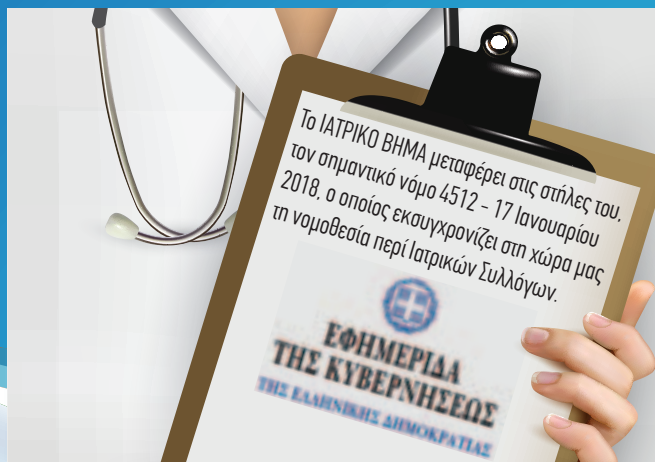




Προτάσεις του ΠΙΣ για το Σύστημα Υγείας

Συμπράξεις Ιδιωτικού Δημόσιου Τομέα: Ημερίδα Ενημέρωσης από τον ΠΙΣ

Τετάρτη 11 Δεκεμβρίου 2019 - Ώρα Έναρξης: 09:30 π.μ. Αίθλη Ζαππείου



**Στα πρόθυρα υγειονομικής κρίσης η χώρα μας
από την αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών**

ΤΑ ΝΕΑ

ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

- Νέο Προεδρείο ΠΙΣ
- Πρώτη συνέντευξη Τύπου του νέου προεδρείου του ΠΙΣ
- Υπερχρεώσεις από ΕΦΚΑ
- ΠΙΣ προς ΕΟΠΥΥ: Άμεση αποπληρωμή ληξιπρόθεσμων οφειλών
- Παρέμβαση ΠΙΣ για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας



Ο ΠΙΣ στην Επιτροπή
Κοινωνικών
Υποθέσεων
της Βουλής

Συνάντηση
Προεδρείου ΠΙΣ
με την ηγεσία
του υπ. Υγείας



Αποστολή του ΠΙΣ στη
Γεωργία για την εκλογή
νέου Προέδρου στον World
Medical Association

Εκλογή Ελλήνων
Προέδρου
& Αντιπροέδρου
στην UEMS



ΠΙΣ UEMS: Όλοι οι γιατροί της Ευρώπης το 2021 στην Ελλάδα

Ο ΠΙΣ σε διεθνή συνάντηση στο Ελσίνκι
Πρώτο θέμα το πρόβλημα με τα ανθεκτικά μικρόβια

ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Νεότεροι αντιδιαβητικοί παράγοντες & καρδιαγγειακά νοσήματα
- Νεότερα δεδομένα στην διατακτική μυοκαρδιοπάθεια
- Ψωρίαση
- Η επίδραση της επιληψίας κατά την διάρκεια της κύησης

ΕΙΔΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Υλοποίηση δράσεων δημόσιας υγείας στην περιφέρεια Νότιου Αιγαίου: Προτεραιότητες & πρόοδος
- Μέσα κοινωνικής δικτύωσης: Κίνδυνοι & ευκαιρίες στο χώρο της ιατρικής



www.iatrikovima.gr

7 ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

8 ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

• Νέο Προεδρείο ΠΙΣ • Πρώτη συνέντευξη Τύπου του νέου προεδρείου του ΠΙΣ • Συνάντηση προεδρείου ΠΙΣ με την ηγεσία του υπ. Υγείας • Διαψεύδουν από τον ΕΟΠΥΥ τις καταγραφές της ΕΛΣΤΑΤ; Σε πόσα εκατομμύρια ανέρχονται τελικά τα λειτουργικά έξοδα του Οργανισμού; • Δημόσιο δεν είναι μόνο το κρατικό. Πρέπει να αντιμετωπίσουμε άμεσα τα ανθεκτικά μικρόβια • Προειδοποιητική απεργία εντός του Νοεμβρίου. Οι φορείς ιδιωτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας • Αποστολή του ΠΙΣ στη Γεωργία για την εκλογή νέου προέδρου στον World Medical Association • Τιμητική για την χώρα μας εκλογή Ελλήνων, προέδρου και αντιπροέδρου, στην UEMS • Προτάσεις του ΠΙΣ για το Σύστημα Υγείας • Ο ΠΙΣ στην Επιτροπή κοινωνικών υποθέσεων • Υπερχρεώσεις από ΕΦΚΑ • Παράνομη ιατρική εκδήλωση στα Κατεχόμενα • Παρέμβαση του ΠΙΣ για την πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας • Ένα μέγιστο ζήτημα της Δημόσιας Υγείας • ΦΕΚ-Νόμος 4512. Εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας περί ιατρικών συλλογών.

64 ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- 64 ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ & ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ, Κολιασάσης Λεωνίδας, Μυστακίδη Βασιλική Χαρά, Οικονόμου Ευάγγελος, Σιάσος Γεράσιμος, Μπλέτσα Ευανθία, Σταμπούλογλου Κ. Παναγιώτα, Μπατζιάς Κωνσταντίνος, Φουντουλάκης Πέτρος, Τούσουλης Δημήτριος
- 74 ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ, Τρίκας Αθανάσιος
- 86 ΨΩΡΙΑΣΗ, Δούβαλη Θεοδώρα, Χασάπη Βασιλική
- 92 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ, Χαντζησαλάτας Σπυρίδων, Χιρμπάκη Ρόδω

96 ΕΙΔΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- 96 ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΔΡΑΣΕΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ: ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ & ΠΡΟΟΔΟΣ, Τσαλερίδης Θ., Ροδίτης Κ.
- 102 ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ. ΚΙΝΔΥΝΟΙ & ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, Ναούμ Σ.

ΝΕΑ

9



Πρώτη συνέντευξη Τύπου του νέου προεδρείου του ΠΙΣ

«Η χώρα μας διαθέτει υψηλό επιπέδου ειδικευμένους γιατρούς, τις υπηρεσίες των οποίων δεν έχουμε την πολυτέλεια να στερήσουμε από τους Έλληνες ασθενείς»

ΝΕΑ

10



Συνάντηση Προεδρείου ΠΙΣ με την ηγεσία του Υπ. Υγείας

ΑΡΘΡΟ

74



Νεότερα δεδομένα Στην διατατική μυοκαρδιοπάθεια

ΑΡΘΡΟ

86



Ψωρίαση

Υποτροπιάζουσα ανοσο-μεσολαβούμενη δερματοπάθεια με ποικίλη κλινική έκφραση, με συχνότερη μορφή την ψωρίαση κατά πλάκας.

Ελληνικό Φάρμακο η λύση

για την ΥΓΕΙΑ

- Το Ελληνικό Φάρμακο μπορεί να καλύψει άμεσα το **70%** των αναγκών της **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ** και το **50%** των αναγκών της **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**
- Η ανάδειξη και στήριξη του Ελληνικού Φαρμάκου είναι **ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ**, με μια **ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** και με **ΚΙΝΗΤΡΑ** σε Γιατρούς & Φαρμακοποιούς

Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να πετύχουμε:

- **ΜΕΙΩΣΗ** στις άσκοπες εισαγωγές ακριβών φαρμάκων
- **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ** του ελλείμματος στο ισοζύγιο εμπορικών συναλλαγών στα φάρμακα
- **ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ** πόρων για τα καινοτόμα φάρμακα που πραγματικά χρειάζομαστε

για την ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το Ελληνικό Φάρμακο είναι:

- **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ** και **ΑΣΦΑΛΕΣ** γιατί πιστοποιείται από τους σημαντικότερους Οργανισμούς Φαρμάκου παγκοσμίως
- **ΠΟΙΟΤΙΚΟ** γιατί παράγεται σε ελληνικά εργοστάσια που ακολουθούν αυστηρά τα διεθνή πρότυπα διασφάλισης ποιότητας
- **ΔΙΕΘΝΩΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ** γιατί εκατομμύρια ασθενείς σε περισσότερες από 85 χώρες το εμπιστεύονται καθημερινά
- **ΠΡΟΣΙΤΟ** για τον Έλληνα ασθενή γιατί μειώνει το κόστος συμμετοχής των ασφαλισμένων

για την ΑΝΑΠΤΥΞΗ

- Παράγεται σε **27** υπερασύγχρονα ελληνικά **ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΑ**
- Επηρεάζει πάνω από **53.000 ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**
- Κατέχει την **2η ΘΕΣΗ ΣΤΙΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ** της Ελλάδας
- Εξάγεται σε **85 ΧΩΡΕΣ**
- Για κάθε €1.000 δαπάνης το **ΑΕΠ ΕΝΙΣΧΥΕΤΑΙ** κατά €3.420
- Συμβάλει συνολικά με **€2,8 δισ.** το χρόνο στο **ΑΕΠ**
- Η Ελληνική Φαρμακοβιομηχανία επενδύει €30 εκατ. ετησίως σε **80 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ**, έχοντας πραγματοποιήσει συνολικές **ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ €800 εκατ.** την τελευταία 10ετία

**Ελληνικό
Φάρμακο** 

Αποτελεσματικό | Ασφαλές | Προσιτό

 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ
ΕΝΩΣΗ
ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

Το PLUS για σωστή ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ και ισορροπία των ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ στον οργανισμό!



