

# ΠΕΡΙ... ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΕΥΧΟΣ 6    ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2008 - ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2009



<b>Β</b>
ΔΙΕΘΝΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ
PORT PAYÉ
ΤΑΧ. ΚΑΤ. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ 2 Αρ. Συμβ.
ΕΛΛΑΣ-HELLAS

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Φιλοσοφία του περιοδικού	7
Γράμμα Προέδρου	10
Ευχές Δ.Σ. Ι.Σ. Ιωαννίνων	12
<b>ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ</b> Έκδοση ταυτοτήτων & νέος κατάλογος μελών του Ι.Σ.	14
Από τα πρακτικά των συνεδριάσεων του Δ.Σ. του Ι.Σ. Ιωαννίνων	14
<b>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ</b> Συνέντευξη του Προέδρου Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Ιωαννίνων & Καθηγητή Καρδιολογίας κ. Γουδέβενου Ιωάννη	17
<b>ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ</b> Αιμορραγικοί πυρετοί στην Ελλάδα	20
Ο ρόλος της μεταμόσχευσης παγκρέατος στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι	24
<b>ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ</b> Δ. ΓΛΑΡΟΣ: Ο Άνθρωπος, ο Δάσκαλος, ο Εμπνευστής	30
<b>ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ</b> Η Αιμοδοσία στην Ελλάδα	34
<b>ΔΙΑΦΟΡΑ</b> Φοιτητική Ομάδα Εθελοντικής Αιμοδοσίας	38
<b>ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ</b> Ίδρυση Εθελοντικής Αιμοδοσίας Ι.Σ. Ιωαννίνων	40
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΔΡΟΜΕΣ</b> <b>ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΙ ΗΠΕΙΡΩΤΕΣ ΓΙΑΤΡΟΙ:</b> Αναστάσιος Γούδας	42
<b>ΔΙΑΦΟΡΑ</b> Καλλιτεχνικό Σωματείο "Οι Αθεράπευτοι". Μια κυψέλη ελεύθερης ερασιτεχνικής δημιουργίας στην καρδιά της πόλης	46
Νέα πύλη του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων	48
Χρήσιμες Ιστοσελίδες	50
<b>ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ</b>	52
<b>ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ</b> Καθορισμός των υποχρεώσεων των ασφαλιστικών οργανισμών, των θεραπόντων & ελεγκτών ιατρών & των φαρμακοποιών, καθώς & των σχετικών κυρώσεων (Π.Δ. 121/2008 ΦΕΚ Α' 183/3.9.2008)	70
Ενιαίο έντυπο συνταγής χορήγησης φαρμάκων σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών οργανισμών (Υ.Α.Φ. 42000/οικ.30285/3116 ΦΕΚ Β' 1467/25.7.2008)	74
N.3418/2005 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας	77
<b>ΣΥΝΕΔΡΙΑ</b>	80

"Περί... την Ιατρική"  
Τριμηνιαία Έκδοση του  
Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων



ΤΕΥΧΟΣ 6

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2008 -  
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2009

ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ:

**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Γ. Παπανδρέου 2 - Τ.Κ. 454 44

Τηλ: 26510 25324 - Fax: 26510 32907

www.is-i.gr - email: info@is-i.gr

ISSN: 1790-6962

**Εκδότης - Διευθυντής:** Καρέντζος Κων/νος,  
Πρόεδρος Ι.Σ.Ι.

**Συντακτική Επιτροπή** (αλφαβητικά):  
Καρέντζος Κωνσταντίνος, Διευ/ντής ΩΡΛ ΓΝ Χατζηκώστα

Κάτσενος Κωνσταντίνος, Ειδικευόμενος Ιατρός ΩΡΛ

Μαλάμου-Μήτση Βασιλική, Καθηγήτρια Παθολογικής  
Ανατομικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Νίκας Σπυριδών, Ιατρός Παθολόγος

Ξενάκης Θεόδωρος, Καθηγητής Ορθοπαιδικής  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σέρμπης Αναστάσιος, Ειδικευόμενος Ιατρός Παιδιατρικής

**Διοικητικό Συμβούλιο Ι.Σ.Ι.**

Πρόεδρος:	Καρέντζος Κων/νος
Αντιπρόεδρος:	Κάτσενος Κων/νος
Γραμματέας:	Τσιάρα Σταυρούλα
Ταμίας:	Σιόντη-Ευταξία Αλεξάνδρα
Μέλη:	Εξαρχάκος Γεώργιος
	Μαλάμου-Μήτση Βασιλική
	Μασσαλάς Κωνσταντίνος
	Μήλιος Κωνσταντίνος
	Νίκας Σπυριδών
	Ξενάκης Θεόδωρος
	Παππάς Χαράλαμπος
	Τσιάμη Ελευθερία
	Χαμπηλομάτης Παναγιώτης

**Εξελεγκτική Επιτροπή**

Κωτσόβολος Ηλίας, Μπούμπια-Βασιλείου Ανθούλα,  
Παπαδήμας Λάμπρος

*Αναπληρωματικά Μέλη:* Γεωργίου Χρήστος,  
Θανάσης Ευάγγελος, Μαντζαβίνης Γεώργιος,

**Πειθαρχικό Συμβούλιο**

Μαντάς Ν. Χρήστος, Πρόεδρος

Τζιάλλα-Δάφνη Βασιλική, Αντιπρόεδρος

*Τακτικά Μέλη:* Λάζαρος Αυρήλιος, Ζερβού Ελευθερία,  
Κουμπανιού Χριστίνα, Πίκου-Πηλιχού Βασιλική, Τόλης  
Χρήστος, Ψύχος Δημήτριος

**Εκπρόσωποι του Ι.Σ.Ι. στον Π.Ι.Σ.**

Βίκας Κων/νος, Γιαννακάκης Ιωάννης,  
Γκόλας Ευάγγελος, Μπέτζιος Ιωάννης, Κατσαράκης  
Νικόλαος, Κουμπανιού Χριστίνα, Κωτσούλα-Τσιάρα  
Αγγελική, Μαντάς Κ. Χρήστος, Νίκας Σπυριδών,  
Τσιμογιάννης Ιωάννης

ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

Ionian Εκδοτική Ε.Π.Ε.

Ιατρικές Εκδόσεις

\*Τα ενοπόγραφα άρθρα εκφράζουν τις απόψεις των συγγραφέων τους και σε καμία περίπτωση δεν εκπροσωπούν τις απόψεις του Δ.Σ. του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων ή της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού.

# Φιλοσοφία του Περιοδικού

**T**ο «Περί την Ιατρική» επιδιώκει να προσφέρει στους αναγνώστες του μια ποικιλία ύλης που, χωρίς να χάνει την επαφή με την ιατρική, έχει ως στόχο να ξεφύγει από το αμιγώς επιστημονικό ύφος των περιοδικών που έχουν δημιουργηθεί για την ενημέρωσή μας σε ιατρικά θέματα και μόνο. Έτσι, προσπαθήσαμε να δώσουμε στο περιεχόμενό του έναν διαφορετικό χαρακτήρα με έμφαση εκτός από αυτόν τον τομέα σε άλλα πεδία που θα αποτελέσουν και ένα ευχάριστο και χρήσιμο διάλειμμα από την καθημερινότητά μας.

Σε αυτό το τεύχος, λοιπόν, θα βρείτε μια πληθώρα θεμάτων τα οποία ελπίζουμε να σας ικανοποιήσουν ή και να αποτελέσουν αιτία για προβληματισμό, σίγουρα, όμως, να προσφέρουν κάτι σε όλους μας.

Θέματα ιστορικά, που έχουν, όμως, άμεση σχέση με την περιοχή μας, όπως το αφιέρωμα στον εξαιρετικό και πρωτοπόρο ιατρό του 19ου αιώνα, Αναστάσιο Γουδά, που καταγόταν από το Γραμμένο.

Έμφαση στην δεοντολογία και νομολογία, χρήσιμα στοιχεία που συνήθως δεν βρίσκουμε το χρόνο να αναζητήσουμε, αλλά που καλό είναι να γνωρίζουμε.

Εφ' όλης της ύλης συζητήσεις με πρόσωπα σημαντικά από πλευράς προσφοράς, επαγγελματικής, κοινωνικής, αλλά και θεσμικής, όπως η συνέντευξη του προέδρου της ιατρικής σχολής, κ. Ιωάννη Γουδεβένου.

Ένα αφιέρωμα στον πρόσφατα εκλιπόντα πρώην πρύτανη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και με πλούσια πολυσχιδή δράση, Δημήτρη Γλάρο.

Καλλιτεχνικά θέματα, με παρουσίαση της δουλειάς που γίνεται στο θεατρικό εργαστήριο του κ. Παππά και της ομάδας του.

# Φιλοσοφία του Περιοδικού

Ενημέρωση για τις δραστηριότητες και αποφάσεις του Συλλόγου μας πάνω σε θέματα σοβαρά και τρέχοντα, όπως για το ζήτημα του Ο.Π.Α.Δ., που αγγίζει ένα σημαντικό τμήμα του ιατρικού κόσμου των Ιωαννίνων.

Γνωστοποίηση μέσω του περιοδικού των αποφάσεων και οδηγιών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, ώστε να μην στερείται κανείς ενημέρωσης για τις εξελίξεις σε κεντρικό επίπεδο.

Βεβαίως, όμως, και παρουσίαση ιατρικών θεμάτων από γνωστούς συναδέλφους που ασχολούνται με εξειδικευμένα αντικείμενα, όπως ο κ. Ακριτίδης, Διευθυντής της παθολογικής κλινικής του «Γ. Χατζηκώστας», ο κ. Μήτσης, Επίκουρος Καθηγητής χειρουργικής, και η κα Ζερβού, Διευθύντρια του τμήματος Αιμοδοσίας του Π.Γ.Ν.Ι.

Σε όλη αυτή την προσπάθεια που γίνεται δεν θα θέλαμε τους αναγνώστες να είναι απλώς και μόνο δέκτες κειμένων μέσα από τις σελίδες του περιοδικού, αλλά η επιθυμία μας είναι να συμμετέχουν ενεργά με αποστολή ενδιαφερόντων δικών τους πονημάτων, ώστε να εξασφαλίζεται και η ποικιλότητα της ύλης, αλλά και η «δημοκρατικότητα» του περιοδικού σε ό,τι αφορά την εκπροσώπηση κατηγοριών θεμάτων και ειδικοτήτων!

Έτσι, λοιπόν, αν έχετε κάτι να σχολιάσετε από την καθημερινή ιατρική πραγματικότητα, κάποιες ανησυχίες για θέματα που άπτονται του ενδιαφέροντος του κλάδου μας, αλλά και λογοτεχνικής, καλλιτεχνικής κ.ά. φύσεως θέματα και επιθυμείτε να ανταλλάξετε απόψεις μέσω του περιοδικού ή απλώς να γνωστοποιήσετε το έργο σας, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας, ώστε να δρομολογηθεί η δημοσίευση των επιστολών ή των άρθρων σας.

# ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

**Π**ερίοδος εντόνων προβλημάτων -που προϋπήρχαν, αλλά πλέον το ποτήρι ξεχείλισε- το «Σωτήριο Έτος» 2008 στο χώρο της Υγείας. Και οι 3 πυλώνες της (Ιατροί του Ε.Σ.Υ., Ιατροί του Ι.Κ.Α. και Ελεύθεροι Επαγγελματίες) αναγκάστηκαν να καταφύγουν σε έντονους αγώνες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

Οι Νοσοκομειακοί Ιατροί μετά από έντονες κινητοποιήσεις και προ της διαφανόμενης αδυναμίας να λειτουργήσει το Σύστημα Υγείας πέτυχαν αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα στη διαπραγμάτευση με την Κυβέρνηση -αρκεί βέβαια να υλοποιηθεί στο ακέραιο η συμφωνία.

Οι Ιατροί του Ι.Κ.Α. πέτυχαν μετά από πολύχρονους αγώνες και επίπονες διαπραγματεύσεις να επιλυθεί το πρόβλημα των Συμβασιούχων, καθώς και μερικά άλλα επί μέρους αιτήματά τους.

Εντονότατο πρόβλημα, το οποίο παραμένει, είναι αυτό των Ελευθέρων Επαγγελματιών και αφορά την εξόφληση οφειλών των Ασφαλιστικών Ταμείων και κυρίως του Ο.Π.Α.Δ. Πολλοί συνάδελφοι σε όλη τη χώρα έχουν έντονο πρόβλημα επιβίωσης και λειτουργίας των ιατρείων τους. Έγιναν κινητοποιήσεις και προγραμματίζονται εντονότερες, σε Πανελλαδικό επίπεδο, για την επίλυση του προβλήματος. Το κράτος έχει υποχρέωση να σεβαστεί τους εργαζόμενους Ιατρούς, με τους οποίους έχει κάνει Συμφωνίες-Συμβάσεις.

Παράλληλα, τα Ταμεία πρέπει να οργανωθούν (μηχανοργάνωση, ελεγκτικοί μηχανισμοί), κάτι που επιζητά η συντριπτική πλειοψηφία των συναδέλφων. Είναι επιτακτική ανάγκη να επιβιώσει το Ασφαλιστικό ΜΑΣ Σύστημα και σε αυτή την κατεύθυνση θεωρώ δεδομένη την ευαισθησία του Ιατρικού κόσμου.

# ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Για τον ίδιο λόγο επιβάλλεται αυτοέλεγχος από κάποιους συναδέλφους, ώστε να αποφεύγονται «υπερβολές» που επιβαρύνουν τα Ταμεία -τόσο από Ελευθέρους Επαγγελματίες όσο και από Νοσοκομειακούς Ιατρούς.

Πάγιο αίτημα του Ιατρικού κόσμου είναι η οργάνωση επαρκών δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η λειτουργία των οποίων θα εξυπηρετεί τον πολίτη και θα επιτρέπει στα Νοσοκομεία να ασχολούνται με τον κύριο ρόλο τους.


Την τελευταία στιγμή, το φετινό καλοκαίρι, απετράπη η υπογραφή του Προεδρικού Διατάγματος για τους φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά από κινητοποίηση του Π.Ι.Σ. και των Ιατρικών Συλλόγων. Η εφαρμογή του είναι σίγουρο ότι θα ήταν «ΙΑΤΡΟΚΤΟΝΟΣ» και «ΤΑΜΕΙΟΚΤΟΝΟΣ».

Είναι επιβεβλημένη η άμεση εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας για όλους τους Έλληνες, κάτι που έχει εξαγγελθεί επανειλημμένα.

Τέλος, ένα πολύ μεγάλο πρόβλημα είναι τα νέα φορολογικά μέτρα που εξαγγέλθηκαν και τα οποία είναι Άδικα -ιδίως για τους υποαπασχολούμενους και χαμηλά αμειβόμενους νέους Ιατρούς. Η Κυβέρνηση δεν πρέπει να καλύπτει την αδυναμία της να πατάξει τη φοροδιαφυγή μέσω των ηλεκτρικών της μηχανισμών, καταφεύγοντας σε μία γενικευμένη επίθεση κατά Δικαίων και Αδίκων.



*Καρέντζος  
Κωνσταντίνος  
Πρόεδρος Ι.Σ.Ι.*



Ο Πρόεδρος και το Δ.Σ.  
του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων  
σας εύχονται  
ευτυχισμένο το νέο έτος,  
με υγεία,  
ευημερία και κάθε προσωπική,  
επαγγελματική και οικογενειακή ευτυχία

2009



## ΕΚΔΟΣΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΝΕΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ Ι.Σ.

**Π**ροκειμένου να προχωρήσουμε στην έκδοση ταυτοτήτων των μελών του ΙΣΙ, παρακαλούνται οι συνάδελφοι να προσκομίσουν μια μικρή έγχρωμη φωτογραφία στα γραφεία του συλλόγου και να συμπληρώσουν την απαραίτητη αίτηση. Η έκδοση των ταυτοτήτων θα γίνεται δωρεάν.

Επίσης, για να εκδοθεί ο νέος κατάλογος μελών του ΙΣΙ, καλούνται οι συνάδελφοι, το συντομότερο δυνατόν, να δηλώσουν τυχόν αλλαγές στην διεύθυνση κατοικίας τους, το τηλέφωνό τους (σταθερό και κινητό) και την εργασιακή τους σχέση (ειδικότητα-βαθμίδα κλπ.) στη Γραμματεία του συλλόγου, καθημερινά 10:30-13:30 και 18:00-21:00, τηλ.: 2651025324, fax: 2651032907.

## ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

1. Εστάλησαν δελτία τύπου και επιστολές προς Υπουργεία, Οργανισμούς και Φορείς για τη μη καταβολή των δεδουλευμένων από τον Ο.Π.Α.Δ. και πραγματοποίηση γενικής συνέλευσης Ιδιωτών Ιατρών.
2. Ίδρυση ομάδας εθελοντικής αιμοδοσίας του Ι.Σ.Ι.
3. Αύξηση εισφοράς των μελών του Ι.Σ.Ι. στο ποσό των 80 ευρώ από 1.1.2009. Σε περίπτωση καθυστέρησης καταβολής αυτής πέραν της τριετίας, θα καταβάλλεται με τις νόμιμες προσαυξήσεις. Η συνδρομή των νέων συναδέλφων, κάτω της πενταετίας, θα παραμείνει στα 50 ευρώ.
4. Έκδοση νέου καταλόγου μελών και ενημέρωση για τυχόν αλλαγή στοιχείων, διευθύνσεων κτλ.
5. Έκδοση του περιοδικού του Ι.Σ.Ι. «Περί την Ιατρική» από την εκδοτική εταιρεία HARRIS ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΟΝ. Ε.Π.Ε., χωρίς καμία οικονομική συμμετοχή του συλλόγου στην εκτύπωση και διανομή του.
6. Έκδοση ιατρικών ταυτοτήτων.
7. Δημιουργία νέας ιστοσελίδας, χωρίς οικονομική επιβάρυνση του συλλόγου, και δημιουργία πύλης ενημέρωσης όλων των μελών του Ι.Σ.Ι.
8. Επικύρωση της απόφασης της συνέλευσης των ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών για κλείσιμο των ιατρείων στις 21.11.08 και κινητοποιήσεις την ίδια μέρα.
9. Αποφασίστηκε να κληθούν όλα τα μέλη του που έχουν συνάψει σύμβαση με τον Ο.Π.Α.Δ. και να εξουσιοδοτήσουν τον Πρόεδρο του Ι.Σ.Ι. να προβεί σε ομαδική καταγγελία των συμβάσεων των ιατρών-μελών του με τον Ο.Π.Α.Δ.
10. Αποφασίστηκε ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΠΑΝΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΕΡΓΙΑ ΣΤΙΣ 15 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2008. Την ίδια ημέρα, 15.12.2008, στις 11:00 π.μ., θα πραγματοποιηθεί συνέλευση στα γραφεία του συλλόγου με τους συμβεβλημένους με τον Ο.Π.Α.Δ. ιατρούς για την συλλογή των εξουσιοδοτήσεων προς τον Πρόεδρο του Ι.Σ.Ι.
11. Αποφασίστηκε ακόμα συνολική αναστολή των Ατομικών Συμβάσεων των ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών με τον Ο.Π.Α.Δ. από 1.1.2009.



# ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

## του ΠΡΟΕΔΡΟΥ της ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ και ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ, κ. ΓΟΥΔΕΒΕΝΟΥ ΙΩΑΝΝΗ

**Κ**αλησπέρα και ευχαριστούμε πολύ που αποδεχτήκατε να μιλήσετε στο περιοδικό του Ι.Σ.Ι.! Κατευθείαν στις ερωτήσεις και μάλιστα δύσκολες.

**Πολύ συχνά λέμε ότι υπολείπαστε των ξένων Πανεπιστημίων, τι πιστεύετε ότι χρειάζεται για να τους φτάσουμε; Η προσέλευση καθηγητών και λοιπού επιστημονικού προσωπικού από εκεί θα ήταν ένας τρόπος;**

Ο φθόνος της αριστείας οδηγεί στην έλλειψη κινήτρων για την πρόσκληση επιστημόνων του εξωτερικού.

Γιατί τότε ο πήχυς ανεβαίνει πολύ ψηλά και οι απαιτήσεις γίνονται περισσότερο επιτακτικές. Η πρώιμη μονιμότητα που αποκτάται από το ΔΕΠ προκαλεί την έλλειψη κάθε ενδιαφέροντος για προσφορά στην έρευνα. Έτσι, έχουμε χαμηλή ποιότητα εκπαίδευσης, διανοητικό ευνουχισμό φοιτητών και νέων επιστημόνων, που σε αρκετές περιπτώσεις είναι ικανότεροι από τους αντίστοιχους των προηγμένων χωρών -χάνονται στο χάος της μετριότητας.



**Τι γίνεται με την αξιολόγηση στα ΑΕΙ;**

Πρώτον πρέπει να ξεκαθαρίσουμε ότι το πανεπιστήμιο δεν ανήκει στους φοιτητές ή τους καθηγητές τους, αλλά στο κοινωνικό σύνολο. Έτσι, αυτός που πληρώνει το λογαριασμό, ο Έλληνας δηλαδή φορολο-

γούμενος, πρέπει να ξέρει τι κάνουμε. Όσον δε αφορά την εκπαιδευτική αξιολόγηση είναι η πρώτη φορά που δίνεται η ευκαιρία στους φοιτητές να αξιολογούν τους δασκάλους τους.

Η αξιολόγηση είναι βασική δημοκρατική διαδικασία (ώστε να γνωρίζει ο φορολογούμενος πολίτης σε τι είδους πανεπιστήμιο σπουδάζει το παιδί του), η οποία, κατ' ανάγκη, περιλαμβάνει και την αξιολόγηση της συγκεκριμένης πολιτικής και των πρακτικών της αποτελεσμάτων.

**Ποιοι είναι οι σκοποί της ιατρικής σχολής;**

Σαν ιατρική σχολή έχουμε δυο σκοπούς: τη διδασκαλία (μετάδοση γνώσης) και την έρευνα (παραγωγή νέας γνώσης). Είναι ο χώρος όπου γεννιούνται νέες ιδέες, ένας χώρος δημιουργίας και σκληρής δουλειάς, ένας χώρος όπου δεν έχει θέση η χαλαρότητα και

η δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία. Όταν στο Πανεπιστήμιο επικρατεί μετριότητα, αναξιοκρατία, χαμηλή παραγωγικότητα, χαμηλές απαιτήσεις, αδιαφάνεια ή και διαφθορά, τι μπορεί να περιμένει κανείς από την υπόλοιπη κοινωνία; Πρέπει να λειτουργεί σαν πρότυπο για την κοινωνία.

### **Εκπαίδευση, η γενικότερη φιλοσοφία σας;**

Καθήκον και στόχος του ιατρικού τμήματος είναι να δημιουργήσει τις κατάλληλες ακαδημαϊκές προϋποθέσεις για μια υψηλών προδιαγραφών ιατρική εκπαίδευση. Σαφής και ενδιαφέρουσα διδασκαλία από την έδρα, που θα εμπεριέχει δραστηριότητες που ανοίγουν επιστημονικούς δρόμους στον φοιτητή, να τον εμπνέουν και να τον καταστήσουν κοινωνό του επιστημονικού ήθους και της ανιδιοτελούς αναζήτησης της αλήθειας.

Δύσκολο να συνδυαστεί το τρίπτυχο: καλός κλινικός, δάσκαλος και ερευνητής.

### **Ποια είναι η ανταπόκριση των φοιτητών;**

Οι φοιτητές της ιατρικής θεωρείται η αφρόκρεμα της σπουδάσουσας νεολαίας στη χώρα μας. Στενοχωριέμαι για το γεγονός ότι μερικά «καλά μυαλά» δεν αξιοποιούνται και πάνε χαμένα. Λίγοι δίνουν εξετάσεις για την Αμερική και ακόμη πιο λίγοι επιτυγχάνουν. Αυτό που μας βοηθά στο να συνεχίζουμε το έργο μας με εμπιστοσύνη στο μέλλον είναι το «καλό όνομα» που συνοδεύει τους απόφοιτους της ιατρικής μας, γιατί τους αναγνωρίζονται και οι γνώσεις και η εξαιρετική τους κατάρτιση.

Κάτι το οποίο έχει επιτευχθεί με σκληρή και άρτια δουλειά από την πλευρά μας.

Πάντα, όμως, θα υπάρχουν φοιτητές που θέλουν να πάρουν το πτυχίο και να τελειώνουν κατά προτίμηση με το λιγότερο δυνατό κόπο. Οι περισσότεροι, δυστυχώς, νοιάζονται μόνο για το «χαρτί» και όχι για τη μόρφωση που αυτό αντιπροσωπεύει. Οποιαδήποτε αλλαγή που θα κάνει τη ζωή του πιο δύσκολη ξεσηκώνει αντιδράσεις. Ενώ, για παράδειγμα, στο

πτυχίο ζητά συνεχώς εξεταστικές περιόδους, στη διάρκεια της φοίτησης δεν δέχονται συχνά εξετάσεις. Ενθαρρύνουμε την ανταλλαγή φοιτητών με το πρόγραμμα ERASMUS. Ο σκοπός του προγράμματος ανταλλαγών είναι να δώσουν την ευκαιρία σε ικανούς και επιμελείς φοιτητές της ιατρικής σχολής να γνωρίσουν το σύστημα ιατρικής εκπαίδευσης και ευκαιριών επιστημονικής έρευνας που παρέχεται σε φοιτητές ιατρικών σχολών στην Ευρώπη και ΗΠΑ.

### **Σε τι επιστημονικό επίπεδο κατατάσσεται η Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων στη χώρα μας;**

Το Ιατρικό Τμήμα αισθάνεται υπερήφανο γιατί διαθέτει σημαντικούς καθηγητές με διεθνή αναγνώριση, τόσο στα γενικά όσο και σε εξειδικευμένα αντικείμενα της ιατρικής εκπαίδευσης και έρευνας.

Όλοι οι δείκτες ερευνητικής επιρροής (αριθμός ή δημοσιεύσεων ή παραπομπών ανά μέλος ΔΕΠ) την φέρνουν πρώτη, με δεύτερη την Αθήνα και τρίτη την Ιατρική της Κρήτης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι, ακόμη, ο απόλυτος αριθμός εργασιών είναι μεγαλύτερος από εκείνον της ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, παρά το γεγονός ότι το δεύτερο έχει 5πλάσιο αριθμό ΔΕΠ. Μάλιστα, αυτοί οι δείκτες συμβάλουν και στη γενικότερη εικόνα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που έρχεται δεύτερο μετά το Πανεπιστήμιο της Κρήτης.

### **Πείτε μας παρακαλώ και κάποια πράγματα για τη δομή της Σχολής, αλλά και για την ιστορία της.**

Πρωτολειτούργησε το 1978 με 5 καθηγητές. Κωτούλας, Καλλίστρατος, Παγουλάτος, Τσόλας, Γλάρος. Εφέτος, το 2008, κλείνουμε 30 χρόνια λειτουργίας. Για την ιστορία αναφέρουμε ότι η Αθήνα γιόρτασε προχθές 170 χρόνια λειτουργίας.

15 εργαστήρια, 26 κλινικές, 160 διδακτικό ερευνητικό προσωπικό (μέλη ΔΕΠ). Εγγεγραμμένοι φοιτητές 622, Απόφοιτοι (n: 3656), καλή φήμη.

**Φυσικά, όπως όλοι οι οργανισμοί και δομές, θα υπάρχουν και κάποια προβλήματα. Ποια κα-**

### **ταγράψατε ως τα σημαντικότερα και τι λύσεις έχουν δρομολογηθεί;**

Τα συνηθισμένα. Έλλειψη χώρων, υποδομών (οι αίθουσες διδασκαλίας δεν έχουν μόνιμες εγκαταστάσεις για προβολή, ελλιπής γραμματειακή υποστήριξη). Ευτυχώς, σύντομα θα έχουμε νέο κτήριο, 11.000 τετραγωνικά μέτρα, με προϋπολογισμό 50 εκατ. ευρώ για κτηριακές εγκαταστάσεις κλινικών ειδικοτήτων. Βελτιώνουμε την καθημερινότητα των φοιτητών, ηλεκτρονική σύνδεση, βιβλιοθήκη. Ο κάθε φοιτητής έχει τον κωδικό του και δηλώνει τα μαθήματα, ενημερώνεται για το πρόγραμμα μαθημάτων, εξετάσεων, βαθμολογίες κλπ.

Γι' αυτούς που κάνουν κλινική άσκηση στα νοσοκομεία φροντίσαμε για χώρους ένδυσης φύλαξης.

Από την άλλη, στενοχωριέμαι όταν βλέπω μετά από καταλήψεις συνθήματα στους τοίχους, κατεστραμμένες αίθουσες. Οι χώροι αυτοί ανήκουν σε όλους μας και θα κληθούμε να ζήσουμε σε αυτούς και μετά την κατάληψη.

### **Γιατί φεύγουν καθηγητές για άλλες Ιατρικές Σχολές;**

Για να γίνεις καθηγητής σ' άλλη Ιατρική Σχολή, και δη στην Ιατρική Αθηνών, είναι πολύ δύσκολο. Από τους καθηγητές πρώτης βαθμίδας που καθιερώθηκαν στα Γιάννενα και έγιναν στην Αθήνα είναι 2, οι κ.κ. Μουτσόπουλος και Σουκάκος. Και σ' άλλες ιατρικές σχολές υπάρχουν μέλη που ξεκίνησαν από την Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων. Για παράδειγμα, στη Θεσσαλονίκη ο κ. Παπαδημητρίου, στη Λάρισα οι κ.κ. Μεσσήνης και Μαλίζος. Επίσης, φοιτητές που αποφοίτησαν από την Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων έχουν γίνει καθηγητές -στο δικό μας πανεπιστήμιο η κ. Αργυροπούλου, στην Κρήτη ο κ. Καραντάνας και ο κ. Μπούμπας, στη Θεσσαλονίκη ο κ. Γιαννούκας, στην Αθήνα ο κ. Βλαχογιαννόπουλος, ο κ. Τζούφας και ο κ. Μανουσάκης. Αυτό δείχνει και την ποιότητα της Ιατρικής.

### **Υπάρχει συνεργασία με άλλους φορείς, κοινωνικούς, επιστημονικούς κτλ.;**

Ιατρικό σύλλογο.

Με το ΠΠΓΝΙ υπάρχει πλήρης συνεργασία, όσον αφορά την κλινική εργασία. Νοσοκομείο Χατζηκώστα.

Συνεργασία με κλινικές για εκπαίδευση φοιτητών.

### **Συχνά κατηγορούν τους πανεπιστημιακούς ότι προσλαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό συγγενικά τους πρόσωπα. Ποια είναι η κατάσταση στα Γιάννενα;**

Η απάντηση στο ερώτημα είναι σύνθετη. Υπάρχουν και συγγενικά άτομα που αξίζουν και ίσως σε μερικά να ισχύει η ευνοιοκρατία που υπαινίσσεστε.

Πρώτου βαθμού συγγενείας που εργάζονται στην Ιατρική Σχολή είναι περίπου 24 άτομα και λίγα απ' αυτά στο ίδιο εργαστήριο ή κλινική. Το ποσοστό είναι πολύ μικρό με ό,τι ισχύει σε άλλες σχολές.

Επιτροπή σπουδών επεξεργάζεται Πρόγραμμα Σπουδών εκσυγχρονισμένο.

Μερικά θέματα έχουν επιλυθεί οριστικά, ενώ άλλα έχουν τεθεί στη σωστή τροχιά τους, ωστόσο πάντα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης ανάλογα με τις απαιτήσεις που επιβάλλει η εποχή.

### **Ποιες υπήρξαν οι βασικές σας προτεραιότητες κατά την προεδρία σας στην Ιατρική Σχολή;**

Η θητεία μου λήγει. Έδωσα βάρος στην καθημερινότητα του φοιτητή και των συναδέλφων μου. Δεν αγκυλωθήκαμε σε γραφειοκρατικές διαδικασίες, δώσαμε και δίνουμε λύσεις σε πολλά και σύνθετα προβλήματα. Στις εκλογές διατηρήσαμε την αξιοκρατία και τα standards. Το όνειρό μου θα είναι να δω να εγκαινιάζεται σε 2 χρόνια το κτήριο κλινικών ειδικοτήτων που προαναφέραμε.

Κύριε Πρόεδρε, σας ευχαριστούμε και πάλι και ευχόμαστε καλή συνέχεια στη θητεία σας!

# ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΙ ΠΥΡΕΤΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**N. K. Ακριτίδης**

**Διευθυντής Παθολογικής κλινικής Γ. Χατζηκώστα**

**Ο**ι αιμορραγικοί πυρετοί αποτελούν μία ποικίλη ομάδα νοσημάτων που είναι αποτέλεσμα λοίμωξης από RNA ιούς, οι οποίοι, όταν εισέρχονται στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλούν συστηματικές εκδηλώσεις και ανήκουν στις ευρύτερες κατηγορίες των: Arenaviridae, Bunyaviridae, Filoviridae και Flaviviridae. Στο παρόν σύγγραμμα ιδιαίτερη αναφορά πρόκειται να γίνει στους ιούς που προκαλούν αιμορραγικό πυρετό: Crimean-Congo H.F. (Κριμαϊκός αιμορραγικός πυρετός) και Hantaan, οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία Bunyaviridae και απαντώνται στην Ελλάδα και την ευρύτερη περιοχή των Βαλκανίων.

Ο ιός του Κριμαϊκού αιμορραγικού πυρετού απομονώθηκε το 1956 στο Κονγκό και το 1967 στο, τωρινό, Ουζμπεκιστάν, ενώ αναφέρεται προσβολή περίπου 200 Σοβιετικών στρατιωτών στην Κριμαία κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Έχουν γίνει συχνές αναφορές Κριμαϊκού αιμορραγικού πυρετού και στη «γειτονιά» μας, καθώς το 1953-2003 σημειώνονται 1.522 συνολικά περιστατικά στη Βουλγαρία, 500 το 2002-05 στην Τουρκία και άλλες αναφορές στην Αλβανία και το Κόσσοβο από το 2000 και έπειτα, ενώ όλες οι περιπτώσεις αφορούν αγρότες.

Η μετάδοση γίνεται από αρθρόποδα (Hyalomma spp.), από άτομο σε άτομο μέσω επαφής με μολυσματικά σωματικά υγρά ή μέσω επαφής με αίμα ή μολυσμένα ζωικά προϊόντα. Σημειώνεται ότι πρόβατα και βοοειδή αναπτύσσουν αιμία χωρίς κλινική συμπτωματολογία. Ο ιός προκαλεί καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, κυρίως μέσω προσβολής των μακροφάγων, ενώ στη συνέχεια αυξάνεται ο πολλαπλασιασμός του, επισυμβαίνει λοίμωξη του ενδοθελίου και διαδοχικά αιμοφαγοκυττάρωση και διάχυτη ενδαγγειακή πήξη.

Οι περισσότερες περιπτώσεις ασθενών είναι ασυμπτωματικές. Σε συμπτωματικούς ασθενείς παρατηρούνται τέσσερα στάδια: της επώασης, το προαιμορραγικό, το αιμορραγικό και το στάδιο ανάρρωσης. Η επώαση είναι 4-12 ημέρες μετά από δήγμα αρθρόποδου και 2-7 ημέ-

ρες μετά από επαφή με μολυσμένα υγρά. Τα συμπτώματα στο επόμενο στάδιο είναι αιφνίδια έναρξη πυρετού με ρίγος, μυαλγίες, έντονη κεφαλαλγία, καταβολή, ανορεξία ή συμπτώματα από το γαστρεντερικό, ενώ στο αιμορραγικό στάδιο βαριά αιμορραγική διάθεση από όλα τα συστήματα. Στα εργαστηριακά ευρήματα σημειώνονται λευκοπενία, θρομβοπενία, αιμοσυμπύκνωση, πρωτεϊνουρία και τρανσαμινασαιμία. Σε κάποιες μελέτες τα αιμοπετάλια αποτελούν προγνωστικό παράγοντα, καθώς οι πιο σοβαρές ή μοιραίες περιπτώσεις ασθενών σχετίζονται με χαμηλές τιμές αιμοπεταλίων (<50.000), ενώ σε άλλες μελέτες οι υψηλές τιμές τρανσαμινασών (AST>700 και ALT>900) βρέθηκε να σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα σε περιοχές όπως η Τουρκία. Η θνησιμότητα κυμαίνεται γενικά στο 2-6%, αλλά αναφέρονται και ποσοστά άνω του 50% σε μεμονωμένες σειρές (Ιράκ 1980, Αφρική).

