωτίου για το πόνημα αυτό, που θα δώσει γνώση σε κάθε ιατρό που επιθυμεί να ασχοληθεί με την Ανδρολογία.

Δημήτρης Χατζηχρήστου, Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ.

Με μεγάλη χαρά αποδεχθήκαμε την πρόσκληση να προλογίσουμε το συγγραφικό πόνημα του έγκριτου συναδέλφου μας κ. Φωτίου, με τίτλο «Ανδρολογία». Πρόκειται για μια σημαντική προσπάθεια και έργο μεστό και κατανοητό, που προωθεί τον κλάδο της Ουρολογίας και προάγει τη γνώση. Ο γλαφυρός τρόπος με τον οποίο παρουσιάζονται τα θέματα της Ανδρολογίας και τα ζητήματα που απασχολούν τον ιατρό και τον ασθενή κερδίζει πραγματικά τον αναγνώστη και τον κατατοπίζει ουσιαστικά, χωρίς να περιορίζεται στην στείρα παράθεση πληροφοριών. Σε αυτό συμβάλλουν φυσικά το καλογραμμένο κείμενο και οι λεπτομερείς εικόνες που εμπλουτίζουν το βιβλίο. Για όλους τους παραπάνω λόγους, θεωρούμε ότι η «Ανδρολογία» του κ. Φωτίου είναι ένα χρήσιμο βιβλίο, που δεν εξαντλείται με την πρώτη ανάγνωση και είμαστε βέβαιοι ότι θα αποτελέσει σημείο αναφοράς για τους συναδέλφους ιατρούς Ουρολόγους και Ανδρολόγους. Κλείνοντας, τον συγχαίρουμε για την ενδελεχή έρευνα χρόνων που αποτυπώνεται σε αυτό το βιβλίο, καθώς και την ακούραστη προσφορά του στον κλάδο μας, πάντα με γνώμονα την πρόοδο της επιστήμης και την παροχή των καλύτερων δυνατών υπηρεσιών υγείας στον ασθενή.

Χαράλαμπος Δεληβελιώτης
Καθηγητής, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής Σισμανογλείου Νοσοκομείου

Who is Who στην Ελλάδα



Πληροφορίες:
Μέρλιν 11, 10671
Κολωνάκι, Αθήνα
Τηλ.: 210 6017915
e-mail: office@whoiswho.gr

Πρόκειται να κυκλοφορήσει τον Δεκέμβριο του 2010, η νέα ανανεωμένη 5η έκδοση του Who is Who στην Ελλάδα, που εμπεριέχει πάνω από 5.000 βιογραφικά προσωπικοτήτων από διάφορες επαγγελματικές ομάδες, όπως ακαδημαϊκούς, ιατρούς, πολιτικούς, επιχειρηματίες κ.ά.

Το νέο Who is Who των εκδόσεων Hübner υπάρχει στον Ελλαδικό χώρο εδώ και 5 έτη και λειτουργεί με Γενικό Διευθυντή τον Δημήτρη Γκόρη, ο οποίος έχει και τα δικαιώματα franchise. Όλο το υλικό βρίσκεται σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων, την οποία μπορούν να επισκεφθούν τα μέλη του Who is Who με σκοπό την ενημέρωση για τις δραστηριότητες άλλων μελών. Κάθε χρόνο καταβάλλεται αξιόλογη προσπάθεια για να συγκεντρωθεί το υλικό του τόμου, το οποίο ανανεώνεται ριζικά. Πρόκειται για συλλεκτικά κομμάτια, που αξίζει κανείς να έχει στη βιβλιοθήκη του. Το WHO IS WHO θεωρείται σημαντικό επικοινωνιακό μέσο, καθώς περιλαμβάνει σύντομες και χρήσιμες πληροφορίες, που μπορούν να χρησιμεύσουν τόσο σε ιδιωτικό, όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Η αξία του είναι μεγάλη, αφού καταγράφει μοναδικά και ανεπανάληπτα ιστορικά ντοκουμέντα και επιτεύγματα από σημαντικές εν ζωή προσωπικότητες στο χώρο τους. Με την ευκαιρία αυτή, ο Γενικός Διευθυντής Δημήτρης Γκόρης ευχαριστεί τα παλιά και νέα μέλη για την υποστήριξή τους στο δύσκολο αυτό έργο, ευελπιστώντας ότι θα συνεχίσουν να συμβάλουν και στο μέλλον για την καλύτερη δυνατή ενημέρωσή του.

Δρ. Θεόδωρος Ντόλατζας

Ιατρός, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρών Καλλιτεχνών

Ο δεκαθλητής του πνεύματος και της τέχνης

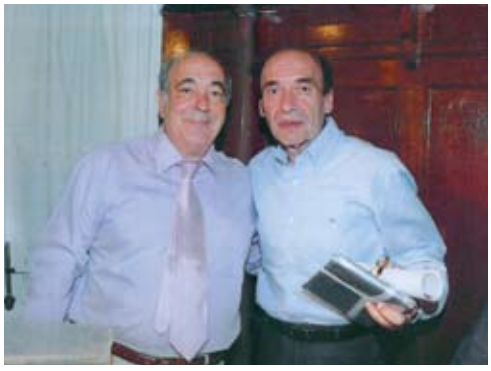
Με μεγάλη επιτυχία έγινε η παρουσίαση του νέου βιβλίου του συνεργάτη μας, Δρ. Θεόδωρου Ντόλατζα στο μουσείο «Μαρίκα Κοτοπούλη» στου Ζωγράφου.