Νέα ανανεωμένη σειρά συμπληρωμάτων διατροφής με ηλεκτρολύτες, μέταλλα και κλινικά μελετημένα συστατικά.

Ιδανικό σε περιπτώσεις:

- αφυδάτωσης λόγω γαστρεντερολογικών διαταραχών όπως διάρροια και εμετός,
- ήπιας αφυδάτωσης και ενίσχυσης του ανοσοποιητικού λόγω έντονου ρυθμού ζωής, συχνών ταξιδιών, υψηλής θερμοκρασίας,
- έντονης άσκησης για την αύξηση της απόδοσης όπως σε αερόβια μεσαίας ή χαμηλής έντασης, αναερόβια υψηλής έντασης - μικρής διάρκειας.



ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Διαβάστε το «Φύλλο Οδηγιών Χρήσης» για την συνιστώμενη ημερήσια κατανάλωση δόση των προϊόντων. Να μην γίνεται υπέρβαση της συγκεκριμένης συνιστώμενης ημερήσιας δόσης. Τα Συμπληρώματα Διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διαίτης. Να φυλάσσονται μακριά από τα μικρά παιδιά. Τα προϊόντα αυτά δεν προορίζονται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας αν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Περιέχουν γλυκόζη/ δεξτρόζη. Η χρήση από διαβητικούς ενδέχεται να επηρεάσει την τιμή του σακχάρου αίματος.

Αριθμός Γνωστοποίησης ΕΟΦ 45240/7-7-06 & 63103/11-6-2018 & 63102/11-06-2018
Ο αριθμός γνωστοποίησης στον ΕΟΦ δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ.



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία
Τμήμα Consumer Health Care

Λεωφόρος Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής, Τηλ: 211-1865-347
Εθνικής Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη Τηλ: 2310 459 920-1
www.elpen.gr, farmakeia@elpen.gr

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΙΔΡΥΤΗΣ - ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
Πλουτάρχου 3 Αθήνα, 106 75 - Τηλ.: 210 72.58.660-1-2, email: pisinfo@pis.gr

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Γεν. Γραμματέας
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ ΑΝΝΑ	Α' Αντιπρόεδρος
ΚΑΨΑΜΠΕΛΗΣ ΠΑΥΛΟΣ	Β' Αντιπρόεδρος
ΨΥΧΟΓΥΙΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	Ταμίας

ΜΕΛΗ

ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ ΧΑΡΗΣ	Μέλος ΔΣ
ΒΑΡΝΑΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ	Μέλος ΔΣ
ΒΑΣΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	Μέλος ΔΣ
ΚΑΛΙΑΜΠΑΚΟΣ ΣΩΤΗΡΗΣ	Μέλος ΔΣ
ΚΟΥΛΑΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	Μέλος ΔΣ
ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Μέλος ΔΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ	Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ	Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	Μέλος ΔΣ
ΨΑΛΤΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ	Μέλος ΔΣ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ Καθηγήτρια Παθολογίας, Παν/μιο Πελοποννήσου

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΜΑΣΤΡΟΝΙΚΟΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Αν. Καθηγ. ΝΕΡΛ, Παν/μιο Πατρών

ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗΣ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Γενικός Ιατρός, Επιμ. Α' ΕΣΥ
ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Επικ. Καθηγ. Επιδημιολογίας & Πρόληψης Νοσημάτων, Παν/μιο Πελοποννήσου
ΒΑΪΤΗΣ ΒΙΟΛΕΤΤΑ	Μαιευτράς-Γυναικολόγος
ΓΕΡΟΥΛΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγ. Αγγειοχειρουργικής, ΕΚΠΑ
ΓΚΙΚΑΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ	Καθηγ. Παθολογίας, Παν/μιο Κρήτης
ΔΑΡΑΒΕΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ	Καθηγ. Υγιεινής - Κοινωνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Κοσμήτορας Επιστημών Υγείας ΑΠΘ
ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ	Καθηγ. Εντατικής Θεραπείας, Παν/μιο Θεσσαλίας
ΚΑΡΔΑΜΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Καθηγ. Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Παν/μιο Πατρών
ΚΑΤΣΑΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Ακτινοδιαγνώστης
ΚΟΥΛΑΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	Χειρουργός Οφθαλμίατρος
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγ. Ενδοκρινολογίας, ΕΚΠΑ
ΝΙΑΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Καθηγ. Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας
ΝΤΑΒΛΟΥΡΟΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ	Καθηγ. Καρδιολογίας, Παν/μιο Πατρών
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΩΚΡΑΤΗΣ	Αναπλ. Καθηγ. Νευρολογίας, ΕΚΠΑ
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Πνευμονολόγος
ΠΕΤΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Ρευματολόγος
ΤΡΑΚΑΔΑ ΓΕΩΡΓΙΑ	Αναπλ. Καθηγ. Θεραπευτικής-Πνευμονολογίας
ΤΣΑΟΥΣΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος
ΦΕΛΕΚΟΥΡΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	Καθηγ. Χειρουργικής, ΕΚΠΑ
ΧΑΤΖΗΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγ. Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Παν/μιο Θεσσαλίας
ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ	Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Αθήνα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Γεν. Γραμματέας ΠΙΣ

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: Γεώργιος Η. Καυκάς
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: Δρ. Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος MSc
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: Έλενα Λαγανά
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ MARKETING & ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: Νατάσα Παπαθανασίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ: Έννα Ζεντέλη, Παρασκευή Παλαιολόγου

Γράμμα Προέδρου

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Η νέα διοίκηση του ΠΙΣ φιλοδοξεί να μετασχηματίσει το Ιατρικό Βήμα που έχετε στα χέρια σας με την κλασική του μορφή, σε ένα περιοδικό με εντονότερο επιστημονικό χαρακτήρα και μεγαλύτερη επιστημονική εμβέλεια. Στόχος είναι να φτάνει στους γιατρούς όλης της χώρας σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή, και αν το 2019 δεν είχε αποδειχτεί για τον Π.Ι.Σ. μια δύσκολη χρονιά, αυτό θα ήταν εμφανές από το τρέχον τεύχος.



Επιθυμία μας είναι ο ΠΙΣ να αποκτήσει ένα περιοδικό επιστημονικού κύρους πρωτίστως, χωρίς όμως να χαθεί και ο ενημερωτικός του χαρακτήρας. Η προσπάθεια αυτή εντάσσεται στο πλαίσιο της ανάληψης από πλευράς ΠΙΣ αυτονόμων αρμοδιοτήτων, που δεν έχει σήμερα. Ο συντονισμός της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης και της δι-αβίου μάθησης όπως στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, θα πρέπει να αποτελέσει ευθύνη των εκλεγμένων οργάνων του ιατρικού κόσμου και να απαλειφθεί από τις αρμοδιότητες του Υπουργείου, το οποίο θα πρέπει να περιοριστεί μόνο στη θεσμοθέτηση γενικών αρχών.

Μετά την επιτυχία από τον Απρίλιο έναρξη της έκδοσης αδειών άσκησης επαγγέλματος, της χορήγησης τίτλων ειδικότητας και της διοργάνωσης των εξετάσεων για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας, εν μέσω διοικητικής θύελλας για τον σύλλογο μας, πιστεύουμε ότι οι αρμοδιότητες του ΚΕΣΥ που αφορούν την ιατρική εκπαίδευση πρέπει να ανατεθούν στον ΠΙΣ όπως και η αδειοδότηση των ιατρικών συνεδρίων τα οποία κατά παράδοξη τρόπο αδειοδοτούνται μοναδικά στην Ευρώπη από τον ΕΟΦ. Προς την κατεύθυνση αυτή εμβαθύνουμε και τη συνεργασία μας με τους αντίστοιχους ευρωπαϊκούς φορείς.

Παράλληλα, ο ΠΙΣ εκπροσωπώντας το σύνολο των γιατρών της χώρας και με ευθύνη πρωτίστως έναντι των ασθενών, οφείλει να αποτελέσει τον εμβρυολογικό των απαραίτητων αλλαγών στην οργάνωση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Αντιλαμβανόμενοι την ωριμότητα γιατρών και κοινωνίας είμαστε έτοιμοι, απηφώνοντας το «πολιτικό κόστος» να προκαλέσουμε τον αναγκαίο δημόσιο διάλογο.

Με την ίδια δυναμική θα προχωρήσουμε και στη φροντίδα των θεμάτων που απασχολούν τους γιατρούς σε ό,τι αφορά αμοιβές, ασφαλιστικά δικαιώματα και όρους εργασίας. Η δημιουργία επαγγελματικού ταμείου και στη συνέχεια η διεκδίκηση της περιουσίας του ΤΣΑΥ, δρομολογούνται ήδη.