Για τη διάγνωση είναι απαραίτητη η κλινική υποψία, ώστε να τεθεί ο ασθενής σε απομόνωση και να τηρηθούν οι απαραίτητες προφυλάξεις από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η απομόνωση του ιού απαιτεί ύψιστο επίπεδο ασφάλειας στο εργαστήριο, είναι εφικτή μόνο τις πρώτες ημέρες της νόσου επί υψηλής αιμίας και γίνεται με ELISA και PCR, με την τελευταία να αποτελεί μέθοδο εκλογής. Η πρώιμη διάγνωση αυξάνει την επιβίωση και προλαμβάνει τις νοσοκομειακές λοιμώξεις. Η εκτίμηση των ύποπτων περιστατικών γίνεται με βάση τα κλινικά συμπτώματα, το ιστορικό του αρρώστου για διαμονή ή ταξίδι σε ενδημική περιοχή, ιστορικό δήγματος ή έκθεσης σε αίμα και τα εργαστηριακά ευρήματα.

Η θεραπεία είναι υποστηρικτική και χορήγηση Ριμπαβιρίνης, της οποίας ο μηχανισμός δράσης είναι ασαφής, αλλά έχει αποδειχθεί η δραστηριότητά της από την ιστορική βιβλιογραφία.

Ο αιμορραγικός πυρετός που οφείλεται στον ιό Hantaan έχει πολλές αναφορές στην ιστορία, με μια αρχική περιγραφή πιθανής επιδημίας στην Κίνα του 960 μ.Χ. Ήταν

η επιδημική νεφρίτιδα στον Α' και Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, ενώ το 1950 στον αιμορραγικό πυρετό της Κορέας 3.200 στρατιώτες νόσησαν (220 νεκροί) και 94% των στρατιωτών είχαν εκ των υστέρων αντισώματα. Το 1977 απομονώθηκε το πρωτότυπο στελέχους και ονομάστηκε από τον ποταμό Hantaan στην Κορέα. Το 1993 στο Four Corners των Ηνωμένων Πολιτειών σημειώθηκε μαζική πνευμονική αιμορραγία αγνώστου αιτιολογίας και συνδυάστηκε η εμφάνιση της νόσου με τον αυξημένο αριθμό τρωκτικών εκείνη την εποχή (θνησιμότητα >50%), ενώ το 1996 στην Αργεντινή σημειώθηκε παρόμοιο σύνδρομο με πιθανή μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Η ταξινόμησή τους γίνεται σε τρεις κύριες ομάδες ανάλογα με το φορέα τους. Sigmodontinae, Murinae και Arvicolinae και ο κάθε ιός είναι ειδικός για το φορέα του: Hantaan για τον *Apodemus agrarius*, Dobrava για *Apodemus flavicollis*, Puumala για *Clethrionomys glareolus* κλπ. Στα Βαλκάνια και την Ελλάδα πιθανώς τα περισσότερα κρούσματα να οφείλονται σε Puumala, αλλά είναι ήπιας βαρύτητας. Ο σοβαρός αιμορραγικός πυρετός οφείλεται στον ιό Dobrava. Στην Ελλάδα πρώτη επίσημη αναφορά γίνεται το 1997 και καταγράφονται συνολικά 39 περιστατικά μέχρι το 2006.

Η μετάδοση γίνεται κυρίως με εισπνοή μολυσμένου αέρα, με επαφή με μολυσμένες επιφάνειες και μετά από δάγμα τρωκτικού. Όταν ο ιός εισέλθει στον οργανισμό προκαλεί αυξημένη διαβατότητα στα τριχοειδή, καταστροφή του ενδοθηλίου από κυτταροτοξικά T-λεμφοκύτταρα και αυξημένη παραγωγή NO<sub>2</sub> και TNFα.

Η περίοδος επώασης διαρκεί 2-3 εβδομάδες και ακολουθεί αιφνίδια έναρξης γριππώδης συνδρομή για 3-5 ημέρες, με επίμονα υψηλό πυρετό, μυαλγίες, αρθραλγίες, κοιλιακό άλγος, οσφυαλγία, κεφαλαλγία και λήθαργο. Ακολουθεί υποτασική φάση διάρκειας ωρών έως ημερών, συχνά με συνοδό ναυτία, εμέτους, φλεβοκομβική βραδυκαρδία. Η θνησιμότητα στη φάση αυτή είναι πολύ αυξημένη (το 30% της συνολικής), πιθανώς από καταπληξία και αγγειακό collapse. Στον ιό Dobrava η αιμορραγική διάθεση είναι μείζον κλινικό χαρακτηριστικό, ενώ στον ιό Puumala (ενδημική νεφροπάθεια) κυριαρχεί η νεφρική προσβολή με τρεις φάσεις: oligourική-πολυουρική-φάση ανάρρωσης. Η φάση ανάρρωσης διαρκεί από εβδομάδες έως μήνες και κυριαρχούν οι διαταραχές της συμπίκνωσης των ούρων. Από το αναπνευστικό σύστημα συμπτώματα μπορεί να

είναι ο βήχας, η δύσπνοια, το πνευμονικό οίδημα και στις ακτινογραφίες θώρακος ανευρίσκονται πλευριτικές συλλογές και διηθήματα. Στους υπερήχους κοιλίας οι νεφροί απεικονίζονται οίδηματώδεις με περινεφρικές συλλογές, ενώ ανευρίσκονται και ασκτικές συλλογές. Εργαστηριακά σημειώνονται λευκοκυττάρωση, θρομβοπενία, αύξηση της κρεατινίνης, πρωτεϊνουρία και αιματουρία.

Η διάγνωση γίνεται με PCR, ELISA και ανοσοϊστοχημεία που ανιχνεύει αντιγόνα του ιού σε ιστούς. Διαφορική διάγνωση γίνεται από άλλες ιογενείς λοιμώξεις και βακτηριακές λοιμώξεις, όπως οι ρικετωσώσεις, ο πυρετός Q ή η λεπτοσπείρωση με την οποία μπορεί να συνυπάρχει.

Η θεραπεία περιλαμβάνει συμπτωματική και υποστηρικτική θεραπεία με αναλγητικά για την κεφαλαλγία, χορήγηση αιμοπεταλίων, διατήρηση ισοζυγίου ύδατος-ηλεκτρολυτών, αιμοδιύλιση σε νεφρική ανεπάρκεια με πνευμονικό οίδημα και άμεση έναρξη Ριμπαβιρίνης, η οποία είναι αποτελεσματική στον αιμορραγικό πυρετό εάν χορηγηθεί εντός πέντε ημερών από την έναρξη της νόσου. Είναι αναγκαία η αντιβιοτική κάλυψη των εναλλακτικών διαγνώσεων, έως την τεκμηρίωση του αιμορραγικού πυρετού. Η επιβίωση αυξάνεται σε ταχεία διάγνωση και κατάλληλη υποστηρικτική αγωγή της νεφρικής λειτουργίας, της κυκλοφορίας και της πηκτικότητας. Απώτερες επιπλοκές είναι η μεσαγγειοτριχοειδική σπειραματονεφρίτιδα, η υπέρταση και η υπερτασική νεφροπάθεια, οι σωληναριακές βλάβες και ο πανυποφυσισμός.

Συμπερασματικά πρέπει να αναφερθεί ότι οι ιοί Hantaan είναι παλαιοί ιοί και νόσοι οφειλόμενες στον ιό Hantaan υπάρχουν σε όλη την Ευρώπη. Αλλαγή των συνθηκών περιβάλλοντος μπορεί να αλλάξει την κατανομή τους και λοιμώξεις από τον ιό μπορεί να βρεθούν σε νέα μέρη, γι' αυτό χρειάζεται χαρτογράφηση όλης της Ευρώπης. Απαιτούνται ταχείες και ευαίσθητες μέθοδοι ανίχνευσης του ιού και αυξημένη εγρήγορση των ιατρών στο να υποψιάζονται έγκαιρα και να αντιμετωπίζουν επιτυχώς τη νόσο του αιμορραγικού πυρετού.

#### Βιβλιογραφία:

1. Vapalahti O, Mustonen J, Lundkvist A, Henttonen H, Plyusnin A, Vaheri A, Hantavirus infections in Europe, *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 653-61.
2. Ergonul O, Crimean-Congo haemorrhagic fever, *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 203-14.
3. Papa A, Antoniadis A: Hantavirus infections in Greece-an update. *Eur. J. Epidemiol.* 17: 189-194, 2001.
4. Antoniadis A, Le Duc J. W., Daniel-Alexiou S. *Eur. J. Epidemiol.* Sept 1987, 295-301.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ Ι

Μιχάλης Χ. Μήτσης  
Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής–Μεταμοσχεύσεων  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

### Εισαγωγή

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO)<sup>1</sup> και της Διεθνούς Ένωσης για το Διαβήτη (IDF)<sup>2</sup>, σήμερα, 250.000.000 άνθρωποι σε όλον τον κόσμο πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί σε 400.000.000 περίπου κατά το έτος 2025. Λόγω των επιπλοκών της, η νόσος αυτή αποτελεί την τέταρτη κατά σειρά αιτία θανάτων παγκοσμίως, ευθυνόμενη για μια απώλεια ζωής κάθε 10 δευτερόλεπτα. Στη χώρα μας, κατά το έτος 2000, 853.000 άνθρωποι εμφάνιζαν τη νόσο, αριθμός ο οποίος εκτιμάται ότι θα ανέλθει στο 1.077.000 περίπου κατά το έτος 2030. Αυτή η ραγδαία αύξηση της επίπτωσης του ΣΔ οφείλεται κυρίως στη γήρανση του πληθυσμού, στην αυξανόμενη επίπτωση της παχυσαρκίας, στις μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες και στο σύγχρονο τρόπο ζωής, έτσι ώστε σήμερα δίκαια συχνά αναφερόμαστε σε «επιδημία Διαβήτη».

Το 1869 στο Βερολίνο, ο Paul Langerhans, νεαρός βοηθός του μεγάλου Παθολογοανατόμου Rudolf Virchow, περιέγραψε για πρώτη φορά τα παγκρεατικά νησίδια (που περιέχουν τα ινσουλινοπαραγωγά β-κύτταρα), τα οποία αργότερα (1893) ονομάστηκαν, προς τιμήν του, νησίδια Langerhans από τον Γάλλο Ιστολόγο Laguesse. Χρειάστηκαν πάντως αρκετές δεκαετίες μέχρι να γίνει αντιληπτό ότι ο ΣΔ προέκυπτε από ανεπάρκεια των νησιδίων αυτών, χωρίς να είναι απαραίτητη η εξαίρεση/καταστροφή ολοκλήρου του παγκρέατος<sup>3</sup>.

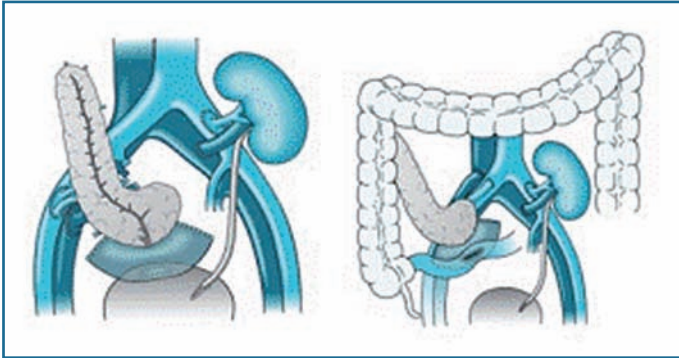
Η ανακάλυψη της ινσουλίνης το 1921 από τους Banting και Best<sup>4</sup> αποτέλεσε καθοριστικό βήμα και άλλαξε για πάντα την αντιμετώπιση του ΣΔ τύπου Ι (προηγούμενα γνωστός ως νεανικός ή ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ). Δημιούργησε όμως και ένα παράδοξο, μιας και η χρήση της μετέτρεψε το ΣΔ τύπου Ι από μια κατά κανόνα ταχέως θανατηφόρα νόσο σε μια χρόνια και ανίατη ασθένεια, με καταστροφικές δευτεροπαθείς μακροχρόνιες επιπλοκές (νεφροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, νευροπάθεια, αγγειοπάθεια).

Από 15ετίας σχεδόν, εποχή κατά την οποία δημοσιεύθηκαν τα αποτελέσματα της Diabetes Complications and Control Trial (DCCT)<sup>5</sup>, αλλά και από πολλές άλλες σημαντικές θεραπευτικές μελέτες, είναι γνωστό ότι η επιθετική-εντατική αντιμετώπιση (πολλαπλές εγχύσεις ινσουλίνης καθημερινά, συχνός έλεγχος), μπορεί να ελέγξει ικανοποιητικά τα επίπεδα γλυκόζης αίματος, επιτρέποντας στις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA<sub>1c</sub>)

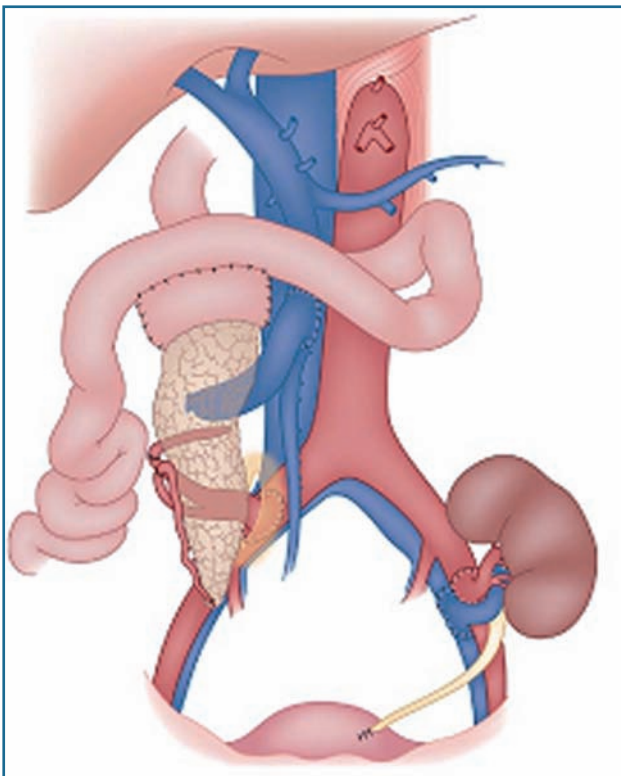
να προσεγγίσουν τις φυσιολογικές. Το όφελος μεταφράζεται σε μείωση της επίπτωσης τόσο των οξέων μεταβολικών επιπλοκών (κετοξέωση, υπεροσμωτικό κώμα), όσο και των μακροχρόνιων επιπλοκών (από τους οφθαλμούς, το νευρικό σύστημα και τους νεφρούς). Όμως, το σχετικά καλό αυτό αποτέλεσμα υπονομεύεται σοβαρά, λόγω του σημαντικού τιμήματος που αφορά στον τριπλασιασμό της επίπτωσης των επεισοδίων σοβαρής υπογλυκαιμίας, στο υψηλό ποσοστό μη συμμόρφωσης προς τη θεραπεία και στον μη επαρκή έλεγχο του «ασταθούς» διαβήτη, που παρατηρήθηκαν στην ομάδα των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με τον παραπάνω τρόπο. Είναι επίσης εύκολα αντιληπτό πως η αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔ τύπου Ι με τη χορήγηση ινσουλίνης αφορά σε μια προσπάθεια υποκατάστασης (και όχι αναπλήρωσης) της λειτουργίας των παγκρεατικών νησιδίων τους, τα οποία, λόγω γενετικών, ανοσολογικών, περιβαλλοντικών ή/και άλλων παραγόντων, έχουν μη αναστρέψιμα καταστραφεί.

Θεωρητικά, η μόνη πραγματικά δυναμική θεραπεία των ασθενών αυτών μπορεί να επιτευχθεί μέσω της αναπλήρωσης των β-παγκρεατικών κυττάρων. Αυτό είναι κατορθωτό μόνο μέσω της μεταμόσχευσης παγκρεατικού ιστού, είτε ολοκλήρου του οργάνου (whole pancreas transplantation), είτε των νησιδίων του (pancreatic islet transplantation), προσφέροντας το πλεονέκτημα της επαρκούς ρύθμισης των επιπέδων της γλυκόζης και της HbA<sub>1c</sub>, χωρίς το μειονέκτημα της σοβαρής υπογλυκαιμίας που συνοδεύει την εντατική/επιθετική αντιμετώπιση με εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης. Επίσης, μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να βελτιώσει θεαματικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς, απαλλάσσοντάς τον από την ανάγκη καθημερινής χρήσης ινσουλίνης (insulin-free). Η μεταμόσχευση παγκρέατος, εκτός από τη δυνατότητα ενδογενούς προσφοράς ινσουλίνης και άλλων ορμονών, δίνει επιπλέον το πλεονέκτημα της καλύτερης ρύθμισης του μεταβολισμού και της σταθεροποίησης, αν όχι πρόληψης ή/και αναστροφής, των μακροχρόνιων επιπλοκών.

Η πρώτη κλινική μεταμόσχευση παγκρέατος (whole pancreas transplantation) πραγματοποιήθηκε το 1966 από τους Kelly και Lillehei (Minneapolis, Minnesota, USA)<sup>6</sup>. Λίγα χρόνια αργότερα (1976), στο ίδιο κέντρο, ο Najarian<sup>7</sup> πραγματοποίησε την πρώτη μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος (pancreatic islet transplantation) και ο Sutherland<sup>8</sup> την πρώτη τμηματική μεταμόσχευση παγκρέατος (segmental pancreas transplantation)



**Εικόνα 1. Παροχέτευση εξωκρινούς μοίρας**  
αριστερά: bladder drainage δεξιά: enteric drainage



**Εικόνα 2. Πυλαία παροχέτευση ενδοκρινούς μοίρας**

από ζώντα δότη. Μέχρι σήμερα, βάσει των καταγραφών στη διεθνή βάση δεδομένων του παραπάνω κέντρου (International Pancreas Transplant Registry: IPTR), έχουν πραγματοποιηθεί παγκοσμίως 25.000 μεταμοσχεύσεις παγκρέατος περίπου<sup>9</sup>. Κατά τα τελευταία έτη, με τη βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών και τη χρήση νεότερων και λιγότερο τοξικών ανοσοκατασταλτικών παραγόντων, η 5-ετής επιβίωση των παγκρεατικών μοσχευμάτων ξεπερνά το 70%<sup>10</sup>. Τόσο ο αριθμός των πραγματοποιηθεισών μεταμοσχεύσεων, όσο και τα αποτελέσματά τους, κάνουν πολλούς σήμερα να θεωρούν την προσέγγιση αυτή ως την θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς με ΣΔ τύπου I, ιδιαίτερα αυτών με διαβητική νεφροπάθεια τε-

λικού σταδίου. Παρ' ότι μεταμοσχεύσεις παγκρέατος έχουν εφαρμοσθεί (κατόπιν κακής εκτίμησης ή και ηθελημένα) σε ασθενείς με ΣΔ τύπου II (κυκλοφορούν πεπτικό C), ο μικρός αριθμός τους δεν επιτρέπει ακόμη την εξαγωγή συμπερασμάτων γι' αυτή την κατηγορία ασθενών.

Όπως συχνά συμβαίνει στη χειρουργική, έτσι και η ιστορία της μεταμόσχευσης παγκρέατος είναι γεμάτη από επιστημονικό κόπο, πρωτοποριακά επιτεύγματα και επίπονες ανατροπές, όμως όλα αυτά ξεφεύγουν από το στόχο του παρόντος άρθρου. Αντί αυτών, θα περιοριστούμε στη στοιχειώδη αναφορά των τρεχουσών τεχνικών και αποτελεσμάτων.

Οι βασικοί τύποι μεταμόσχευσης παγκρέατος σήμερα είναι δύο: α) ολοκλήρου του οργάνου μαζί με την αγκύλη του δωδεκαδακτύλου (λόγω της κοινής αιμάτωσής τους), τεχνική με την οποία έχει πραγματοποιηθεί η συντριπτική πλειονότητα των μεταμοσχεύσεων παγκρέατος μέχρι σήμερα, και β) των νησιδίων του παγκρέατος, τεχνική που αφορά σε μερικές εκατοντάδες περιπτώσεις.

## Τύποι Μεταμόσχευσης Παγκρέατος

### I. Μεταμόσχευση ολοκλήρου του οργάνου (whole pancreas transplantation)

Η μεταμόσχευση παγκρέατος μπορεί να εφαρμοσθεί σε τρεις κατηγορίες ασθενών: 1) Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν ασθενείς με ΣΔ τύπου I, που έχουν εγκαταστήσει διαβητική νεφροπάθεια τελικού σταδίου και οι οποίοι είναι υποψήφιοι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. Στους ασθενείς αυτούς, η μεταμόσχευση νεφρού μπορεί να πραγματοποιηθεί ταυτόχρονα με τη μεταμόσχευση παγκρέατος από τον ίδιο ή και διαφορετικό δότη (ταυτόχρονη μεταμόσχευση παγκρέατος/νεφρού-Simultaneous Pancreas/Kidney transplantation: **SPK**). 2) Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν ασθενείς με ΣΔ τύπου I, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού και στους οποίους πραγματοποιείται μεταμόσχευση παγκρέατος σε δεύτερο χρόνο (μεταμόσχευση παγκρέατος μετά μεταμόσχευση νεφρού-Pancreas After Kidney: **PAK**). 3) Τέλος, η τρίτη κατηγορία αφορά σε ασθενείς με ΣΔ τύπου I, οι οποίοι δεν εμφανίζουν ακόμη σοβαρή διαβητική νεφροπάθεια, αλλά υποβάλλονται σε μεταμόσχευση παγκρέατος λόγω άλλων επικίνδυνων επιπλοκών ή εμφανίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στη ρύθμιση του διαβήτη (μεταμόσχευση παγκρέατος μόνο-Pancreas Transplant Alone: **PTA**). Οι γενικές ενδείξεις μεταμόσχευσης παγκρέατος και τα επιμέρους κριτήρια επιλογής της κάθε μεθόδου αναφέρονται συνοπτικά στον πίνακα 1.

Οι χειρουργικές προκλήσεις που ανέκυψαν κατά τις διάφορες φάσεις της εξέλιξης των τεχνικών της μεταμόσχευσης παγκρέατος ήταν πολλές. Αυτές όμως που δημιούργησαν τα μεγαλύτερα διλήμματα αφορούσαν κυρίως στον τρόπο παροχέτευσης των δύο μοιρών του οργάνου, δηλαδή της εξωκρινούς και της ενδοκρινούς.

Οι πρώτες μεταμοσχεύσεις έγιναν με τη χρησιμοποίηση τμημάτων παγκρέατος (σώμα και ουρά) και, λόγω της μη αναγνώρισης της αναγκαιότητας παροχέτευσης της εξωκρινούς μοίρας, αυτές πραγματοποιήθηκαν με κα-

ταστροφή της μοίρας αυτής, είτε με απολίνωση του παγκρεατικού πόρου, είτε με έγχυση σκληρυντικών ουσιών εντός αυτού. Οι τεχνικές όμως αυτές γρήγορα εγκαταλείφθηκαν, γιατί, μαζί με την προκαλούμενη ίνωση και καταστροφή της εξωκρινούς μοίρας, σταδιακά επερχόταν το ίδιο αποτέλεσμα στην ενδοκρινή, με επακόλουθο την αποτυχία της μεταμόσχευσης. Σε ανάλογες αποτυχίες και σοβαρές επιπλοκές οδήγησαν και οι προσπάθειες για ελεύθερη παροχέτευση του παγκρεατικού χυμού εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας, ώστε επιτακτικά ανέκυψε η ανάγκη για περισσότερο εκλεπτυσμένες τεχνικές.

Έτσι, με την πάροδο του χρόνου, αναπτύχθηκαν οι νεότερες προσεγγίσεις χειρισμού της εξωκρινούς μοίρας του παγκρεατικού μοσχεύματος, με δύο από αυτές να έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στο χρόνο και να βρίσκονται σήμερα σε χρήση (εικόνα 1):

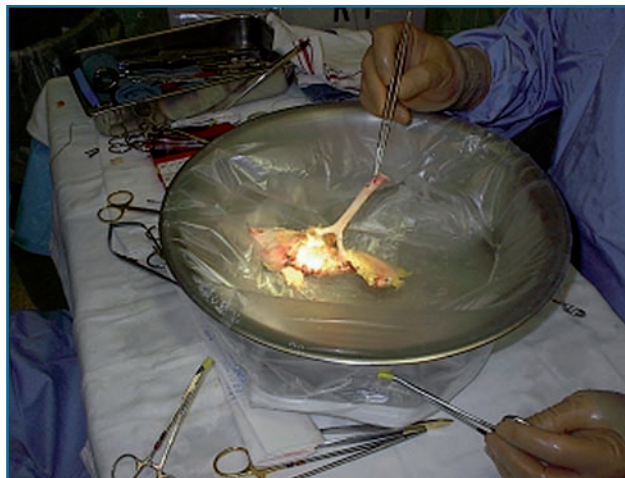
α) η αποχέτευση της εξωκρινούς μοίρας στην ουροδόχο κύστη (μέσω αναστόμωσης του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος του μοσχεύματος με την ουροδόχο κύστη του λήπτη-bladder drainage: BD) και

β) η αποχέτευση σε έλικα λεπτού εντέρου (μέσω αναστόμωσης του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος του μοσχεύματος με έλικα του λεπτού εντέρου του λήπτη-enteric drainage: ED).

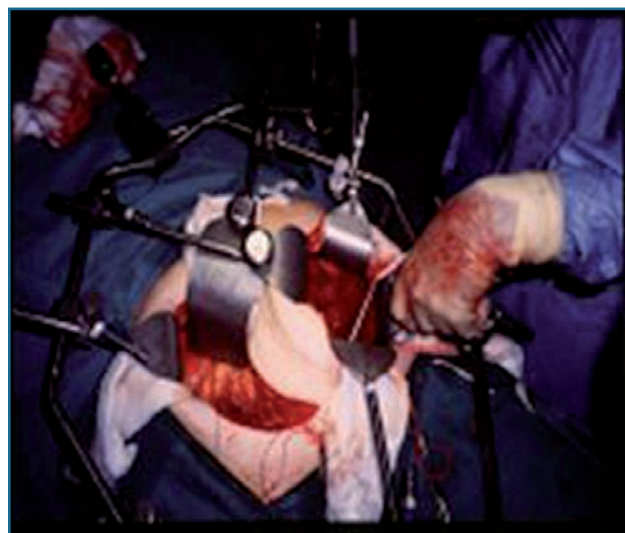
Η πρώτη τεχνική (BD) εμφανίζει το πλεονέκτημα της συνεχούς παρακολούθησης της έκκρισης του παγκρεατικού μοσχεύματος, μέσω του υπολογισμού της συγκέντρωσης αμυλάσης και λιπάσης στα ούρα, προσφέροντας έτσι το πλεονέκτημα της έγκαιρης πιθανολόγησης ενός επεισοδίου οξείας απόρριψης, της άμεσης αντιμετώπισής του και της σωτηρίας του μοσχεύματος. Από την άλλη μεριά, πολύ συχνά συνοδεύεται από σοβαρές και πολύ δύσκολα ιασίμες ουρολογικές επιπλοκές (κυστίτιδα, ουρηθρίτιδα κλπ.), ώστε συχνά να απαιτείται επανεπέμβαση και μετατροπή του τύπου της παροχέτευσης σε εντερική (ED). Ασφαλώς, το πρόβλημα αυτό δεν εμφανίζεται όταν η πραγματοποίηση της SPK συνοδεύεται από παροχέτευση του 12/δακτυλικού κολοβώματος σε έλικα του λεπτού εντέρου. Παρόλα αυτά, είναι προφανές ότι η διενέργεια BD παροχέτευσης στους άλλους τύπους μεταμοσχεύσεων (PAK, PA) δίνει σημαντικό πλεονέκτημα στην παρακολούθηση της παγκρεατικής λειτουργίας, μιας και διαφορετικά, η μη συνύπαρξη νεφρικού μοσχεύματος δεν επιτρέπει την έγκαιρη διάγνωση της απόρριψης, περιορίζοντας έτσι τα ποσοστά επιτυχίας.

Από την άλλη μεριά, ο δεύτερος τύπος της εντερικής παροχέτευσης της εξωκρινούς μοίρας (ED) συνιστά ένα σαφώς ευκολότερο χειρουργικό χρόνο και μια περισσότερο φυσιολογική οδό απέκκρισης του παγκρεατικού εκκρίματος, γι' αυτό και προτιμάται σήμερα από τους περισσότερους χειρουργούς (στο 80% περίπου των SPK μεταμοσχεύσεων).

Η παροχέτευση της ενδοκρινούς μοίρας, δηλαδή η φλεβική απορροή του μοσχεύματος, αποτέλεσε τη δεύτερη χειρουργική πρόκληση (εικόνα 2). Η παροχέτευση στην πυλαία κυκλοφορία του λήπτη μέσω τελικο-πλάγιας αναστόμωσης της φλέβας του μοσχεύματος με κλάδο της πυλαίας φλέβας του λήπτη, συνήθως την άνω μεσεντερία φλέβα (παροχέτευση στην πυλαία φλέβα-portal



*Εικόνα 3. Χρήση Y graft*



*Εικόνα 4. SPK από δύο χειρουργικές ομάδες*

venous drainage: PVD), προσομοιάζει περισσότερο με τη φυσιολογική οδό. Μια σειρά όμως από τεχνικές δυσκολίες καθιστούν την τεχνική αυτή ιδιαίτερα δυσχερή. Έτσι, συνήθως η παροχέτευση πραγματοποιείται στη συστηματική κυκλοφορία του λήπτη, μέσω τελικο-πλάγιας αναστόμωσης της φλέβας του μοσχεύματος με την έξω λαγόνια φλέβα του λήπτη (παροχέτευση στη συστηματική κυκλοφορία-systemic venous drainage: SVD), με εξαιρετικά αποτελέσματα, παρά τις αμφιβολίες που κατά καιρούς διατυπώθηκαν, λόγω της συχνά παρατηρούμενης υπερινσουλιναϊμίας που την συνοδεύει.

Από το σύνολο των μεταμοσχεύσεων που έχουν μέχρι σήμερα πραγματοποιηθεί, η SPK αντιπροσωπεύει το συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό, περίπου 83%<sup>9</sup>. Η προτίμηση σε αυτόν τον τύπο μεταμόσχευσης είναι αποτέλεσμα των πλεονεκτημάτων που παρουσιάζει έναντι των άλλων δύο. Το σημαντικότερο από αυτά είναι ότι στη



συνδυασμένη αυτή μεταμόσχευση ο λήπτης λαμβάνει ένα set αντιγόνων, μιας και τις περισσότερες φορές τα δύο μοσχεύματα προέρχονται από τον ίδιο δότη. Έτσι, σε περίπτωση ανάπτυξης επεισοδίου οξείας απόρριψης του παγκρεατικού μοσχεύματος, αυτή απαραίτητα θα συνοδεύεται και από απόρριψη του νεφρικού μοσχεύματος. Η πιθανολόγηση ενός τέτοιου επεισοδίου γίνεται εύκολα, λόγω διαταραχής της νεφρικής λειτουργίας (αύξηση κρεατινίνης ορού), η διάγνωση τίθεται άμεσα (βιοψία νεφρικού μοσχεύματος) και η αντιαπορριπτική αγωγή διασώζει το μόσχευμα. Επίσης, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε SPK εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά απόρριψης, λόγω του προστατευτικού ρόλου που ασκεί η μακροχρόνια ουραιμία και ασφαλώς δεν βρίσκονται υπό ανοσοκαταστολή κατά το χρόνο της μεταμόσχευσης, σε αντίθεση με αυτούς που ήδη έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού και υποβάλλονται εκ νέου σε μεταμόσχευση παγκρέατος (PAK). Επίσης, στην SPK οι ασθενείς υποβάλλονται σε μία μόνο αναισθησία, όμως, παρά τη μείωση του απαιτούμενου για τις αρτηριακές αναστομώσεις χρόνου, που επιτεύχθηκε με τη χρησιμοποίηση διχλωλωτού μοσχεύματος από την κοινή-έξω/έσω λαγόνια αρτηρία του δότη (Y graft) και άρα τη δημιουργία μίας αντί δύο αρτηριακών αναστομώσεων με την έξω λαγόνια αρτηρία του λήπτη (εικόνα 3), η χρονική διάρκεια πραγματοποίησης της σύνθετης αυτής επέμβασης είναι σημαντική. Αν επιπρόσθετα συνυπολογισθεί και ο απαιτούμενος, προ της κύριας επέμβασης, χρόνος προετοιμασίας του μοσχεύματος, η συνολική διάρκεια ανέρχεται σε 6-7 ώρες. Ο χρόνος αυτός είναι δυνατόν να μειωθεί κατά το ήμισυ περίπου, όπως περιγράφηκε από την ομάδα του Νοσοκομείου St. Mary's (London, UK). Με βάση την τεχνική της ομάδας αυτής, οι εμφυτεύσεις των δύο οργάνων πραγματοποιούνται ταυτόχρονα (από δύο ομάδες χειρουργών), η δε προετοιμασία του μοσχεύματος, καθώς και οι αγγειακές αναστομώσεις του μοσχεύματος με τα αγγεία του λήπτη, γίνονται με τη βοήθεια αυτόματων συρραπτικών εργαλείων (εικόνα 4)<sup>11,12</sup>.

## II. Μεταμόσχευση νησιδίων Παγκρέατος (pancreatic islet transplantation)

Ασφαλώς, η αναπλήρωση της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος δεν αποτελεί στόχο της παγκρεατικής μεταμόσχευσης. Η μοίρα αυτή αποτελεί το 95% του οργάνου και, σ' ένα μεγάλο βαθμό, αποτελεί την αιτία για την εμφάνιση των περισσότερων επιπλοκών μετά τη μεταμόσχευση. Είναι λοιπόν εύκολα κατανοητοί οι λόγοι για τους οποίους η μεταμόσχευση επαρκούς αριθμού (μάζας) παγκρεατικών νησιδίων αποτέλεσε ένα ελκυστικό ερευνητικό πεδίο, εναλλακτικό της μεταμόσχευσης ολοκλήρου του οργάνου.

Οι πρώτες προσπάθειες μέχρι το 2000 έδειξαν μάλλον απογοητευτικά αποτελέσματα, με κανένα ασθενή να μην είναι ελεύθερος ινσουλίνης μετά πάροδο ενός έως δύο ετών. Από το έτος αυτό, λόγω της δημοσίευσης από τον Shapiro και συν.<sup>13</sup> (Edmonton, Canada) μιας μελέτης-ορόσημου για την εξέλιξη της μεταμόσχευσης παγκρεατικών νησιδίων (7 συνεχείς επιτυχημένες μεταμοσχεύσεις, με ποσοστό ασθενών ελεύθερων ινσουλίνης 80% μετά το

1<sup>ο</sup> έτος), αρχίζει η νεότερη και πολλά υποσχόμενη σύγχρονη εποχή της τεχνικής αυτής. Έκτοτε, καθιερώθηκε το ομώνυμο πρωτόκολλο (Edmonton Protocol), βάσει του οποίου πραγματοποιούνται σήμερα οι περισσότερες μεταμοσχεύσεις παγκρεατικών νησιδίων. Βασικά στοιχεία του πρωτοκόλλου αυτού αποτελούν τα κάτωθι: α) υψηλής ποιότητας, κεκαθαρμένα (purified) νησιδία σε επαρκή αριθμό (συχνά απαιτείται η απομόνωση νησιδίων από 2 ή περισσότερους δότες), β) τελειοποίηση της διαδικασίας πέψης (digestion) του παγκρεατικού ιστού (έγχυση κολλαγενάσης) και απομόνωσης (isolation) των νησιδίων και γ) ανοσοκατασταλτικό πρωτόκολλο ελεύθερο στεροειδών (steroid-free protocol), αλλά με χρησιμοποίηση άλλων ισχυρών ανοσοκατασταλτικών παραγόντων, όπως μονοκλωνικά αντισώματα (Daclizumab), Tacrolimus και Sirolimus. Με τη γενίκευση της χρήσης του πρωτοκόλλου αυτού, όλο και συχνότερα δημοσιεύονται σχετικά καλά αποτελέσματα, τόσο από κέντρα της Αμερικής, όσο και της Ευρώπης.

Περίπου 1.000.000 νησιδία απαιτούνται για μία μεταμόσχευση σε ασθενή με βάρος σώματος 70 kg, πράγμα που κατά κανόνα σημαίνει ότι είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση μοσχευμάτων από δύο δότες. Λαμβάνοντας υπόψη το σοβαρό πρόβλημα έλλειψης μοσχευμάτων, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η μεταμόσχευση παγκρεατικών νησιδίων αποτελεί μια εναλλακτική, πολλά υποσχόμενη μέθοδο, με σημαντικά όμως για την ώρα προβλήματα, που αναζητούν λύση.