Για το έργο του μίλησαν

α) ο **Δρ. Σπύρος Αντύπας**, Δ/ντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία», όπου ανέφερε το κλινικό, ερευνητικό, χειρουργικό, ανθρωπιστικό και εκπαιδευτικό του έργο. Τόνισε ιδιαίτερα τις ανθρώπινες σχέσεις συνεργασίας των ιατρών της κλινικής και την ανιδιοτελή προσφορά του Θ. Ντόλατζα όσον αφορά στην χειρουργική αντιμετώπιση 10.000 περίπου παιδιών με διάφορες συγγενείς ή επίκτητες παθήσεις. Το εκπαιδευτικό και συγγραφικό του έργο ξεπερνά τις 1.000 ανακοινώσεις, δημοσιεύσεις, ομιλίες, βιβλίο, δοκίμια, μονογραφίες κ.ά.

β) η κυρία **Έλλη Καζάκου**, φιλόλογος - τ. αντιδήμαρχος του Δήμου Ζωγράφου και πρόεδρος του κοινωφελούς ιδρύματος ΚΕΔΗΖ, αναφέρθηκε στο λογοτεχνικό, συγγραφικό, ποιητικό του έργο, καθώς και στην προσφορά του στα πολιτιστικά, φιλανθρωπικά και ιατρικά δρώμενα του Δήμου.

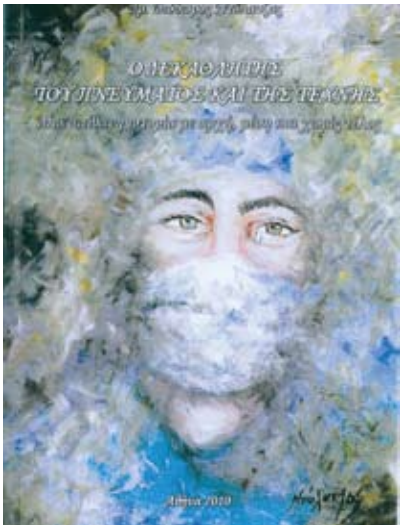
Τέλος, ο **Κωνσταντίνος Μαντζουράνης**, δικηγόρος και καλλιτέχνης, αναφέρθηκε στο καλλιτεχνικό του έργο και στην έντονη δημιουργικότητα που έχει ζήσει μαζί του, αναφέροντας λεπτομέρειες για το πως μπορεί ένα πετραδάκι, ένα αλίκτυπο ξύλο από τη θάλασσα, ένα νυστέρι...να το μετατρέψει σε έργο τέχνης. Αναφέρθηκε για το συνολικό του καλλιτεχνικό έργο, που περιλαμβάνει περίπου 5.000 καλλιτεχνικά έργα (ελαιογραφίες, ακρυλικά, ακουαρέλλες, αερογραφίες, γλυπτά κ.ά.) και για την ιδιαίτερη προσωπική του τεχνική, που δεν εντάσσεται σε κανένα παλαιό ή σύγχρονο καλλιτεχνικό κίνημα. Τελείωσε με τη φράση: Ο Θ. Ντόλατζας είναι… ερωτευμένος με τη φύση, με τη ζωή, με την τέχνη, με τον άνθρωπο...



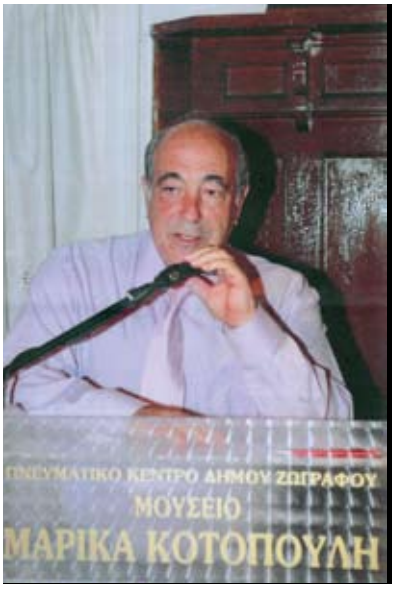
Ο τιμώμενος Δρ. Θ. Ντόλατζας (αριστερά), τ. Δ/ντής Νοσοκομείου Παίδων, με τον Δρ. Σπύρο Αντύπα σημερινό Δ/ντή της Α. Παιδοχειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία».

Οι ομιλητές στην παρουσίαση του βιβλίου του Θ. Ντόλαντζα. Από αριστερά: ο Κωνσταντίνος Μαντζουράνης, ο πρόεδρος του πνευματικού κέντρου Ζωγράφου κ. Θεόδωρος Μετικαρίδης, η δημοσιογράφος Εύα Ντεζιδάκη, η φιλόλογος και πρόεδρος ΚΕΔΗΖ κα Έλλη Καζάκου, ο κ. Θεόδωρος Ντόλαντζας και ο παιδοχειρουργός κ. Σπύρος Αντύπας. (Στον τοίχο η φωτογραφία της μεγάλης μας ηθοποιού Μαρίκας Κοτοπούλη).

Την όλη εκδήλωση συντόνισε η δημοσιογράφος της ΝΕΤ, Έυα Ντελιδάκη. Στο τέλος της εκδήλωσης, ο Θ. Ντόλατζας έδωσε χειροποίητα διπλώματα και βιβλία του στους προσκεκλημένους ομιλητές.



Εξώφυλλο. Ελαιογραφία του Θ. Ντόλατζα 50x60 εκ. 2002. Αυτοέκδοση 2010 (περιλαμβάνει 12 κεφάλαια στις 300 σελίδες και 72 φωτογραφίες).



Ο Δρ. Θ. Ντόλατζας ευχαριστεί τους ομιλητές και τον κόσμο που παραβρέθηκαν στην εκδήλωση.