Έχοντας επίγνωση των πολλών και διαφορετικών προβλημάτων του κλάδου, αλλά και της απόστασης που πρέπει να διανύσουμε για να βρεθούμε μπροστά από τον μέσο ευρωπαϊκό όρο, αναζητούμε τη συνδρομή όλων των συναδέλφων που επιθυμούν να κινηθούμε προς αυτήν την κατεύθυνση. Το Ιατρικό Βήμα θα αποτελέσει ένα από τα σημεία τακτικής επικοινωνίας μας.

Δρ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Π.Ι.Σ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αθήνα 17 Ιουλίου 2019

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Θέμα: Νέο Προεδρείο με ίδια σύνθεση στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Σε σώμα συγκροτήθηκε το Δ.Σ. του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου μετά τις επαναληπτικές εκλογές στις 22 Ιουνίου 2019, που παρανόμως διέταξε ο πρόην υπουργός Υγείας, Ανδρέας Ξανθός.

Η σύνθεση του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. έχει ως εξής:

Πρόεδρος: Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Αντιπρόεδρος Α': Άννα Μαστοράκου

Αντιπρόεδρος Β': Παύλος Καψαμπέλης

Γενικός Γραμματέας: Γεώργιος Ελευθερίου

Ταμία: Βασίλειος Ψυχογιός

Μέλη: Χάρης Βαβουρανάκης, Δημήτρης Βαρνάβας, Αναστάσιος Βασιιάδης, Σωτήρης Καλιαμπάκος, Χαράλαμπος Κούλας, Κωνσταντίνος Κουτσόπουλος, Βλαδίμηρος Παναγιωτίδης, Χρήστος Παπάζογλου, Ανδρέας Παπανδρουόδης, Μιχαήλ Φαλάκος

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος

Ο Γενικός Γραμματέας

Δρ. Αθανάσιος Α. Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός

Γεώργιος Ι. Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ: 210 7258660 - 662, FAX: 210 7258663
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr

Πρώτη συνέντευξη Τύπου του νέου προεδρείου του ΠΙΣ

ΑΘΗΝΑ, 18.7.2019

Την πλήρη ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και την επαναδιαπραγμάτευση της συνεργασίας των ιδιωτών γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ, θα ζητήσει η νέα Διοίκηση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) στην πρώτη συνάντησή που αναμένεται να πραγματοποιηθεί τις επόμενες ημέρες με τον υπουργό Υγείας κ. Βασίλη Κικίλια.

Όπως υπογράμμισε ο Πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Αθανάσιος Εξαδάκτυλος, τρεις θα είναι οι βασικοί άξονες της πρότασης για τη συνεργασία των ελευθεροεπαγγελματιών γιατρών με το δημόσιο σύστημα: 1. -Εγγύηση για ελεύθερη επιλογή γιατρού από τον ασθενή 2. -Πρόσβαση όλων των γιατρών που επιθυμούν στις συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ, ώστε να δοθεί βήμα και στους νέους γιατρούς και τέλος 3. -Αμοιβές ανάλογα με το προσφερόμενο ιατρικό έργο «Πιστεύουμε σε ένα νέο ξεκίνημα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Άλλωστε το προηγούμενο σύστημα που επιχειρήθηκε να στηθεί, απεδείχθη απολύτως αποτυχημένο. Δεν διευκόλυνε τους ασθενείς, ενώ ήταν απαξιώτικο για το επιστημονικό δυναμικό της χώρας. Αυτό πλέον πρέπει να αλλάξει ριζικά» ανέφερε ο Πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Αθανάσιος Εξαδάκτυλος. Ο Γενικός Γραμματέας του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. κ. Γιώργος Ελευθερίου από την πλευρά του σημείωσε: «Ο ιατρικός κόσμος δεν θα δεχθεί στη νέα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το περιβάλλον «gatekeeping», που ουσιαστικά βάζει φραγμούς στην ελεύθερη επιλογή γιατρού από τους ασθενείς. Η χώρα μας έχει την τύχη να διαθέτει υψηλού επιπέδου ειδικευμένους γιατρούς, τις υπηρεσίες των οποίων δεν έχουμε την πολυτέλεια να στερήσουμε από τους Έλληνες ασθενείς». Να σημειωθεί ότι με βάση τα στοιχεία του Π.Ι.Σ. σήμερα ο ΕΟΠΥΥ διαθέτει για συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς 85 εκατ. ευρώ, όταν ο συνολικός προϋπολογισμός του προσεγγίζει τα 5,5 δις ευρώ. Στο μεταξύ το Προεδρείο του Π.Ι.Σ. έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στο θέμα της Σύμπραξης του Δημοσίου με τον Ιδιωτικό Τομέα (ΣΔΙΤ) στο σύνολο του συστήματος υγείας. Ο Β' Αντιπρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Παύλος Καψαμπέ-



λης από την πλευρά του τόνισε ότι οι ανάγκες των νοσοκομείων της Περιφέρειας κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, θα μπορούσαν να καλυφθούν από ελευθεροεπαγγελματίες γιατρούς με συμβάσεις έργου.

ΒΙΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Αθανάσιος Εξαδάκτυλος αναφερόμενος στο θέμα της βίας στα Νοσοκομεία δήλωσε ότι ξεκινά η καμπάνια για τη βία στα νοσοκομεία σε συνεργασία με το υπουργείο Υγείας, αφού θα ζητηθεί να τεθεί υπό την αιγίδα του. Ο κ. Εξαδάκτυλος υπογράμμισε ότι το φαινόμενο θεωρείται σχετικά νέο στη χώρα μας, αλλά με βάση υπολογισμούς, παρουσιάζει αύξηση της τάξης του 30%.

ΑΠΟΦΑΣΗ ΠΟΛΑΚΗ

Επίσης, το Προεδρείο του Π.Ι.Σ. επικεντρώθηκε στην απόφαση του τέως αναπληρωτή υπουργού Υγείας Π. Πολάκη, βάση της οποίας καταργείται το τεκμήριο αθώ-

τητας των ιατρών. Γεγονός που σημαίνει ότι πριν καταδικαστούν από τη Δικαιοσύνη για κάποιο παράπτωμα, θα πρέπει να τους αφαιρεθεί η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. «Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος δεν θα αφαιρέσει καμία άδεια γιατρού πριν τελεσιδικήσει η υπόθεσή του στη Δικαιοσύνη. Ταυτόχρονα θα ζητήσουμε από το υπουργείο Υγείας να καταργήσει την άδικη αυτή διάταξη» δήλωσε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Αθανάσιος Εξαδάκτυλος. Παράλληλα το προεδρείο του ΠΙΣ εξέφρασε την αντίθεσή του στην πρόσφατη απόφαση που ψηφίστηκε από την προηγούμενη κυβέρνηση και δίνει το δικαίωμα εκτέλεσης εμβολιασμών στα φαρμακεία.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός

➔ Συνάντηση προεδρείου ΠΙΣ με την ηγεσία του υπ. Υγείας

Αθήνα, 24.7.2019

Την πρώτη συνάντηση με τον νέο υπουργό Υγείας κ.Βασίλη Κικίλια αλλή και τον υφυπουργό Υγείας κ. Βασίλη Κοντοζαμάνη πραγματοποίησε σήμερα το μεσημέρι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ). Στη συνάντηση παραβρέθηκαν ο Υπουργός Υγείας κ.Βασίλης Κικίλιας, ο Υφυπουργός Υγείας κ. Βασίλης Κοντοζαμάνης, ο Πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Αθανάσιος Εξαδάκτυλος, η Α' Αντιπρόεδρος κ. Άννα Μαστοράκου, ο Γενικός Γραμματέας του ΠΙΣ κ. Πώργος Ελευθερίου, ο Αντιπρόεδρος Β' κ.Παύλος Καψαμπέλης, ο Ταμίας κ. Βασίλης Ψυχογιός.



Το Προεδρείο του ΠΙΣ στην πρώτη συνάντηση με την Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας ενημέρωσε τον Υπουργό Υγείας για τα προβλήματα που απασχολούν τον ιατρικό κόσμο, ενώ έθεσε εκτενώς τρία βασικά ζητήματα τα οποία θα πρέπει να επιλυθούν άμεσα.

Ειδικότερα:

Νέες συμβάσεις των ελευθεροεπαγγελματιών γιατρών και Οικογενειακών Γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ

Το Προεδρείο του Π.Ι.Σ. έθεσε το πρόβλημα στον κ.Βασίλη Κικίλια της ανανέωσης των συμβάσεων των ελευθεροεπαγγελματιών γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ, οι οποίες είναι σε εκκρεμότητα εδώ και χρόνια. Διατύπωσε το θέμα των αμοιβών οι οποίες θα πρέπει να αναπροσαρμοσθούν στα δεδομένα της εποχής, αλλή και των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, ώστε και οι Έλληνες γιατροί να αμείβονται για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, αλλή και σύμφωνα με την ποιότητα των υπηρεσιών τους.