## Αποτελέσματα

### Επιβίωση ασθενών

Η επιβίωση των ασθενών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση παγκρέατος (whole pancreas transplantation) είναι σήμερα το ίδιο άριστη για την SPK, την PAK και την PTA (95%-97% τον 1<sup>ο</sup> χρόνο, 91%-92% τον 3<sup>ο</sup> χρόνο και 84%-88% τον 5<sup>ο</sup> χρόνο). Η 10ετής επιβίωση των ασθενών που υποβάλλονται σε SPK ή PTA είναι καλύτερη αυτών που υποβάλλονται σε PAK (71% και 64% αντίστοιχα)<sup>14</sup>.

### Επιβίωση μοσχευμάτων

Μεταξύ των ληπτών παγκρεατικών μοσχευμάτων, αυτοί με SPK εμφανίζουν τα καλύτερα ποσοστά επιβίωσης του μοσχεύματος (86% τον 1<sup>ο</sup> χρόνο και 54% τον 10<sup>ο</sup> χρόνο), σε σχέση με αυτούς με PAK και PTA (79% και 80% τον 1<sup>ο</sup> χρόνο και 29% και 27% τον 10<sup>ο</sup> χρόνο). Στο γράφημα 1 απεικονίζονται τα ποσοστά επιβίωσης των παγκρεατικών μοσχευμάτων και για τους τρεις τύπους μεταμοσχεύσεων που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ<sup>15</sup> (γράφημα 1). Με άλλα λόγια, στις SPK μεταμοσχεύσεις τα μισά παγκρεατικά μοσχεύματα βρίσκονται σε λειτουργία μετά από 12 έτη από την μεταμόσχευση, ενώ, για αυτά τα οποία ήταν λειτουργικά κατά το 1<sup>ο</sup> έτος μετά την επέμβαση, ο χρόνος ημίσειας ζωής ανέρχεται στα 14 έτη περίπου<sup>16</sup>. Σημειωτέον δε, ότι για την εκτίμηση των παραπάνω αποτελεσμάτων δεν πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι τα ανωτέρω ποσοστά είναι μη προσαρμοσμένα (unadjusted rates) για θανάτους ασθενών συνεπεία διαφόρων αιτιών, με λειτουργούντα όμως μοσχεύματα κατά το χρόνο αποβίωσής τους. Έτσι, σε ασθενείς-λήπτες παγκρεατικών μοσχευμάτων που επιβιώνουν για περισσότερο από 14

έτη, το ποσοστό επιβίωσης των λειτουργούντων παγκρεατικών μοσχευμάτων είναι ακόμη υψηλότερο. Και στους τρεις τύπους μεταμόσχευσης παγκρέατος, ο παράγοντας με την ισχυρότερη επίδραση στη μακροχρόνια επιβίωση των μοσχευμάτων είναι η χρησιμοποίηση μοσχεύματος από νέο σε ηλικία δότη, ενώ στις PAK και PTA οι περισσότερες απώτερες απώλειες μοσχευμάτων οφείλονται σε ανοσολογικούς παράγοντες.

## Έλεγχος επιπέδων γλυκόζης

Η επιτυχής μεταμόσχευση αποκαθιστά τα επίπεδα γλυκόζης και μειώνει αυτά της HbA<sub>1c</sub> στα φυσιολογικά επίπεδα. Το ίδιο ισχύει ακόμη και στην περίπτωση της συστηματικής φλεβικής παροχέτευσης (SVD), όπου η μεταγευματική υπερινσουλιναμία δεν φαίνεται να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην γλυκογονόλυση και στην ομοιοστασία της γλυκόζης. Επιπρόσθετα, η μεταμόσχευση είναι αποτελεσματική θεραπεία σε ασθενείς με μακρό ιστορικό σοβαρών, συμπτωματικών υπογλυκαιμικών επεισοδίων<sup>17</sup>.

## Επίδραση στις μακροχρόνιες επιπλοκές του ΣΔ

Η παγκρεατική μεταμόσχευση προλαμβάνει την ανάπτυξη των de novo νεφρικών αλλοιώσεων που αναμένονται σε ένα διαβητικό ασθενή που υποβάλλεται σε μεταμόσχευση νεφρού και επίσης υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι μπορεί να βελτιώσει προϋπάρχουσες ιστολογικές αλλοιώσεις του αυτόχθονου νεφρού. Ακόμη, μπορεί να σταθεροποιήσει την προϋπάρχουσα αμφιβληστροειδοπάθεια και να βελτιώσει τόσο τα αισθητικά και κινητικά προβλήματα της αυτόνομης νευροπάθειας, όσο και τα χαρακτηριστικά της διαβητικής μικροαγγειοπάθειας<sup>17</sup>. Επιπρόσθετα, οι μεταμοσχευθέντες ασθενείς σταθερά εμφανίζουν καλύτερους δείκτες ποιότητας ζωής (QOL) σε σύγκριση με αυτούς της προμεταμοσχευτικής περιόδου. Αναφορικά δε με την μεταμόσχευση παγκρεατικών νησιδίων, όπως ήδη αναφέρθηκε, η σταθερή βελτίωση των αποτελεσμάτων της προδικάζει ένα ιδιαίτερα ευοίωνο μέλλον.

## **Συμπεράσματα**

Η πρόοδος τόσο του επιστημονικού πεδίου της ανοσολογίας (καλύτερη κατανόηση των φαινομένων ιστοσυμβατότητας-απόρριψης και παραγωγή νεότερων και αποτελεσματικότερων ανοσοκατασταλτικών παραγόντων), όσο και αυτού της χειρουργικής (βελτίωση τεχνικών, χρήση τεχνολογίας), έχουν επιτρέψει την αλματώδη εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων<sup>18</sup>. Από τον κανόνα αυτό δεν εξαιρείται και η μεταμόσχευση παγκρέατος. Η μεταμόσχευση ολοκλήρου του οργάνου, αλλά και αυτή των παγκρεατικών νησιδίων, έχουν δείξει ότι μπορούν με επιτυχία να καταστήσουν ευγλυκαιμικούς τους ασθενείς με ΣΔ τύπου I, ώστε οι προγευματικές και μεταγευματικές τους συγκεντρώσεις γλυκόζης και HbA<sub>1c</sub> να είναι συγκρίσιμες με εκείνες των μη διαβητικών ασθενών. Επίσης, και οι δύο τύποι μεταμόσχευσης είναι εξίσου αποτελεσματικοί στην εξάλειψη της εμφάνισης σοβαρών υπογλυκαιμικών επεισοδίων (ακόμη και με μερική λειτουργία των νησιδίων).

Η μεταμόσχευση ολοκλήρου του οργάνου, λόγω της μακροχρόνιας επιβίωσης του μοσχεύματος και της μεγάλης διάρκειας της ευγλυκαιμίας που αυτή συνεπάγεται, δίνει

στον ασθενή την ευκαιρία της σταθεροποίησης ή/και της αναστροφής των μακροχρόνιων επιπλοκών της νόσου.

Από την άλλη μεριά, η μεταμόσχευση νησιδίων αποτελεί μια λιγότερο επεμβατική και, ως εκ τούτου, ελκυστικότερη τεχνική, η οποία μελλοντικά μπορεί να επιτευχθεί ακόμη και με αποφυγή ανοσοκαταστολής, μέσω προμεταμοσχευτικής καλλιέργειας και ανοσολογικής προετοιμασίας των νησιδίων. Όμως, παρά τα μέχρι σήμερα αισιόδοξα και ολοένα βελτιούμενα ποσοστά επιτυχίας της τεχνικής αυτής, απαιτούνται νέες προσπάθειες για την βελτίωση της μακροχρόνιας επιβίωσης και λειτουργίας των παγκρεατικών νησιδίων.

Επίσης, σταδιακά, νέες τεχνικές κάνουν την εμφάνισή τους και αναμένεται να κριθεί η συμβολή τους στην αντιμετώπιση της συχνής αυτής νόσου. Η ανάπτυξη τεχνητού (artificial) παγκρέατος και η χρησιμοποίηση προγονικών πολυδύναμων κυττάρων (stem cells) αποτελούν τεχνικές της επόμενης ημέρας. Επιπρόσθετα, οι ξενομεταμοσχεύσεις (μοσχεύματα από ζώα) είναι τεχνικά εφικτές και θα μπορούσαν να δώσουν λύση στο πρόβλημα της έλλειψης μοσχευμάτων, αρκεί όμως πρώτα να λυθούν τα δεοντολογικά και ηθικά ζητήματα που αφορούν τη χρήση τους και επίσης να εκτιμηθεί, με αίσθημα απόλυτης ευθύνης, η πιθανότητα μεταφοράς νόσων (ζωνοσών) μεταξύ των ειδών.

## **Ευχαριστίες**

Το άρθρο αφιερώνεται, ως ελάχιστο δείγμα ευγνωμοσύνης, στον πρόσφατα συνταξιοδοτηθέντα Καθηγητή Χειρουργικής, κο Α. Καππά, του οποίου το όραμα και οι προσπάθειες για την ίδρυση Μονάδος Μεταμοσχεύσεων Οργάνων στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης και οδηγό για την προσπάθεια μετεκπαίδευσης του συγγραφέα στο αντίστοιχο πεδίο. Η προσπάθεια αυτή δεν θα είχε αποτέλεσμα χωρίς τη συνεχή και αμέριστη συμπαράσταση του Καθηγητή Α. Καππά.

## **Βιβλιογραφία**

1. www.who.it
2. www.idf.org
3. Korec R. From Langerhans islets to pancreas transplantation over the past 30 years: A review with personal contributions. Cell Tissue Bank 2004; 5:177-183.
4. Banting FG, Best CH. The internal secretion of pancreas. J Lab Clin Med 1922; 7:251-266.
5. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993; 329:977-986.
6. Kelly WD, Lillehei RC, Merkel FK, Idezuki Y, Goetz FC. Allotransplantation of the pancreas and duodenum along with the kidney in diabetic nephropathy. Surgery 1967; 61:827-837.
7. Najarian JS, Sutherland DE, Matas AJ, et al. Human islet transplantation: a preliminary report. Transplant Proc 1977; 9:233-236.
8. Sutherland DER, Goetz FC, Najarian JS: Transpl Proc 1980; 12:19.
9. iptr.umn.edu.
10. Dean P, Kudva Y, Stegall M. Long-term benefits of pancreas transplantation. Curr Opin Org Transpl 2008; 13:85-90.
11. Hakim NS, Zarka ZA, El-Tayar A, Mustafa N, Htut W, Mitsis M, Papalois VE. A new technique for Kidney-Pancreas transplantation. Transplantation 2003; 76(4) (Suppl): 25.
12. Hakim NS, Zarka ZA, El-Tayar A, Mustafa N, Htut W, Mitsis M, Papalois VE. A new, fast and safe technique of benchwork preparation of the pancreatic graft. Transplantation 2003; 76(4) (Suppl): S 25.

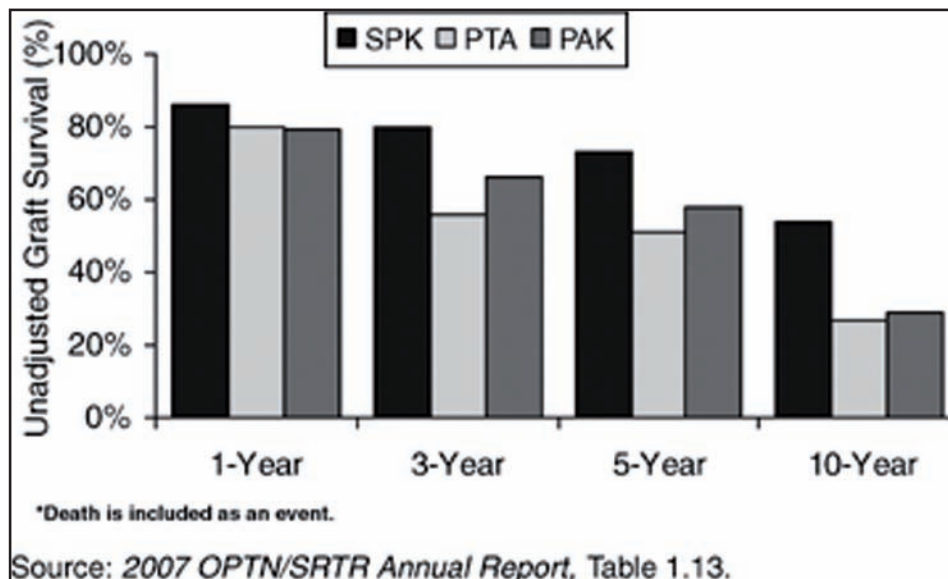
13. Shapiro AM, Lakey JR, Ryan EA, et al. Islet transplantation in seven patients with type 1 diabetes mellitus using a glucocorticoid-free immunosuppressive regimen. *N Engl J Med* 2000; 343: 230.  
 14. Leichtman AB, Cohen D, Keith D, O'Connord K, Goldsteine M, McBride V, Gouldg CJ, Christensen LL, Ashby VB. Kidney and Pancreas Transplantation in the United States, 1997–2006: The HRSA Breakthrough Collaboratives and the 58 DSA Challenge. *Am J Transpl* 2008; 8 (Part 2): 946–957.

15. www.ustransplant.org 2007 OPTN/SRTR Annual Report.  
 16. Sutherland DE, Gruessner AC. Long-Term Results After Pancreas Transplantation. *Transpl Proc* 2007; 39: 2323-2325.  
 17. Meloche RM. Transplantation for the treatment of type 1 diabetes. *World J Gastroenterol* 2007; 13(47): 6347-6355.  
 18. Carpenter CB. Improving the success of organ transplantation. *N Engl J Med* 2000; 342: 647–648.

## ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Ενδείξεις μεταμόσχευσης παγκρέατος	
<b>ΓΕΝΙΚΕΣ</b>	ΣΔ τύπου I (απουσία κυκλοφορίας πεπτιδίου C) Ηλικία: 18-50 ετών Αυτόνομη νευροπάθεια (μη ανεξάρτητο κριτήριο) Αμφιβληστροειδοπάθεια (μη ανεξάρτητο κριτήριο) Επαρκής καρδιακή λειτουργία Καλή ψυχολογική κατάσταση Πλήρης κατανόηση οφέλους/κινδύνου Απουσία γενικών αντενδείξεων για μεταμόσχευση οργάνων
<b>ΕΙΔΙΚΕΣ</b>	
<b>SPK</b>	GFR < 40 ml/min (USA) ή GFR < 20 ml/min (Eurotransplant)
<b>PAK</b>	Προηγούμενη επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού (GFR > 40 ml/min)
<b>PTA</b>	Ασταθής ΣΔ ή σοβαρά υπογλυκαιμικά επεισόδια Ταχεία εξέλιξη επιπλοκών ΣΔ GFR > 70 ml/min

## ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ



Γράφημα 1. Επιβίωση παγκρεατικών μοσχευμάτων

## Δ. ΓΛΑΡΟΣ

### Ο Άνθρωπος, ο Δάσκαλος, ο Εμπνευστής

**Τ. Καλέφ-Εζρά, καθηγητής Ιατρικής Φυσικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Ομιλία στις 15/11/08, στα πλαίσια του 18ου Διαπανεπιστημιακού Συνέδριου Ακτινολογίας.**

**Ο** Δημήτρης Γλάρος γεννήθηκε στην Χαλκίδα το 1938. Αποφοίτησε από την Αναργύρειο και Κοργιολένειο Σχολή Σπετσών. Υπηρέτησε στις ένοπλες δυνάμεις ως έφεδρος ανθυπολοχαγός Διαβιβάσεων, καθώς και στις Ειδικές Μονάδες Καταδρομών. Σπούδασε στο Τμήμα Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και έκανε μεταπτυχιακές σπουδές στην:

- Ηλεκτρονική και την Ραδιοηλεκτρολογία στο Πανεπιστήμιο Αθηνών,
- Ιατρική Φυσική στη Σχολή Φυσικής Νοσοκομείου του Κέντρου Πυρηνικών Ερευνών Δημόκριτος και στην
- Ιατρική Φυσική και Βιοϊατρική Τεχνολογία στο Πανεπιστήμιο Strathclyde της Μεγάλης Βρετανίας.

Για τη διδακτορική του διατριβή, που εκπόνησε στο Πανεπιστήμιο Strathclyde της Γλασκώβης και στο Εθνικό Εργαστήριο Μηχανολογίας της Μ. Βρετανίας στο East Kilbride, έλαβε ειδική διάκριση από τη Σύγκλητο του Πανεπιστημίου.

Εργάστηκε στο Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο «Άγιος Σάββας» ως φυσικός ιατρικής και ως υπεύθυνος ερευνητικών προγραμμάτων, όπου εισήγαγε τη χρήση των υπερήχων στην κλινική απεικόνιση, αν δεν κάνω λάθος, πρώτος στην Ελλάδα. Το 1977 ανέλαβε τη διεύθυνση του νεοϊδρυθέντος Εργαστηρίου Ιατρικής Φυσικής και Τεχνολογίας του Νοσοκομείου Παμμακάριστος, όπου έθεσε σε λειτουργία και το Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής. Επίσης, για σύντομα χρονικά διαστήματα εργάστηκε ερευνητικά στο Ερευνητικό Κέντρο La Spenzia της Ιταλίας, καθώς και στο Τμήμα Ιατρικής του Κρατικού Εργαστηρίου Brookhaven στο Long Island της Νέας Υόρκης, όπου ασχολήθηκε αντίστοιχα με τις ιατρικές εφαρμογές των υπερήχων και την ανάπτυξη τεχνικών σύστασης του σώματος τόσο του ανθρώπου, όσο και μικρών πειραματόζων.

Εκλέχθηκε καθηγητής Ιατρικής Φυσικής στη νεοσύστατη Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Πριν την εγκατάστασή του στα Γιάννινα, επισκέφθηκε στη Μεγάλη Βρετανία ιατρικές σχολές, μεγάλα Νοσοκομεία και ερευνητικά κέντρα και μελέτησε σε βάθος τα προγράμματα σπουδών και την οργάνωσή τους. Το Γενάρη του 1978 εγκαταστάθηκε στα Γιάννινα μαζί με τους άλλους δυο νεοεκλεγέντες καθηγητές. Από το φθινόπωρο του 1977 τους περίμεναν 55 διψασμένοι για μάθηση φοιτητές. Δυστυχώς, έχει γίνει παράδοση στη χώρα μας στα καινούρια πανεπιστημιακά τμήματα να πηγαίνουν πρώτα οι φοιτητές και μετά οι δάσκαλοί τους. Τους δόθηκε μια αίθουσα για διδασκαλία και ένα γραφείο με ένα

τραπέζι και δύο καρέκλες. Τις χρησιμοποιούσαν εναλλάξ. Οι φοιτητές δυσανασχετούσαν για τις τρομερές ελλείψεις και ήθελαν να φύγουν. Το πάθος του Δ. Γλάρου τους παρέσυρε. Δεν



τα παρατήσανε. Δεν είναι τυχαίο ότι από αυτήν την ομάδα φοιτητών, σήμερα οι εννιά υπηρετούν σε ελληνικά Πανεπιστήμια σε υψηλές καθηγητικές βαθμίδες. Με το «καλημέρα» ανέλαβε τη διδασκαλία τριών μαθημάτων, την επόμενη χρονιά πρόσθεσε άλλα δύο, όλα στο χώρο της Ιατρικής Φυσικής και της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας. Με την καινοτόμο διδασκαλία του οι μελλοντικοί γιατροί αντί να διδάσκονται Φυσική για Ιατρούς, διδάχθηκαν για πρώτη φορά στην Ελλάδα αυτό που σήμερα ονομάζουμε Ιατρική Φυσική. Από το 1987, επίσης, ξεκίνησε τη διδασκαλία γνωστικών αντικειμένων σχετικών με την Ιατρική Φυσική στο Φυσικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, αρχικά μόνο προπτυχιακών, αργότερα δε και μεταπτυχιακών.

Αφιερώθηκε στην οργάνωση της Ιατρικής Σχολής. Αγώνισθηκε να προσελκύσει σε μια αποκομμένη συγκοινωνιακά περιοχή καταξιωμένους νέους επιστήμονες. Έπεισε σημαντικούς επιστήμονες να αφήσουν τα δραχμοφόρα Νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης ή μεγάλα κέντρα του εξωτερικού, να δουλέψουν σε μια ιατρική σχολή, όπου η εξωπανεπιστημιακή ιδιωτική απασχόληση ισοδυναμούσε με αυτόματη απόλυση, κάτι που διατηρήθηκε, δυστυχώς, μόνο ως το 1990. Τους έπεισε να διδάξουν σε παράγκες, σε αποθήκες και σε ένα, τότε, περιορισμένων δυνατοτήτων Νοσοκομείο. Με τη συμπαράσταση της τοπικής κοινωνίας, η Ιατρική Σχολή και το Νοσοκομείο Γ. Χατζηκώστα σύντομα απέκτησαν αίγλη, παρά τον ανηλεή πόλεμο αυτών που ήθελαν να μονοπωλούν στο κέντρο την τριτοβάθμια περιθαλψη.

Ο Δημήτρης Γλάρος κατανόησε ότι υψηλού επιπέδου ιατρική εκπαίδευση και έρευνα δεν μπορεί να γίνουν χωρίς την ύπαρξη ενός ισχυρού δημόσιου τομέα υγείας και αλλαγής στην χωρική κατανομή των νοσοκομειακών κλινών στη χώρα. Την εποχή που ορκίσθηκε καθηγητής, το 61.5% των κλινών ήταν στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, όπου κα-

τοικούσε το 41% του πληθυσμού της χώρας. Αντίθετα, στις ακριτικές περιοχές της Θράκης και της Ηπείρου ο αριθμός κλινών ανά κάτοικο ήταν τρεις φορές μικρότερος από ό,τι στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Αυτό τον οδήγησε στην επόμενη αγάπη του, τη Νοσοκομειολογία. Αξιοποιήθηκε ως σύμβουλος από τους αείμνηστους Υπουργούς Υγείας Σπύρο Δοξιάδη και Γιώργο Γεννηματά. Τη δεκαετία 1983-1993 ήταν μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Δημόσιας Επιχείρησης για την Ανέγερση Νοσοκομείων, όπου έπαιξε σημαντικό ρόλο, εκτός των άλλων, στην σχεδίαση, την κατασκευή, τον εξοπλισμό και την παραλαβή των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων Ηρακλείου, Ιωαννίνων και Πατρών και όλων των Κέντρων Υγείας της χώρας. Τα ταξίδια του στην Ουγγαρία και την Σοβιετική Ένωση, ως εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας, έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην προμήθεια του ακτινολογικού εξοπλισμού όλων των Κέντρων Υγείας που δεν πληρώθηκε σε σκληρό νόμισμα, αλλά κυρίως με πορτοκάλια, την εποχή που δεν μπορούσαμε να τα πουλήσουμε και τα πετούσαμε στις χωματερές. Οι δραστηριότητες αυτές ανέδειξαν τις ελλείψεις της χώρας σε υψηλόβαθμα διοικητικά στελέχη υγείας. Για αυτόν το λόγο, συνδιοργάνωσε Διαπανεπιστημιακό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Την ίδια εποχή, με τα πενιχρά μέσα που διέθετε και με λίγους συνεργάτες πάλευε να στήσει στο Πανεπιστήμιό του ένα πρότυπο ερευνητικό εργαστήριο, όπου, εκτός των άλλων, αναπτύχθηκαν και εφαρμόστηκαν κλινικά νέες τεχνικές για την ανάλυση μερους ή και ολόκληρου του ανθρώπινου σώματος, όπως η in vivo μέτρηση στα οστά της ποσότητας του φωσφόρου με νετρονική ενεργοποίηση και του ασβεστίου με εξασθένιση ακτίνων-Χ, η in vivo μέτρηση της ποσότητας μη λιπώδους ιστού (lean body mass) σε ολόκληρο το σώμα μέσω μέτρησης της ακτινοβολίας -γ του 40K, και της ποσότητας ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου νερού με χρήση ηλεκτρικής εμπέδησης πολλών συχνοτήτων. Για το σκοπό αυτό, και με την καταλυτική συμβολή του φίλου και συνεργάτη του Γιάννη Χατζηκωνσταντίνου, κατασκευάστηκε πρότυπος μετρητής για τη μελέτη του μεταβολισμού των οστών με τη μέθοδο της απορροφησιμετρίας (absorptiometry). Τα μηχανικά μέρη της διάταξης κατασκευάστηκαν με υλικά που αγοράστηκαν από μικρομάγαζα της πόλης. Στις αρχές του 1986 ολοκληρώθηκε η κατασκευή πρότυπης διάταξης μέτρησης της ραδιενέργειας μέσα στο ανθρώπινο σώμα, βάρους περίπου 10 τόνων. Όταν έγινε το ατύχημα σε μονάδα ηλεκτροπαραγωγής στο Chernobyl, ήταν ο μοναδικός μετρητής στη Νοτιοανατολική Ευρώπη που είχε κατάλληλα χαρακτηριστικά. Οι μετρήσεις ραδιενέργειας σε ανθρώπους εναλλάσσονταν με μετρήσεις δειγμάτων, κυρίως πόσιμου νερού και τροφίμων. Οι διατροφικές συνήθειες τόσο του γενικού πληθυσμού της Ηπείρου, όσο και ειδικών ομάδων ασθενών, όπως ασθενών σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, τροποποιήθηκαν με βάση τις εν λόγω μετρήσεις. Οι σχεδόν καθημερινές αναφορές των αποτελεσμάτων των μετρήσεων στις Αρχές, ανάμεσά τους η Νομαρχία Ιωαννίνων και το Υπουργείο Υγείας, διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στη χάραξη της πολιτικής της χώρας. Τα επίπεδα εσωτερικής



Με τον καθηγητή Χειρουργικής Δ. Κασιούμη



Με το Μητροπολίτη Ιωαννίνων Θεόκλητο



Με το προσωπικό του Εργαστηρίου Ιατρικής Φυσικής και συγγενών εργαστηρίων (30-1-2008)

ραδιομόλυνσης του ελληνικού πληθυσμού με ραδιενεργό καίσιο 134Cs και 137Cs ήταν τα υψηλότερα στην τότε ΕΟΚ. Η δημοσιοποίησή τους θεωρήθηκε ότι θα επιτείνει τον πανικό.

Η ανάλυση κόστους προς όφελος που έκανε, έδειξε ότι ήταν προτιμότερο να μη δημοσιοποιηθούν άμεσα. Κρατήθηκαν στα συρτάρια ως το 1992, οπότε άρχισαν να δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά, χωρίς παρενέργειες στην κοινωνία. Για ακόμα μια φορά αποδείχθηκε πόσο δίκιο είχε. Το συμφέρον της κοινωνίας στέκει πολύ πιο ψηλά από το ατομικό συμφέρον των επιστημόνων που την υπηρετούν.

Το 1987 ο Δ. Γλάρος έγινε μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ), ιδιότητα που διατήρησε αδιάλειπτα ως λίγες ημέρες πριν κλείσει για τελευταία φορά τα μάτια του, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, που ο ίδιος είχε οραματιστεί, και έπαιξε σημαίνοντα ρόλο στη σχεδίαση, την κατασκευή και στην έναρξη λειτουργίας του. Με την ιδιότητα του μέλους του ΔΣ της ΕΕΑΕ, συνέβαλλε ενεργά στην συγγραφή των Κανονισμών Ακτινοπροστασίας και στην αναβάθμιση της ακτινοπροστασίας της Ελλάδος, και όχι μόνο. Παράλληλα συνδιοργάνωσε πρότυπο πρόγραμμα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην Ιατρική Φυσική-Ακτινοφυσική, το μοναδικό ίσως πραγματικά διαπανεπιστημιακό μεταπτυχιακό πρόγραμμα, στο οποίο μετέχουν ισότιμα σχεδόν όλες οι Ιατρικές Σχολές της χώρας, η Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας και το ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος.

Δεν ξέχασε όμως το Πανεπιστήμιό του. Διετέλεσε Πρύτανης δυο φορές, από το 1988 ως το 1991 και 1994 ως στο 1997 (στο ενδιάμεσο των θητειών υπηρέτησε στη θέση του Γενικού Γραμματέα Έρευνας και Τεχνολογίας), και για έξι χρόνια ως Αντιπρύτανης (1997-2003). Με την ιδιότητα του πρύτανη έφερε ένα νέο κλίμα. Αφουγκραζόταν τις ανησυχίες, τους προβληματισμούς των νέων. Έπαιρνε και έδινε δύναμη στους νέους. Στήριξε κάθε προσπάθειά τους για ένα καλύτερο μέλλον, όπως την πρωτοπόρα Ομάδα Εθελοντικής Φοιτητικής Αιμοδοσίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, της οποίας διετέλεσε επίτιμος Πρόεδρος.

Επιτρέψτε μου να δώσω ένα παράδειγμα ενδεικτικό του τρόπου δράσης του. Στην Πανεπιστημιούπολη υπάρχει ένας λόφος, με ένα μικρό δάσος με έναν αξιόλογο αρχαιολογικό χώρο. Στο χώρο αυτό συχνά έμπαιναν για κυνήγι λαθροκυνηγοί. Πίσω από το λόφο ήταν, και εξακολουθεί να λειτουργεί, η χωματερή του Δήμου Ιωαννίνων. Την εποχή που ανέλαβε Πρύτανης, τα απορριμματοφόρα, για να κόψουν δρόμο, διέσχισαν την Πανεπιστημιούπολη. Μερικές φορές άδειαζαν το περιεχόμενό τους ακόμα και μέσα στην Πανεπιστημιούπολη. Περιέφραξε την Πανεπιστημιούπολη. Τοποθετήθηκαν φύλακες στην κεντρική πύλη, τις δε αργίες και τα βράδια, περιπολούσαν με ένα βαν. Όμως, ήταν λίγοι. Το Υπουργείο δεν ενέκρινε νέες προσλήψεις. Η αυτοτέλεια και η αυτοδιοίκηση των Πανεπιστημίων αποτελούσαν, και δυστυχώς συνεχίζουν να αποτελούν, γράμμα κενό στο Σύνταγμα. Θεωρούσε αδιανόητες λύσεις σαν αυτές που επιχειρούνται σήμερα με τις ιδιωτικές εταιρίες παροχής υπηρεσιών ασφάλειας, Έπρεπε να διαφυλάξει το ακαδημαϊκό άσυλο. Έδωσε άτυπα άδεια σε μερικούς βοσκούς που είχαν μαντριά κοντά στην Πανεπιστημιούπολη να βόσκουν τα πρόβατά τους μέσα σε αυτήν, με αντάλλαγμα τη φύλαξή της, έως ότου να προσληφθεί



**Βράβευση της Φοιτητικής Ομάδας Εθελοντικής Αιμοδοσίας από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας**



**Συνεργασία με όλους τους πολιτικούς χώρους**

μόνιμο προσωπικό. Δράσεις σαν αυτές πιθανώς να μην είναι νομικίστικα σωστές. Δείχνουν όμως ότι πάντα υπάρχουν λύσεις, όταν υπάρχουν ανοιχτά μυαλά, που τους ενδιαφέρει η ουσία και όχι το γράμμα του νόμου. Δείχνουν ότι η διοίκηση ενός Ακαδημαϊκού Ιδρύματος πρέπει να στηρίζεται σε άγραφους νόμους ακαδημαϊκής ηθικής και δεοντολογίας και όχι σε Κανονισμούς Λειτουργίας επιβεβλημένους από την κρατική εξουσία ή από επιχειρηματίες-σχολάρχες.

Προσπάθησε με πολλούς τρόπους να «βγάλει» το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων από την απομόνωση και να το διασυνδέσει με την τοπική κοινωνία. Για παράδειγμα, διετέλεσε για τουλάχιστο δέκα χρόνια Πρόεδρος και Περιφερειάρχης του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Ιωαννίνων, με αυξημένες αρμοδιότητες για την ΒΔ Ελλάδα και Αλβανία. Το Εργαστήριο που ίδρυσε και διεύθυνε επί σειρά ετών στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, στήριξε ενεργά, και συνεχίζει να στηρίζει, το δημόσιο τομέα υγείας της περιοχής, π.χ. σχεδιάζοντας ιατρικά εργαστήρια ακτινοβολιών και διενεργώντας ελέγχους ποιότητας και ακτινοπροστασίας των ακτινολογικών μηχανημάτων σε όλα τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας της Ηπείρου.

Με την ιδιότητα του Πρύτανη «όργωσε» τις γειτονικές χώρες,

την Νότια Ιταλία και όλη την Ανατολική Ευρώπη, κυρίως δε τις βαλκανικές, τις υπερκευεζίνιες, και υπερκαυκάσιες χώρες. Έκτισε στέρεους δεσμούς φιλίας και συνεργασίας. Τα ταξίδια του σε χώρες, όπως η Αλβανία, η Ουγγαρία και η Σοβιετική Ένωση, τον συντάραξαν. Τον έφεραν κοντά σε μια άλλη Ελλάδα, στον λησμονημένο ελληνισμό των σοσιαλιστικών χωρών. Εκεί συνάντησε ανθρώπους που είναι πιο Έλληνες από όσους κατοικούμε σε αυτήν τη χώρα. Θέλησε να τους βοηθήσει. Έτσι γεννήθηκε η επόμενη αγάπη του, ο ελληνισμός των χωρών αυτών, στις οποίες, την εποχή αυτή, τα πάντα κατέρρεαν από συνδυασμό ενδογενών και εξωτερικών παραγόντων. Τότε στο υπουργείο Εξωτερικών υπηρετούσε ο σημερινός Πρόεδρος της Δημοκρατίας, κ. Κ. Παπούλιας. Ο ελληνισμός της διασποράς και τα Γιάννινα τους έφεραν κοντά. Πάλεψαν να κρατήσουν τον ελληνισμό στις πατρογονικές τους εστίες, όχι με λόγια, αλλά με έργα. Όσοι όμως ήθελαν να επιστρέψουν στη «μητέρα» Ελλάδα, έπρεπε να απορροφηθούν στην ελλαδική κοινωνία, χωρίς να επαναληφθούν τα λάθη της δεκαετίας του 1920. Υπηρέτησε για μια εξαετία ως Πρόεδρος του Εθνικού Ιδρύματος Υποδοχής και Αποκατάστασης Παλινοστούτων Ομογενών Ελλήνων, που είχε την ευθύνη για την ένταξη και αποκατάσταση στη Βόρεια Ελλάδα των ομογενών προσφύγων από τη Σοβιετική Ένωση. Παρόλο που το εγχείρημα δεν ήταν εύκολο, τόσο από οικονομικής, όσο και από κοινωνικής πλευράς, πιστεύω ότι είχε πολύ καλά αποτελέσματα. Το Ίδρυμα ήταν επίσης επιφορτισμένο με τη στήριξη της παιδείας και του πολιτισμού των ομογενών. Στις πατρογονικές τους εστίες, εκτός των άλλων, συνδιοργάνωσε διεθνή συνέδρια για την ελληνική γλώσσα και τον ελληνικό πολιτισμό στη Μαριούπολη και την Τιφλίδα. Το 1996 ίδρυσε στα Γιάννινα το Κέντρο Διδασκαλίας της Ελληνικής Γλώσσας και Πολιτισμού «Σταύρος Νιάρχος» και διετέλεσε πρόεδρός του ως το 2003. Σε αυτό το κέντρο χιλιάδες νέοι επιστήμονες έγιναν δάσκαλοι της γλώσσας μας και πρέσβεις του πολιτισμού μας.