Ο Υπουργός Υγείας συμφώνησε να συζητηθεί το θέμα εκτενώς σε νέα συνάντηση που αναμένεται να πραγματοποιηθεί το επόμενο διάστημα, ώστε να εξειδικευτούν τα προβλήματα και οι δυνατότητες αποζημίωσης των ιατρικού κόσμου, στο πλαίσιο και της ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ταυτόχρονα θα επανεξετασθεί και το θέμα των αμοιβών και της συνεργασίας των Γενικών Οικογενειακών Γιατρών.

Ο Υπουργός Υγείας επανέλαβε τη βούληση της κυβέρνησης να προχωρήσει σε αναβάθμιση του ρόλου του Γενικού Οικογενειακού Γιατρού, ώστε να συμβάλει καθοριστικά στην πρόληψη, αλλή και στη διαχείριση των πρώτων προβλημάτων υγείας.

Clawback

Το Προεδρείο του ΠΙΣ έθεσε επίσης επιτακτικά το ζήτημα του ληστικού Clawback που επιβάλλεται στους κλινικοεργαστηριακούς γιατρούς και στραγγαλίζει τα μικρά εργαστήρια και ιατρεία, οδηγώντας πολλή εξ αυτών στο λουκέτο. Ειδικά σε ότι αφορά στο Clawback του Β' εξαμήνου του 2018, το Προεδρείο του Π.Ι.Σ. ζήτησε να αξιοποιηθούν τα διαθέσιμα 50 εκατ. ευρώ που υπάρχουν στον ΕΟΠΥΥ, ώστε άμεσα να ελαφρυνθεί ο ιατρικός κόσμος.

Ο κ. Κικίλιας από την πλευρά του επεσήμανε ότι το σχέδιο της κυβέρνησης προβλέπει την ανακατανομή των πόρων στον ΕΟΠΥΥ με βάση τις ανάγκες των ασφαλισμένων, γεγονός που θα οδηγήσει και στην απαλλογία επιβαρύνσεων προς τους ιατρούς.

«Η λύση που πρέπει να δοθεί είναι πολιτική, καθώς έλλειμμα στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ θα υπάρχει διαρκώς λόγω του δημογραφικού προβλήματος ακόμη κι αν υπάρξουν παρεμβάσεις όπως π.χ. τα πρωτόκολλα συνταγογράφησης.

Και το έλλειμμα αυτό θα πρέπει να καλύπτεται από τα προϊόντα καπνού» πρότεινε ο Πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Αθανάσιος Εξαδάκτυλος.

ΠΦΥ

Σχετικά με το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), το Προεδρείο του ΠΙΣ υπογράμμισε πως θα πρέπει ο σχεδιασμός που θα προωθηθεί, να εξασφαλίζει την υγειονομική κάλυψη όλων των πολιτών της χώρας, αλλή και την αξιοποίηση όλου του ιατρικού δυναμικού, τόσο των δημοσίων δομών, όσο και των ελευθεροεπαγγελματιών γιατρών.

Ο Υπουργός Υγείας κ.Βασίλης Κικίλιας ανέφερε ότι σύντομα θα ξεκινήσει διάλογος με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς για τον νέο σχεδιασμό της ΠΦΥ.

Το Προεδρείο του Π.Ι.Σ., εκ του θεσμικού του ρόλου, προσδοκά στην αμοιβαία συνεργασία και την έναρξη ουσιαστικού διαλόγου με την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, καθώς όλα τα προβλήματα στον τομέα της Υγείας θα πρέπει να αντιμετωπισθούν εξ' αρχής, μεταξύ των οποίων είναι και οι παθογένειες, που εμφανίστηκαν με έντονο τρόπο το τελευταίο χρονικό διάστημα.

Χαρακτηριστική η περίπτωση του Νοσοκομείου της Σάμου με τα νοσηρά φαινόμενα που καταγράφηκαν εις διπλούν και τα οποία καταδικάζουμε απερίφραστα.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός

Όλοι οι γιατροί της Ευρώπης το 2021 στην Ελλάδα

Αθήνα, 25.11.2019

Στην Ελλάδα θα συνεδριάσουν μετά από πολλά χρόνια οι γιατροί όλης της Ευρώπης το 2021. Τη χρονιά που η χώρα μας θα εορτάζει τα 200 χρόνια από την Επανάσταση του 1821, άλλη μία μεγάλη διοργάνωση επετεύχθη για την Ελλάδα.

Η **UEMS** – η μεγαλύτερη επαγγελματική οργάνωση γιατρών της Ευρώπης η οποία αντιπροσωπεύει πάνω από 1,6 εκατομμύρια ειδικευμένων ιατρών- έπειτα από πρόταση του **Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου** (ΠΙΣ) θα συνεδριάσει στη χώρα μας.

Το 2011 ήταν η τελευταία φορά που ανώτατο ευρωπαϊκό, θεσμικό ιατρικό όργανο συγκλήθηκε στην Ελλάδα. Η UEMS είναι η **μεγαλύτερη** επαγγελματική οργάνωση γιατρών της Ευρώπης, καθώς συμμετέχουν Εθνικοί Ιατρικοί Σύλλογοι και Επιστημονικές Ιατρικές Εταιρείες των χωρών της ΕΕ και της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Ζώνης.

Η UEMS αντιπροσωπεύει τους γιατρούς στις Αρχές της ΕΕ και έχει ως αντικείμενο να προωθήει τα υψηλά πρότυπα ιατρικής εκπαίδευσης, πρακτικής και φροντίδας υγείας.

Ταυτόχρονα είναι υπεύθυνη για την πιστοποίηση της μοριοδότησης για τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση μέσω της EACCME (European Accreditation Council

for Continued Medical Education).

Η προσεχής διοργάνωση -που συμπίπτει με τον εορτασμό των 200 χρόνων από την Επανάσταση του 1821- διεκδικήθηκε από τον ΠΙΣ υπό την ευτυχή συγκυρία της εκλογής **Έλληνα προέδρου και αντιπροέδρου στην UEMS**. Η πρωτοβουλία εντάσσεται στην απόφαση της νέας διοίκησης του ΠΙΣ για διεύρυνση των επιστημονικών δράσεων του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Στο πλαίσιο αυτό, οι δύο οργανισμοί συνεργάζονται ώστε τα μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης που χορηγούνται στα ιατρικά συνέδρια της Ελλάδας, να μετατραπούν από το 2020 σε **ευρωπαϊκά**, ώστε να τυγχάνουν αναγνώρισης σε περισσότερες χώρες παγκοσμίως. Γεγονός που θα αποτελέσει ουσιαστική ενίσχυση στα βιογραφικά των Ελλήνων ιατρών.

Να σημειωθεί ότι **ΠΙΣ διεκδικεί την αδειοδότηση των ιατρικών συνεδρίων**, όπως συμβαίνει σε όλες τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Η αδειοδότηση των συνεδρίων σήμερα γίνεται παραδόξως από τον ΕΟΦ, γεγονός που βρίσκει αντίθετους τους ιατρούς. Και αυτό διότι με τον τρόπο αυτό συνδέεται άμεσα η ιατρική εκπαίδευση με την κατανάλωση φαρμάκων. Παράλληλα προκαλείται περιττή γραφειοκρατία, αφού α-



κοιλουθούνται δύο διαδικασίες (ο ΕΟΦ αδειοδοτεί, ενώ ο ΠΙΣ αξιολογεί επιστημονικά).

Η ανεπιτυχής μετακύλιση της αρμοδιότητας από την προηγούμενη κυβέρνηση στο **ΚΕΣΥ**, που συνδέθηκε και με την προσπάθεια χειραγώγησης των επιστημονικών εταιρειών, ορθά ακυρώθηκε από την σημερινή ηγεσία του υπουργείου Υγείας.

Για την εναρμόνιση μας όμως, με την ευρωπαϊκή και διεθνή πρακτική, η αδειοδότηση των **ιατρικών συνεδρίων** πρέπει να ανατεθεί στον ΠΙΣ, όπως έχει ήδη ανατεθεί η έκδοση αδειών άσκησης επαγγέλματος και χορήγησης των τίτλων ειδικότητας.

ΓΙΑ ΤΟ Δ.Σ. ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός

Συνάντηση Π.Ι.Σ. με Υπουργό Επικρατείας & Ψηφ. Διακυβέρνησης, για θέματα Ψηφιακής Υγείας

Αθήνα, 21.11.2019

Συνάντηση με τον υπουργό Επικρατείας και Ψηφιακής Διακυβέρνησης κ.Κυριάκο Πιερρακάκη και τον Γενικό Γραμματέα Πληροφοριακών Συστημάτων κ.Δημοσθένη Αναγνωστόπουλο, είχε το Προεδρείο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) το μεσημέρι της Τετάρτης.

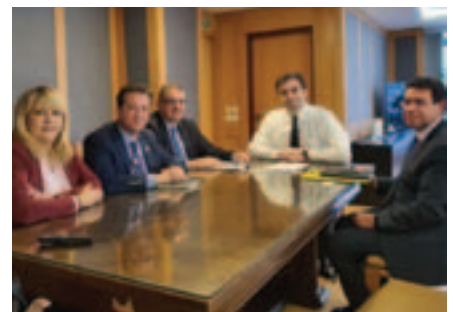
Στη συνάντηση παραβρέθηκαν ο Πρόεδρος του ΠΙΣ κ.Αθανάσιος Εξαδάκτυλος, η Α' Αντιπρόεδρος κ. Άννα Μαστοράκου και ο Γεν. Γραμματέας κ.Γιώργος Ελευθερίου.

Το Προεδρείο του ΠΙΣ συζήτησε διεξοδικά το θέμα της **ψηφιοποίησης** των υπηρεσιών υγείας, ενώ κεντρικό ζήτημα αποτέλεσε ο **ηλεκτρονικός φάκελος** των ασθενών που θα διευκολύνει τόσο τη θερα-

πευτική διαδικασία, όσο και την επιστημονική εργασία του ιατρικού κλάδου, καθώς και θέματα που αφορούν στην **ηλεκτρονική συνταγογράφηση** της ΗΔΙΚΑ.

Επίσης, συζητήθηκε εκτενώς το ζήτημα της **ψηφιακής εκπαίδευσης** των ιατρών της χώρας, μέσα από κοινά προγράμματα του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης.

Με τον υπουργό Επικρατείας και Ψηφιακής Διακυβέρνησης κ.Κυριάκο Πιερρακάκη συμφωνήθηκε να υπάρχει στενή συνεργασία με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, δεδομένου ότι υπάρχει συναντίληψη στα ζητήματα της ψηφιακής υγείας. Στόχος να επιταχυνθεί η διαδικασία για την υλοποίηση των μεγάλων έργων πληροφο-



ρικής στην τομέα της υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό ο υπουργός ζήτησε κατάλογο με ιεραρχημένες προτάσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου για όλα τα βασικά ζητήματα της ψηφιακής υγείας..

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ ΠΙΣ



➔ Στα πρόθυρα υγειονομικής κρίσης η χώρα μας από την αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών

Αθήνα, 19.11.2019

• Η χώρα μας στο πρόθυρα υγειονομικής κρίσης από την αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών

• ΑΜΕΣΗ ανάγκη λήψης μέτρων και απαγόρευσης πώλησης φαρμάκων (ιδιαίτερα αντιβιοτικών) χωρίς ιατρική συνταγή

Σε **νούμερο ένα κίνδυνο** για τη χώρα μας αποδεικνύεται η αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών με σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία των πολιτών. Δεν είναι τυχαίο ότι με βάση τις προειδοποιήσεις του **Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)**, η Ελλάδα θα είναι η **πρώτη χώρα στην Ευρώπη** που θα αντιμετωπίσει σοβαρό πρόβλημα μικροβιακής αντοχής. Αλλωστε η χώρα μας εμφανίζεται να έχει σχεδόν **διπλάσια** χρήση αντιβιοτικών, σε σύγκριση με τον μέσο όρο που ισχύει στην Ε.Ε.

Ο **Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ)** ζητά την **αυστηρή τήρηση** της εθνικής νομοθεσίας, αλλά και την εφαρμογή των Ευρωπαϊκών Οδηγιών που προβλέπουν ότι όλα τα φάρμακα και ειδικά τα αντιβιοτικά, θα πρέπει να χορηγούνται στους ασθενείς μόνο όταν υπάρχει **ιατρική συνταγή**.

Αλλωστε ο υπάρχων νόμος ισχύει εδώ και **46 χρόνια** (ΦΕΚ 172 8.8.1973) και προβλέπει τη χορήγηση όλων των φαρμάκων μόνο με συνταγή γιατρού.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ) μέσω του Γενικού Γραμματέα κ. **Γιώργου Ελευθερίου** διατύπωσε τις απόψεις του Συλλόγου για το θέμα της χρήσης των αντιβιοτικών στη χώρα μας, κατά τη διάρκεια της συνάντησης φορέων που πραγματοποιήθηκε στον Ε-ΟΔΥ, με αφορμή την **Παγκόσμια Εβδομάδα και την Ευρωπαϊκή Ημέρα Ευαισθητοποίησης για την Ορθολογική Χρήση των Αντιβιοτικών**.

Ο ΠΙΣ εξέφρασε το χρόνιο αίτημα του κλάδου, ότι τα αντιβιοτικά θα πρέπει να δίνονται στους ασθενείς μόνο όταν υπάρχει **συνταγή γιατρού**.

Παράλληλα σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες γραμμές της ΕΕ σχετικά με τη συνετή χρήση των αντιμικροβι-

κών στην ανθρώπινη υγεία (Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2017/C 212/01 της 1.7.2017), προβλέπεται σαφώς στο άρθρο 4.7 ότι: «Οι φαρμακοποιοί θα πρέπει να χορηγούν αντιμικροβιακά μόνο με συνταγή γιατρού, εκτός εάν, βάσει ειδικών διατάξεων, επιτρέπεται η ελεγχόμενη χορήγηση σε ειδικές περιπτώσεις».

Από τα παραπάνω είναι σαφές ότι το ρυθμιστικό πλαίσιο εισάγει **αυστηρούς κανόνες** σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων και ειδικότερα αντιβιοτικών, τα οποία και θα

πρέπει να χορηγούνται **ΜΟΝΟ** μετά από **ιατρική συνταγή**.

Η χρήση αντιβιοτικών με στοιχεία

Με βάση τα στοιχεία:

- Η Ελλάδα είναι η **1η χώρα** σε κατανάλωση αντιβιοτικών στην **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**.

- Τα αντιβιοτικά κεφαλοσπορίνες, Αμοξικιλίνη, τετρακυκλίνες και κινολόνες είναι **πρώτα στη λίστα κατανάλωσης**.

- Στις κατηγορίες αυτές των αντιβιοτικών καταγράφεται **διαχρονική αύξηση** στη χρήση, με εξαίρεση τις κινολόνες για τις οποίες έχει θεσμοθετηθεί εδώ και χρόνια ως απαραίτητο στοιχείο η **αιτιολογημένη** συνταγή γιατρού. Γι' αυτό και οι κινολόνες έρχονται στην 3η θέση κατανάλωσης.

- Το **ECDC** (Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων) καταγράφει σχεδόν **διπλάσια** χρήση αντιβιοτικών στη χώρα μας, σε σύγκριση με τον μέσο όρο που ισχύει στην Ε.Ε.

- Οι κυριότερες **λοιμώξεις** για τις οποίες οι Έλληνες παίρνουν από το ράφι τα αντιβιοτικά είναι για το **αναπνευστικό** και για το **ουροποιητικό** σύστημα.

Κατόπιν αυτών, ο ΠΙΣ καλεί το Υπουργείο Υγείας να ενσωματώσει ΑΜΕΣΑ τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες στην Εθνική Νομοθεσία και να εφαρμόσει τους Νόμους του Κράτους προκειμένου να μην υπάρξουν θύματα στο άμεσο μέλλον, από την ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών λόγω της αλόγιστης και ανεξέλεγκτης χρήσης φαρμάκων και ιδιαίτερα αντιβιοτικών, καθώς δεν παράγονται νέα αντιβιοτικά σκευάσματα που να μπορούν να καλύψουν τη μικροβιακή αντοχή που αναπτύσσεται.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός

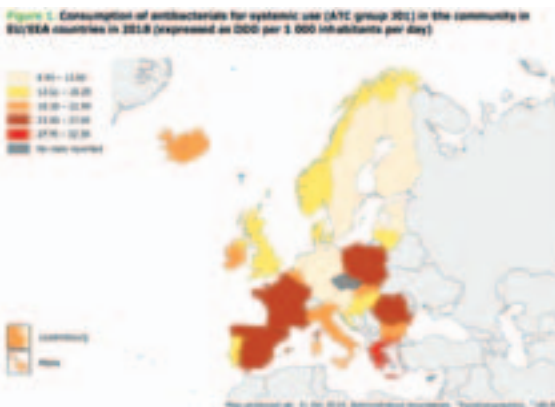
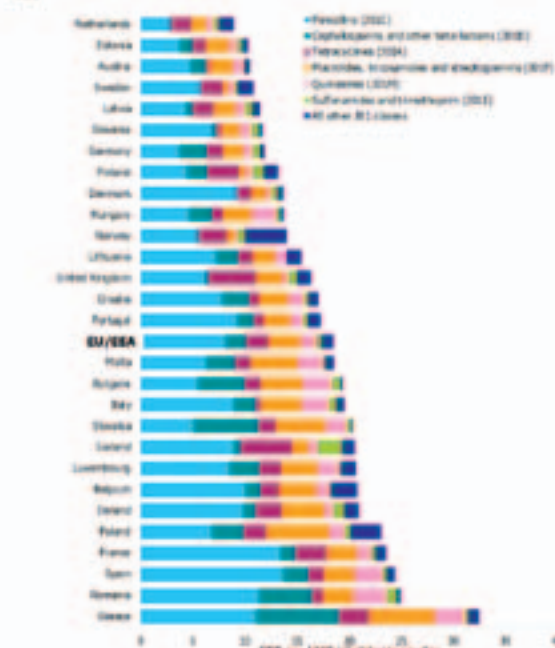


Figure 1. Consumption of antibiotics for systemic use (ATC group J01) in the community in EU/EEA countries in 2018 (expressed as DDD per 1,000 inhabitants per day)



**MADE
IN
GREECE**

Παραγωγή στην Ελλάδα... για όλο τον κόσμο!