Προσπάθησε να φέρει κοντά τα ευρωπαϊκά ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Συνδιοργάνωσε τέσσερις φορές στην Κέρκυρα σεμινάρια που απευθύνονται κυρίως σε Πρυτάνεις. Ήταν εμπνευστής και συνιδρυτής του Δικτύου Πανεπιστημίων Βαλκανικής και Εύξεινου Πόντου «Αίμος» (1997-2004). Εκλέχθηκε μέλος της μόνιμης 16μελούς επιτροπής του Παρατηρητηρίου Magna Charta Universitatum, στο οποίο μετέχουν περί τα 500 ευρωπαϊκά Πανεπιστήμια. Από το 2004 ήταν Πρόεδρος του Κέντρου Εκπαιδευτικής Έρευνας του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Συνοπτικά, ο Δημήτρης Γλάρος δεν ήταν από αυτούς που ησυχάζουν. Πέρασε από διάφορους χώρους και σε όλους



άφησε το στίγμα του. Τα τελευταία 30 χρόνια, ανά εξαετία περίπου, έδινε προτεραιότητα σε κάποιον άλλο στόχο. Αρχικός του στόχος ήταν η Ιατρική Φυσική και η Οργάνωση της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Όταν θεώρησε ότι μπήκαν στέρεες βάσεις, στράφηκε προς την οργάνωση του δημόσιου τομέα υγείας με μπροστάρη τις Ιατρικές Σχολές. Γύρισε στο Πανεπιστήμιό του και επί μια δετία ως Πρύτανης πρόσφερε σημαντικό έργο, κυρίως όμως δίδαξε με την καθημερινή του δράση τι θα πει ακαδημαϊκό ήθος και πώς μπορεί κανείς με σοφία να δρα σαν κυματοθραύστης εντάσεων. Στην επόμενη φάση, ασχολήθηκε κυρίως με τον ξεχασμένο ελληνισμό της Νότιας Αλβανίας, του βορρά, της ανατολής και της Νότιας Ιταλίας, και στην πιο πρόσφατη, με τη χάραξη της εκπαιδευτικής πολιτικής της χώρας. Ασχολήθηκε ιδιαίτερα με θέματα παιδείας των ομογενών, διαπολιτισμικών δραστηριοτήτων και διεθνών ακαδημαϊκών σχέσεων. Οι προσπάθειές του απέβλεπαν στην κατανόηση της διαφορετικότητας των λαών, κυρίως μέσω συνεργασιών Ακαδημαϊκών Ιδρυμάτων και της διάδοσης του πολιτισμού και της παράδοσης. Σε όλη του τη ζωή ήταν κοντά σε όλους,

στους επώνυμους και τους ταπεινούς. Δεν έχανε ευκαιρία να ακούει τους απλούς ανθρώπους του μεροκάματου, κύρια του γέροντες, για να αντλήσει γνώσεις από τη σοφία του λαού.

Αξιοποιήθηκε από όλες τις κυβερνήσεις, σε τομείς που άπτονται κυρίως στα υπουργεία Παιδείας, Υγείας, Εξωτερικών, και Ανάπτυξης. Τα άτομα που κάθονταν στις αντίστοιχες υπουργικές καρέκλες άλλαξαν πολλές φορές. Διαφορετικά κόμματα ή συνδυασμοί κομμάτων πέρασαν και έφυγαν από την Κυβέρνηση. Όλοι τους όμως θεώρησαν ότι πρέπει να τον αξιοποιήσουν για το καλό του τόπου. Στη διάρκεια της ζωής του τιμήθηκε από πολλούς και ποικιλότροπα, όπως για παράδειγμα από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας, που τον παρασημοφόρησε τον Μάιο του 2008.

Το έργο του Δημήτρη Γλάρου, που είχα την τιμή να είμαι μαθητής του επί 22 χρόνια, ήταν πολυεπίπεδο και σημαντικό. Είναι ο μόνος άνθρωπος που γνώρισα από κοντά και μπόρεσε να πετύχει τόσα πολλά σε τόσο διαφορετικούς τομείς, χωρίς να καταπιέζει τους συνεργάτες του. Αντίθετα, τους βοηθούσε να ανοίξουν τα φτερά τους και να πετάξουν.

Εύχομαι στον Επιστήμονα, το Δάσκαλο και τον Άνθρωπο Δημήτρη Γλάρο «καλό ταξίδι» και εμείς οι νεότεροι να ακολουθήσουμε τα βήματά του με γνώμονα την τετράγωνη λογική του, τη νηφαλιότητα, την αγάπη στον συνάνθρωπο, κυρίως όμως το ήθος που μας δίδαξε με την καθημερινή του στάση.

## Η ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Ζερβού Ελευθερία**  
**Διευθύντρια Αιμοδοσίας ΠΠΓΝΙ**

**Ε**ίναι σε όλους μας αντιληπτή η πρόοδος που έχει γίνει σήμερα στην Ιατρική. Η Ιατρική των μεταγγίσεων είχε μια παράλληλη ανάπτυξη και βοήθησε σημαντικά σε αυτή την πρόοδο. Η αλυσίδα της μεταγγίσης είναι πολύπλοκη διαδικασία που ξεκινά από την επιλογή του αιμοδότη και καταλήγει στον ασθενή αφού έχουν μεσολαβήσει μια σειρά προσώπων και διαδικασιών. Σήμερα, στις χώρες με αναπτυγμένα συστήματα υγείας η απαίτηση από ένα σύστημα αιμοδοσίας είναι η επάρκεια αίματος και η ασφάλεια των μεταγγίσεων. Απαίτηση εξαιρετικά δύσκολη για τους παρακάτω λόγους:

α) Όσον αφορά την επάρκεια, φαίνεται ότι διεθνώς αυξάνουν οι ανάγκες για αίμα και παράγωγά του (γήρανση πληθυσμού, αύξηση κακοήθων νοσημάτων, χειρουργικές επεμβάσεις και μεταμοσχεύσεις που απαιτούν πολλές μεταγγίσεις, τροχαία ατυχήματα και καταστροφές), ενώ η προσφορά αίματος δεν έχει ανάλογη αύξηση και είτε παραμένει στάσιμη είτε μειώνεται. Επί πλέον, οι περιορισμοί που διαρκώς προστίθενται στην επιλογή του αιμοδότη για μείωση του κινδύνου μετάδοσης μεταδοτικών νοσημάτων, προκαλούν ακόμη μεγαλύτερη μείωση των αιμοδοτών.

β) Όσον αφορά την ασφάλεια, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής (συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλλαγή πολλών σεξουαλικών συντρόφων χωρίς προφύλαξη), οι μετακινήσεις πληθυσμών από χώρες με αυξημένη συχνότητα νοσημάτων που μεταδίδονται με το αίμα, όπως ηπατίτιδες Β και C, HIV, νόσος του Chaga's, ελονοσία κλπ., οι κλιματολογικές αλλαγές που συνδέονται με νέα αναδυόμενα νοσήματα, όπως οι ιοί του Δυτικού Νείλου και Chikungunea, αποτελούν παράγοντες που μας οδηγούν σε συνεχή επαγρύπνηση για λήψη μέτρων που θα εμποδίσουν οι μεταγγίσεις να συντελέσουν στην εξάπλωση επιδημιών που μπορεί να έχουν μεγάλες συνέπειες στην Δημόσια Υγεία. Η επίδραση του AIDS στη Αιμοδοσία την δεκαετία του 1980 ήταν καταλυτική γιατί η λάθος εντύπωση που αρχικά επικράτησε ότι επρόκειτο για νόσημα που αφορούσε μόνο την ομοφυλοφιλική κοινότητα οδήγησε στην μη έγκαιρη λήψη προληπτικών μέτρων στις μεταγγίσεις με αποτέλεσμα τη μετάδοση της νόσου παγκόσμια σε μεγάλο αριθμό ασθενών, ιδιαίτερα πολυμεταγγιζόμενους, με παράγοντες πήξης, αιμορροφιλικούς. Από τη δυσάρεστη αυτή κατάσταση που οδήγησε σε μεγάλη αμφισβήτηση συνολικά της Αιμοδοσίας προέκυψαν σοβαρές αλλαγές που αφορούν την επιλογή του

αιμοδότη, τον εργαστηριακό έλεγχο, τον περιορισμό της χρήσης του αίματος, την εφαρμογή καθορισμένων κλινικών ενδείξεων, καθώς επίσης και την επεξεργασία του ολικού αίματος, ώστε να χορηγείται το κατάλληλο παράγωγο αίματος σε κάθε κατηγορία ασθενών (ερυθρά, αιμοπετάλια, πλάσμα). Το μεγαλύτερο όμως όφελος είναι η ανάπτυξη συστημάτων Αιμοεπαγρύπνησης που καταγράφουν τα ανεπιθύμητα συμβάματα και αντιδράσεις της μετάγγισης, ώστε να εξάγονται συμπεράσματα που οδηγούν σύντομα σε λήψη μέτρων, ώστε να αποτρέπονται προβλήματα στο μέλλον. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, η συλλογή αίματος το 2006 ήταν 603.312 μονάδες, ενώ 25.000 μονάδες εισήχθησαν από τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό. Την ίδια περίοδο μεταγγίστηκαν 563.909 μονάδες ερυθρών εκ των οποίων 108.361 μονάδες (19.1%) σε ασθενείς με μεσογειακή αναιμία. Δυστυχώς, μόνο το 44,4% του συλλεγόμενου αίματος προέρχεται από εθελοντές αιμοδότες, ενώ το 49% από αιμοδότες αντικατάστασης που δίνουν αίμα για συγγενείς και φίλους. Το υπόλοιπο 2,6% προέρχεται από τις ένοπλες δυνάμεις. Από τα στοιχεία αυτά φαίνεται ότι μολονότι στη χώρα μας έχουμε από τους μεγαλύτερους αιμοδοτικούς δείκτες ανά 1.000 κατοίκους, το πρόβλημα είναι ότι δεν καλύπτονται οι ανάγκες μας από εθελοντές αιμοδότες, αλλά από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών. Αυτό δημιουργεί δυσκολία στην καθημερινή λειτουργία των Αιμοδοσιών γιατί δεν υπάρχει προγραμματισμός στις αιμοληψίες, αλλά το κυριότερο πρόβλημα είναι η άσκηση ψυχολογικής πίεσης στον ασθενή και το περιβάλλον του για να βρει αιμοδότες. Επί πλέον, κάτω από την πίεση, οι αιμοδότες αυτής της κατηγορίας δεν απαντούν με ειλικρίνεια σε σημαντικές ερωτήσεις από το ιστορικό τους που σχετίζονται με την ασφαλή μετάγγιση. Δεν μπορεί να αποκλείσει κανείς και την προσπάθεια χρηματισμού των αιμοδοτών που απορρίπτεται και για ανθρωπιστικούς λόγους, αλλά και για λόγους ασφάλειας της μετάγγισης. Από όλες τις μελέτες φαίνεται ότι οι πληρωμένοι αιμοδότες έχουν την μεγαλύτερη συχνότητα μολυσματικών δεικτών. Σε παγκόσμιο επίπεδο η διαρκής προσπάθεια που αποσκοπεί στην ασφαλή μετάγγιση, κυρίως όσον αφορά την πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων, έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του κόστους του αίματος και των προϊόντων του.

Η εισαγωγή μοριακών μεθόδων ελέγχου του αίματος για την ανίχνευση των μολυσματικών παραγόντων που μεταδίδονται με τη μετάγγιση, η εφαρμογή μεθόδων



αδρανοποίησης στο πλάσμα και τα αιμοπετάλια, η λευκαφαίρεση προ της αποθήκευσης του αίματος, ο έλεγχος για βακτηριακή επιμόλυνση ιδίως στα αιμοπετάλια, η αυξανόμενη χρήση προϊόντων αφαίρεσης είναι από τους παράγοντες που έχουν συντελέσει στην αύξηση του κόστους.

Η τιμή μιας μονάδας αίματος στη χώρα μας κοστίζει περίπου 350€ με διακυμάνσεις ανάλογα με το μέγεθος της Αιμοδοσίας, με το κόστος να ανεβαίνει σημαντικά στις μικρές Αιμοδοσίες. Το σύστημα Αιμοδοσίας στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά αποκεντρωμένο και αναμένεται η αναδιοργάνωσή του σύμφωνα με νέο νόμο που έχει ψηφιστεί για να εναρμονισθούμε με τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες. Μέχρι σήμερα κάθε νοσοκομείο στην χώρα έχει Αιμοδοσία που πραγματοποιεί προσέλκυση αιμοδοτών, αιμοληψίες, έλεγχο του αίματος, παρασκευή παραγώγων, διασταυρώσεις και μεταγίγιση του αίματος και των παραγώγων του. Η δομή αυτή εκτός από αύξηση του κόστους οδηγεί σε δυσλειτουργίες στη διαχείριση του αίματος και σε δυσκολία παρακολούθησης της ποιότητας λειτουργίας όλων των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας. Σύμφωνα και με τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες θα πρέπει να γίνουν Κέντρα Αίματος που θα έχουν την ευθύνη του εργαστηριακού ελέγχου του αίματος, της παρασκευής των παραγώγων αίματος και οι Υπηρεσίες Αιμοδοσίας σε κάθε νοσοκομείο που συλλέγουν αίμα και φροντίζουν για τη μεταγίγιση στους ασθενείς. Η πρώτη προσπάθεια συγκεντροποίησης στην Ελλάδα έγινε με την δημιουργία των 9 Κέντρων Μοριακού Ελέγχου Αίματος που ελέγχουν το αίμα που συλλέγεται σε όλη την χώρα. Στην Αιμοδοσία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ελέγχεται το αίμα από τα νοσοκομεία της Ηπείρου, Κέρκυρας και Λευκάδας. Επίσης, έχει συσταθεί το Εθνικό Κέντρο Αίματος (Ε.ΚΕ.Α.) που αποτελεί την Εθνική Αρχή που είναι υπεύθυνη για την λειτουργία όλων των Κέντρων και των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας.

## **Ο ρόλος του εθελοντή αιμοδότη στην αλυσίδα της μεταγίγισης.**

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η πρόκληση που αντιμετωπίζει μια υπηρεσία αιμοδοσίας είναι η διασφάλιση της ασφάλειας και της σταθερότητας των αποθεμάτων αίματος προκειμένου να καλυφθούν οι απαιτήσεις των ασθενών για ασφαλείς μεταγίγισεις. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την προσέλκυση και τη διατήρηση μη αμειβόμενων εθελοντών αιμοδοτών που προσφέρουν αίμα από ανθρωπισμό και αλtruισμό.

Πολλές δημοσιεύσεις αναφέρουν ότι πολλές φορές ο λόγος που ένα άτομο δεν δίνει αίμα είναι γιατί ποτέ κανείς δεν του το ζήτησε. Ακόμη και σήμερα, την εποχή της υψηλής τεχνολογίας και της άμεσης και μαζικής

ενημέρωσης, η πρόσκληση για εθελοντική προσφορά αίματος δεν έχει φθάσει σε πολλούς δυνητικούς αιμοδότες. Είναι ενδιαφέρον ότι ακόμη και σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα Υγείας και Αιμοδοσίας φαίνεται ότι ισχύει αυτό. Από το 1975 η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας εξέδωσε ψήφισμα με το οποίο: προτρέπει τις χώρες μέλη της WHO (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) να προάγουν την ανάπτυξη των εθνικών υπηρεσιών αιμοδοσίας, έχοντας σαν βάση την εθελοντική μη αμειβόμενη αιμοδοσία.

Σήμερα, σε πολλές χώρες έχει ήδη ολοκληρωθεί η μετάβαση από την αμειβόμενη και την αιμοδοσία αντικατάστασης του συγγενικού ή φιλικού περιβάλλοντος στην εθελοντική, ενώ σε άλλες έχει γίνει σημαντική πρόοδος.

Ο ορισμός του εθελοντή αιμοδότη που δόθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης και υιοθετήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, και συζητείται η υιοθέτησή του από την ISBT (Παγκόσμια Ένωση Αιμοδοσιών), αναφέρεται στο άτομο που δίνει αίμα, πλάσμα ή άλλα παράγωγα με δική του ελεύθερη βούληση και δεν δέχεται αμοιβή για αυτό, ούτε υπό μορφή χρημάτων ούτε σε είδος που θα μπορούσε να θεωρηθεί υποκατάστατο χρημάτων. Σε αυτό περιλαμβάνονται και η άδεια από την εργασία εκτός από τον χρόνο για την αιμοληψία και την μεταφορά του. Συμβολικά, μικρά αναμνηστικά αντικείμενα, αναψυκτικά και η καταβολή εξόδων μετακίνησης είναι συμβατά με την εθελοντική μη αμειβόμενη αιμοδοσία. Η προσπάθεια που καταβάλλεται είναι να διατηρηθούν οι υπάρχοντες εθελοντές και να προσελκυσθούν νέοι αιμοδότες. Για τη χώρα μας υπάρχει και η μεγάλη κατηγορία των αιμοδοτών του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος των ασθενών που πρέπει να την στρέψουμε στην εθελοντική αιμοδοσία.

Οι ήδη υπάρχοντες αιμοδότες πρέπει να αποτελούν πρώτη προτεραιότητά μας γιατί:

Έχουν εμπειρία από την αιμοδοσία και είναι αποδεδειγμένο ότι οι ασφαλέστεροι αιμοδότες είναι οι τακτικοί που και ανταποκρίνονται άμεσα σε έκτακτες περιπτώσεις.

Οι υγιείς ενήλικες μπορούν να δώσουν με ασφάλεια πολλές φορές αίμα σε ένα χρόνο, όμως δεν πρέπει να θεωρούνται δεδομένοι επειδή δίνουν τακτικά αίμα. Είναι ανάγκη να διασφαλισθεί ότι θα παραμένουν ικανοποιημένοι και ότι τρέφουν θετικά αισθήματα για την υπηρεσία Αιμοδοσίας.

Όσον αφορά τους νέους αιμοδότες θα πρέπει να ενθαρρύνεται κάθε νέος αιμοδότης που πληροί τα κριτήρια αιμοδοσίας να γίνει τακτικός εθελοντής. Από πολλές μελέτες φαίνεται ότι είναι καθοριστικό το διάστημα μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης αιμοδότησης για το αν θα

συνεχίσει σαν εθελοντής αιμοδότης. Επομένως, χρειάζεται να αναζητηθεί τρόπος επαφής με τους αιμοδότες πρώτης φοράς για να επιστρέψουν στην Αιμοδοσία. Ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο αιμοδότης την ημέρα της πρώτης αιμοδοσίας επηρεάζει καθοριστικά τη μελλοντική του στάση.

Ιδιαίτερα για την χώρα μας που έχει αυξημένες ανάγκες σε αίμα, κυρίως λόγω των ασθενών με αιμοσφαινοπάθειες και όλοι γνωρίζουμε ότι υπολειπόμαστε στην εθελοντική αιμοδοσία, απαιτείται η οργάνωσή της σε εθνικό επίπεδο. Από το Ε.ΚΕ.Α. (Εθνικό Κέντρο Αίματος) θα πρέπει να χαραχθεί μια πολιτική για την εθελοντική αιμοδοσία που θα πρέπει να έχει συνέχεια, να μην είναι αποσπασματική και να θέτει στόχους για μετατροπή των αιμοδοτών συγγενικού περιβάλλοντος σε εθελοντές.

Η στελέχωση των υπηρεσιών αιμοδοσίας με κατάλληλο προσωπικό είναι σημαντική για να εφαρμόζονται καλές πρακτικές και να αποκτήσει εμπιστοσύνη ο αιμοδότης. Η ανάπτυξη πληροφοριακού συστήματος σε όλες τις υπηρεσίες Αιμοδοσίας, καθώς επίσης η εκπαίδευση προσελκτών και η αξιοποίηση των επισκεπτών υγείας, θα βοηθήσουν στην καλύτερη διαχείριση και στην ενημέρωση μεγάλων ομάδων του πληθυσμού. Η επαφή των παιδιών από την πρώτη σχολική ηλικία και με κατάλληλο τρόπο με την αιμοδοσία, όπως επίσης η ανάπτυξη προγραμμάτων για μετανάστες (εξασφάλιση συνθηκών πλήρους ένταξης και πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες, εμβολιασμοί κλπ.), είναι πρόκληση για την επίτευξη του στόχου της πλήρους κάλυψης των αναγκών της χώρας σε αίμα μόνο με εθελοντές αιμοδότες. Η σύσταση ομάδας από το Ε.ΚΕ.Α. που θα προβάλλει την εθελοντική αιμοδοσία μέσω: έκδοσης έντυπου υλικού (φυλλάδια, αφίσες, βιβλία κλπ.), διαφημιστικών μηνυμάτων από τα ΜΜΕ (η ανάθεση σε διαφημιστική εταιρεία θα πρέπει να συζητηθεί, όπως για παράδειγμα έγινε στη Νορβηγία με πολύ καλά αποτελέσματα), διοργάνωσης ημερίδων, συνεδρίων για ενημέρωση των αιμοδοτών, καθώς και διοργάνωσης εκδηλώσεων βραβεύσεων σε τοπικό επίπεδο. Βασικό στοιχείο παραμένει η χρηματοδότηση των αιμοδοσιών της χώρας και η αναδιοργάνωσή τους σύμφωνα με το νέο νόμο.

Τα κίνητρα για αιμοδοσία διαφέρουν από χώρα σε χώρα, αλλά στην ουσία πρέπει να βρεθεί η κατάλληλη ισορροπία. Όσο πιο πολλές φορές ζητηθεί από έναν αιμοδότη να δώσει αίμα, τόσο πιο πιθανό είναι ότι θα δώσει ξανά χωρίς να του ζητηθεί. Όσο περνά ο καιρός, τα εσωτερικά κίνητρα, όπως ο αλτρουϊσμός και η εσωτερική δέσμευση, αντικαθιστούν τα εξωτερικά κίνητρα της ανάγκης για επιβράβευση και για αναγνώριση.

Η αλτρουϊστική συμπεριφορά μπορεί να καλλιεργηθεί με διάφορους τρόπους.

Μια μακροπρόθεσμη στρατηγική θα μπορούσε να είναι η προβολή του παραδείγματος της ίδιας της υπηρεσίας αιμοδοσίας που πρέπει να συμμετέχει ενεργά σε δραστηριότητες της τοπικής κοινωνίας. Τα μέλη του προσωπικού της υπηρεσίας αιμοδοσίας μπορούν επίσης να λειτουργούν σαν πρότυπα κοινωνικών ρόλων και να συμβάλλουν στην ανάπτυξη πνεύματος αλτρουϊστικής συμπεριφοράς. Οι αιμοδότες αναφέρουν πάντα δύο λόγους που επηρεάζουν σημαντικά την απόφασή τους να ξαναδώσουν αίμα: Την συμπεριφορά του προσωπικού της Αιμοδοσίας και τον χρόνο αναμονής. Προσδοκούν ένα φιλικό και ευχάριστο περιβάλλον που θα επιδεικνύει παράλληλα επαγγελματισμό. Άλλα κίνητρα που θεωρούν σημαντικά είναι: Προληπτικός εργαστηριακός έλεγχος, η κάλυψη των αναγκών των ίδιων και των συγγενικών-φιλικών τους προσώπων όταν χρειαστούν αίμα. Η κατεύθυνση που πρέπει να έχουν οι στρατηγικές μας είναι η ευαισθητοποίηση των αιμοδοτών σε ανθρωπιστικές αξίες.

### **Ο ρόλος της ιατρικής κοινότητας στην αιμοδοσία.**

Οι γιατροί που έρχονται σε επαφή καθημερινά με τις ανάγκες των ασθενών για μετάγγιση αίματος και παραγών του μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην αλυσίδα της μετάγγισης σε πολλά επίπεδα. Κατ' αρχήν, μπορούν με την σωστή χρήση του αίματος να μην γίνεται κατάχρηση των μεταγγίσεων και να μην σπαταλιέται το πολύτιμο αυτό προϊόν. Όμως, ο ρόλος του γιατρού είναι εξ ίσου σημαντικός ως προς την προσέλκυση των αιμοδοτών. Μπορεί να εξηγήσει στο ευρύ κοινό ότι δεν κινδυνεύει δίνοντας αίμα και να τονίσει τις ανάγκες που έχουμε σαν χώρα σε αίμα. Έχει σημασία ο κλινικός γιατρός ή ο χειρουργός να εξηγήσει στους συγγενείς του ασθενούς που χρειάζεται μετάγγιση ότι μπορούν να αιμοδοτήσουν συμβάλλοντας έτσι στην επάρκεια. Επίσης, η συμμετοχή τους σε εκδηλώσεις που οργανώνονται από την Αιμοδοσία και αφορούν βραβεύσεις αιμοδοτών ή προσέλκυση έχει σημασία, γιατί δίνουν την αίσθηση ότι η ιατρική κοινότητα αναγνωρίζει στο πρόσωπό τους την προσφορά. Η αίσθησή μου είναι ότι η Ιατρική Κοινότητα στη χώρα μας δεν έχει συνειδητοποιήσει τη σημασία της εθελοντικής αιμοδοσίας. Το γεγονός ότι στις βασικές ιατρικές σπουδές δεν διδασκόμαστε τίποτα για την Ιατρική των μεταγγίσεων πιθανόν να παίζει ρόλο στην αντίληψη που έχουμε για την αιμοδοσία. Βέβαια, μερίδιο ευθύνης έχουν και οι Υπηρεσίες Αιμοδοσίας για τη μη σωστή επικοινωνία και συστράτευση όλων των συναδέλφων προς αυτή την κατεύθυνση. Ελπίζω ότι και με το περιοδικό μας εγκαινιάζεται ένα βήμα και για πληροφόρηση και για επικοινωνία στην Ιατρική Κοινότητα σχετικά με την Αιμοδοσία.

## ΦΟΙΤΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

**Ο**ι αυξημένες ανάγκες της χώρας μας σε αίμα, σε συνάρτηση με την έλλειψη αντίστοιχης προσφοράς, είναι γνωστή, λίγο-πολύ, σε ανθρώπους του τομέα υγείας. Δυστυχώς, ο απλός πολίτης δεν είναι ενήμερος και φυσικά ούτε ευαισθητοποιημένος πάνω σ' αυτό, μέχρι την ώρα που αυτός ή κάποιος από το συγγενικό ή φιλικό του περιβάλλον αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση. Τότε έρχεται αντιμέτωπος με τη μίζερη πραγματικότητα, την εκμετάλλευση της ανθρώπινης ανάγκης και την προκατάληψη που επικρατεί, και τότε, μόνο, συνειδητοποιεί το πόσο εύκολο είναι να βοηθήσει ο καθένας μας το συνάνθρωπό του, αλλά και πόσο δύσκολο είναι να ξεπεραστούν ο φόβος και η άγνοια.

Αυτό ακριβώς προσπαθεί να αλλάξει η Φοιτητική Ομάδα Εθελοντικής Αιμοδοσίας (Φ.Ο.Ε.Α.) του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η Φ.Ο.Ε.Α. ιδρύθηκε το 1980 (1 χρόνο μετά το κλείσιμο των ιδιωτικών τραπεζών αίματος στη χώρα μας), με σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της πανεπιστημιακής κοινότητας για την ιδέα της Εθελοντικής Αιμοδοσίας, με τελικό στόχο την επαρκή κάλυψη των αναγκών σε αίμα στον τόπο μας. Τα πρώτα πέντε χρόνια, οι δραστηριότητες της ομάδας περιορίζονται στο να καλύπτει ένα μεγάλο μέρος των αναγκών του Νοσοκομείου, προσφέροντας εθελοντικά αίμα σε εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά σε φοιτητές, σε άτομα που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία και σε κάθε άρρωστο που δεν έχει συγγενείς να αιμοδοτήσουν γι' αυτόν.

Σήμερα, μετά από 22 χρόνια συνεχούς προσπάθειας, η Φ.Ο.Ε.Α. έχει αναπτύξει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, για τις οποίες έχει βραβευθεί επανειλημμένα, με σημαντικότερη, ίσως, βράβευση αυτή από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας, κ. Κároλο Παπούλια. Ενδεικτικά, αυτές περιλαμβάνουν διοργάνωση αιμοληψιών κάθε εβδομάδα στην εξοπλισμένη αίθουσα της Φ.Ο.Ε.Α. στο χώρο του Πανεπιστημίου, λειτουργία γραφείου σε τακτική βάση, ενημερώσεις για την αιμοδοσία σε πρωτοετείς φοιτητές, ενημερώσεις μαθητών Γ' Λυκείου σε σχολεία των Ιωαννίνων, αλλά και όλης της Ηπείρου, οργάνωση ανοικτών αιμοληψιών

στο κέντρο της πόλης, έκδοση έντυπου υλικού και προβολή της εθελοντικής αιμοδοσίας από τα Μ.Μ.Ε. Οι δραστηριότητες αυτές καλύπτουν και θέματα προβληματισμού που είναι λιγότερο ή περισσότερο προβλεπόμενα στη χώρα μας, όπως η Δωρεά Μυελού των Οστών και η πρόληψη της Μεσογειακής Αναιμίας. Επίσης, συμμετέχει και διοργανώνει κοινωνικές και επιστημονικές εκδηλώσεις με επίκεντρο την αιμοδοσία, με τελευταία μας εκδήλωση τη διημερίδα με θέμα «Μεσογειακή Αναιμία: Μας Αφορά Όλους...».

Στα μελλοντικά σχέδια της Φ.Ο.Ε.Α., μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνονται η εκστρατεία ενημέρωσης για το AIDS & το πρόγραμμα της δωρεάς αιμοπεταλίων. Επιπροσθέτως, η Φ.Ο.Ε.Α. συμμετέχει ενεργά στη δημιουργία ενός εθνικού δικτύου εθελοντών αιμοδοτών σε συνεργασία με όλους τους ενδιαφερόμενους φοιτητικούς συλλόγους, με στόχο τη διάδοση της εθελοντικής αιμοδοσίας στην Ελλάδα.

Στην αρχή ήμασταν απλά κάποιοι φοιτητές της ιατρικής... Σήμερα, μέλη της Φ.Ο.Ε.Α. μπορούν να γίνουν φοιτητές και φοιτήτριες όλων των σχολών που ενδιαφέρονται να συμβάλουν με το δικό τους τρόπο στις δραστηριότητες της ομάδας, καθώς και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, με τη μορφή «συνδεδεμένου μέλους».

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ομάδα, καθώς είναι αντίθετη με οποιασδήποτε μορφής δοσοληψία, όσον αφορά τη διαχείριση του αίματος, έχει επιλέξει να μη διατηρεί τράπεζα αίματος και να μην έχει σχέση με τη διακίνηση του αίματος το οποίο προσφέρεται στα νοσοκομεία της πόλης. Η Φ.Ο.Ε.Α. προσδοκά πάντα τη συνδρομή όλων των φορέων της πόλης μας, αλλά και του κάθε απλού πολίτη, ώστε η εθελοντική αιμοδοσία να γίνει κοινή συνείδηση όλων μας, γιατί: «Ο,ΤΙ ΔΕ ΣΥΝΕΒΗ ΠΟΤΕ, ΕΙΝΑΙ Ο,ΤΙ ΔΕΝ ΠΟΘΗΣΑΜΕ ΑΡΚΕΤΑ».

**ΤΗΛ. 26510-95474, Fax: 26510-95395, E-MAIL: foea@mail.gr και foeanews@gmail.com**



## ΙΔΡΥΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**Μ**ε απόφαση του ΔΣ του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων ιδρύεται Ομάδα Εθελοντικής Αιμοδοσίας του ΙΣΙ (ΟΕΑ). Σκοπός της ΟΕΑ είναι η διάδοση της ιδέας της εθελοντικής αιμοδοσίας, με απώτερο στόχο την κάλυψη των αναγκών αίματος της χώρας μας, μέσω της εθελοντικής αιμοδοσίας και μόνο.

Στα πλαίσια των ενεργειών της Ομάδος Εθελοντικής Αιμοδοσίας, για την πραγμάτωση του σκοπού της, εντάσσονται η διάδοση της εθελοντικής αιμοδοσίας και η οργάνωσή της σε σωστή βάση, η μελέτη και η αντιμετώπιση των προβλημάτων που έχουν σχέση με την εθελοντική αιμοδοσία, η οργάνωση τακτικών ομαδικών αιμοληψιών, η συμβολή στην πρόληψη της μεσογειακής αναιμίας, η διάδοση της ιδέας της δωρεάς Μυελού των Οστών, καθώς και θεμάτων που αφορούν την αγωγή υγείας, οι ενημερώσεις σε σχολεία της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ιωαννίνων, η οργάνωση βιβλιοθήκης με συγγράμματα, επιστημονικές εκδόσεις, εργασίες και άρθρα που αφορούν την αιματολογία και την αιμοδοσία, η δημοσίευση σε εφημερίδες και περιοδικά άρθρων γύρω από την εθελοντική αιμοδοσία, η συνεργασία με το ραδιόφωνο και την τηλεόραση για την παραγωγή εκπομπών γύρω από την εθελοντική αιμοδοσία και η συνεργασία με ελληνικές και διεθνείς οργανώσεις, επιστημονικές εταιρείες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού ή δημοσίου δικαίου της Ελλάδας ή του εξωτερικού, με στόχο την επέκταση των δραστηριοτήτων εκτός του Νομού Ιωαννίνων, πάντα με γνώμονα την εξυπηρέτηση των παραπάνω στόχων.

Η ΟΕΑ του ΙΣΙ, σύμφωνα με το καταστατικό της, δεν διαθέτει τράπεζα αίματος και δεν εμπλέκεται με κανέναν τρόπο στη διαχείριση και συντήρηση του αίματος και των παραγώγων του. Μόνοι υπεύθυνοι για αυτό είναι τα νοσοκομεία με τα οποία διεξάγεται η εκάστοτε αιμοληψία.

Η ΟΕΑ του ΙΣΙ ασκεί τα έργα της και προχωρεί στην υλοποίηση των στόχων της χωρίς κοινωνικές, θρησκευτικές, πολιτικές ή φυλετικές διακρίσεις. Σε καμιά περίπτωση η ΟΕΑ δεν μπορεί να γίνει χώρος κοινωνικής, θρησκευτικής, πολιτικής ή φυλετικής αντιπαράθεσης.

Καλούμε όσα μέλη και μη του ΙΣΙ ενδιαφέρονται να βοηθήσουν στην εθελοντική αυτή προσπάθεια και να πλαισιώσουν την ομάδα, να επικοινωνήσουν με την ΟΕΑ μέσω του τηλ. 6995129026 ή μέσω e-mail [oeaisi@gmail.com](mailto:oeaisi@gmail.com), με τον κ. Νίκα Σπύρο [spyrostinios@hotmail.com](mailto:spyrostinios@hotmail.com) ή με τον κ. Κάτσηνο Κώστα [kkatsenos@gmail.com](mailto:kkatsenos@gmail.com). Η επιτυχία της εθελοντικής αυτής προσπάθειας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη βοήθεια όλων μας.

# ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΔΡΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΙ ΗΠΕΙΡΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ

## ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΓΟΥΔΑΣ

**Α**ποφασίσαμε να ξεκινήσουμε τις ιστορικές αναδρομές με τον ΑΝΑΣΤΑΣΙΟ ΓΟΥΔΑ που είναι ο Πρώτος Διδάκτωρ Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και ο πρώτος εκδότης μηνιαίου ιατρικού περιοδικού στην Ελλάδα. Χρησιμοποιούσε στα γραπτά του επίσης τον τίτλο “διδάκτωρ της ιατρικής, ιππότης του τάγματος του αγίου Στανισλάου, μέλος διαφόρων επιστημονικών και φιλανθρωπικών εταιρειών”.

[Παραθέτουμε βιογραφικά στοιχεία που ελήφθησαν από το βιβλίο της κ. Ερμηνίας Φωτιάδου Ιατροί Βίοι Παράλληλοι].

Γεννήθηκε στο Γραμμένο το 1816. Η οικογένειά του ευνοείτο από τον Αλή Πασά και το γιο του Μουχτάρ, που ήταν και ιδιοκτήτης του χωριού. Χωριό του, το Γραμμένο, γράφει ο Κρυστάλλης.

Νήπιο 4-5 ετών, ο Αναστάσιος θα χάσει τη μάνα του το 1820. Το 1821 κατέφυγε με την οικογένειά του και άλλους στο Σούλι. Οικονομικώς κατεστράφησαν και γράφει ο ίδιος ότι κινδύνεψε να διακόψει τις σπουδές του, γιατί ο πατέρας του τον είχε «νοικιάσει» σαν υπάλληλο σ’ ένα ζωέμπορο. Ο νουνός του, ηγούμενος της μονής Λυκοστάνης, εκοπίασε να πείσει τον πατέρα του να τον αφήσει να σπουδάσει και θα αναλάμβανε τη δαπάνη της εκπαίδευσής του.

Έγινε γραμματοδιδάσκαλος και δίδαξε λίγα χρόνια. Ύστερα από κόπους, πήγε στην Αθήνα. Εκεί, διδάσκων και διδασκόμενος και υποστηριζόμενος από τους Ζωσιμάδες και μερικούς άλλους καθηγητές, επεράτωσε τις σπουδές του με το βαθμό «Άριστα».