Στη Boehringer Ingelheim, **τη μόνη πολυεθνική φαρμακευτική εταιρεία** που συνεχίζει να διατηρεί εργοστάσιο στην Ελλάδα, υλοποιούμε ένα ευρύ επενδυτικό σχέδιο, με στόχο να πραγματοποιείται στην Ελλάδα, **η παραγωγή των νέων αντιδιαβητικών μας φαρμάκων για τις περισσότερες χώρες του κόσμου.**

Υπολογίζουμε ότι περισσότερες από 27.000.000 συσκευασίες θα παραχθούν στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2014 - 2019.

Έτσι, η εταιρεία μας, θα συνεισφέρει με ποσοστό πλέον του **2,5%** **στο σύνολο των ελληνικών εξαγωγών**, πραγματοποιώντας ένα άλμα εξωστρέφειας, για την ανάπτυξη και το μέλλον της χώρας μας.



**Boehringer
Ingelheim**

➡ Ο Π.Ι.Σ. σε διεθνή συνάντηση στο Ελσίνκι Πρώτο θέμα το πρόβλημα με τα ανθεκτικά μικρόβια

Αθήνα, 18.11.2019

Α.Π.: 3759

Η πρώτη αιτία θανάτου το 2050 θα σχετίζεται με την αδυναμία των αντιβιοτικών να αντιμετωπίσουν μικροβιακές λοιμώξεις. Τα τελευταία χρόνια δεν υπάρχει ανάπτυξη νέων αντιβιοτικών, ενώ αναπτύσσονται πολλά άλλα φάρμακα, και την ίδια ώρα αυξάνεται η ανθεκτικότητα των μικροβίων.

Το γεγονός αυτό απασχόλησε τον **CPME, τον διεθνή οργανισμό που είναι ο ανώτατος ευρωπαϊκός σύλλογος των γιατρών**. Η συνδιάσκεψη έγινε το προηγούμενο διήμερο στο Ελσίνκι και ο ΠΙΣ συμμετείχε με αντιπροσωπεία στην οποία επικεφαλής ήταν ο πρόεδρος, Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος.

Το δεύτερο θέμα που απασχόλησε τη σύνοδο αυτή ήταν το μεταναστευτικό. Η ευρωπαϊκή ομάδα για το θέμα αυτό συντονίζεται από την κυρία Μαρίλη Πασακιάτου, που εκπροσωπεί την Ελλάδα.

Όπως φάνηκε, οι Ευρωπαίοι γιατροί παρακολουθούν στενά το μεταναστευτικό τόσο ως προς το θέμα της υγείας των προσφύγων όσο και ως προς τα θέματα που προκύπτουν με τους συναδέλφους τους.

Ο ΠΙΣ συνιστά στους ασθενείς να μην λαμβάνουν αντιβιοτικά χωρίς συνταγή και οδηγία γιατρού και ζητεί από την Πολιτεία να απαγορεύσει την πώληση χωρίς συνταγή γιατρού και ζητεί την αρωγή προς την κατεύθυνση αυτή γιατρών και φαρμακοποιών.

Μόλις σε 6 χώρες στην ΕΕ επιτρέπεται η χορήγηση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή μεταξύ των οποίων είναι και η Ελλάδα.

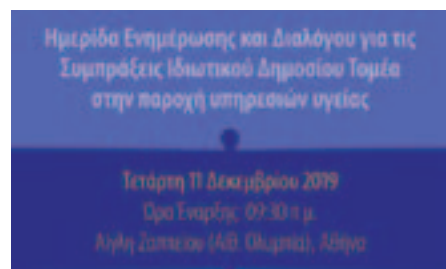
Το Γραφείο Τύπου του Π.Ι.Σ



Συμπράξεις Ιδιωτικού Δημόσιου Τομέα: Ημερίδα Ενημέρωσης από τον ΠΙΣ

Αθήνα, 18.11.2019

Το ΔΣ του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) οργανώνει ημερίδα με θέμα: **ΣΔΙΤ στην παροχή υπηρεσιών υγείας την Τετάρτη 11 Δεκεμβρίου 2019 στην**



Αίθλη Ζαπφείου με ώρα έναρξης 09:30.

Οι Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) είναι συμβάσεις, κατά κανόνα μακροχρόνιες, οι οποίες συνάπτονται μεταξύ ενός δημόσιου και ενός ιδιωτικού φορέα, με σκοπό την εκτέλεση έργων ή/και την παροχή υπηρεσιών. Οι ρόλοι του Δημοσίου και του Ιδιωτικού τομέα είναι σαφώς ορισμένοι:

Αξιοποιείται η τεχνογνωσία και η αποτελεσματικότητα του ιδιωτικού τομέα ενώ παράλληλα το δημόσιο διατηρεί ισχυρό εποπτικό ρόλο.

Υλοποιούνται ποιοτικά έργα και ταυτόχρονα παρέχονται υψηλού επιπέδου υπηρεσίες στους πολίτες/ χρήστες των έργων αυτών.

Σημαντικό εργαλείο τόνωσης της οικονομικής ανάπτυξης μοχλεύοντας ιδιωτικούς πόρους σε αναπτυξιακά έργα με πολυαπλάσιαστικό όφελος.

Ο δημόσιος φορέας διατηρεί την ιδιοκτησία των παγίων και τον ισχυρό ρυθμιστικό και εποπτικό του ρόλο, δίνοντας την ευκαιρία να υλοποιούνται δημόσια έργα ακόμα και σε δυσχερείς οικονομικές συγκυρίες.

Το ΔΣ του ΠΙΣ θεωρώντας ότι η συνεργασία του Ιδιωτικού και Δημόσιου τομέα θα οδηγήσει στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας προς του πολίτες, προχωρά στην έναρξη ενημέρωσης και διαλόγου προκειμένου να συζητηθούν οι δυνατότητες συνεργασίας με σκοπό την αναβάθμιση του συστήματος υγείας τόσο σε επίπεδο υλικοτεχνικής υποδομής όσο και σε επίπεδο υπηρεσιών.

Στην ημερίδα έχουν προσκληθεί Έλληνες και ξένοι ομιλητές τόσο από τον δημόσιο τομέα όσο και από τον ιδιωτικό, εκπρόσωποι φορέων καθώς και η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

Συνεργασία **Boehringer Ingelheim** & οργανισμού «**The Defeat-NCD Partnership**» για την καταπολέμηση των μη-μεταδοτικών ασθενειών

Περίπου 41 εκ. άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από μη-μεταδοτικές (χρόνιες) ασθένειες. Περισσότερα από τα τρία τέταρτα των θανάτων αυτών (32 εκ.) συμβαίνουν σε χώρες χαμηλών και μεσαίων εισοδημάτων, στις οποίες η πρόσβαση σε βασικά φάρμακα είναι ανεπαρκής.

Η **Boehringer Ingelheim** -μια από τις ηγέτιδες φαρμακευτικές εταιρείες παγκοσμίως- στοχεύοντας στη στήριξη των χωρών που έχουν περιορισμένους πόρους για να αντιμετωπίσουν τους πρόωρους θανάτους, τις ασθένειες, τις αναπηρίες, αλλιά και τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις από τις μη-μεταδοτικές νόσους, ανακοίνωσε τη συνεργασία της με τον οργανισμό **The Defeat-NCD Partnership**, μια σύμπραξη δημοσίου-ιδιωτικού τομέα με βάση τα Ηνωμένα Έθνη.

Ο οργανισμός **The Defeat-NCD Partnership** και η **Boehringer Ingelheim** μοιράζονται το **κοινό όραμα** για τη διευκόλυνση της πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη στις χώρες περιορισμένων πόρων.

Η Συνεργασία θα συνεισφέρει με συγκεκριμένο τρόπο, βοηθώντας τις κυβερνήσεις να ισχυροποιήσουν τα σημαντικά εθνικά ιδρύματα, αναπτύσσοντας υγειονομικές υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα, καθώς και επεκτείνοντας το εύρος φαρμάκων και επιλογών υγειονομικής περίθαλψης στα οποία υπάρχει διαθέσιμη πρόσβαση.

Η γκάμα φαρμάκων της **Boehringer Ingelheim** περιλαμβάνει ένα από τα ισχυρότερα κανάλια ιατρικής έρευνας και ανάπτυξης σε τομείς με ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες, το 85% των οποίων αφορά σε μη-μεταδοτικές ασθένειες.

Η εταιρεία εξερευνά και αξιολογεί μια διαφοροποιημένη ολιστική προσέγγιση για τη διεύρυνση της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα για κοινωνίες και χώρες με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Για την επόμενη δεκαετία, η **Boehringer Ingelheim** σκοπεύει να επεκτείνει την πρόσβαση στις καλύτερες πρακτικές υγειονομικής φροντίδας σε πολλές τρέχουσες και νέες αγορές, στο πλαίσιο της Ατζέντας για Βιώσιμη Ανάπτυξη του 2030 που υιοθετήθηκε από τα Ηνωμένα Έθνη.

➡ Διαψεύδουν από τον ΕΟΠΥΥ τις καταγραφές της ΕΛΣΤΑΤ; Σε πόσα εκατομμύρια ανέρχονται τελικά τα λειτουργικά έξοδα του Οργανισμού;

Αθήνα, 04.11.2019
Α.Π.: 3577

Ερωτήματα εγείρονται από τις προφορικές αναφορές και τα γραπτά κείμενα που είδαν το φως της δημοσιότητας την τελευταία εβδομάδα από τον ΕΟΠΥΥ.

Προφορικά ο πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ στη σύσκεψη για το clawback, ενώπιον όλων των μελών του συντονιστικού οργάνου των φορέων ΠΦΥ και του προεδρείου του ΠΙΣ, είπε ότι τα λειτουργικά έξοδα του Οργανισμού ανέρχονται γύρω στα 800 εκατ. ευρώ.

Την επόμενη και μεθεπόμενη ημέρα, δύο

ΔΤ από τον ΕΟΠΥΥ αναφέρουν ότι τα λειτουργικά έξοδα ανέρχονται στα 40 εκατ. ευρώ και στα 60 εκατ. ευρώ αντίστοιχα...

Και την ίδια ώρα, η επίσημη καταγραφή της ΕΛΣΤΑΤ αναφέρει ότι τα έξοδα αυτά ανέρχονται στα 544 εκατ. ευρώ ενώ οι αποζημιώσεις για παρόχους γιατρούς είναι στα 477 εκατ. ευρώ.

Επιπλέον, από τα ίδια στοιχεία προκύπτει ότι στην ΠΦΥ κατευθύνεται το 8,5% του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ όταν ο μέσος ευρωπαϊκός όρος είναι 30%.

Αντιληφθέντασθε ότι ο ΕΟΠΥΥ μπορεί



γραπτά να διαψεύδει τα όσα ίδια λέει προφορικά. Διαψεύδει όμως και την ΕΛΣΤΑΤ; Το Γραφείο Τύπου του Π.Ι.Σ

Δημόσιο δεν είναι
μόνο το κρατικό

Πρέπει να
αντιμετωπίσουμε
άμεσα τα
ανθεκτικά
μικρόβια

Αθήνα, 04.11.2019
Α.Π.: 3578

Στο 19ο PHARMA point που διεξήχθη 2-3 Νοεμβρίου 2019 στο συνεδριακό κέντρο «Ι. Βελλίδης» στην Θεσσαλονίκη έκανε παρέμβαση με ομιλία του, ο πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος.



Όπως σημείωσε ο πρόεδρος του ΠΙΣ, «το 2050 η πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως θα είναι η ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβίων λόγω υπερκατανάλωσης αντιβιοτικών, κάτι για το οποίο οφείλουμε να λάβουμε εγκαίρως τα μέτρα μας.

Επίσης, ο Δρ. Εξαδάκτυλος αναφέρθηκε στην αναγκαιότητα να αντιληφθούμε ότι «δημόσιο» δεν είναι μόνο το κρατικό (καθώς η ταύτιση υφίστατο μόνο στα κομμουνιστικά κράτη), αλλά και οι υπηρεσίες από χιλιάδες ιδιώτες παρόχους, γιατρούς και φαρμακοποιούς, που προσφέρουν δημόσιες υπηρεσίες μέσα από τις ιδιωτικές δομές τους!

Από το Γραφείο Τύπου του Π.Ι.Σ.

Changing tomorrow



Η Astellas είναι αφοσιωμένη στο να μετατρέπει την επιστημονική καινοτομία σε ιατρικές λύσεις που αποφέρουν αξία και ελπίδα στους ασθενείς παγκοσμίως.

Κάθε μέρα εργαζόμαστε ώστε να καλύψουμε ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες εστιάζοντας πρωτίστως στις θεραπευτικές κατηγορίες της ογκολογίας, της ουρολογίας, των λοιμώξεων και της μεταμόσχευσης εξελίσσοντας παράλληλα νέες θεραπευτικές κατηγορίες και αξιοποιώντας νέες τεχνολογίες έρευνας. Παραμένουμε αφιερωμένοι στο να ικανοποιούμε τις ανάγκες των ασθενών και η υποστήριξή μας προς αυτούς δεν θα πάψει ποτέ να υφίσταται.

Μέσω της αφοσίωσής μας να προσφέρουμε στους ασθενείς ελπίδα για ένα λαμπρότερο μέλλον, επιδιώκουμε να ηγηθούμε στις θεραπευτικές κατηγορίες που εξειδικεύομαστε, εστιάζοντάς στις κατηγορίες όπου υπάρχουν ιατρικές ανάγκες που παραμένουν ανικανοποίητες. Μέσω της καινοτομίας, θα συνεχίσουμε να αναγνωρίζουμε και να αναπτύσσουμε νέους τρόπους για να καλυτερεύσουμε την υγεία των ασθενών.

Στην Astellas, εστιάζουμε στο να κάνουμε πραγματικότητα το αλλάζοντας το αύριο.

➔ Σε προειδοποιητική απεργία εντός του Νοεμβρίου θα προχωρήσουν οι φορείς ιδιωτικής ΠΦΥ

Αθήνα, 30.10.2019

Α.Π.: 3534/31-10-2019



Το Προεδρείο του ΠΙΣ, με τον Πρόεδρο του ΙΣΑ, τον Πρόεδρο και την Αντιπρόεδρο του ΕΟΠΥΥ

λη Πηλαγιανάκο και την Αντιπρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ. Θεανώ Καρποδίνη.

Η κ. Καρποδίνη αναγνώρισε για άλλη μία φορά την ασφυκτική κατάσταση που έχει δημιουργηθεί για τους φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και δεσμεύτηκε ότι θα γίνει ανακατανομή των πόρων του ΕΟΠΥΥ και αύξηση των κονδυλίων για τις διαγνωστικές εξετάσεις στο τέλος του χρόνου, οπότε και θα είναι ξεκάθαρα τα οικονομικά δεδομένα του Οργανισμού.

Επίσης η κ. Καρποδίνη δήλωσε στους εκπροσώπους του κλάδου ότι θα γίνει προσπάθεια ενίσχυσης των πόρων για τις διαγνωστικές εξετάσεις μέσω κονδυλίων από την Πρόνοια και το μεταναστευτικό.

Όπως επεσήμανε η κ. Καρποδίνη στο προεδρείο του ΠΙΣ και το Συντονιστικό όργανο, στόχος είναι τα επόμενα τρία χρόνια να καταργηθεί πλήρως το Clawback.

Το Προεδρείο του ΠΙΣ επανέλαβε ότι οι συνθήκες είναι ασφυκτικές για τους κλινικοεργαστηριακούς γιατρούς, τα διαγνωστικά εργαστήρια και κέντρα και ζήτησε την άμεση κατάργηση του Clawback, ώστε να μπορέσει να επιβιώσει ο κλάδος.

Ο ΠΙΣ υπενθύμισε ότι ο κλάδος είχε διεκδικήσει τα δικαιώματά του και με την προηγούμενη κυβέρνηση και θα το πράξει και με την νυν, καθώς στόχος του ΠΙΣ είναι να ανακάμψουν οι ιατροί και οι φορείς από τις δυσβάστακτες οικονομικές υποχρεώσεις που τους έχουν επιβληθεί.

Επίσης ο ΠΙΣ ζήτησε από την Αντιπρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ. Καρποδίνη να μειωθούν οι λειτουργικές δαπάνες του ΕΟΠΥΥ που φθάνουν τα **800 εκατ. ευρώ με 1500 υπαλλήλους** που εργάζονται στον Οργανισμό και να ενισχυθούν οι γιατροί.

Είναι ενδεικτικό ότι ο ΕΟΠΥΥ για χιλιάδες συμβεβλημένους ιατρούς, εργαστήρια και πολυϊατρεία που καλύπτουν βασικές ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καταβάλλει μόλις το 1/3 του ποσού που αντιστοιχεί στις **λειτουργικές δαπάνες του ΕΟΠΥΥ**.

Για διαγνωστικές εξετάσεις δίνονται **393 εκατ. ευρώ** και για ιατρικές επισκέψεις **93 εκατ. ευρώ**, την ώρα που ο κλάδος καλύπτει το **90% των αναγκών** του πληθυσμού.

Το Γραφείο Τύπου του Π.Ι.Σ.

Σε προειδοποιητική απεργία εντός του Νοεμβρίου θα προχωρήσουν οι φορείς ιδιωτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ειδικά οι κλινικοεργαστηριακοί ιατροί, τα διαγνωστικά εργαστήρια και κέντρα, καθώς και τα πολυϊατρεία.