Έγινε για λίγο στρατιωτικός ιατρός κι ύστερα Νομιάτρος. Στο Παρίσι εστάλη από την Κυβέρνηση να σπουδάσει περί χολέρας. Έμεινε δύο χρόνια και περιήλθε τη Γερμανία και Ιταλία. Όταν επέστρεψε, έκαμε ιατρική και Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή δεχόταν δωρεάν απόρους.

Έγραψε άφθονα ιατρικά συγγράμματα και εξέδωσε το ιατρικό περιοδικό ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΛΙΣΣΑ. Είχε τέσσερα κορίτσια και τρία αγόρια. Έβλεπε τον Ελληνισμό με ένα δικό του πρίσμα, γι’ αυτό και έδρασε και πέραν της ιατρικής, της οποίας ήταν ίσως ο αρτιότερος εκπρόσωπός της με την τεράστια μόρφωση, και ταλαιπωρήθηκε πολύ γι’ αυτό. Έγραψε, ως γνωστό, το «Βίοι Παράλληλοι».

Ιατρικά: Εγχειρίδιον Πρακτικής Παθολογίας. Διατριβή νοσημάτων επικουρικών και αινέσιμος διατριβή. Το 1857 έκδοση «επηξημένη δια πολλών περί τας νεότερας της Ιατρικής σημειώσεων».

Μετέφρασε από τη γαλλική γλώσσα. Το 1853 εκδίδει μηνιαίο επιστημονικό περιοδικό «Ιατρική Μέλισσα», σε έξι συνολικά τόμους (Έξι έτη).

Και λογοτεχνία: «Το μοιρολόγι του Σουλίου», «Η σημερινή κατάσταση της Ανατολής και ιδίως της Ελλάδος».

# ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΔΡΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΙ ΗΠΕΙΡΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ

**Η ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ** ΕΙΣΑΓ.

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΛΙΣΣΑ.**




**ΣΥΓΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ**  
ΕΚΔΙΟΜΕΝΟΝ ΑΠΑΣ ΤΟΥ ΜΗΝΟΣ

ΥΠΟ  
**Α. Ν. ΓΟΥΔΑ,**  
*Διδάκτορος της Ιατρικής.*  
(Ὁδὸς Ντεκα Ἀριθμὸς 242).

ΖΩΣΙΜΑΙΑ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΕΝ ΗΠΕΙΡΩ

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Α΄.**  
**ΤΟΜΟΣ ΠΡΩΤΟΣ.**

*ΣΥΛΛΑΞΙΣ Α. ΚΑΤΑ ΙΟΥΝΙΟΝ.*  
*Ἐπιτομὴ τῶν ἐπισημίων καὶ ἀποφάσεων τῆς ἰατρικῆς ἐπιτελευτήσαντων ἐν τῷ μηνί Ἰουνίῳ.*

**ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ,**  
ΕΚ ΤΗΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΙΑΣ Κ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ.  
(Ὁδὸς Ἐρμού, ἔξω τῆς Κατωκίας, Ἀριθ. 214.)

1853.

**Η ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΛΙΣΣΑ.**



**ΣΥΓΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ,**  
ΕΚΔΙΟΜΕΝΟΝ ΑΠΑΣ ΤΟΥ ΜΗΝΟΣ

ΥΠΟ  
**Α. Ν. ΓΟΥΔΑ,**  
*Διδάκτορος της Ιατρικής.*  
(Ὁδὸς Πανδρόου Ἀριθ. 261, ἔξω τῆς Νέας Ἀριθ. 242).

ΖΩΣΙΜΑΙΑ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΕΝ ΗΠΕΙΡΩ

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Α΄.**  
**ΤΟΜΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΣ.**  
(ἢ ἔτος δευτέρον).

*Ἐπιτομὴ τῶν ἐπισημίων καὶ ἀποφάσεων τῆς ἰατρικῆς ἐπιτελευτήσαντων ἐν τῷ μηνί Ἰουνίῳ.*

**ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ,**  
ΕΚ ΤΗΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΙΑΣ Κ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ.  
(Ὁδὸς Ἐρμού, ἔξω τῆς Κατωκίας, Ἀριθ. 214.)

**Η ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΛΙΣΣΑ.**

**ΣΥΓΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ,**  
ΕΚΔΙΟΜΕΝΟΝ ΑΠΑΣ ΤΟΥ ΜΗΝΟΣ



ΥΠΟ  
**Α. Ν. ΓΟΥΔΑ,**  
*Διδάκτορος της Ιατρικής.*  
(Ὁδὸς Πανδρόου Ἀριθ. 261, ἔξω τῆς Νέας Ἀριθ. 242).

ΖΩΣΙΜΑΙΑ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΕΝ ΗΠΕΙΡΩ

*Περὶ τῶν κατὰ τὴν ἰατρικὴν ἐπιτελευτήσαντων ἐν τῷ μηνί Ἰουνίῳ ἐπισημίων καὶ ἀποφάσεων τῆς ἰατρικῆς ἐπιτελευτήσαντων ἐν τῷ μηνί Ἰουνίῳ.*

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Α΄.**  
**ΤΟΜΟΣ ΤΡΙΤΟΣ.**  
(ἢ ἔτος τρίτον).

*ΣΥΛΛΑΞΙΣ Α. ΚΑΤΑ ΜΗΝΑ ΙΟΥΝΙΟΝ.*  
*Ἐπιτομὴ τῶν ἐπισημίων καὶ ἀποφάσεων τῆς ἰατρικῆς ἐπιτελευτήσαντων ἐν τῷ μηνί Ἰουνίῳ.*

**ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ,**  
ΕΚ ΤΗΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΙΑΣ Κ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ.  
(Ὁδὸς Ἐρμού, ἔξω τῆς Κατωκίας, Ἀριθ. 214.)

1855

**Η ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ**



**ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΛΙΣΣΑ.**

**ΣΥΓΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ,**  
ΕΚΔΙΟΜΕΝΟΝ ΑΠΑΣ ΤΟΥ ΜΗΝΟΣ

ΥΠΟ  
**Α. Ν. ΓΟΥΔΑ,**  
*Διδάκτορος της Ιατρικής.*  
(Ὁδὸς Πανδρόου Ἀριθ. 261, ἔξω τῆς Νέας Ἀριθ. 242).

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Β΄.**  
**ΤΟΜΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟΣ.**  
(ἢ ἔτος τέταρτον).

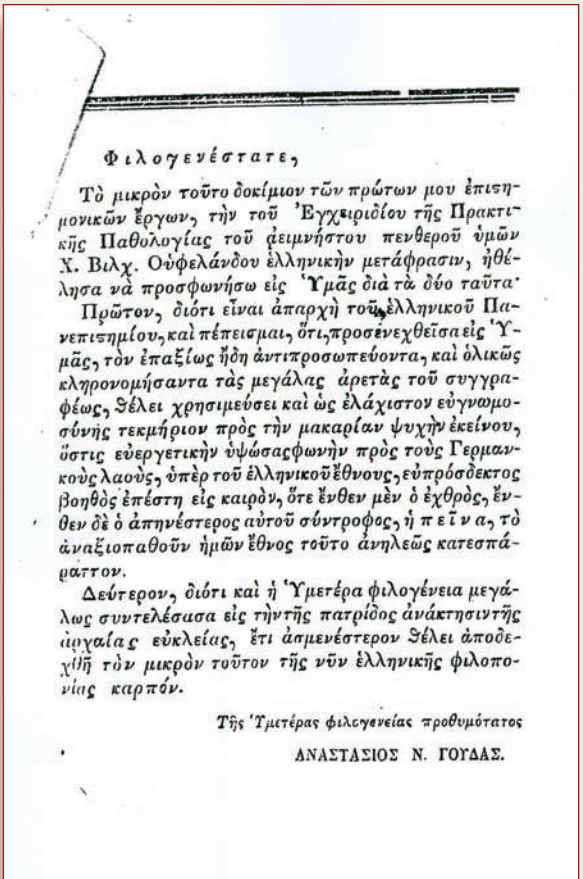
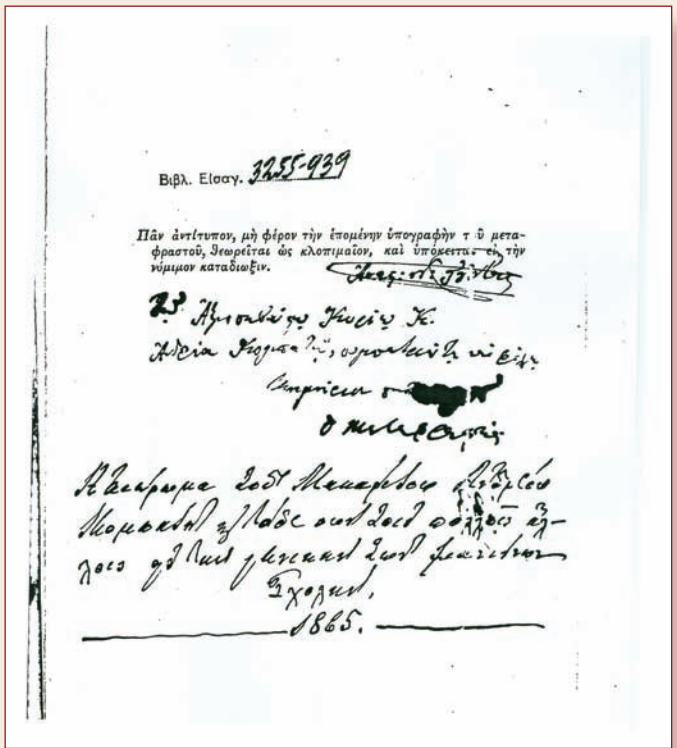
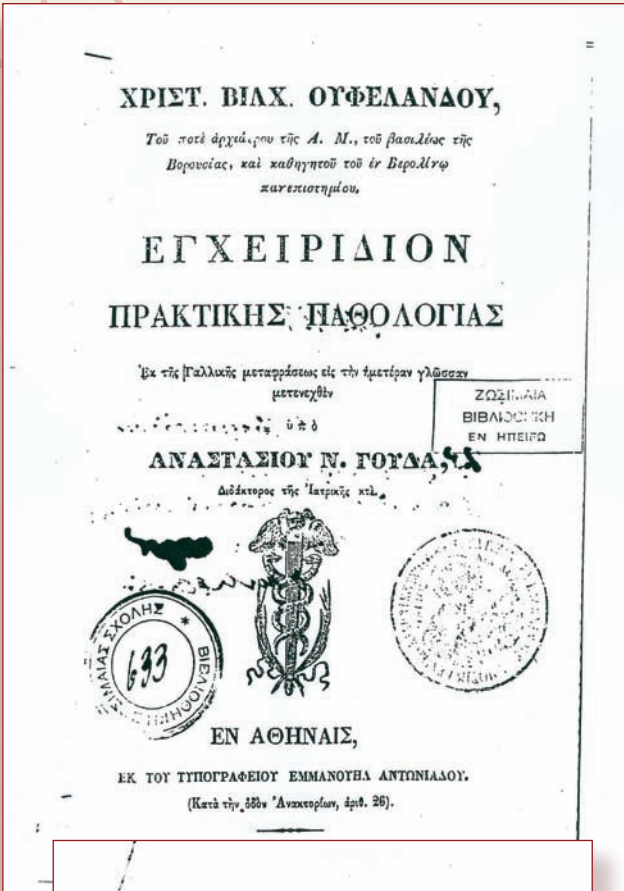
*ΣΥΛΛΑΞΙΣ Α. ΚΑΤΑ ΜΗΝΑ ΙΟΥΝΙΟΝ.*  
*Ἐπιτομὴ τῶν ἐπισημίων καὶ ἀποφάσεων τῆς ἰατρικῆς ἐπιτελευτήσαντων ἐν τῷ μηνί Ἰουνίῳ.*

**ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ,**  
ΕΚ ΤΗΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΙΑΣ Κ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ.  
(Ὁδὸς Ἐρμού, ἔξω τῆς Κατωκίας, Ἀριθ. 214.)

1856.

# ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΔΡΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΙ ΗΠΕΙΡΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ



# ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΔΡΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΙ ΗΠΕΙΡΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ





**ΣΤΟΙΧΕΙΑ**  
**ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ**

ΥΠΟ  
**Α. Φ. ΣΧΟΜΕΛΟΥ,**  
Μεταφρασθέντα κατὰ τὴν τρίτην Γαλλικὴν ἔκδοσιν

ΥΠΟ  
**ΑΝΑΣΤ. Ν. ΓΟΥΔΑ,**  
*Διδάκτορος τῆς Ἱατρικῆς, κτ.λ.*

ΣΩΣΙΜΑΙΑ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΕΝ ΗΠΕΙΡΩ





ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ,  
Τύποις Χ. Νικολαΐδου, Φιλολόγου.  
*(Ὁδὸς τῆς Πλάτῃς Νο. 24.)*  
1848.

Τῆς ΦΙΛΟΓΕΝΕΣΤΑΤῆς  
ΚΑΙ  
ΦΙΛΟΜΟΥΣΩΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΙ  
ΤΩΝ  
**ΙΩΝΙΔΩΝ**

ΔΙΑ ΤΑΣ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΘΝΟΥΣ ΓΕΝΝΑΙΑΣ ΠΡΟΣ-  
ΦΟΡΑΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΜΕΤΑΦΡΑ-  
ΣΙΝ (ἢ ΣΤΕΚΜΗΡΙΟΝ ΕΥΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ

Ἰνστιτούτου

'Ο μεταφραστής.



**X: B: OYΦEΛAΝΔOY .**



**ΗΕΝ ΔΟΗΝΑΙΣ**  
**ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΛΙΣΣΑ.**

**ΣΥΓΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ,**  
ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟΝ ΑΠΛΑΣ ΤΟΥ ΜΗΝΟΣ  
ΥΠΟ  
**Α. Ν. ΓΟΥΔΑ,**  
*Διδάκτορος τῆς Ἱατρικῆς.*  
(Ὁδὸς Πατέρων ἀριθ. 261, ἢ Ὁδὸς Κηφισοῦ ἀριθ. 262).

ΣΩΣΙΜΑΙΑ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΕΝ ΗΠΕΙΡΩ

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Α΄.**  
**ΤΟΜΟΣ ΠΕΜΠΤΟΣ,**  
(ἢ ἔτος πέμπτον).

**ΦΥΛΛΑΔΙΟΝ Α΄. ΚΑΤΑ ΜΗΝΑ ΙΟΥΝΙΟΝ.**

\* **ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ,**  
ΕΚ ΤΗΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΙΑΣ Κ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ.  
(Ὁδὸς Ἐρμού, ἑνὸς τῆς Καλλιμαρίας ἀριθ. 211).

1857.



## ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ «ΟΙ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟΙ» ΜΙΑ ΚΥΨΕΛΗ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΕΡΑΣΙΤΕΧΝΙΚΗΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ



**Τ**ο Καλλιτεχνικό Σωματείο «οι ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟΙ» είναι ένας Πολιτιστικός σύλλογος *μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα*, που κύριος σκοπός του είναι η συμβολή του στη διάδοση και ανάπτυξη της Ερασιτεχνικής Θεατρικής Δημιουργίας, αλλά επίσης και η παράλληλη ανάπτυξη άλλων μορφών τέχνης (Μουσική, Χορός, Ζωγραφική, Φωτογραφία κλπ.). Όπως λένε και οι ίδιοι, *σχολιάζοντας* την επιλογή της ονομασίας τους:

Σε έναν κόσμο σκληρό, που η βασική του κινητήρια δύναμη είναι το κέρδος, σε έναν κόσμο ατομικισμού και παθητικότητας, προσπαθούμε να διαβούμε έναν άλλο δρόμο -ένα δρόμο δημοκρατικότητας, ομορφιάς και αλήθειας, που η βασική του κινητήρια δύναμη είναι η συλλογικότητα, ένα δρόμο προσφοράς και δημιουργικότητας. Και σε αυτή μας την επιλογή θα παραμείνουμε ...**ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟΙ !!!**

*Η ιστορία τους αρχίζει* με την κατάκτηση της αυτόνομης λειτουργίας της Θεατρικής τους Ομάδας, μέσα στο πλαίσιο των γενικών δραστηριοτήτων του «Πνευματικού Κέντρου "Τσακάλωφ"». Η αγάπη τους για την Τέχνη -και ειδικά για το Θέατρο- σε συνδυασμό με αστείρευτο δημιουργικό πάθος, έφερε σαν αποτέλεσμα αξιοπρόσεκτες θεατρικές παραστάσεις:

«Δεν πληρώνω! Δεν πληρώνω!» (2004) του *Dario Fo*, σε σκηνοθεσία Δημήτρη Παππά -παίχτηκε σε 7 παραστάσεις (τρεις στο Καμπέριο Θέατρο και από μια στην Κράψη, την Κοσμηρά, την Κόντσικα & τη Δαφνούλα),

«Δον Καμίλλο» (2005) του *Σωτήρη Πατατζή*, σε σκηνοθεσία Δημήτρη Παππά -παίχτηκε σε 7 παραστάσεις (τρεις στο Καμπέριο Θέατρο και από μια στη Μανολιάσα, το Μπιζάνι, την Κοσμηρά, την Αμπελειά & το Αμφιθέατρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου),

«Αλλοίμονο στους νέους» (2006) των *Αλέκου Σακελλάριου-Χρήστου Γιαννακόπουλου*, σε σκηνοθεσία Δημήτρη Παππά -παίχτηκε σε 11 παραστάσεις (πέντε στο Καμπέριο Θέατρο και από μια στο Ασβεστοχώρι, την Πεδινή, την Κοσμηρά, την Αμπελειά, το Νεοχώρι & τους Μελιγγούς).

Το 2006 είναι η χρονιά που πήρανε την απόφαση της πλήρους ανεξαρτητοποίησής τους από το «Πνευματικό Κέντρο "Τσακάλωφ"» και της δημιουργίας του Καλλιτεχνικού Σωματείου «οι ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟΙ» (εγκρίθηκε με την υπ' αριθμόν 183/2006 απόφαση του Μονομελούς Πρωτοδικείου Ιωαννίνων στις 20.07.2006). Αναβαθμίζουν σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργία τους, γίνονται όλο και περισσότεροι (σήμερα ξεπερνούν τα 80

εγγεγραμμένα μέλη) και δημιουργούν μια πολιτιστική κυψέλη συνεχούς και πολύπλευρης ερασιτεχνικής δημιουργίας, ανοιχτή σε οποιονδήποτε έχει κέφι και μεράκι!

Και οι θεατρικές παραστάσεις συνεχίζονται:

«Τρελός είμαι -ό,τι θέλω κάνω!» (2006) του *Δημήτρη Παππά*, σε σκηνοθεσία του ίδιου (διασκευασμένο απόσπασμα από το θεατρικό έργο του Μανόλη Κορρέ «Το Πατάρι») -παίχτηκε σε 1 παράσταση (στην *πρώτη Αίθουσα του Συλλόγου, Περαιβού 2*),

«Αριστοφάνους Λυσιστράτη -σε mini έκδοση για νέους» (2007-2008) του *Δημήτρη Παππά*, σε σκηνοθεσία του ίδιου -παίχτηκε σε 6 παραστάσεις (4 στο Καμπέριο Θέατρο και από μια στο Πνευματικό Κέντρο του Δήμου Ιωαννιτών & το Πολυθέαμα).

Το 2007 είναι η χρονιά που η Θεατρική τους Ομάδα γιέυτηκε την **πανελλήνια καταξίωση**. Μετά την πολύ επιτυχημένη παρουσίαση του θεατρικού έργου των Θ. Παπαθανασίου + Μ. Ρέππα «Τα μωρά τα φέρνει ο πελαργός», σε σκηνοθεσία Δημήτρη Παππά, σε έξι παραστάσεις στο Καμπέριο Θέατρο, άλλες έξι σε διάφορα Δ.Δ. της Ηπείρου (*Βουνοπλαγιά, Ελεούσα, Ροδοτόπι, Νεοχώρι, Φιλιάτες & Πλαγιά Μαστοροχωριών*) και στο Πνευματικό Κέντρο του Δήμου Ιωαννιτών, επιλέχτηκαν (ανάμεσα σε 82 υποψηφιότητες από όλη την Ελλάδα) να συμμετάσχουν στα τελικά (μαζί με άλλα 5 θεατρικά σχήματα) του Πανελληνίου Διαγωνισμού Ερασιτεχνικού Θεάτρου-Νέα Ορεστιάδα 2007. Μετά από μια καταπληκτική παράσταση, τιμήθηκαν με 4 βραβεία:

- ΒΡΑΒΕΙΟ Γ' ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

- ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΟΙΝΟΥ Γ' ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

- ΒΡΑΒΕΙΟ ΣΚΗΝΟΓΡΑΦΙΑΣ (στο *Θανάση Τζάτσο*)

- ΒΡΑΒΕΙΟ Β' ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (στο *Δημήτρη Παππά*).

Αφού μεσολάβησε η «Μήδεια -σε mini έκδοση για γελιοθεραπεία» (2008) του *Μποστ*, σε διασκευή & σκηνοθεσία Δημήτρη Παππά -παίχτηκε σε 1 παράσταση στο Πολυθέαμα- ήρθε το 2008 νέα μεγάλη επιτυχία και **νέα πανελλήνια καταξίωση** με το έργο του *Woody Allen* «Play it again, Sam!», σε διασκευή & σκηνοθεσία Δημήτρη Παππά, με τίτλο «Όλα όσα πρέπει για τις γυναίκες». Αφού παίχτηκε σε 16 παραστάσεις (8 στο Πολυθέαμα και από μια στα Πετράλωνα, τους Μελιγγούς, τη Βουνοπλαγιά, την Άνω Λαψίστα, το Νεοχώρι, το Γραμμένο, το Δικόρφο & την Πλαγιά Μαστοροχωριών), επιλέχτηκε (ανάμεσα σε δεκάδες υποψηφιότητες από όλη την Ελλάδα) να συμμετάσχει και **πάλι** στα τελικά (μαζί με άλλα 5 θεατρικά σχήματα) του Πανελληνίου Διαγωνισμού Ερασιτεχνικού Θεάτρου-Νέα Ορεστιάδα 2008. Νέες διακρίσεις ακολούθησαν την παράσταση με 3 βραβεία:

- ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΟΙΝΟΥ Γ' ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

- ΒΡΑΒΕΙΟ Β' ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (στον Κωνσταντίνο Μπάζα)  
 - ΕΠΑΙΝΟΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ Α' ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (στο Δημήτρη Παππά).

Εν τω μεταξύ, είχε παρουσιαστεί (σε δύο παραστάσεις στο Πνευματικό Κέντρο του Δήμου Ιωαννιτών) το έργο «Αριστοφανικές ΕΙΡΗΝΟΜΑΧΙΕΣ» (2008) του Δημήτρη Παππά, σε σκηνοθεσία του ίδιου.

Και η ιστορία συνεχίζεται με αμείωτο κέφι και μεράκι...

Πρόσφατα, μάλιστα, κατάφεραν να διαμορφώσουν στο Υπόγειο της Στοάς Ορφέα έναν πολύ ενδιαφέροντα χώρο, στον οποίο γίνονται πλέον οι συναντήσεις τους (πρόβες Κεντρικής Θεατρικής Σκηνης κάθε Δευτέρα & Πέμπτη 21:00-1:00), ενώ για τη

νέα καλλιτεχνική περίοδο έχουν ήδη επιλέξει να παρουσιάσουν το «Παραμύθι χωρίς όνομα» του *Ιάκωβου Καμπανέλλη* και το «Η λέξη "πρόοδος" στο στόμα της μητέρας μου ηχούσε πολύ φάλτσα» του Ματέι Βιζνιέκ.

Το Καλλιτεχνικό Σωματείο διοικείται από 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο απαρτίζουν οι: ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΑΠΠΑΣ-ψυχίατρος (Πρόεδρος), ΜΑΡΙΝΑ ΠΛΕΣΣΑ (Αντιπρόεδρος), ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΟΥΤΣΟΘΑΝΑΣΗ (Γενική Γραμματέας), ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΑΨΑΛΗΣ (Ταμίας), ΓΙΑΝΝΗΣ ΜΕΛΙΣΣΟΥΡΓΟΣ-οφθαλμίατρος (Ειδικός Γραμματέας), ΒΑΝΕΣΣΑ ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΥ (Βοηθός Ταμία) & ΛΑΖΑΡΟΣ ΛΑΒΑΣΙΔΗΣ-ειδικευόμενος ιατρός μαιευτικής/γυναικολογίας (Εφορος).

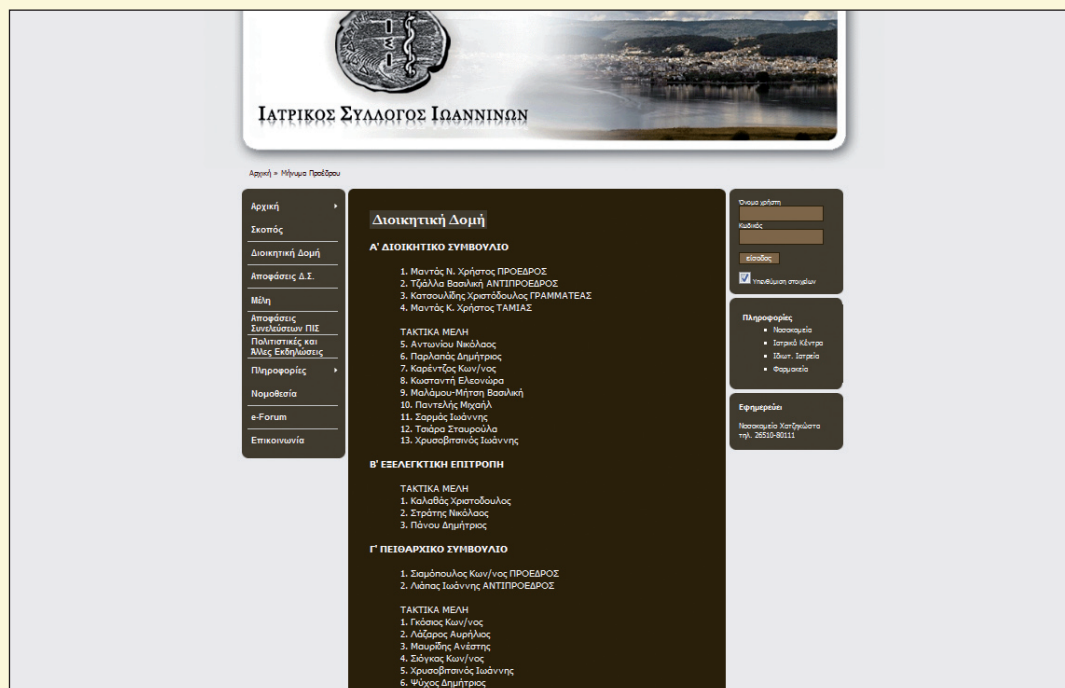


**ο Δημήτρης Παππάς με τον Κωνσταντίνο Μπάζα στο «Όλα όσα πρέπει για τις γυναίκες»**



**Ο Δημήτρης Παππάς με την Αγγελική Κουτσοθανάση στο «Όλα όσα πρέπει για τις γυναίκες».**

# ΝΕΑ ΠΥΛΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



Σύντομα ολοκληρώνεται και θα είναι σε πλήρη λειτουργία η νέα ηλεκτρονική σελίδα του Συλλόγου μας, <http://www.is-i.gr>, μέσω της οποίας θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε το κενό που υπάρχει στην ενημέρωση των μελών μας. Στόχος μας είναι η άμεση ανάρτηση θεμάτων που θα αφορούν τις αποφάσεις του ΙΣΙ, ανακοινώσεις προς τα μέλη και τον τύπο, δραστηριότητες και εκδηλώσεις, το περιοδικό σε ηλεκτρονική μορφή, καθώς και άλλα επιστημονικά και μη θέματα που μπορεί να μας αφορούν.

**Email επικοινωνίας: [info@is-i.gr](mailto:info@is-i.gr)**

## ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

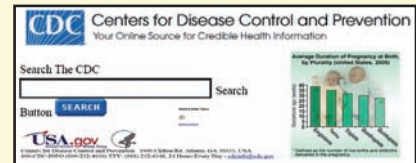
**www.who.int**



Είναι ο επίσημος δικτυακός τόπος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), που, όπως είναι γνωστό, αποτελεί την υπεύθυνη για θέματα υγείας αρχή των Ηνωμένων Εθνών. Στο δικτυακό τόπο του ΠΟΥ μπορεί κανείς να βρει πληροφορίες για θέματα υγείας, πίνακες και στατιστικά στοιχεία σχετικά με την παρεχόμενη περίθαλψη στις διάφορες χώρες, οδηγίες αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας με παγκόσμια κατανομή, links για δημοσιεύσεις του ΠΟΥ (σε μορφή βιβλίων ή επιστημονικών περιοδικών), τη 10η διεθνή ταξινόμηση των νόσων (ICD-10) και πλήθος άλλων.

**http://www.cdc.gov**

Πρόκειται για τον επίσημο δικτυακό τόπο του γνωστού οργανισμού «Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων» που βρίσκεται στην Ατλάντα των ΗΠΑ. Το site περιλαμβάνει ευρεία γκάμα πληροφοριών σχετικά με θέματα υγείας για τις ΗΠΑ, αλλά και για τον υπόλοιπο κόσμο. Μπορεί κανείς να βρει στοιχεία για την παγκόσμια κατανομή νόσων, την εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών, στατιστικά στοιχεία για το κάπνισμα, την παχυσαρκία, το διαβήτη, τις γεννήσεις, τους θανάτους και πολλά άλλα. Επίσης, υπάρχουν links για τις εκδόσεις του CDC, δηλαδή, το Emerging Infectious Diseases (EID), το Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) και το Preventing Chronic Disease (PCD). Αντίστοιχος ελληνικός οργανισμός είναι το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), του οποίου η προσεγγίσιμη ηλεκτρονική σελίδα παρέχει σημαντικές πληροφορίες για ιατρικά θέματα στη χώρα μας ([www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr)).



**www.eof.gr**

Είναι ο επίσημος δικτυακός τόπος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Σε αυτό το site μπορεί κανείς να βρει Δελτία Τύπου για διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα, πληροφορίες σχετικά με νεοεμφανιζόμενες παρενέργειες φαρμάκων μέσω της «Κίτρινης Κάρτας», έγκαιρη ενημέρωση σχετικά με ανακλήσεις παρτίδων διαφόρων φαρμάκων, καθώς και links για οδηγίες από μεγάλους διεθνείς οργανισμούς. Υπάρχει και παραπομπή για το Εθνικό Συνταγολόγιο (2003), η οποία, ωστόσο, δεν είναι ιδιαίτερα εύχρηστη. Μια πιο φιλική προς το χρήστη εκδοχή του Εθνικού Συνταγολογίου μπορεί κανείς να βρει στην ηλεκτρονική διεύθυνση [www.ifet.gr/es2003/home\\_ES.htm](http://www.ifet.gr/es2003/home_ES.htm).

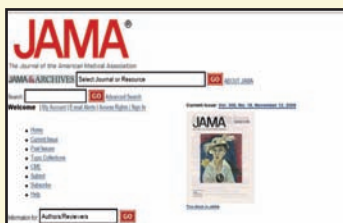


**www.nejm.org**

Είναι ο δικτυακός τόπος του γνωστού ιατρικού περιοδικού New England Journal of Medicine που εκδίδεται από την Ιατρική Κοινότητα της Μασαχουσέτης, στη Βοστώνη των ΗΠΑ. Πρόκειται για το πιο παλιό ιατρικό περιοδικό με συνεχή έκδοση (εκδίδεται συνεχόμενα από το 1812), του οποίου ο δείκτης επιρροής (impact factor) είναι ο υψηλότερος από



όλα τα περιοδικά κλινικής ιατρικής (ήταν πάνω από 35 το 2006). Στο site του μπορεί κανείς να βρει τα άρθρα του τρέχοντος τεύχους (εκδίδεται εβδομαδιαίως), καθώς και το πλήρες κείμενο των άρθρων (σε μορφή PDF) από το 1993 και μετά, ωστόσο, απαιτείται συνδρομή στο περιοδικό. Επίσης, υπάρχουν σελίδες με κλινικά κουίζ και άρθρα με ελεύθερη πρόσβαση, όταν οι εκδότες κρίνουν ότι είναι σημαντικά για το ευρύ επιστημονικό κοινό.



[www.jama.ama-assn.org](http://www.jama.ama-assn.org)

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

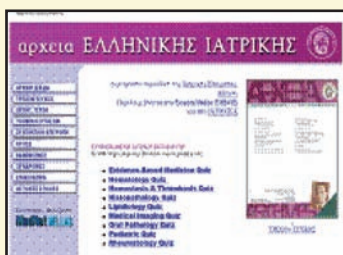
[www.bmj.com](http://www.bmj.com)



Πρόκειται για τους δικτυακούς τόπους τριών ιατρικών περιοδικών, που μαζί με το NEJM, θεωρούνται ότι αποτελούν τον «πυρήνα» των περιοδικών γενικής ιατρικής. Και τα τρία έχουν πολύ υψηλούς δείκτες επιρροής και τα άρθρα τους συχνά επηρεάζουν ολόκληρες πολιτικές υγείας. Στα sites τους μπορεί κανείς, εκτός από τα άρθρα του τρέχοντος και των παρελθόντων τευχών, να βρει και πληροφορίες για ιατρικές θέσεις εργασίας στη Μεγάλη Βρετανία (BMJ) και στις ΗΠΑ, πληροφορίες και νεώτερα δεδομένα για νέα φάρμακα, σελίδες και οδηγίες για ασθενείς και πολλά άλλα. Επίσης, υπάρχουν links για τις ειδικές εκδόσεις αυτών των περιοδικών, όπως για παράδειγμα The Lancet Infectious Diseases ή The Lancet Neurology.



[www.mednet.gr/archives](http://www.mednet.gr/archives)



Πρόκειται για τη διμηνιαία έκδοση της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών που περιλαμβάνεται στο EMBASE Excerpta Medica και στο IATPOTEK. Είναι ένα από τα λίγα γενικού ενδιαφέροντος ελληνικά ιατρικά περιοδικά με σταθερή παρουσία στο διαδίκτυο. Σύμφωνα με την συντακτική επιτροπή, σκοπός της έκδοσης του περιοδικού είναι η συμβολή στη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση και η προαγωγή της ιατρικής έρευνας. Το περιοδικό περιλαμβάνει άρθρα ποικίλου ιατρικού ενδιαφέροντος στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, ενώ κάθε τεύχος έχει αρκετά κλινικά κουίζ που άπτονται διαφόρων ειδικοτήτων. Στο site περιλαμβάνονται τα πλήρη κείμενα των άρθρων (σε μορφή PDF) από το 1999.

## ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 28 Νοεμβρίου 2008  
Αριθ. Πρωτ. 1803

Προς  
Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας  
ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ, ΟΝΓΕ

**Κ**ατά την Σύνοδο της Ολομέλειας των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα στις 22.11.2008, μετά από πρωτοβουλία του Δ.Σ. του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, με κύριο θέμα τις υπέρμετρες καθυστερήσεις απόδοσης των οφειλομένων ποσών εκ μέρους του ΟΠΑΔ στους δικαιούχους συμβεβλημένους Ιατρούς, ελήφθησαν ομόφωνα οι ακόλουθες αποφάσεις ιατρικών κινητοποιήσεων:

### **A. Ορίζεται ως διεκδικητικό πλαίσιο το εξής:**

- 1) Άμεση καταβολή από τον ΟΠΑΔ στους συμβεβλημένους Ιατρούς ΟΛΩΝ των οφειλομένων ποσών.
- 2) Άμεση αναπροσαρμογή των σχεδόν επί 20ετία καθηλωμένων τιμών των εργαστηριακών και λοιπών ιατρικών πράξεων.
- 3) Απαγόρευση των εκβιαστικά ζητούμενων από ορισμένους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς εκπτώσεων επί του κρατικού τιμολογίου.
- 4) Άμεση μηχανοργάνωση του ΟΠΑΔ και όλων των Ασφαλιστικών Οργανισμών.
- 5) Νομοθέτηση της Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας μεταξύ του Π.Ι.Σ. και όλων των Ασφαλιστικών Ταμείων και Οργανισμών (ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ κλπ.), που αποτελεί πάγια διεκδίκηση του Π.Ι.Σ.

### **B. Αποφασίζεται η κλιμάκωση κινητοποιήσεων ως ακολούθως:**

- 1) Πραγματοποίηση προειδοποιητικής 24ωρης Πανελλαδικής Πανιατρικής Απεργίας την Δευτέρα 15/12/2008.
- 2) Συνολική αναστολή των ατομικών Συμβάσεων με τον ΟΠΑΔ από όλους τους συμβεβλημένους Ιατρούς από 1/1/2009.
- 3) Ολοκλήρωση επίδοσης εξουσιοδοτήσεως από όλους τους Ιατρούς προς τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων για διακοπή των Συμβάσεων.
- 4) Ενημέρωση των Εργασιακών Ιατρικών Ενώσεων (ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ, ΟΝΓΕ κλπ.), προκειμένου να υπάρξει συμμετοχή και στήριξη των κινητοποιήσεων.
- 5) Ανοικτή ενημέρωση της Κοινής Γνώμης, μέσω των Μ.Μ.Ε., της ΑΔΕΔΥ, ΓΣΕΕ, Φορέων των Συνταξιούχων και λοιπών ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ, για τη διακοπή των συμβάσεων.
- 6) Δυναμικές παραστάσεις και ενημέρωση της Πολιτικής Ηγεσίας.

7) Συλλογική δικαστική διεκδίκηση των οφειλομένων από τον ΟΠΑΔ ποσών.

### **Γ. Διευρύνονται οι διεκδικήσεις ως ακολούθως:**

Στα πλαίσια των κινητοποιήσεων, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, εκπροσωπώντας το σύνολο των Ιατρών της χώρας, επαναποθετεί ενώπιον της πολιτείας τα αιτήματα των Ιατρών του ΙΚΑ και των Νοσοκομειακών Ιατρών, όπως αυτά διατυπώνονται από τα Δευτεροβάθμια Ιατρικά Συνδικαλιστικά Όργανα (ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ, ΟΝΓΕ) και εντάσσονται στο Γενικό Διεκδικητικό Πλαίσιο του Π.Ι.Σ., όπως αυτό ψηφίστηκε ομόφωνα στην τελευταία Γενική Συνέλευση των Εκπροσώπων.

- 1) Για τους Ιατρούς του ΙΚΑ, ο Π.Ι.Σ. διεκδικεί την άμεση διεκπεραίωση του Διατάγματος για την προκήρυξη των 2.000 μονίμων Ιατρικών θέσεων, την σταδιακή μονιμοποίηση στο ΙΚΑ όλων των υπηρετούντων συμβασιούχων αορίστου χρόνου Ιατρών, αλλά και την μετατροπή των συμβάσεων έργου σε αορίστου χρόνου των Ιατρών που προσελήφθηκαν μετά το 2004. Επίσης, ο Π.Ι.Σ. διεκδικεί την άμεση έκδοση του Προεδρικού Διατάγματος για το Επιστημονικό Βαθμολόγιο και το επίδομα βιβλιοθήκης, ενώ υποστηρίζει τα επιμέρους αιτήματα των Ιατρών του ΙΚΑ.
- 2) Για τους νοσοκομειακούς Ιατρούς, ο Π.Ι.Σ. υποστηρίζει την αναμόρφωση του μισθολογίου των, το οποίο είναι καθηλωμένο από δεκαετίας και πλέον σε απαράδεκτα χαμηλά επίπεδα. Αγώνίζεται για την κάλυψη όλων των κενών Ιατρικών θέσεων, την επίσπευση των διαδικασιών κάλυψης των ήδη προκηρυσμένων θέσεων, την αναμόρφωση των Οργανισμών των Νοσοκομείων, τη διασφάλιση ασφαλών εφημεριών και ανθρωπίνων συνθηκών εργασίας, καθώς και κάθε επιμέρους αίτημα των νοσοκομειακών Ιατρών.

Για την ενιαία, νομότυπη και συντονισμένη μεθόδευση των κινητοποιήσεων, καθώς και την πλήρη ενημέρωση των Ιατρών, των ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ και κάθε ενδιαφερόμενου μέρους, κοινοποιούνται οι ακόλουθες οδηγίες, οι οποίες τεκμηριώθηκαν νομικά κατά την διάρκεια της Συνόδου των Προέδρων από τον Νομικό Σύμβολο του Π.Ι.Σ.:

### **24ωρη Προειδοποιητική Πανελλαδική Πανιατρική Απεργία την Δευτέρα 15.12.2008**

**Η απεργία ως απόφαση του Π.Ι.Σ. είναι δεσμευτική για όλους τους Ιατρούς, ελευθεροεπαγγελματίες ή μισθωτούς στον Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα. Με ευθύνη του Π.Ι.Σ. θα υπάρξει ενημέρωση της Πολιτικής Ηγεσίας των Δευτεροβαθμίων Ιατρικών Συνδικαλιστικών Ενώσεων (ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ, ΟΝΓΕ) και των ΜΜΕ πανελληνίας εμβέλειας.**

Έργο και ευθύνη των κατά τόπους Ιατρικών Συλλόγων είναι:

1. Ενημέρωση των μελών τους και των τοπικών Εργασιακών Ιατρικών Σωματείων (ΣΕΥΠΙΚΑ, Νοσοκομειακές Επιτροπές, Ενώσεις Νοσοκομειακών Ιατρών), προκειμένου να ορίσουν προσωπικό ασφαλείας, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, και να προχωρήσουν σε όλες τις αναγκαίες ενέργειες.
2. Κοινοποίηση των αποφάσεων για την απεργία στα κατά τόπους Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας, τις μονάδες Υγείας ΙΚΑ και όλους τους χώρους που παρέχεται οργανωμένη Ιατρική Περίθαλψη.
3. Πραγματοποίηση Γενικών Συνελεύσεων την ημέρα της απεργίας, προκειμένου να υπάρξει ενημέρωση επί των τρεχουσών εξελίξεων και μεθόδευση των περαιτέρω κινητοποιήσεων.
4. Ενημερωτικές συναντήσεις με τους κατά τόπους Φορείς εκπροσώπησης των ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ (ΑΔΕΔΥ, Εργατικά Κέντρα, ΕΛΜΕ, Σύλλογοι Διδασκάλων, Συνταξιούχων κλπ.).
5. Δημοσίευση των Δελτίων Τύπου του Π.Ι.Σ. στα τοπικά ΜΜΕ και παραχώρηση Συνεντεύξεων Τύπου προς ενημέρωση των πολιτών.
6. Επισκέψεις και επιδόσεις των αποφάσεων στις τοπικές Αρχές.

## **Συνολική αναστολή των Ατομικών Ιατρικών Συμβάσεων με τον ΟΠΑΔ από 1.1.2009**

**Σύμφωνα με την εισήγηση του Νομικού Συμβούλου του Π.Ι.Σ., η αναστολή αφορά την διατήρηση της σχέσης των συμβεβλημένων Ιατρών με τον ΟΠΑΔ, κατά τρόπο που να ικανοποιούνται αμφότερα τα μέρη της σύμβασης, χωρίς να παραβλάπτονται οι ασφαλισμένοι. Το μόνο σημείο που τροποποιείται αφορά τον τρόπο πληρωμής των δικαιούχων Ιατρών. Η τροποποίηση αυτή νομιμοποιείται από το γεγονός ότι ο έτερος των συμβαλλομένων, που είναι ο ΟΠΑΔ, δεν τηρεί βασική συμβατική του υποχρέωση, που είναι η έγκαιρη απόδοση των οφειλομένων ποσών στους δικαιούχους συμβεβλημένους Ιατρούς. Κατόπιν τούτων, από 1.1.2009, οι συμβεβλημένοι με τον ΟΠΑΔ Ιατροί θα λειτουργούν ως εξής:**

1. Θα υποδέχονται κανονικά τους ασφαλισμένους στον ΟΠΑΔ ασθενείς, προς τους οποίους και θα παρέχουν τις απαιτούμενες ιατρικές υπηρεσίες.
2. Θα αναγράφουν τις εντολές των βιβλιαρίων περίθαλψης του ΟΠΑΔ, τον χαρακτηρισμό της επίσκεψης (πρώτη, δεύτερη, στο ιατρείο, στο σπίτι κλπ.), σύμφωνα με τον κανονισμό περίθαλψης του ΟΠΑΔ, και θα επιδίδουν στον ασφαλισμένο Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, σύμφωνα με το ισχύον κρατικό τιμολόγιο,

εισπράττοντας από τον ίδιο τον ασφαλισμένο το αντίστοιχο ποσό, χωρίς να αποκόπτουν την εντολή. Ο ασφαλισμένος θα αποζημιώνεται για την δαπάνη από τον ΟΠΑΔ, προσκομίζοντας την ΑΠΥ του Ιατρού και την εντολή που θα παραμείνει στο βιβλιário του.

3. Κατά τον ίδιο τρόπο θα αναγράφονται οι συνταγές των φαρμάκων, τα παραπεμπτικά των παρακλινικών φύσεων, οι εντολές των ιατρικών πράξεων και οι διατακτικές παραϊατρικών υλικών.

4. Ωσαύτως, οι συμβεβλημένοι εργαστηριακοί ιατροί, καθώς και οι εκτελούντες ιατρικές πράξεις κλινικοί Ιατροί, θα εισπράττουν από τους ασθενείς το αντίτιμο των εξετάσεων και των πράξεων που διενήργησαν, σύμφωνα με το ισχύον κρατικό τιμολόγιο, και θα αποδίδουν Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών.

## **Ολοκλήρωση εξουσιοδότησης από όλους τους Ιατρούς προς τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων για διακοπή των Συμβάσεων**

Σε όλες τις περιφέρειες της χώρας βρίσκεται σε εξέλιξη διαδικασία συλλογής εξουσιοδοτήσεων προς τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων εκ μέρους των συμβεβλημένων με τον ΟΠΑΔ Ιατρών. Η συλλογή των εξουσιοδοτήσεων θα συνεχιστεί με νέες υπομνήσεις στους Ιατρούς, κατόπιν ενδελεχούς ενημέρωσης, με κατά τόπους πραγματοποίηση επισκέψεων σε χώρους ιατρικής εργασίας εκ μέρους των Συλλόγων και με κατά τόπους ανοιχτές συσκέψεις ενημέρωσης. Το σύνολο των εξουσιοδοτήσεων θα παραμείνει στους Ιατρικούς Συλλόγους εν αναμονή νέων αποφάσεων και οδηγιών του Π.Ι.Σ. ανάλογα με τις εξελίξεις.

## **Καταληκτικές επισημάνσεις**

Κοινή θέση της Συνόδου των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων είναι η έναρξη των κινητοποιήσεων, ακόμη και στην περίπτωση που δοθεί το ελάχιστο μέρος των δεδουλευμένων, όπως ήδη προαναγγέλλεται, εκ μέρους του ΟΠΑΔ.

Κατά την διάρκεια των κινητοποιήσεων θα υπάρχει διαρκής γραμμή επικοινωνίας μεταξύ των Ιατρών, των Ιατρικών Συλλόγων και του Π.Ι.Σ. για την διευθέτηση οιοδήποτε ζητήματος ήθελε ανακύψει.

Με αγωνιστικούς χαιρετισμούς

**Ο Πρόεδρος  
Δρ. Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός**

**Ο Γενικός Γραμματέας  
Δρ. Σταμάτιος Πίνης**

## ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

*Ιωάννινα, .....*

Ο ιατρός ..... ΤΟΥ ....., μέλος του Ιατρικού Συλλόγου Ιωαννίνων, κάτοχος του τίτλου της ιατρικής ειδικότητας ....., εξουσιοδοτώ τον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Ι.Σ.Ι. να διαχειριστεί τη σύμβασή μου με τον Ο.Π.Α.Δ., σύμφωνα με την απόφαση της 28.11.2008 της Συνόδου της Ολομέλειας των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας και του Π.Ι.Σ., λόγω της μακρόχρονης και συστηματικής υπερημερίας του Ο.Π.Α.Δ. ως προς την καταβολή των ιατρικών αμοιβών/δεδουλευμένων μας.

Δηλώνω ότι, εφόσον αποφασιστεί να κατατεθεί ομαδική καταγγελία της σύμβασης από τον Πρόεδρο του Ι.Σ.Ι. και τον Π.Ι.Σ., θα δέχομαι όλους τους ασφαλισμένους που εξ ιδίων θα καταβάλλουν τις προβλεπόμενες από την κείμενη νομοθεσία αμοιβές του Ο.Π.Α.Δ., λαμβάνοντας το προβλεπόμενο από το νόμο Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών.

**Υπογραφή και Σφραγίδα**



## ΑΝΑΣΤΟΛΗ/ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ Ο.Π.Α.Δ. ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΠΑΝΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΕΡΓΙΑ ΣΤΙΣ 15 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2008

Ιωάννινα, 3.12.2008  
Αρ. πρωτ. 1830

Αγαπητοί συνάδελφοι,

**Το παρόν αφορά τους συμβεβλημένους με τον Ο.Π.Α.Δ. Ιατρούς.**

Το Δ.Σ. του Ι.Σ.Ι. αποφάσισε σε πρόσφατη συνεδρίασή του, σύμφωνα με την απόφαση της Συνόδου της Ολομέλειας των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της Χώρας και του Π.Ι.Σ., να καλέσει τα μέλη του που έχουν συμβληθεί με τον Ο.Π.Α.Δ. σε αγωνιστικές κινητοποιήσεις, προκειμένου να επιδιώξουν συλλογικά την άμεση καταβολή των οφειλόμενων ήδη από το Φεβρουάριο 2008 ιατρικών αμοιβών και την οριστική λύση στο χρονίζον πρόβλημα της αποπληρωμής των συμβεβλημένων με τον Ο.Π.Α.Δ. Ιατρών.

Στα πλαίσια αυτά αποφασίστηκε να κληθούν όλα τα μέλη του που έχουν συνάψει σύμβαση με τον Ο.Π.Α.Δ. και να εξουσιοδοτήσουν τον Πρόεδρο του Ι.Σ.Ι. να προβεί σε ομαδική καταγγελία των συμβάσεων των Ιατρών-μελών του με τον Ο.Π.Α.Δ.

Αποφασίστηκε ακόμα ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΠΑΝΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΕΡΓΙΑ ΣΤΙΣ 15 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2008. Η απεργία ως απόφαση του Π.Ι.Σ. είναι δεσμευτική για όλους τους Ιατρούς, ελευθεροεπαγγελματίες ή μισθωτούς στον Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα. Οι κινητοποιήσεις θα πραγματοποιηθούν ακόμη κι αν υπάρξει άμεση καταβολή από τον Ο.Π.Α.Δ. ενός ποσού «έναντι» του χρέους του.

Την ίδια ημέρα, 15.12.2008, στις 11:00 π.μ., καλούμε σε συνέλευση, στα γραφεία του συλλόγου, τους συμβεβλημένους με τον Ο.Π.Α.Δ. Ιατρούς για τη συλλογή των εξουσιοδοτήσεων προς τον Πρόεδρο του Ι.Σ.Ι., σύμφωνα με την απόφαση της Ολομέλειας και του Π.Ι.Σ., ώστε να προβεί σε ομαδική καταγγελία των συμβάσεων. Το σύνολο των εξουσιοδοτήσεων θα παραμείνει στους Ιατρικούς Συλλόγους εν αναμονή νέων αποφάσεων και οδηγιών του Π.Ι.Σ. ανάλογα με τις εξελίξεις.

Αποφασίστηκε ακόμα Συνολική Αναστολή των Ατομικών Συμβάσεων με τον Ο.Π.Α.Δ. από 1.1.2009

Σύμφωνα με την εισήγηση του Νομικού Συμβούλου του Π.Ι.Σ., η αναστολή αφορά τη διατήρηση της σχέσης των συμβεβλημένων Ιατρών με τον Ο.Π.Α.Δ., κατά τρόπο που να ικανοποιούνται αμφότερα τα μέλη της σύμβασης, χωρίς να παραβλάπτονται οι ασφαλισμένοι. Το μόνο σημείο που τροποποιείται αφορά τον τρόπο πληρωμής των δικαιούχων Ιατρών. Η τροποποίηση αυτή νομιμοποιείται από το γεγο-

νός ότι ο έτερος των συμβαλλομένων, που είναι ο Ο.Π.Α.Δ., δεν τηρεί βασική συμβατική υποχρέωση, που είναι η έγκαιρη απόδοση των οφειλόμενων ποσών στους δικαιούχους συμβεβλημένους Ιατρούς. Κατόπιν τούτων, από 1.1.2009, οι συμβεβλημένοι με τον Ο.Π.Α.Δ. Ιατροί θα λειτουργούν ως εξής:

1. Θα δέχονται κανονικά τους ασφαλισμένους στον Ο.Π.Α.Δ. ασθενείς, προς τους οποίους θα παρέχουν τις απαιτούμενες ιατρικές υπηρεσίες.
2. Θα αναγράφουν στις εντολές των βιβλιαρίων περίθαλψης του Ο.Π.Α.Δ. το χαρακτηρισμό της επίσκεψης (πρώτη, δεύτερη, στο ιατρείο, στο σπίτι κλπ.), σύμφωνα με τον κανονισμό περίθαλψης του Ο.Π.Α.Δ., και θα επιδίδουν στον ασφαλισμένο Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, σύμφωνα με το ισχύον κρατικό τιμολόγιο, εισπράττοντας από τον ίδιο τον ασφαλισμένο το αντίστοιχο ποσό, χωρίς να αποκόπτουν την εντολή. Ο ασφαλισμένος θα αποζημιώνεται για τη δαπάνη από τον Ο.Π.Α.Δ., προσκομίζοντας την Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών του Ιατρού και την εντολή που θα παραμένει στο βιβλιάριό του.
3. Κατά τον ίδιο τρόπο θα αναγράφονται οι συνταγές φαρμάκων, τα παραπεμπτικά των παρακλινικών εξετάσεων, οι εντολές των ιατρικών πράξεων και οι διατακτικές δαπάνες παραϊατρικών υλικών.
4. Ωσαύτως οι συμβεβλημένοι εργαστηριακοί Ιατροί, καθώς και οι εκτελούντες ιατρικές πράξεις κλινικοί Ιατροί, θα εισπράττουν από τους ασθενείς το αντίτιμο των εξετάσεων και των πράξεων που διενήργησαν, σύμφωνα με το ισχύον κρατικό τιμολόγιο, και θα αποδίδουν Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών.

### ΤΡΟΠΟΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

1. ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΩΣ ΣΤΗ Δ/ΝΣΗ: ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Γ. Παπανδρέου 2, Κτίριο Β, 45 444, Ιωάννινα.
2. ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΣΤΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΤΟΥ Ι.Σ.Ι. ΑΠΟ ΔΕΥΤΕΡΑ ΕΩΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ ΩΡΕΣ: ΑΠΟ 11.00 ΕΩΣ 13.00, ΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΩΣ Ή ΜΕΣΩ ΤΡΙΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ.
3. ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΣΤΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΤΟΥ Ι.Σ.Ι. ΤΗ ΔΕΥΤΕΡΑ 15.12.2008.
4. Η ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΣ ΘΑ ΦΕΡΕΙ ΤΗΝ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΤΟΥ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΟΥΝΤΟΣ.
5. ΠΕΡΑΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΕΩΝ: 31.12.2008.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

**Ο Πρόεδρος  
Καρέντζος Κων/νος**

**Η Γραμματέας  
Τσιάρα Σταυρούλα**

ΕΝΩΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ-Ε.Ι.Ν.Η.

## Η ΚΛΑΔΙΚΗ ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ-ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ

Δ/ση: ΠΓΝΙ-(Λ. Πανεπιστημίου-45500)  
Τηλ.: 2651099519  
FAX: 2651040756  
Email: einh@otenet.gr

Τάκης Νικολόπουλος  
Πρόεδρος Δ.Σ. Ε.Ι.Ν.Η.

Την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές ολοκληρώνεται το τελικό κείμενο της κλαδικής συμφωνίας μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και της Διαπραγματευτικής Ομάδας της ΟΕΝΓΕ.

Η συμφωνία αυτή περιλαμβάνει ρυθμίσεις σε τρεις τομείς:

1. Εργασιακό: 7ωρο σταθερό πρωινό ωράριο, ρεπό μετά από κάθε ενεργό εφημερία, εισαγωγικός βαθμός στο ΕΣΥ, αυτός του Επιμελητή Β΄ και εξέλιξη βάσει αξιολόγησης έως τη βαθμίδα του Διευθυντή.

2. Εφημεριακό: Πρόσληψη 2.000 ειδικευόμενων και Επιμελητών Β΄ το 2009 και 2.500 το 2010, κατά προτεραιότητα στα ΤΕΠ και τα τμήματα των νοσοκομείων με 1 ή 2 γιατρούς. Στόχος είναι να ολοκληρωθούν οι προσλήψεις το Α΄ εξάμηνο του 2009, ώστε κατά το Β΄ εξάμηνο να μην εκτελούν οι γιατροί περισσότερες από 7-8 εφημερίες το μήνα.

Συγκρότηση Επιτροπών κρίσης ανά Νοσοκομείο-Αυτοτελής ειδική φορολόγηση των εφημεριών παντός τύπου και του επιδόματος εφημέρευσης των Δ/ντών Α΄ ζώνης.

Λειτουργία κοινής επιτροπής Υπουργείου-Νοσοκομειακών γιατρών για τις προτεραιότητες ως προς την προκήρυξη των θέσεων και τον καθορισμό προτύπων εφημέρευσης των Νοσοκομείων για τον εξορθολογισμό του αριθμού των εφημερευόντων και την κατάργηση του «δουλοκτητικού» καθεστώτος των εφημεριών ετοιμότητας στα μικρά νοσοκομεία.

3. Οικονομικό: Αυξήσεις στους βασικούς μισθούς (ειδικευόμενος 210€ και 90€ στο Νοσοκομειακό επίδομα, Επιμελητής Β΄ 300€, Επιμελητής Α΄ 360€, Διευθυντής 420€), με ό,τι αυτό συνεπάγεται, και χρονοεπίδομα.

Συγκρότηση κοινής επιτροπής μισθολογίου Υπουργείου-ΟΕΝΓΕ ώστε να εφαρμοστεί από το 2010 το νέο αναμορφωμένο Ιατρικό μισθολόγιο.

Η αποτίμηση της συγκεκριμένης συμφωνίας έχει προφανώς δύο πλευρές.

Η μία είναι το κατά πόσο οι συγκεκριμένες ρυθμίσεις βελτιώνουν την εργασιακή και οικονομική θέση των νοσοκομειακών

γιατρών. Ακόμη και η συντριπτική πλειοψηφία των συναδέλφων που εκφράστηκε πανελλαδικά μέσα από τις Γ.Σ. που κρίνει ότι οι ρυθμίσεις αυτές είναι σε θετική κατεύθυνση, γνωρίζει ότι αίρουν μόνο ένα μέρος των αδικιών που έχουν υποστεί έως σήμερα.

Η αναπλήρωση των μισθολογικών απωλειών της τελευταίας 15ετίας, που κατά το Συνέδριο της ΟΕΝΓΕ αποκαθίσταται στο όριο των 1.600€, στις καθαρές τακτικές αποδοχές των ειδικευόμενων γιατρών και αναλογικά στις υπόλοιπες βαθμίδες, η μία εφημερία την εβδομάδα και η αμοιβή της ως υπερωριακή απασχόληση, σύμφωνα με τα ισχύοντα στους δημοσίους υπαλλήλους, είναι ασφαλώς ο επόμενος στόχος προς διεκδίκηση.

Η άλλη πλευρά είναι η πολιτική. Ας θυμηθούμε ότι η κινητοποίηση των Νοσοκομειακών γιατρών άρχισε και αναπτύχθηκε δυναμικά τον τελευταίο ενάμιση περίπου χρόνο, κατάφερε και συσπείρωσε την συντριπτική πλειοψηφία των νοσοκομειακών γιατρών παρά την πολυμορφία τους, ανέτρεψε τις αρχικές κυβερνητικές επιλογές που οδηγούσαν σε περαιτέρω επιδείνωση της θέσης τους αλλά και απαξίωση των δημόσιων νοσοκομείων μέσω του διαβόητου «επιδόματος εφημέρευσης», ακύρωσε τις προσπάθειες παγίδευσης των Νοσοκομειακών γιατρών που μεθόδευε η «πλειοψηφία Αβραμόπουλου» στην Ομοσπονδία. Από αυτή, λοιπόν, την πλευρά, η συμφωνία αποτελεί μια πρώτη νίκη για τους Νοσοκομειακούς γιατρούς, δεν αποτελεί όμως «συγχωροχάρτι» για όσους έως σήμερα την πολέμησαν.

Τέλος, και αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, παρ' ό,τι «όπλο αιχμής» ήταν στις κινητοποιήσεις μας το αίτημα για την εφαρμογή του «μέγιστου χρόνου εβδομαδιαίας εργασίας 48/56 ωρών» που προβλέπουν οι σχετικές οδηγίες της Ε.Ε. και τα αντίστοιχα Π.Δ. που τις ενέταξαν στο εθνικό δίκαιο, η κλαδική συμφωνία αποτρέπει τις οδυνηρές ρυθμίσεις που θα μπορούσαν να γίνουν με βάση τις οδηγίες αυτές (κυκλικό ωράριο-ατομικές συμβάσεις-ελαστικές σχέσεις εργασίας) και ουσιαστικά μας απεμπλέκει στο εξής από αυτές.

Αναμφίβολα, η τήρηση της συμφωνίας, ακόμα και μετά την κύρωσή της από τη Βουλή, απαιτεί την ετοιμότητα και την κινητοποίησή μας στο άμεσο μέλλον. Είναι όμως βέβαιο ότι θα ανοίξει και πολλές σημαντικές πτυχές οργάνωσης και λειτουργίας του δημόσιου συστήματος υγείας (ΤΕΠ, σύνθεση Πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας υγείας, εκπαίδευση των νέων γιατρών κ.ά.), όπου όχι μόνο οι νοσοκομειακοί γιατροί, αλλά το σύνολο των υγειονομικών, αλλά και των κοινωνικών φορέων, θα πρέπει να έχουν λόγο.

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ Π.Δ.

ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΩΣ ΕΠΕΙΓΟΝ  
Αθήνα, 11.9.2008  
Αριθ. Πρωτ. Φ. 80000/19219/1747

ΠΡΟΣ: 1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ  
Δ/νση Φαρμακευτική  
Αγ. Κων/νου 16-18  
Αθήνα 102 41  
2. ΟΓΑ  
Κλάδος ΙΑ Φαρμακευτικής Περιθαλψης  
Αβέρωφ 7  
Αθήνα 106 77  
3. ΟΑΕΕ  
Δ/νση Παροχών  
Αγ. Κων/νου 5  
Αθήνα 104 32  
4. Λοιπούς Φορείς και Κλάδους Ασθένειας

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

Σας γνωρίζουμε ότι στο ΦΕΚ 183/3.9.2008, τεύχος Α', δημοσιεύθηκε το Π.Δ. 121/1.9.08 «Καθορισμός των υποχρεώσεων των ασφαλιστικών οργανισμών, των θεραπόντων και ελεγκτών ιατρών, των φαρμακοποιών, καθώς και των σχετικών κυρώσεων» και παρακαλούμε να προβείτε σε άμεση ενημέρωση τόσο των αρμοδίων υπηρεσιών σας, διοικητικών και υγειονομικών, όσο και των συνεργαζομένων με οποιαδήποτε σχέση με το φορέα σας γιατρών, ελεγκτών γιατρών και φαρμακοποιών, κατά την παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους σας, για την ορθή εφαρμογή των ρυθμίσεων του εν λόγω Π.Δ. Με το διάταγμα επιχειρείται η συνολική ρύθμιση των υποχρεώσεων των ασφαλιστικών οργανισμών, των θεραπόντων και ελεγκτών γιατρών και των φαρμακοποιών, καθώς και των κυρώσεων σε περίπτωση μη τήρησης των υποχρεώσεών τους, με την ενσωμάτωση σε ενιαίο κείμε-

νο των ρυθμίσεων του Π.Δ. 67/2000, όπως ίσχυε μετά τις τροποποιήσεις.

Ειδικότερα, επισημαίνουμε ότι: α) στο άρθρο 2, που αφορά στις υποχρεώσεις των θεραπόντων ιατρών, θεσπίζονται για πρώτη φορά κυρώσεις και για τους γιατρούς σε περίπτωση μη τήρησης των προβλεπόμενων υποχρεώσεών τους, και β) στο άρθρο 4, που αφορά στις υποχρεώσεις των φαρμακοποιών, αναφέρεται ρητά ότι ορίζονται τα στοιχεία που περιλαμβάνει η συνταγή προκειμένου να είναι «κανονικώς εκδοθείσα συνταγή», ώστε η αξία της να εξοφλείται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Στην περίπτωση προχορήγησης των φαρμάκων, οι ταινίες γνησιότητας φυλάσσονται εντός του ειδικού βιβλίου σε ειδική θέση (ζελατίνα). Αναπροσαρμόσθηκαν τα επιβαλλόμενα πρόστιμα στους φαρμακοποιούς που δεν τηρούν τις προβλεπόμενες υποχρεώσεις τους και ανάλογα με τη συχνότητα και τη βαρύτητα αυτής (σύσταση, πρόστιμο από 1% έως 30% επί της αξίας των συνταγών του προηγούμενου της παράβασης μήνα, πρόσκαιρο από 2-6 μήνες αποκλεισμό του φαρμακείου από την εκτέλεση συνταγών κλπ.). Επίσης, προβλέπεται ότι μετά την επιβολή κυρώσεων, ο φαρμακοποιός υποβάλλει εγγράφως και μέσα σε 10 ημέρες τις αντιρρήσεις-εξηγήσεις του. Εντός δε προθεσμίας 30 ημερών από της κοινοποίησης της απόφασης, ο φαρμακοποιός μπορεί να ασκήσει προσφυγή ενώπιον του Διοικητή του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή του Δ.Σ. του φορέα.

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

Συν. 1 ΦΕΚ

**Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ  
ΔΗΜ. ΜΑΜΜΩΝΑΣ**

### Εσωτερική Διανομή

1. Γραφείο κ. Υπουργού  
Επί εγγρ. 6135/13.8.08
2. Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα
3. ΥΠΕΔΥΦΚΑ  
Δ/νση Κεντρικής Υπηρεσίας (1 ΦΕΚ)  
Δ/νση Περιφέρειας Αττικής (1 ΦΕΚ)
4. Δ/νση Ασφαλ. Ασθένειας & Μητρότητας  
Τμήμα Α' & Β'

## ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ της Συνεδρίασεως του Δ.Σ. του Τ.Σ.Α.Υ. της 18/6/2008. Προεδρία κ. Σπ. Κωστάκη

### ΘΕΜΑ 8ο

# ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΜΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΡΙΘ. 601

Ο κ. Πρόεδρος, σε συνέχεια των αποφάσεων του Δ.Σ. αριθ. 214/20.2.08 και 409/16.4.08, επανέφερε προς συζήτηση το θέμα της ασφάλισης των υγειονομικών από τη λήψη του πτυχίου τους και για περιόδους που δεν αποδεικνύουν άσκηση του επαγγέλματος.

Στη συνέχεια, τα μέλη του Δ.Σ., έχοντας υπόψη την επιχειρηματολογία που ανέπτυξαν στις δύο προαναφερόμενες συνεδριάσεις αναφορικά με το ανωτέρω θέμα, συμφώνησαν την υιοθέτηση του παρακάτω κειμένου:

1) Υγειονομικοί (ιατροί, οδ/ροι, φαρ/ποιοί, κτηνίατροι), ασφαλιζόμενοι μετά την 1/1/1993 (Ν.Α.), δύνανται να ασφαλισθούν στο Τ.Σ.Α.Υ. για μια διετία, χωρίς να είναι απαραίτητο να αποδεικνύουν άσκηση επαγγέλματος, εφόσον συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

α) Να είναι εγγεγραμμένοι στον οικείο Υγειονομικό Σύλλογο.  
β) Να μην έχουν τραπέι σε άλλο επάγγελμα.

Η ασφάλιση των υγειονομικών που υπάγονται σ' αυτήν την κατηγορία δεν είναι δυνατόν να υπερβεί τα δύο (2) έτη και διακόπτεται όταν ο υγειονομικός αρχίσει να ασκεί καθοιονδήποτε τρόπο το επάγγελμα του υγειονομικού ή έχει στραφεί σε άλλο επάγγελμα.

Για όσους υγειονομικούς προβλέπεται λήψη ειδικότητας, ο χρόνος ασφάλισης επεκτείνεται και στα τυχόν μεσοδιαστήματα που παρεμβάλλονται μέχρι την τοποθέτησή τους για λήψη κύριας ειδικότητας.

Απαιτούμενα δικαιολογητικά για την έναρξη ασφάλισης κατά τα ανωτέρω είναι:

α) Υποβολή αίτησης στο Ταμείο.

β) Πρωτόκολλο αίτησης για έναρξη ειδικότητας από το Υπουργείο Υγείας.

γ) Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχουν τραπέι σε άλλο επάγγελμα. Για την κατά τα ανωτέρω συνέχιση της ασφάλισής του, ο υγειονομικός υποχρεούται να υποβάλλει κάθε έτος το εκκαθαριστικό της δήλωσης φόρου εισοδήματος του προηγούμενου έτους και υπεύθυνη δήλωση για το τρέχον έτος, με την οποία θα δηλώνει ότι δεν έχουν μεταβληθεί οι όροι της ασφάλισής του.

Το δικαίωμα ασφάλισης άρχεται από την υποβολή της αίτησης, η οποία είναι αμετάκλητη.

Ο ασφαλισμένος υποχρεούται να καταβάλει τις εισφορές του ελευθέρως ασκούντος το επάγγελμα υγειονομικού, όπως ισχύει κάθε φορά, και να καταβάλει τις εισφορές της πρώτης ασφαλιστικής κατηγορίας, εκτός εάν με αίτησή του επιλέξει άλλη ασφαλιστική κατηγορία.

Μετά τα ανωτέρω, το Δ.Σ.

Αποφασίζει ομόφωνα:

1) Υγειονομικοί (ιατροί, οδ/ροι, φαρ/ποιοί, κτηνίατροι), ασφαλιζόμενοι μετά την 1/1/1993 (Ν.Α.), δύνανται να ασφαλισθούν στο Τ.Σ.Α.Υ. για μια διετία, χωρίς να είναι απαραίτητο να αποδεικνύουν άσκηση επαγγέλματος, εφόσον συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

α) Να είναι εγγεγραμμένοι στον οικείο Υγειονομικό Σύλλογο.

β) Να μην έχουν τραπέι σε άλλο επάγγελμα.

Η ασφάλιση των υγειονομικών που υπάγονται σ' αυτήν την κατηγορία δεν είναι δυνατόν να υπερβεί τα δύο (2) έτη και διακόπτεται όταν ο υγειονομικός αρχίσει να ασκεί καθοιονδήποτε τρόπο το επάγγελμα του υγειονομικού ή έχει στραφεί σε άλλο επάγγελμα.

Για όσους υγειονομικούς προβλέπεται λήψη ειδικότητας, ο χρόνος ασφάλισης επεκτείνεται και στα τυχόν μεσοδιαστήματα που παρεμβάλλονται μέχρι την τοποθέτησή τους για λήψη κύριας ειδικότητας.

Απαιτούμενα δικαιολογητικά για την έναρξη ασφάλισης κατά τα ανωτέρω είναι:

α) Υποβολή αίτησης στο Ταμείο.

β) Πρωτόκολλο αίτησης για έναρξη ειδικότητας από το Υπουργείο Υγείας.

γ) Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχουν τραπέι σε άλλο επάγγελμα. Για την κατά τα ανωτέρω συνέχιση της ασφάλισής του, ο υγειονομικός υποχρεούται να υποβάλλει κάθε έτος το εκκαθαριστικό της δήλωσης φόρου εισοδήματος του προηγούμενου έτους και υπεύθυνη δήλωση για το τρέχον έτος, με την οποία θα δηλώνει ότι δεν έχουν μεταβληθεί οι όροι της ασφάλισής του.

Το δικαίωμα ασφάλισης άρχεται από την υποβολή της αίτησης, η οποία είναι αμετάκλητη.

Ο ασφαλισμένος υποχρεούται να καταβάλει τις εισφορές του ελευθέρως ασκούντος το επάγγελμα υγειονομικού, όπως ισχύει κάθε φορά, και να καταβάλει τις εισφορές της πρώτης ασφαλιστικής κατηγορίας, εκτός εάν με αίτησή του επιλέξει άλλη ασφαλιστική κατηγορία.

2) Η Υπηρεσία εντέλλεται για τις σχετικές ενέργειες.

Ακριβές απόσπασμα  
Αθήνα 11/8/08

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Δ.Σ.  
Ε. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ**

## ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

Ιωάννινα, 05-11-2008  
Αριθ. Πρωτ. 1673

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Ο Ιατρικός Σύλλογος Ιωαννίνων, στις 29-10-2008, πραγματοποίησε εκτάκτως συνάντηση των ιατρών που διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία στην πόλη των Ιωαννίνων, με κύριο θέμα την καθυστέρηση πληρωμής των δεδουλευμένων από τον ΟΠΑΔ.

Αφού έγινε ενημέρωση για την καθυστέρηση της πληρωμής, η οποία ανέρχεται στους 10 μήνες, ακολούθησε συζήτηση και κατάθεση προτάσεων από αρκετούς παρευρισκομένους.

Τονίστηκε ότι, σε επικοινωνία του Προέδρου του Συλλόγου μας, κ. Κ. Καρέντζου, με τον οικονομικό υπεύθυνο του ΟΠΑΔ, αναφέρθηκε ότι έχουν εκταμιευθεί χρήματα μέχρι και τον Μάρτιο του 2008, όμως η συνεχιζόμενη καθυστέρηση της καταβολής των δεδουλευμένων αποδόθηκε στην απεργία των εργαζομένων του ΟΠΑΔ, η οποία και εξακολουθεί.

Μετά το πέρας των τοποθετήσεων, αποφασίσθηκαν τα παρακάτω:

1. Αναστολή της λειτουργίας των Ιδιωτικών ιατρείων για 24 ώρες, στις 21 Νοεμβρίου 2008.
2. Συγκέντρωση-Διαμαρτυρία στο Διοικητήριο της Νομαρχίας,

στις 11.00 το πρωί την ίδια μέρα, και συμβολική κατάληψη του Γραφείου του ΟΠΑΔ.

3. Να γίνει ενημέρωση του κοινού με συνέντευξη Τύπου και παρουσίαση στα Μ.Μ.Ε.

4. Ενημέρωση-Συντονισμός για κοινή δράση με τους άλλους Ιατρικούς Συλλόγους.

5. Ενημέρωση των Συνδικαλιστικών Οργανώσεων των Δημοσίων Υπαλλήλων για το πρόβλημα.

6. Ενημέρωση Τοπικών Αρχών και εκπροσώπων του Νομού Ιωαννίνων στο Κοινοβούλιο.

7. Διαμαρτυρία στα αρμόδια Υπουργεία.

8. Εφ' όσον δεν λυθεί άμεσα το θέμα, θα αναγκαστούμε να προχωρήσουμε σε αναστολή της παροχής ιατρικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ από τον επόμενο μήνα.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΚΩΝ/ΝΟΣ ΚΑΡΕΝΤΖΟΣ**

**Κοιν/ση:** Π.Ι.Σ.-Υπουργείο Οικονομικών-Υπουργείο Υγείας-ΟΠΑΔ-Βουλευτές Ν. Ιωαννίνων-ΜΜΕ και Τοπικό Τύπο-ΑΔΕΔΥ-ΓΣΕΕ-Νομαρχία Ιωαννίνων-Δημοτικές Αρχές Νομού Ιωαννίνων-Νοσοκομεία Ιωαννίνων-Ενώσεις Εργαζομένων Νοσοκομείων Ιωαννίνων-ΕΙΝΗ.

## ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

Αθήνα 9.10.08  
Αριθμ. Πρωτ. 2604  
Αριθμ. Εγκυκλίου: 56

Αγαπητέ κύριε Πρόεδρε,

Σας διαβιβάζουμε τα εξής έγγραφα του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοιν. Προστασίας, Γεν. Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1) με αριθμ. πρωτ. Φ.42000/23209/2428/7.9.2008 με θέμα: Σχετικά με το νέο έντυπο συνταγής χορήγησης φαρμάκων και 2) αριθμ. πρωτ. Φ.80000/19219/1747 με θέμα: Ανακοίνωση δημοσίευσης Π.Δ. 121 «Καθορισμός των υποχρεώσεων των ασφα-

λιστικών οργανισμών, των θεραπόντων και ελεγκτών ιατρών και των φαρμακοποιών, καθώς και των σχετικών κυρώσεων». Παρακαλείσθε κύριε Πρόεδρε να ενημερώσετε όλα τα μέλη σας ώστε να γνωρίζουν τις υποχρεώσεις τους κάνοντας σύμβαση με τα Διάφορα Ταμεία.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

**Ο Πρόεδρος  
Δρ. Εμμανουήλ Καλοκαιρινός**

**Ο Γεν. Γραμματέας  
Δρ. Σταμάτιος Πίνης**

## ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΕΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΤΑΓΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Αθήνα, 11/9/2008  
Αριθ. Πρωτ: Φ. 42000/23209/2428

ΠΡΟΣ: 1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Δ/νση Φαρμακευτική

Αγ. Κων/νου 16-18

Αθήνα 102 41

2. ΟΓΑ

Κλάδος ΙΑ Φαρμακευτικής Περιθαλψης

Κλάδος Υγείας

Αβέρωφ 7

Αθήνα 106 77

3. ΟΑΕΕ

Δ/νση Παροχών

(Επί εγγρ. ΔΙΠΑΣΘ/φ85/181/08)

Αγ. Κων/νου 5 Αθήνα

104 32

4. Λοιπούς Φορείς και Κλάδους Ασθένειας

ΚΟΙΝ: 1. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο

Πειραιώς 134 Αθήνα 118 54

2. Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής

Μυλλέρου 1 & Αγησιλάου Αθήνα

3. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Πλουτάρχου 3 Αθήνα 106 75

4. ΟΠΑΔ

Μακεδονίας 8 Αθήνα

5. Οίκος Ναύτου

Δ/νση Φαρμ/κής

Κων/νου Παλαιολόγου 15

Πειραιάς 185 35

ΘΕΜΑ: Σχετικά με το νέο έντυπο συνταγής χορήγησης φαρμάκων.

ΣΧΕΤ. Το αριθ. Φ.42000/23689/2541/9.10.2007 έγγραφό μας.

Σας γνωρίζουμε ότι στο ΦΕΚ 1467/25.7.2008 τεύχος Β' δημοσιεύθηκε η κ.υ.α. Φ.42000/οικ. 30285/3116/08, σύμφωνα με την οποία στο ενιαίο έντυπο συνταγής χορήγησης φαρμάκων σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών οργανισμών που θεσπίστηκε με το Π.Δ 88/1998 επέρχονται ορισμένες τροποποιήσεις-συμπληρώσεις στοιχείων, τα οποία είναι αναγκαία για την μηχανογραφική του επεξεργασία (πεδία με barcode), με σκοπό τον έλεγχο των συνταγών, τη συλλογή στατιστικών στοιχείων, την απεικόνιση της εικόνας του ασθενούς-ασφαλισμένου, την ορθολογική και τεκμηριωμένη συνταγογράφηση, τη συγκέντρωση και κα-

ταγραφή τους για την είσπραξη των ποσών-εκπτώσεων από τις φαρμακευτικές εταιρείες κλπ.

Ειδικότερα: α) καθορίζονται νέες διαστάσεις της συνταγής, ήτοι, ύψος 16,5 εκ. και 21,5 εκ. πλάτος με προέκταση του πλάτους των φύλλων στα αριστερά 1,5-2,0 εκ. για τη συρραφή τους σε μπλοκ και σε 1,5-2,0 εκ. στα δεξιά. Επίσης, στη δεξιά πλευρά μπορεί να τεθεί ιριδίζουσα ταινία για την ασφάλεια και τη γνησιότητα του εντύπου.

β) Επιπλέον, σε κάθε συνταγή αναγράφονται υποχρεωτικά, εκτός από τα στοιχεία που προβλέπονται στο Π.Δ. 88/98 πεδίο για τον αριθμό συνταγολογίου (barcode) με τη μορφή γραμμωτού κώδικα και, κάτω από τον ΑΜΑ, ο ΑΜΚΑ. Επίσης, πεδία με τις ενδείξεις για «Επαναλαμβανόμενη συνταγή» για την χρόνια πάθηση και τη θεραπεία αυτής. Ακόμη, υπάρχει πεδίο με την ένδειξη «ΕΚΑΣ» για τη μειωμένη συμμετοχή.

γ) Εισάγεται πεδίο με «κωδικό νόσου» κάτω από το πεδίο «διάγνωση» και αναγράφονται επί της συνταγής αναλυτικά η ποσότητα και τα ποσοστά συμμετοχής και υπογραφή γιατρού.

Η εν λόγω κ.υ.α. εκδόθηκε κατ' εξουσιοδότηση της παρ. 12 του άρθρου 59 του Ν. 3518/06 και τούτο επειδή, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, το έντυπο της συνταγής αφενός πρέπει να επιδέχεται μηχανογραφική επεξεργασία και αφετέρου επί του σώματος αυτής να αναγράφεται ο ΑΜΚΑ, γιατί από 1.6.2009 και εφεξής καμιά παροχή δεν μπορεί να εισπραχθεί αν δεν αναγράφεται ο ΑΜΚΑ επί των αντίστοιχων παραστατικών (άρθρο 153 Ν. 3655/08).

Κατόπιν των ανωτέρω, παρακαλούνται οι αρμόδιες υπηρεσίες των φορέων σας να προβούν στις απαραίτητες ενέργειες για την έκδοση των νέων εντύπων συνταγολογίου και την διάθεσή τους στους ασφαλισμένους σας. Εξυπακούεται ότι τυχόν αποθέματα συνταγολογίων μπορούν να διατίθενται μέχρι την έκδοση των συνταγολογίων νέου τύπου, λαμβάνοντας όμως υπόψη σας την υποχρέωση αναγραφής του ΑΜΚΑ.

Συν. 1 ΦΕΚ

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΔΗΜ. ΜΑΜΜΩΝΑΣ

Εσωτερική Διανομή

1. Γραφείο κ Υπουργού

2. Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα

3. ΥΠΕΔΥΦΚΑ

Δ/νση Κεντρικής Υπηρεσίας (1 ΦΕΚ)

Δ/νση Περιφέρειας Αττικής (1 ΦΕΚ)

4. Δ/νση Ασφάλ. Ασθένειας & Μητρότητας

Τμήμα Α' & Β'

## ΦΑΡΜΑΚΑ ΜΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΕΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΣΧΕΤΙΚΑ: Η ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. Φ.80000/20177/2221/3.9.200

### 7 ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΕΟΦ

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

ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΩΣ ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα, 20/6/2008  
Αριθ. Πρωτ.: Φ. 42000/15995/1456

ΠΡΟΣ:

1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ  
Δ/νση Φαρμακευτική
2. ΟΓΑ  
Κλάδος ΙΑ Φαρμακευτικής Περιθαλψης
3. ΟΑΕΕ  
Δ/νση Υγειονομικού
4. Λοιπούς Φορείς και Κλάδους Ασθένειας

- ΚΟΙΝ: 1. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο  
2. Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής  
3. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο  
4. ΟΠΑΔ  
5. ΕΟΦ  
6. Οίκος Ναύτου  
Δ/νση Φαρμ/κής  
7. Φαρμακευτικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης  
Εθν. Αντίστασης 173-175  
8. Φαρμακευτικό Σύλλογο Μεσσηνίας  
9. Φαρμακευτικό Σύλλογο Λακωνίας

Ως γνωστό, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3457/2006 (Α' 93), οι ασφαλιστικοί οργανισμοί καταβάλλουν τη δαπάνη για όλα τα νομίμως κυκλοφορούντα στη χώρα φάρμακα για τα οποία υπάρχει έγκριση να χορηγούνται με ιατρική συνταγή και αποκλειστικά και μόνο για τις εγκεκριμένες ενδείξεις και δοσολογία, όπως αυτά προκύπτουν από την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος (ΠΧΠ-SPC), με ευθύνη του συνταγογράφου γιατρού.

Δεν καλύπτουν τη δαπάνη των φαρμάκων (παρ. 2 άρθρου 1), των οποίων η άδεια ορίζει ότι χορηγούνται και χωρίς ιατρική συνταγή, καθώς και για τις συγκεκριμένες ενδείξεις που καθορίστηκαν με την Κ.Υ.Α. Αριθ. ΔΥΓ3α/ΓΠ 84921/2.7.2007 (Β' 1229), μετά από σχετική απόφαση του ΚΕΣΥ. Κατ' εξαίρεση, η δαπάνη των φαρμάκων που εμπίπτουν στη δεύτερη περίπτωση καλύπτεται όταν αυτά χορηγούνται λόγω της συνύπαρξης παθήσεων εγκεκριμένων ενδείξεων, κατόπιν σχετικής

αιτιολογημένης γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού.

Ο ΕΟΦ, με το αριθ. πρωτ. 38945/11.6.08 έγγραφό του, αντίγραφο επισυνάπτεται, κατ' εφαρμογή των αναφερομένων στην παρ. γ' της παραπάνω κ.υ.α., μας γνώρισε τα εγκεκριμένα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που έχουν ενδείξεις σύμφωνα με τα ανωτέρω. Τα εν λόγω ιδιοσκευάσματα σε όλες τις μορφές, περιεκτικότητες και συσκευασίες δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Ειδικότερα:

#### **Ενδείξεις για τις οποίες η δαπάνη φαρμάκων δεν καλύπτεται από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς**

Τα παρακάτω ιδιοσκευάσματα σε όλες τις μορφές, περιεκτικότητες και συσκευασίες.

#### Ανδρογενετικού Τύπου Αλωπεκία

Axelan  
Botafex  
Ebersedin  
Hairway  
Lotorin  
Minodril  
Minoxidil/Target  
Neo Pruristam  
Nherea  
Oxofenil  
Regaine  
Vius  
Pervil (F.C. Tab 1mg/Tab)  
Propecia (F.C. Tab 1mg/Tab)

#### Στυτική Δυσλειτουργία

Caverject  
Cialis  
Levitra  
Muse  
Viagra  
Vivanza  
Βιταμινοθεραπεία από του Στόματος για Τόνωση ή Υποκατάσταση Βιταμινών  
Additiva Vitamin C  
Arcalion  
Besix  
Betrimine  
Ephynal  
Evaton B12  
Eviol  
Eviol-A  
Farasin  
Issobevit  
Nectadon-C  
Neo-Sarkol

Neurobion  
Pharmaton Geriatric  
Phosphovitam Fort  
Sopalamin-3b  
Triforte  
Triplovit  
Trivimine  
Upsaton  
Vicef  
Vioneurin-6  
Vitorange

Παχυσαρκία (μη συνοδευόμενη από σχετικούς παράγοντες κινδύνου)

Acomplia  
Reductil  
Xenical

Δερματική Γήρανση ή Ρυτίδες Δέρματος

Vistabel

Κοινές Στοματίτιδες-Άφθες

Aftaid (Mouth Past 5% W/W)  
Betadine (Sol.Ga.M.W. 1%)  
Drapix (Sol.Ga.M.W. 1%)  
Evinolut (Sol.Ga.M.W. 1%)  
Lysopaine-N (Subl.Tab 20+10 Mg/Tab)  
Mundisal (Gel.Or.Top 8,71%+0,01%)  
Oxisept (Or.T.Sol 1% W/V)  
Povidine (Gargle 1%)  
Pyravex (Or.T.Sol. 1%+5% W/V)  
Riposon (Mouth Wash 0,5mg/1ml)  
Riposon (Loz 5mg/Loz)  
Solu-Ket (Mouth Wash 1,6% W/V)  
Strepsils Plus (0,58+1,16+1,56) Mg/D  
Unisept (Sol.Ga.Mw 10%)

Ορμονική Αντισύλληψη για Συστηματική Χρήση

Cerazette  
Cilest  
Gracial  
Harmonette  
Laurina  
Liofora  
Loette  
Meliane  
Mercilon  
Minesse  
Minulet  
Mirena  
Norlevo  
Novynette  
Postinor  
Regulon  
Rigevidon  
Tri-Minulet  
Trigynera  
Triregol  
Yasmin  
Yasminelle  
Φλεβική Ανεπάρκεια των Κάτω Ακρών  
Abanifan  
Antican  
Bioflewin  
Cidoston  
Daflon  
Diosmine/Vocate  
Diosper  
Dispedrol  
Flevion  
Flevostol

Gamophen  
Mecaton  
Noxarel/Genepharm  
Oflazet  
Pelethrocin  
Radiavit  
Rioven  
Roxydral  
Smudal  
Venoruton  
Venosman

Αντιμετώπιση των Συμπτωμάτων Εξάρτησης από τη Νικοτίνη

Camryn  
Cavalor  
Champix  
Zyban  
Nicopatch (Tts 21mg/24 Hours)  
Nicorette (Chw.Tab 4mg/Tab)  
Nicorette (Inhalat 10mg/Unit)  
Nicorette (Nas. Spray 500mcg/Dose)  
Nicorette Microtab (Subl. Tab 4mg/Tab)  
Nicorette Mint (Chw Tab 4mg/Tab)  
Nicorette Freshmint (Chw Tab 4mg/Tab)  
Nicotinell Fruit (Chw.Tab 4mg/Tab)  
Nicotinell Liquorice (Chw.Tab 4mg/Tab)  
Nicotinell Mint (Chw.Tab 4mg/Tab)  
Niquitin Clear (Tts 21mg/24 Hrs)

Κρίνεται σκόπιμο πάντως να σας επισημάνουμε ότι, κατ' εφαρμογή των ανωτέρω, η κοινωνική ασφάλιση δεν αποζημιώνει ενδείξεις φαρμάκων και όχι καθαυτά τα φάρμακα. Επομένως, είναι σαφές ότι σε κάθε άλλη εγκεκριμένη ένδειξη, όπως αυτή περιγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, πλην των αναφερομένων στη σχετική κοινή υπουργική απόφαση, θα αποζημιώνεται από την κοινωνική ασφάλιση, π.χ. παχυσαρκία συνοδευόμενη από σχετικούς παράγοντες κινδύνου, όπως δυσλιπιδαιμία και διαβήτη τύπου 2 (Acomplia, Reductil). Στην περίπτωση αυτή, η συνταγή θα συνοδεύεται από αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού, ο οποίος θα έχει και την ευθύνη των αναγραφόμενων (άρθρο 8, παρ. 4 του Ν. 3457/06).

Μετά τα παραπάνω, παρακαλούμε να προβείτε σε άμεση ενημέρωση των αρμοδίων υπηρεσιών σας, διοικητικών και υγειονομικών, καθώς και των συνεργαζόμενων με οποιαδήποτε σχέση με το φορέα σας ιατρών-ελεγκτών ιατρών-φαρμακοποιών για την πιστή εφαρμογή των παραπάνω.

**Επισημαίνεται ότι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί από 1.8.2008 και εφεξής δεν θα εξοφλούν το τμήμα της συνταγής που περιέχει τα εν λόγω φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα.**

Προκειμένου να αποφευχθούν παράπονα και προστριβές μεταξύ φορέων, γιατρών και φαρμακοποιών, παρακαλούνται και οι Πανελλήνιοι Σύλλογοι Ιατρών και Φαρμακοποιών προς τους οποίους κοινοποιείται η παρούσα εγκύκλιος να μεριμνήσουν για την ενημέρωση των μελών τους, λαμβάνοντας υπόψη ότι η σχετική κοινή υπουργική απόφαση **έχει δημοσιευθεί στο ΦΕΚ από 18.7.2007.**

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ  
ΔΗΜ. ΜΑΜΜΩΝΑΣ

**Εσωτερική Διανομή**

1. Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέα
2. ΥΠΕΔΥΦΚΑ
3. Δ/ση Ασφάλ. Ασθένειας & Μητρότητας Τμήμα Α' και Β'



## Π.Δ. 121/2008 ΦΕΚ Α' 183/3.9.2008

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

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 20 του Ν. 2458/1997 (Α' 15), όπως το άρθρο αυτό αντικαταστάθηκε με το άρθρο 23 του Ν. 2737/1999 (Α' 174).
2. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του κώδικα νομοθεσίας για την κυβέρνηση και τα κυβερνητικά όργανα, που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του Π.Δ. 63/2005 (Α' 98).
3. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος των ασφαλιστικών οργανισμών και του κρατικού προϋπολογισμού.
4. Την υπ' αριθμ. 142/2008 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας μετά από πρόταση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποφασίζουμε:

#### **Άρθρο 1** **ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ-ΣΚΟΠΟΣ**

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

- α. Οι υποχρεώσεις των θεραπόντων ιατρών.
- β. Οι υποχρεώσεις των ελεγκτών ιατρών.
- γ. Οι υποχρεώσεις των συμβεβλημένων φαρμακοποιών.
- δ. Οι υποχρεώσεις των ασφαλιστικών οργανισμών.
- ε. Οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε περίπτωση μη τήρησης των ανωτέρω υποχρεώσεων και ο καταλογισμός των ευθυνών λόγω ζημίας που προκύπτει στους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

#### **Άρθρο 2** **ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΟΝΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ**

1. Οι θεράποντες ιατροί, σύμφωνα με τον κανονισμό περίθαλψης των ασφαλιστικών οργανισμών, κατά τη συνταγογράφηση στους ασφαλισμένους τους, υποχρεούνται:
  - α. Να συμμορφώνονται με τις διατάξεις του παρόντος διατάγματος, ειδικά όσον αφορά την υποχρέωση ορθής συνταγογράφησης, τις διατάξεις της νομοθεσίας και των οδηγιών των αρμοδίων Υπουργείων περί του τρόπου, χρόνου και όρων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και να τηρούν τους όρους των συμβάσεών τους,

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

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

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

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

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

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

η. Να συμπληρώνουν ευανάγνωστα και με ακρίβεια όλα τα στοιχεία επί του εντύπου της συνταγής και συγκεκριμένα τη διάγνωση, την ονομασία, τη δοσολογία, την περιεκτικότητα και την ποσότητα των συνταγογραφουμένων φαρμάκων, καθώς και να αναγράφουν το ποσοστό συμμετοχής (%) ή τη μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, με υπογραφή και σφραγίδα του θεράποντα γιατρού. Σε περίπτωση που στη συνταγή δεν αναγράφεται το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου στη δαπάνη των φαρμάκων, η συμμετοχή υπολογίζεται αυτοδίκαια στο 25%. Επειδή το ποσοστό συμμετοχής επί της συνταγής από τον συνταγογράφο ιατρό δεσμεύει το φαρμακοποιό κατά την εκτέλεσή της, οποιαδήποτε διαφορά κατά παρέκκλιση της κειμένης νομοθεσίας καταλογίζεται στο συνταγογράφο ιατρό. Συνταγές με διορθώσεις πρέπει να φέρουν υποχρεωτικώς επί των διορθώσεων υπογραφή

και σφραγίδα του γιατρού, άλλως δεν εκτελούνται.

θ. Να αναγράφουν μόνο μία μονάδα ιδιοσκευάσματος στις περιπτώσεις οξέων περιστατικών όταν εκτιμούν ότι η διάνοση δεν είναι απόλυτα ασφαλής και κρίνουν ότι για το λόγο αυτό δεν υπάρχει βεβαιότητα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Περισσότερα της μίας μονάδας ιδιοσκευάσματος, και μέχρι δύο, συνταγραφούνται μόνο εφόσον κρίνεται απολύτως αναγκαίο να συνεχισθεί συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς για χρονικό διάστημα για το οποίο δεν επαρκεί η μία μονάδα και πάντως όχι για χρονικό διάστημα περισσότερο του ενός (1) μηνός ανά συνταγή, σύμφωνα με τη δοσολογία του γιατρού. Τα ανωτέρω δεν ισχύουν για τις συσκευασίες που περιέχουν μια δόση, για συσκευασίες ιδιοσκευασμάτων απαραίτητων για φαρμακοτεχνικές εργασίες, για τις επαναλαμβανόμενες συνταγές και τις συνταγές με θεραπεία μέχρι μήνα.

ι. Να χορηγούν «επαναλαμβανόμενη συνταγή» τρίμηνης διάρκειας μόνο για παθήσεις της ειδικότητάς τους στους ασθενείς ασφαλισμένους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και ακολουθούν σταθερή θεραπευτική αγωγή. Για την εν λόγω συνταγή χρησιμοποιούνται τρία συνεχή φύλλα του συνταγολογίου. Το κάθε φύλλο της επαναλαμβανόμενης συνταγής αριθμείται από τον ιατρό, ο οποίος και αναγράφει στο κάθε ένα από αυτά τις λέξεις «επαναλαμβανόμενη συνταγή». Το κάθε φύλλο εκτελείται χωριστά ανά μήνα από το φαρμακοποιό. Το δεύτερο ή τρίτο φύλλο της επαναλαμβανόμενης συνταγής μπορεί να προσκομίζεται στο φαρμακείο για εκτέλεση και μέχρι 5 ημέρες νωρίτερα ή αργότερα από την αναγραφόμενη στο κάθε φύλλο ημερομηνία. Ειδικά για τους γιατρούς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ δίνεται η δυνατότητα να χορηγούν συνταγή με αγωγή διάρκειας έως και δύο (2) μηνών για παθήσεις της ειδικότητάς τους στους ασθενείς ασφαλισμένους του ιδρύματος που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, μόνο όταν ακολουθούν σταθερή θεραπευτική αγωγή. Για την εν λόγω συνταγή χρησιμοποιείται ένα φύλλο του συνταγολογίου, στο οποίο αναγράφεται η ποσότητα φαρμάκων που καλύπτει, σύμφωνα με τη δοσολογία, τη θεραπευτική αγωγή των αντίστοιχων ημερών. Η εν λόγω συνταγή θεωρείται από τον αρμόδιο ελεγκτή γιατρό του ιδρύματος.

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

2. Οι αγροτικοί ιατροί υποχρεούνται να συνταγογραφούν μόνο μία μονάδα ιδιοσκευάσματος. Εξαιρετικά, και μόνο σε περίπτωση χορήγησης ενεσίμων διαλυμάτων μιας δόσης εκάστου, ο αγροτικός ιατρός δύναται να αναγράφει πέραν της μίας μονάδας ιδιοσκευάσματος, όση ποσότητα απαιτείται για την κάλυψη θεραπείας. Επίσης, συνταγογραφούν για χρονίως πάσχοντες ασφαλισμένους συνταγή για θεραπεία μέχρι ενός (1) μηνός, καθώς και «επαναλαμβανόμενη συνταγή» τρίμηνης διάρκειας, μόνο βάσει γνωμάτευσης του ιατρού ειδικότητας. Η γνωμάτευση ισχύει για όσο χρόνο έχει

καθορίσει ο γιατρός ειδικότητας και πάντως όχι πέραν της διετίας από την έκδοσή της. Τις αυτές υποχρεώσεις έχουν και οι ιατροί χωρίς ειδικότητα που συνάπτουν συμβάσεις με τον ΟΠΑΔ ή ασφαλιστικούς οργανισμούς υπό τις προϋποθέσεις του άρθρου 5 περ. στ' του παρόντος διατάγματος.

3. Η μη τήρηση των υποχρεώσεων που αναφέρονται στο παρόν άρθρο, ανεξάρτητα τυχόν ποινικών ευθυνών, αποτελεί: Για τους ιατρούς του ΕΣΥ, καθώς και τους ιατρούς, μονίμους ή επί συμβάσει των ασφαλιστικών οργανισμών, πειθαρχικό παράπτωμα, για το οποίο επιβάλλονται κυρώσεις σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για κάθε κατηγορία. Για τους ιατρούς τους συμβεβλημένους με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, λόγω διακοπής της σύμβασης από 10 εργάσιμες ημέρες μέχρι τρεις (3) μήνες που κρίνεται από το αρμόδιο όργανο. Σε περίπτωση υποτροπής διακόπτεται η σύμβαση. Νέα σύμβαση δεν μπορεί να συναφθεί πριν από την παρέλευση έξι (6) μηνών από την καταγγελία. Για τους μη συμβεβλημένους ιατρούς, λόγω αποκλεισμού κάθε συνεργασίας με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Σε κάθε περίπτωση, οι παραβάσεις των ιατρών γνωστοποιούνται και στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, προκειμένου να διερευνήσει την υπόθεση και να επιβάλει τις προβλεπόμενες πειθαρχικές κυρώσεις.

4. Σε περίπτωση παραβάσεως των προβλεπόμενων υπό του παρόντος άρθρου υποχρεώσεων των ιατρών, πλην των αναφερομένων στην ανωτέρω παράγραφο πειθαρχικών, διοικητικών και ποινικών κυρώσεων, επιβάλλονται επιπλέον στους γιατρούς που συνδέονται με οποιαδήποτε σχέση με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τον ΟΠΑΔ, με αποφάσεις των αρμοδίων οργάνων τους, οι κάτωθι κυρώσεις:

α. Σύσταση ή επίπληξη.

β. Πρόστιμο κυμαινόμενο από 500-10.000€ αναλόγως με τη συχνότητα και βαρύτητα της παράβασης. Σε περίπτωση μη έγκαιρης καταβολής των προστίμων, τα ποσά αυτά εισπράττονται κατά τις διατάξεις του ΚΕΔΕ. Για την επιβολή των ανωτέρω κυρώσεων εφαρμόζονται ανάλογα τα αναφερόμενα στην περ. στ' του άρθρου 4 του Π.Δ.

### Άρθρο 3

#### ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΕΛΕΓΚΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

1. Οι αρμόδιοι ελεγκτές ιατροί κάθε ασφαλιστικού οργανισμού οφείλουν να ελέγχουν τη συνταγογράφηση, εφαρμόζοντας τις διατάξεις του παρόντος προεδρικού διατάγματος, τα προβλεπόμενα στους κανονισμούς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των οικείων οργανισμών, τη σχετική γενική νομοθεσία και τις εγκυκλίους των αρμοδίων Υπουργείων και των ασφαλιστικών οργανισμών που εκδίδονται κάθε φορά περί του τρόπου, χρόνου και όρων παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης. Ειδικότερα, οι ελεγκτές ιατροί οφείλουν να ελέγχουν την ορθή συμπλήρωση κάθε συνταγής, σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 88/1998 (Α' 82), όπως ισχύει κάθε φορά, τον αριθμό των χορηγουμένων μονάδων συσκευασιών ανά ιδιοσκεύασμα, την αξία κάθε συνταγής, τον αριθμό των συνταγών που χορηγεί ο ιατρός ανά μήνα για κάθε ασθενή ασφαλισμένο, την αναγραφή ιδιοσκευασμάτων σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία, την πιστή εφαρμογή των διατάξεων για

τη συνταγογράφηση ιδιοσκευασμάτων, την «επαναλαμβανόμενη» συνταγή, τη μη αναγραφή φαρμάκων από ιατρούς διαφορετικής με την πάθηση ειδικότητας, τηρουμένων των διατάξεων του άρθρου 8 παρ. 3 του Ν. 3457/2006, την ορθή αναγραφή του ποσοστού συμμετοχής στην αγορά των φαρμάκων ανάλογα με την πάθηση του ασθενούς ασφαλισμένου, την υπερκατανάλωση φαρμάκων, καθώς και την τήρηση της προθεσμίας των 5 εργάσιμων ημερών μέσα στην οποία πρέπει να γίνεται η θεώρηση της συνταγής, όπου αυτή απαιτείται.

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

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

## Άρθρο 4

### ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

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

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

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

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

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

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

Την επωνυμία του ασφαλιστικού φορέα.

Το ονοματεπώνυμο του ασφαλισμένου-ασθενούς.

Τον αριθμό μητρώου του ασφαλισμένου.

Την πάθηση από την οποία πάσχει, ως αναφέρεται από τον

θεράποντα ιατρό.

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

Την ημερομηνία έκδοσης.

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

Την υπογραφή του παραλήπτη των φαρμάκων.

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

Τα συνοδά έντυπα.

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

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

Συνταγή θεωρημένη από τον ελεγκτή ιατρό εξοφλείται στο φαρμακοποιό.

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

Η συνταγή απαραίτητα συνοδεύεται από το βιβλιάριο υγείας του ασφαλισμένου, στο οποίο ο φαρμακοποιός θα ελέγχει την καταχώρηση των φαρμάκων και θα συμπληρώνει τα στοιχεία εκτέλεσης, όπου αυτό προβλέπεται.

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

Θεώρηση απαιτείται:

α) Όταν τούτο ορίζεται από την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία.

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

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

Αν ο φαρμακοποιός δεν έχει όλα τα φάρμακα που αναγράφονται στη συνταγή, είναι δυνατή μερική εκτέλεση αυτής. Στην περίπτωση μερικής εκτέλεσης, στο πίσω μέρος της συνταγής αναγράφονται τα φάρμακα που δεν παραδόθηκαν και τίθεται η χρονολογία και η υπογραφή του φαρμακοποιού και του ασφαλισμένου. Ο ασφαλισμένος επανέρχεται, μέσα στην προβλεπόμενη ημερομηνία των 5 εργάσιμων ημερών, για την ολική της εκτέλεση.

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

6. Να εισπράττουν μόνο το χρηματικό ποσό της συμμετοχής του ασφαλισμένου, εάν προβλέπεται συμμετοχή του στη δαπάνη αγοράς των φαρμάκων. Η είσπραξη του ύψους της συμμετοχής του ασφαλισμένου είναι υποχρεωτική για το φαρμακοποιό. Συμψηφισμός της συμμετοχής αυτής με μερική εκτέλεση της συνταγής απαγορεύεται.

7. Να μην κρατούν στο φαρμακείο βιβλιάρια υγείας των ασφαλισμένων και συνταγολόγια. Τα βιβλιάρια υγείας και τα συνταγολόγια παραδίδονται μαζί με τα φάρμακα αμέσως στον ασφαλισμένο ή τον απεσταλμένο του. Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος ξεχάσει το βιβλιάριο υγείας ή το συνταγολόγιό του στο χώρο του φαρμακείου, ο φαρμακοποιός οφείλει να το παραδώσει εντός σαράντα οκτώ (48) ωρών στον ίδιο ή στον οικείο ασφαλιστικό οργανισμό ή στο αστυνομικό τμήμα της περιοχής του. Σε περίπτωση «επαναλαμβανόμενης συνταγής», ο φαρμακοποιός κρατά μόνο τη συνταγή που εκτελεί κάθε φορά. Η φύλαξη στο φαρμακείο ανεκτέλεστων φύλλων από «επαναλαμβανόμενη συνταγή» απαγορεύεται.

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

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

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

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

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

13. Να επιτρέπουν σε οποιαδήποτε εργάσιμη ημέρα και ώρα την είσοδο στο φαρμακείο των εντεταλμένων οργάνων των αρμοδίων Υπουργείων και των ασφαλιστικών ορ-

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

14. Τα αρμόδια όργανα προβαίνουν σε ελέγχους στα φαρμακεία προς διαπίστωση της τηρήσεως των αναφερομένων, στο παρόν άρθρο, υποχρεώσεων των φαρμακοποιών, σεβόμενα την τιμή και την αξιοπρέπεια του επιστήμονα φαρμακοποιού και των βοηθών του. Τα αρμόδια ελεγκτικά όργανα μπορούν να καλούν ή να επισκέπτονται τους ασθενείς, προκειμένου να διαπιστώσουν τη χορήγηση των αναγραφόμενων στη συνταγή φαρμάκων.

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

α. Σύσταση.

β. Πρόστιμο κυμαινόμενο από 1% έως 30% επί της αξίας των συνταγών του ΟΠΑΔ ή του ασφαλιστικού οργανισμού που εκτελέστηκαν από το φαρμακείο τον προηγούμενο μήνα από αυτόν τον οποίο έγινε η παράβαση.

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

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

δ. Καταγγελία της σύμβασης μονομερώς από την πλευρά του ΟΠΑΔ ή του ασφαλιστικού οργανισμού. Νέα σύμβαση δεν μπορεί να συναφθεί πριν την παρέλευση τουλάχιστον δύο (2) ετών από την καταγγελία. Ειδικά για τις κατωτέρω αναφερόμενες παραβάσεις, πλην των αναφερομένων στις

περιπτώσεις β-δ της παρ. 16 του παρόντος άρθρου, δύναται να επιβληθεί επί πλέον πρόστιμο από 3.000€ έως 30.000€.

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

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

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

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

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

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

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

18. Οι ανωτέρω κυρώσεις επιβάλλονται με αιτιολογημένη απόφαση του ΟΠΑΔ ή κάθε ασφαλιστικού οργανισμού, μετά την παροχή από τον φαρμακοποιό σχετικών εξηγήσεων, οι οποίες υποβάλλονται εγγράφως, μέσα σε δέκα (10) εργάσιμες ημέρες από την ημέρα που αυτός έλαβε το σχετικό έγγραφο, για παροχή εξηγήσεων, και στο οποίο υποχρεωτικά αναφέρεται η διαπραχθείσα παράβαση. Κατά της αποφάσεως αυτής ο φαρμακοποιός δύναται να ασκήσει, μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την κοινοποίησή της, προσφυγή ενώπιον της αρμοδίας Επιτροπής του ΟΠΑΔ (άρθρο 41 Ν. 3329/2005), ενώπιον του Διοικητή του Ιδρύματος για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και ενώπιον του Δ.Σ. του ασφαλιστικού φορέα για τους λοιπούς οργανισμούς. Κατά τη διάρκεια της παραπάνω προθεσμίας, καθώς και σε περίπτωση άσκησης προσφυγής μέχρι την έκδοση της σχετικής απόφασης, αναστέλλεται η εκτέλεση της απόφασης επιβολής κυρώσεων.

## Άρθρο 5

### ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

Ο ΟΠΑΔ και οι φορείς και κλάδοι ασθένειας αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων υποχρεούνται:

α. Να προμηθεύουν με συνταγολόγια τους ασφαλισμένους τους και τα μέλη της οικογένειάς τους. Κατά τη χορήγηση κάθε νέου συνταγολογίου αναγράφεται στο βιβλιάριο ασθένειας του ασφαλισμένου η ημερομηνία παράδοσης, καθώς και ο αύξων αριθμός του συνταγολογίου. Το παλαιό συνταγολόγιο ακυρώνεται και παραμένει στα χέρια του ασφαλισμένου.

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

γ. Να παρακολουθούν τη συνταγογράφηση των ιατρών και το έργο των ελεγκτών ιατρών.

δ. Να θεωρούν με τους ελεγκτές τους τις συνταγές που χρειάζονται θεώρηση, σύμφωνα με όσα ορίζονται στο παρόν διάταγμα.

ε. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ) υποχρεούνται να καταβάλλουν στο φαρμακοποιό, ανεξάρτητα από το χρόνο ελέγχου και εκκαθάρισης του λογαριασμού του, ύστερα από πρόχειρο λογιστικό έλεγχο και μετά την αφαίρεση των νομίμων κρατήσεων, το πληρωτέο ποσό μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την υποβολή του λογαριασμού. Εάν κατά τον έλεγχο και την εκκαθάριση του λογαριασμού προκύψει τελικό ποσό μικρότερο του αιτηθέντος από το φαρμακοποιό και εξοφληθέντος ποσού, η διαφορά παρακρατείται από τους επόμενους λογαριασμούς του φαρμακοποιού.

Σε περίπτωση μη υποβολής νεότερου λογαριασμού, η διαφορά αυτή αναζητείται από τον οικείο ασφαλιστικό φορέα, κατά τις κείμενες διατάξεις περί αναγκαστικής είσπραξης των καθυστερούμενων ασφαλιστικών εισφορών. Ειδικά για τον ΟΠΑΔ, για την εξόφληση των λογαριασμών του προς τους φαρμακοποιούς, εφαρμόζονται οι ρυθμίσεις των διατάξεων της παρ. Β' του άρθρου 22 του Ν. 3172/2003.

στ. Να μη συνάπτουν συμβάσεις με ιατρούς χωρίς ειδικότητα, εκτός εάν σε ορισμένη περιοχή της χώρας δεν υπάρχουν ειδικευμένοι γιατροί. Από τον περιορισμό αυτό εξαιρούνται οι ιατροί, οι οποίοι κατά την ημερομηνία ισχύος του Π.Δ. 67/2000 είχαν συνάψει συμβάσεις με τον ΟΠΑΔ και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και είχαν συμπληρώσει 7 χρόνια από τη λήψη της άδειας άσκησης επαγγέλματος, για τους οποίους δεν ισχύουν οι περιορισμοί του δεύτερου εδαφίου της παρ. 2 του άρθρου 2 του παρόντος διατάγματος (αγροτικοί γιατροί).

ζ. Να επιβάλλουν τις προβλεπόμενες κυρώσεις, όπου απαιτείται.

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

## Άρθρο 6

1. Το Π.Δ. 67/2000 (Α' 58), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει με τα Π.Δ. 8/2001 (Α' 6), 137/2001 (Α' 120) και 149/2003 (Α' 123), καταργείται.

2. Η ισχύς του διατάγματος αυτού αρχίζει από την ημερομηνία δημοσίευσής του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Στους Υπουργούς Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος. Αθήνα, 1 Σεπτεμβρίου 2008

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
ΚΑΡΟΛΟΣ ΓΡ. ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ  
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΦΑΝΗ ΠΑΛΛΗ-ΠΕΤΡΑΛΙΑ

ΥΓΕΙΑΣ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

## Υ.Α.Φ.42000/οικ. 30285/3116

### ΦΕΚ Β' 1467/25.7.2008

#### Ενιαίο έντυπο συνταγής χορήγησης φαρμάκων σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών οργανισμών

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ-ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις Π.Δ. 88/3.4.1998 (Α' 82).
2. Τις διατάξεις της παρ. 12 του άρθρου 59 του Ν. 3518/2006 (Α' 272).
3. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 153 του Ν. 3566/2008 (Α' 58).
4. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 8 του Ν. 3457/2006 (Α' 93).

5. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται επιβάρυνση του Κρατικού Προϋπολογισμού.

6. Τις έγγραφες παρατηρήσεις των εμπλεκόμενων φορέων υγείας, αποφασίζουμε:

Ο τύπος του ενιαίου εντύπου καταγραφής και χορήγησης φαρμάκων (συνταγή) σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών οργανισμών, όπως ισχύει με το Π.Δ. 88/1998 (Α' 82), τροποποιείται ως ακολούθως:

Σελίδα 1η « ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ »

ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΚΑΙ ΤΙΤΛΟΣ ΦΟΡΕΑ	Αρ.....
<b>ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ</b>	
No	ΘΕΣΗ BARCODE

Σελίδα 2. «ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ»  
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ	<b>ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ</b>
ΚΩΔ. ΜΟΝΑΔΟΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	ΜΕΛΟΣ
ΑΔΙΚΑ	
ΕΠΙΧΡΗΜΟ	
ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΗΜΕΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
Α.Φ.Μ.	
ΔΙΕΥΡΥΝΗΤΙΚΗ ΗΜΕΡΑ	ΦΡΣ
ΕΠΙΧΡΗΜΟ	ΕΤΑ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΗΜΕΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟΥ	

Αξιωματικός Υπασπασίας

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΕΚΔΟΣΗ ΣΥΝΤΑΓΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΛΑΘΟΝ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΑΜΟΚΑΤΟΧΟΣ ΔΕΝ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΛΗΡΟΤΗΤΑ



## «Άρθρο 1

1. Κάθε φορέας για την εξυπηρέτηση της συνταγογράφησης των ασφαλισμένων εκδίδει συνταγολόγια (μπλοκ συνταγών) 100 φύλλων, εκ των οποίων τα 50 είναι πρωτότυπα, χρώματος λευκού, και τα 50 αντίγραφα, χρώματος κίτρινου.

Κάθε φύλλο έχει διαστάσεις 16,5 εκ. ύψος και 21,5 εκ. πλάτος με προέκταση του πλάτους των φύλλων στα αριστερά 1,5-2,0 εκ. για τη συρραφή τους σε μπλοκ και στα 1,5-2 εκ. στα δεξιά.

2. Το υπόδειγμα της συνταγής έχει ως εξής:

3. Σε κάθε συνταγή αναγράφονται υποχρεωτικά τα στοιχεία που αναφέρονται στην παρ. 2 του άρθρου 2 του Π.Δ. 88/1998 και επιπλέον τα ακόλουθα:

Στο επάνω μέρος της συνταγής μετά τον τίτλο «ΣΥΝΤΑΓΗ» προστίθεται πεδίο με την ένδειξη «ΘΕΣΗ BARCODE», στο οποίο εισάγεται ο αριθμός συνταγολογίου υπό τη μορφή γραμμωτού κώδικα. Επίσης, κάτω από τον Αριθμό Μητρώο Ασφαλισμένου τίθεται πεδίο με την ένδειξη «ΑΜΚΑ».

Πεδία με τις ενδείξεις «ΕΠΑΝ/ΜΕΝΗ ΚΑΘΕ... ΗΜΕΡΕΣ-ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΘΗΣΗ ΑΠΟ... ΕΩΣ...-ΕΚΑΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗ...».

Μετά την ένδειξη «ΔΙΑΓΝΩΣΗ» εισάγεται και πεδίο «ΚΩΔΙΚΟΣ ΝΟΣΟΥ».

Επί της συνταγής αναγράφονται σε πεδία αναλυτικά τα ποσοστά συμμετοχής και υπάρχει ένδειξη «ΠΟΣΟΤΗΤΑ 1 2 3 4» και πεδίο «ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ».

Επίσης, στην τέταρτη σελίδα προστίθενται πεδία με ένδειξη «Α/α», «Ποσότητα» και «Συμμετοχή».

4. Κατά τα λοιπά, εξακολουθούν να ισχύουν οι διατάξεις του Π.Δ. 88/1998.

## Άρθρο 2

Η ισχύς της απόφασης αυτής αρχίζει από την ημερομηνία δημοσίευσής της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 15 Ιουλίου 2008

### ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

**ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

**ΦΑΝΗ ΠΑΛΛΗ-ΠΕΤΡΑΛΙΑ**

**ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ**

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ**



## N.3418/2005

### ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

#### Άρθρο 10

**Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία**

**1. Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του.**

**2. Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνον τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η συνεργασία στο πλαίσιο κάθε διεπιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωσης σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή.**

**3. Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευέται τους συναδέλφους του.**

*Σχετικές διατάξεις*

*Προϊσχύσας Κ.Ι.Δ.:*

*Προτεινόμενο πρώτο σχέδιο Κ.Ι.Δ.: 2*

*Προτεινόμενο από τον Π.Ι.Σ. σχέδιο Κ.Ι.Δ.:*

*Άλλες διατάξεις:*

**1.** Ο γιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης, σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του. Σκοπός είναι η άσκηση της ιατρικής να πληροί τα εκάστοτε standards της ιατρικής επιστήμης, όπως τονίζει η παρ. 1 εδ. 1. Για πρώτη φορά, σε νομοθετικό κείμενο, τίθεται η υποχρέωση της ενημέρωσης του ίδιου του γιατρού. Το έννομο αγαθό είναι να παρέχει ο εκάστοτε γιατρός τις υπηρεσίες του προς τον ασθενή *lege artis*, σύμφωνα με τους παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τέχνης και δεοντολογίας.

**2.** Η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται ταχύτατα και κάθε χρόνο, διεθνώς, ανακοινώνονται νέα δεδομένα, νέα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα, νέα υλικά και νέες μέθοδοι αντιμετώπισης μη ιάσιμων ακόμη νόσων. Είναι γεγονός ότι νέες προσεγγίσεις αρκετών ασθενειών άλλαξαν δραματικά τα τελευταία χρόνια. Να αναφερθούν, ως ενδεικτικά παραδείγματα, η αντιμετώπιση του έλκους που, και μετά τη δεκαετία του '80, όπου η ανακάλυψη του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, καθώς και η ανάπτυξη φαρμάκων μείωσης της έκκρισης των οξέων του στομάχου με H<sub>2</sub> αναστολείς (σιμετιδίνη, ρανιτιδίνη, φαμοτιδίνη, νιζατιδίνη, ροξατιδίνη), και αναστολείς αντλίας πρωτονίων (ομεπραζόλη, παντοπραζόλη, λαμφοραζόλη, ροβεπραζόλη, εσομεπραζόλη)

σε συνδυασμό με τριπλή αντιβιοτική αγωγή, όπου υπάρχει ελικοβακτηρίδιο πυλωρού (HP) μπορούν να εξαφανίσουν, σχεδόν, τα έλκη στομάχου και τις διαβρωτικές γαστρίτιδες.

**3.** Για να παραμείνουμε στη γαστρεντερολογία, οι απλές ακτινογραφίες στομάχου και του παχέως εντέρου αντικαταστάθηκαν από πολύ υψηλότερης ακρίβειας μεθόδους λ.χ. γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, κάμερα-χάπι, ιδίως, για τον έλεγχο του λεπτού εντέρου. Οι δύο πρώτες αναφερόμενες μέθοδοι παρέχουν την ευχέρεια και δυνατότητα διαγνωστικής και θεραπευτικής παρέμβασης από πλευράς γιατρού λ.χ. λήψης περιεχομένου προς ιστολογική εξέταση, θεραπευτική παρέμβαση προς αποφυγή αιμορραγίας ανώτερου ή κατώτερου πεπτικού, αφαίρεση πολυπόδων. Επομένως, ο νομοθέτης απαιτεί από το γαστρεντερολόγο την εφαρμογή αυτών των μεθόδων και των ενδεδειγμένων φαρμάκων, τα οποία, βεβαίως, οι γαστρεντερολόγοι δεν τα έμαθαν στο Πανεπιστήμιο, αλλά οι περισσότεροι τα διδάχθηκαν μέσω συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, κυρίως, με πρωτοβουλία των Πανεπιστημιακών Κλινικών του Ε.Σ.Υ. και των Επιστημονικών Εταιριών.

**4.** Για να φέρουμε ένα άλλο παράδειγμα, από το 1997 και μετά, η συνδυασμένη αντιρετροϊκή αγωγή (αναστολείς αντίστροφης μεταγραφάσης (RT) ή νουκλεοσιδικά ανάλογα (NRTI), μη νουκλεοσιδικό αναστολείς αντίστροφης μεταγραφάσης (NNRTI), αναστολείς πρωτεάσης (PI) σε συνδυασμό αντικατέστησε το μοναδικό φάρμακο, ζιντοβουντίνη (AZT), αναποτελεσματικό σε βάθος χρόνου, και μειώνοντας έτσι σε μηδενικά μεγέθη το ιικό φορτίο του HIV, κατόρθωσε να παράσχει στα οροθετικά HIV άτομα καλή ποιότητα ζωής και, με τα σημερινά δεδομένα, καλό προσδόκιμο ζωής. Ο νομοθέτης, επομένως, απαιτεί από τις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων (Μ.Ε.Λ.), να παρέχουν τέτοιου είδους περιθαλψη βάσει και των αρχών και κατευθύνσεων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

**5.** Ειρήσθω εν παρόδω, από τα βασικά προβλήματα είναι ότι δεν υπάρχουν κρατικοί φορείς συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, αλλά η εκπαίδευση γίνεται μέσω επιστημονικών εταιριών και συνεδρίων, ημερίδων και εν γένει ενημερώσεων, το κόστος των οποίων καλύπτουν οι φαρμακευτικές εταιρίες.

**6.** Σύμφωνα με παρ. 2, η υποχρέωση συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης περιλαμβάνει και τις κλινικές δεξιότητες (νέες χειρουργικές τεχνικές), αλλά και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα. Υπάρχει δε υποχρέωση του διευθυντή της ομάδας, προφανώς, είτε είναι σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. για προσπάθεια παροχής ασφαλούς περίθαλψης προς τον ασθενή από όλα τα μέλη, την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και την εκδήλωση σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή.

**7.** Δημιουργείται, έτσι, για πρώτη φορά, «ιδιώνυμο» αδίκημα, που απαιτεί ο διευθυντής μιας μονάδας ή μιας επέμβασης, να προσπαθεί να συνεργάζεται αρμονικά με τους υφιστάμενους

του, προσπαθώντας να διαφυλάξει τα έννομα αγαθά της ζωής, της υγείας και της προσωπικότητας του ασθενή. Επομένως, γιατρός διευθυντής, ο οποίος δεν προσπαθεί να τηρεί τα πλαίσια επιστημονικής συνεργασίας, πολύ περισσότερο αν επιδιώκει τη ρήξη, προφανώς, υπέχει κυρώσεις κατά τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

**8.** Το έννομο αγαθό που προσβάλλει είναι άλλο από εκείνο του άρθρ. 21 του παρόντος Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και αναφέρεται σε προσβολή εννόμων αγαθών όχι των γιατρών υφισταμένων, αλλά του ασθενή.

**9.** Σε παρ. 3, ο νομοθέτης απαιτεί από το γιατρό να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του δυνατοτήτων και να συμβου-

λεύεται τους συνάδελφούς του. Αποτελεί βασική αρχή της θεωρίας περί ιατρικού σφάλματος ότι στοιχειοθετείται ιατρική αμέλεια ή μη παραπομπή σε ειδικό γιατρό, λ.χ. ορθό είναι παθολόγος να παραπέμψει τον ασθενή σε χειρουργό για συμπτώματα οξείας κοιλίας, σε γαστρεντερολόγο για συμπτώματα αιμορραγίας του ανώτερου ή κατώτερου πεπτικού ή σε ορθοπαιδικό τον πολυτραυματία. Σκόπιμο είναι να ζητήσει τη συνδρομή, κατά περίπτωση καρδιολόγου, γενικού χειρουργού, νευροχειρουργού, ή αγγειοχειρουργού.

Ο νομοθέτης καθιερώνει ειδική υποχρέωση, η οποία, ούτως ή άλλως, θα υφίσταται σε περίπτωση κατά την οποία ο γιατρός κατηγορείτο για ιατρικό σφάλμα.

## Άρθρο 17

**Διαφήμιση - Παρουσία ιατρών στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης**

**1.** Απαγορεύεται οποιαδήποτε προσωπική διαφήμιση ή συστηματική δημόσια παρουσία ή αναφορά του ονόματος του ιατρού, άμεσα ή έμμεσα, η οποία είτε προέρχεται από αυτόν είτε διενεργείται με δική του υποκίνηση.

**2.** Απαγορεύεται η ανάρτηση σε δημόσιο χώρο διαφημιστικών πινακίδων ή επιγραφών, η διανομή φυλλαδίων, αγγελιών, δημοσιευμάτων ή οποιασδήποτε φύσης διαφημιστικών εντύπων ή άλλων ανακοινώσεων στον έντυπο ή ηλεκτρονικό τύπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η χρήση των ανωτέρω μέσων σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 8.

**3.** Απαγορεύεται η εντοίχιση επιγραφών ή πινακίδων με εμπορικό ή κερδοσκοπικό 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 X 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.

**4.** Οι πινακίδες είναι ομοιόμορφες. Ο γιατρός οφείλει, πριν από την ανάρτηση, να υποβάλει την πινακίδα, που προτίθεται να αναρτήσει, προς έγκριση στον οικείο Σύλλογο, ο οποίος αποφαινεται εντός δεκαπέντε (15) εργάσιμων ημερών, άλλως θεωρείται ότι την εγκρίνει.

**5.** Οποιαδήποτε χρησιμοποίηση των ανωτέρω ή παρεμφερών στοιχείων από τρίτους, οι οποίοι έχουν σχέσεις συγγένειας, συνεργασίας ή εξάρτησης από τον ιατρό, με έμμεσο ή άμεσο σκοπό τη διαφήμισή του, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις σε βάρος του ιατρού, τις οποίες προβλέπει ο νόμος, εφόσον αποδεικνύεται ότι ο ιατρός γνώριζε τις ενέργειες των προσώπων αυτών.

**6.** Η δημοσίευση -εν γνώσει του ιατρού- αγγελιών, επιστο-

λών ή δηλώσεων με μορφή ευχαριστηρίων ή συγχαρητηρίων και πραγματικών ή υποθετικών διαγνωστικών ή θεραπευτικών επιτυχιών και ικανοτήτων του, η οποία στοχεύει στην επαγγελματική διαφήμιση, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις.

**7.** Οποιαδήποτε επιτρεπόμενη παροχή πληροφοριών δεν πρέπει, σε καμία περίπτωση, να οδηγήσει σε κατάχρηση της εμπιστοσύνης των ασθενών και σε εκμετάλλευση της έλλειψης ειδικών ιατρικών γνώσεων από πλευράς του κοινού.

**8.** Δεν συνιστούν ανεπίτρεπτη διαφήμιση:

α) οι δημόσιες ανακοινώσεις για ιατρικά θέματα, εφόσον γίνονται από ειδικούς σε θέματα της ειδικότητάς τους και με γνώμονα την ενημέρωση των συναδέλφων ιατρών ή της κοινής γνώμης,

β) η συμμετοχή σε δημόσιες συζητήσεις, στο γραπτό ή ηλεκτρονικό Τύπο, με σκοπό την ενημέρωση της κοινής γνώμης γύρω από θέματα αρμοδιότητας ή ειδικότητας του ιατρού ή του πεδίου ευθύνης του, επίκαιρα ή μη, που την απασχολούν, εφόσον βεβαίως τηρούνται οι αρχές της αβρότητας, της έντιμης εκφοράς κρίσεων και επιχειρημάτων και του σεβασμού της άλλης άποψης, που διατυπώνεται με τους ίδιους κανόνες.

**9.** Η ενημέρωση του κοινού από τους ιατρούς σε θέματα της ειδικότητας ή του γνωστικού τους αντικειμένου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις αρχές και τις κείμενες διατάξεις που διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την Ιατρική Δεοντολογία. Η ενημέρωση πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε στοιχεία απόλυτα τεκμηριωμένα και διεθνώς παραδεδεγμένα. Η παρουσία του ιατρού πρέπει να περιορίζεται στα αναγκαία για την ενημέρωση πλαίσια και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υποκρύπτεται σκοπός διαφήμισης.

**10.** Δεν επιτρέπεται η δια των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης έκφραση απόψεων που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση ή παραπλάνηση του κοινού για θέματα υγείας. Ο περιορισμός αυτός ισχύει ιδιαίτερα σε περιπτώσεις υποθέσεων οι οποίες εκκρεμούν ενώπιον δικαστικών ή διοικητικών αρχών.

*Σχετικές διατάξεις*

Προϊσχύσας Κ.Ι.Δ.: άρθρ. 3 Β.Δ. 25.5/6.7.1955

Προτεινόμενο πρώτο σχέδιο Κ.Ι.Δ.: άρθρ. 4, 5

Προτεινόμενο από τον Π.Ι.Σ. σχέδιο Κ.Ι.Δ.:

Άλλες διατάξεις: άρθρ. 26 Α.Ν. 1565/1939, άρθρ. 6 και 2 Ν. 2194 ΦΕΚ Α' 34, άρθρ. 9 Ν. 9345/1995 ΦΕΚ Α' 213, άρθρ. 15 Π.Δ. 84/2001 ΦΕΚ Α' 70.

**1.** Το έννομο αγαθό που διαφυλάσσεται είναι η επιστημονική αξιοπρέπεια του γιατρού, αλλά και η αποφυγή του αθέμιτου ανταγωνισμού μεταξύ συναδέλφων. Ο αθέμιτος ανταγωνισμός προβλέπεται και από άρθρ. 21 παρ. 2 του παρόντος Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Η διαφήμιση, ιδίως, όταν γίνεται με μεγάλες φωτεινές διαφημιστικές πινακίδες, είναι σαφές ότι οδηγεί σε εμπορευματοποίηση της άσκησης της ιατρικής, αλλά και σε αθέμιτο ανταγωνισμό έναντι των συναδέλφων.

**2.** Ήδη, υφίσταται συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο που αφορά στην ιατρική διαφήμιση [άρθρ. 3, Β.Δ. 25.5/6.7.1955, που καταργήθηκε αλλά και άρθρ. 6 Α.Ν. 1565/1939, άρθρ. 2 και 6 Ν. 2194/1994 (Α 34), 9 Ν. 9345/1995 (Α 213), 15 Π.Δ. 84/2001 ΦΕΚ Α' 70].

**3.** Ο νομοθέτης επαναλαμβάνει, όπως και στον Α.Ν. 1565/1939, τις διαστάσεις των πινακίδων, 0,25 X 0,30 cm.

**4.** Ορίζεται το περιεχόμενο των πινακίδων. Περιέχουν υποχρεωτικά και μόνο το όνομα, το επώνυμο, τον αριθμό μητρώου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, μόνιμους τίτλους που έχουν αναγνωριστεί στην Ελλάδα, την ειδικότητα και τις ημέρες και ώρες των επισκέψεων.

**5.** Ειρήσθω εν παρόδω, στις σφραγίδες, αλλά και στα έντυπα που χρησιμοποιεί ο γιατρός θα πρέπει να αναγράφεται, βάσει κανόνων του εκάστοτε Κώδικα Βιβλίων και Στοιχείων, και ο Αριθμός Φορολογικού Μητρώου (Α.Φ.Μ.) αλλά και η αντίστοιχη Δ.Ο.Υ.

**6.** Για πρώτη φορά, ο νομοθέτης απαιτεί οι πινακίδες να είναι ομοιόμορφες, ενώ ο γιατρός οφείλει πριν την ανάρτηση να την υποβάλλει προς έγκριση στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, ο οποίος αποφαινεται μέσα σε αποκλειστική προθεσμία 15 ημερών, άλλως θεωρείται ότι έχει εγκριθεί. Η διάταξη αυτή, πιστεύουμε, ότι θα δημιουργήσει αρκετά προβλήματα, εξαιτίας του ότι η προθεσμία που τάσσεται είναι πολύ μικρή. Αν αναλογισθεί κανείς ότι η απόφαση της έγκρισης θα λαμβάνεται από το Δ.Σ. του οικείου Ιατρικού Συλλόγου και ότι πολλοί Σύλλογοι συνεδριάζουν κάθε 30 ημέρες, ενώ πολλές φορές ήσσονος σημασίας θέματα μετατίθενται για την επόμενη συνεδρίαση, είναι κατανοητό το πρόβλημα, ότι δε θα προλαβαίνει ο οικείος Ιατρικός Σύλλογος να δώσει απάντηση.

**7.** Μπορεί να εξυπηρετείται η ταχύτητα του να λάβει μια ταχεία απάντηση ο γιατρός που υποβάλλει την αίτηση, αλλά τα ασφυκτικά χρονικά πλαίσια υπό μορφή κυρώσεων κατά του Ιατρικού Συλλόγου μπορεί και καταστρατηγήσεις να δημιουργήσουν (γιατροί να υποβάλλουν πινακίδες προς έγκριση την επομένη της συνεδρίασης του Δ.Σ. του οικείου Ιατρικού Συλλόγου) και από την άλλη πλευρά θα ισχύουν οι διατάξεις για την ανάκληση μιας διοικητικής πράξης, κατά την οποία ο Ιατρικός Σύλλογος θα έχει δώσει άδεια για πινακίδα, λόγω του αμάχητου τεκμηρίου, και θα βρίσκεται στη δύσκολη θέση, με δικαστικά μέσα, να προσπαθεί να ανακαλέσει την πράξη.

**8.** Οποιαδήποτε χρησιμοποίηση των ανωτέρω ή παρεμφερών στοιχείων από τρίτους, οι οποίοι έχουν σχέσεις συγγένειας, συ-

νεργασίας ή εξάρτησης από το γιατρό, με έμμεσο ή άμεσο σκοπό τη διαφήμισή του, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις σε βάρος του γιατρού, τις οποίες προβλέπει ο νόμος, εφόσον αποδεικνύεται ότι ο γιατρός γνώριζε τις ενέργειες των προσώπων αυτών.

**9.** Η δημοσίευση, εν γνώσει του γιατρού, αγγελιών, επιστολών ή δηλώσεων με μορφή ευχαριστηρίων ή συγχαρητηρίων και πραγματικών ή υποθετικών διαγνωστικών ή θεραπευτικών επιτυχιών και ικανοτήτων του, η οποία στοχεύει στην επαγγελματική διαφήμιση, συνεπάγεται τις ίδιες κυρώσεις. Ο Ιατρικός Σύλλογος φέρει, ουσιαστικά, το βάρος απόδειξης ότι υπάρχει συνεργασία ή γνώση του γιατρού, επιτρέπεται ωστόσο, από πλευράς γιατρού, η ανταπόδειξη. Απαιτείται, επομένως, είτε δόλος, από πλευράς του γιατρού, είτε αμέλεια, γιατί ο νομοθέτης επιθυμεί από γιατρό να σπεύσει να παρεμποδίσει τέτοιου είδους πράξεις.

**10.** Δε συνιστούν, κατά το παρόν άρθρο του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ανεπίτρεπτη διαφήμιση:

**α.** Οι δημόσιες ανακοινώσεις για ιατρικά θέματα, εφόσον γίνονται από ειδικούς σε θέματα της ειδικότητάς τους και με γνώμονα την ενημέρωση των συναδέλφων ιατρών ή της κοινής γνώμης. Εννοείται ότι σε ιατρικά συνέδρια, ιατρικές ημερίδες κλπ., ανακοινώσεις όχι μόνο δεν απαγορεύονται, αλλά επιβάλλονται βάσει της αρχής της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης, όπως ορίζει το άρθρο 10 του παρόντος. Δεν απαγορεύεται, επίσης, η εμφάνιση στα Μ.Μ.Ε., αλλά αυτό να γίνει με την αρμόζουσα σοβαρότητα, χωρίς αυτοδιαφήμιση και με ενημέρωση, η οποία συνάδει πάντοτε με τα standards της ιατρικής επιστήμης και την ιατρική δεοντολογία (βλ. και αμέσως παρακάτω, υπό β).

**β.** Η συμμετοχή σε δημόσιες συζητήσεις, στο γραπτό ή ηλεκτρονικό τύπο, με σκοπό την ενημέρωση της κοινής γνώμης γύρω από θέματα αρμοδιότητάς ή ειδικότητας του γιατρού ή του πεδίου ευθύνης του, επίκαιρα ή μη, που τον απασχολούν, εφόσον, βεβαίως, τηρούνται οι αρχές της αβρότητας, της έντιμης εκφοράς κρίσεων και επιχειρημάτων και του σεβασμού της άλλης άποψης, διατυπώνεται με τους ίδιους κανόνες. Η θέση του νομοθέτη είναι ορθή. Από τη μια πλευρά, ο γιατρός έχει δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας (Συντ. 5 παρ.1), έχει, επομένως, δικαίωμα να βγει στα Μ.Μ.Ε., να αρθρογραφήσει, να διατυπώσει την άποψή του, αλλά από την άλλη πλευρά, απαιτείται πάντοτε να γίνεται στα πλαίσια της αξιοπρέπειας του ιατρικού του λειτουργήματος. Περιορισμός τίθεται και από παρ. 7, η οποία κατά λέξη αναφέρει ότι οποιαδήποτε επιτρεπόμενη παροχή πληροφοριών δεν πρέπει, σε καμία περίπτωση, να οδηγεί σε κατάχρηση της εμπιστοσύνης των ασθενών και σε εκμετάλλευση της έλλειψης ειδικών ιατρικών γνώσεων από πλευράς του κοινού. Η παρ. 7 λογικά έπεται της παρ. 8. Σε παρ. 9 και 10, ο νομοθέτης τονίζει ξανά τις ίδιες αρχές, οι οποίες βασίζονται στην ιατρική δεοντολογία σε στοιχεία απολύτως τεκμηριωμένα και διεθνώς παραδεδεγμένα. Επαναλαμβάνεται ότι δεν πρέπει να υποκρύπτεται σκοπός διαφήμισης.

**11.** Δεν επιτρέπεται η δια των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης εκφραση άποψεων, που μπορούν να προκαλέσουν σύγχυση ή παραπλάνηση του κοινού για θέματα υγείας. Ο περιορισμός αυτός ισχύει, σε μεγαλύτερη έκταση, αποτελώντας επιβαρυντική μορφή, σε περιπτώσεις υποθέσεων, οι οποίες εκκρεμούν ενώπιον δικαστικών ή διοικητικών αρχών.

## 2009

### **19η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ**

19 Ιανουαρίου 2009, Θεσσαλονίκη  
Ξενοδοχείο «Makedonia Palace»  
Φ. Αθανασιάδου  
Πληρ.: Global Events  
Τηλ.: 2310 247743, 4  
Fax: 2310 247746  
E-mail: info@globalevents.gr  
Website: www.globalevents.gr

### **9ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

22-24 Ιανουαρίου 2009, Αθήνα  
Αίγλη Ζαππείου  
Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής  
Πληρ.: Cube Destination & Meeting Planners Ltd  
Τηλ.: 210 9854313  
Fax: 210 9846925  
E-mail: synedrio@cubeplanners.gr  
Website: www.proliptiki.gr, www.cubeplanners.gr

### **3ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΗΜΝΩΝ ΣΕ ΖΩΝΤΕΣ ΙΣΤΟΥΣ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ**

18-21 Φεβρουαρίου 2009, Πικέρμι  
Αττικής  
Ερευνητικό Κέντρο ELPEN Pharma  
Κλινική Χειρού, Άνω Ακρου και Μικροχειρουργικής, Νοσοκομείο ΚΑΤ-Ερευνητικό Πειραματικό Κέντρο ELPEN Α.Ε.  
Πληρ.: Cube Destination & Meeting Planners  
Τηλ.: 210 9854313  
Fax: 210-9846925  
E-mail: synedrio@cubeplanners.gr  
Website: www.cubeplanners.gr

### **5th CONGRESS OF THE HELLENIC SOCIETY OF TRAUMA & EMERGENCY SURGERY**

19-21 Φεβρουαρίου 2009, Αθήνα  
Ίδρυμα Ευγενίδου  
Πληρ.: Era Ltd  
Τηλ.: 210 3634944  
Fax: 210 3631690  
E-mail: info@era.gr  
Website: www.era.gr

### **14ο ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ**

6-7 Μαρτίου 2009, Αθήνα  
Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών  
Ελληνική Εταιρεία Μελέτης του Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού  
Πληρ.: τηλ.: 210 7294109  
Fax: 210 7294007  
E-mail: hhpsg@hol.gr  
Website: www.hhpsg.gr

### **AVEM 2009 ARISTOTLE VASCULAR EXPERTS' MEETING**

12-14 Μαρτίου 2009, Θεσσαλονίκη  
Ξενοδοχείο Hyatt Regency  
Α Χειρουργική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»)  
Πληρ.: Thesis  
Τηλ.: 2310 265898, 2310 238296  
Fax: 2310 240669  
E-mail: thesis@thesis-pr.com  
Website: www.thesis-pr.com

### **11ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ**

2-4 Απριλίου 2009, Αθήνα  
Ξενοδοχείο «Athens Hilton Hotel»  
Πληρ.: ERA ΕΠΕ  
Τηλ.: 210 36344944  
Fax: 210 3631690  
E-mail: info@era.gr  
Website: www.era.gr

### **5ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

30 Απριλίου - 3 Μαΐου 2009, Κέρκυρα  
Ξενοδοχείο «Chandris Resort»  
Πληρ.: Global Events  
Τηλ.: 2310 247743  
Fax: 2310 247746  
E-mail: info@globalevents.gr  
Website: www.globalevents.gr

### **6th INTERNATIONAL CONFERENCE ON HIGH TEMPERATURE CAPILLARITY**

6-9 Μαΐου 2009, Αθήνα  
Πληρ.: Triaena  
Τηλ.: 210 7499300  
Fax: 210 7713795  
E-mail: info@triaenatours.gr  
Website: www.triaenatours.gr

### **15ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ,**

### **3ο ΔΙΕΘΝΕΣ FORUM ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ**

8-10 Μαΐου 2009, Θεσσαλονίκη  
Συνεδριακό Κέντρο Ι. Βελλίδης  
Πληρ.: Global Events  
Τηλ.: 2310 247743, 34  
Fax: 2310 247746  
E-mail: info@globalevents.gr  
Website: www.globalevents.gr

### **INTERNATIONAL MEETING ON AESTHETIC AND RECONSTRUCTIVE FACIAL SURGERY**

13-17 Μαΐου 2009, Μύκονος  
Ξενοδοχείο «Royal Myconian Imperial Resort»  
Πληρ.: Aktina City Congress  
Τηλ.: 210 3232433  
Fax: 210 3232338  
E-mail: info@imafr2009.org  
Website: www.aktinacitycongress.com

### **NESA DAYS IN ATHENS: CONGRESS OF THE NEW EUROPEAN SURGICAL ACADEMY**

28-30 Μαΐου 2009, Αθήνα  
Αίγλη Ζαππείου  
Πληρ.: Era Ltd  
Τηλ.: 210 3634944  
Fax: 210 3631690  
E-mail: info@era.gr  
Website: www.era.gr

### **8th CONGRESS OF THE EUROPEAN CHAPTER OF THE INTERNATIONAL HEPATO - PANCREATO - BILIARY ASSOCIATION**

18-20 Ιουνίου 2009, Αθήνα  
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών  
Πληρ.: Era Ltd  
Τηλ.: 210 3634944  
Fax: 210 3631690  
E-mail: info@era.gr  
Website: www.era.gr

### **FIRST INTERNATIONAL CONFERENCE ON INFLAMMATION AND RETINAL DISEASE:**

### **COMPLEMENT BIOLOGY AND PATHOLOGY**

28 Ιουνίου - 3 Ιουλίου 2009, Κρήτη  
Ξενοδοχείο «Aldemar Knossos Royal Village Conference Center»  
Πληρ.: e-mail: EyeInflammation@aegeanconferences.org