Αυτό αποφάσισε το Συντονιστικό όργανο των Ιδιωτικών Ενώσεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας κατά τη διάρκεια συνεδρίασης στα γραφεία του **Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ)**.

Μέχρι στιγμής ο ΕΟΠΥΥ δεν είναι σε θέση να δώσει συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα βελτίωσης των οικονομικών δεδομένων των ιατρών και των διαγνωστικών εργαστηρίων, με την κατάργηση του Clawback ή τον περιορισμό του.

Γι' αυτό και ο κλάδος αποφάσισε να αντιδράσει εμπράκτως οργανώνοντας μέσα στον Νοέμβριο την προειδοποιητική απεργία ζητώντας συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα για την κατάργηση του ληστικού Clawback και την αύξηση των πόρων του ΕΟΠΥΥ για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Μετά τη σύσκεψη των φορέων, πραγματοποιήθηκε συνάντηση του **Προεδρείου του ΠΙΣ** και του **Συντονιστικού οργάνου**, με τον **Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ. Βασί-**





MSD

INVENTING FOR LIFE

ΣΚΟΠΟΣ ΜΑΣ, Η ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ

ΣΤΗΝ MSD, ΑΝΑΚΑΛΥΠΤΟΥΜΕ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΤΗ ΖΩΗ

Αναζητούμε συνεχώς νέες θεραπείες, γιατί έχουμε ένα σκοπό: θέλουμε οι ανακαλύψεις μας να προσφέρουν περισσότερη και καλύτερη ζωή, σε όσο το δυνατό περισσότερους ανθρώπους παγκοσμίως.

Στην MSD πρωτοπορούμε στην έρευνα γιατί ο κόσμος μας έχει ανάγκη από θεραπείες για τον καρκίνο, τη νόσο Αλτσχάιμερ, τον ιό HIV και πλήθος άλλων παθήσεων, που ταλαιπωρούν ανθρώπους και ζώα σε όλο τον κόσμο.

Στόχος μας, να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να απαλλαγούν από τις πιο δύσκολες και απαιτητικές ασθένειες, για να εξακολουθούν να δημιουργούν, να απολαμβάνουν και να ζουν μια καλύτερη ζωή.

MSD. **Inventing** for Life.

Μάθετε περισσότερα για τις επιστημονικές μας ανακαλύψεις στο msd.gr ή ακολουθήστε μας στο



Twitter,



LinkedIn &



YouTube

Copyright © 2017 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc. Kenilworth, NJ, USA. All rights reserved.

➡ ΠΙΣ προς ΕΟΠΥΥ:

Περιμένουμε την απάντησή σας και την άμεση αποπληρωμή των ληξιπρόθεσμων αυτών οφειλών

Αθήνα, 30.10.2019

ΕΠΕΙΓΟΝ

Προς τον Πρόεδρό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

κ. Βασίλειο Πηλαγιανάκο

Κοινοποίηση: Ιατρικοί Σύλλογοι

Κύριε Πρόεδρε,

Με το παρόν έγγραφο θέλουμε να μας ενημερώσετε για τον χρόνο αποπληρωμής των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων προς τους Ιατρούς, για δαπάνες ασφαλισμένων τους, πριν την 31/12/2011 και την ένταξή στον ΕΟΠΥΥ.

Για αυτές τις δαπάνες, όπως γνωρίζετε, έχουν εκδοθεί και έχουν αποσταλεί, όχι μόνο οι ΑΠΥ, αλλά και πιστωτικά τιμολόγια για την περικοπή που (αυθαίρετα) αποφάσισε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Αυτά τα πιστωτικά έχουν σταλεί από πενταετίας και πλέον, αλλά μέχρι σήμερα ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δεν έχει απαντήσει εγγράφως. Κατόπιν αυτού, περιμένουμε να μας ενημερώσετε πότε θα αποζημιωθούν οι γιατροί για τα δεδουλευμένα τους. Ενδεικτικά ταμεία που οφείλουν: ΤΣΑΥ, ΤΣΜΕΔΕ, ταμείο Νομικών, ΤΑΞΥ κ.α..

Περιμένουμε την απάντησή σας και την άμεση αποπληρωμή των ληξιπρόθεσμων αυτών οφειλών.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός

ΠΙΣ προς Υπουργό Παιδείας:

Πρόταση για Αγωγή Υγείας στα σχολεία

Αθήνα, 30.10.2019

Προς την Υπουργό Παιδείας

κ. Νίκη Κεραμέως

Κοινοποίηση:

1. Υπουργό Υγείας κ. Βασίλη Κικίλια

2. Ιατρικοί Σύλλογοι

Αξιότιμη κυρία Υπουργέ,

Με αφορμή την προσπάθεια εφαρμογής του αντικαπνιστικού νόμου από την Πολιτεία και την ενημερωτική καμπάνια για το κάπνισμα που έχει αποφασίσει ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ., στη συνεδριάσή του στις 11-10-2019, ομόφωνα αποφάσισε να προτείνει την καθιέρωση – εισαγωγή της «Αγωγής Υγείας» ως αυτόνομου μαθήματος – αντικειμένου στα σχολεία.

Το σκεπτικό της πρότασής μας είναι ότι θα πρέπει να επενδύσουμε στην πρόληψη για να αναμένουμε απτά, σταθερά και μακροχρόνια αποτελέσματα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την αλλαγή της νοοτροπίας και της παιδείας των Ελλήνων στα θέματα υγείας. Η παιδεία και η νοοτροπία όμως, σε όλα τα θέματα, χτίζεται και αναπτύσσεται στην παιδική και εφηβική ηλικία. Εκεί πρέπει να στοχεύσουμε και εκεί κα-

τευθύνεται η πρόταση αυτή. Η αλλαγή της στάσης και συμπεριφοράς των Ελλήνων σε θέματα υγείας, μπορεί να γίνει, αν αυτά τα θέματα τα διδασχθούν τα σημερινά παιδιά (αυριανοί ενήλικες) στο σχολείο.

Θα πρέπει συνεπώς το μάθημα – αντικείμενο «Αγωγή Υγείας», να μπει ως αυτόνομο μάθημα σε όλες τις τάξεις της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στα σχολεία όλης της χώρας. Με σύγχρονους και βιωματικούς τρόπους διδασκαλίας, να περάσει αυτή η νέα στάση ζωής και η διαπαιδαγώγηση σε θέματα όπως κάπνισμα και εξαρτησιογόνες ουσίες, διατροφή (είμαστε από τους πιο παχύσαρκους στην Ευρώπη, με ότι αυτό συνεπάγεται), αγωγή κολυμβητή (πρώτοι στην Ευρώπη και δεύτεροι στον κόσμο σε πνιγμούς), AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κ.α.

Γενικά εμπέδωση και εφαρμογή στην πράξη, όταν τα σημερινά παιδιά θα ενηλικιωθούν, της έννοιας της πρόληψης, η οποία είναι η αποτελεσματικότερη θεραπεία, σύμφωνα και με την Ιπποκρατική ρήση.

Σας εισηγούμαστε λοιπόν την αποδοχή της παραπάνω πρότασης.

Επιπλέον στα πλαίσια του μαθήματος – αντικειμένου «Αγωγή Υγείας», μπορεί να γίνει

και διδασκαλία – εκπαίδευση στις Πρώτες Βοήθειες στα μεγαλύτερα παιδιά και ιδίως της ΚΑΡ.Π.Α. (Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης), η οποία ήδη διδάσκεται σε πολλά ανεπτυγμένα κράτη.

Τα αποτελέσματα από την υλοποίηση αυτής της απόφασης θα έρθουν μετά από κάποια χρόνια, αλλά θα είναι μακροπρόθεσμα.

Σημειώνουμε δε, από τις πληροφορίες που έχουμε στη διάθεσή μας, ότι ειδικά για την Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, δεν θα υπάρξει καμία επιβάρυνση του ωρολογίου προγράμματος, καθώς ήδη υπάρχει θεσμοθετημένη η ευέλικτη ζώνη, η οποία έγινε για τέτοια αντικείμενα, στην πράξη όμως συχνά χρησιμοποιείται διαφορετικά.

Αναμένοντας την προσωπική θετική σας στάση στην πρότασή μας και την απόφαση για υλοποίησή της, είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Με τιμή

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός

➡ Αποστολή του ΠΙΣ στη Γεωργία Για την εκλογή νέου προέδρου στον World Medical Association

Αθήνα, 29.10.2019



Η πολυφαρμακία και η αντίσταση των μικροβίων στα αντιβιοτικά ζήτημα αιχμής για την παγκόσμια ιατρική κοινότητα και την Ελλάδα.

Τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο εκπροσώπησαν 24-26 Οκτωβρίου στην συνάντηση του World Medical Association (Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου) ο Πρόεδρος Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος, ο Γενικός Γραμματέας, Δρ Γεώργιος Ελευθερίου και ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Καστοριάς, Λάζαρος Παπαδόπουλος.

Στην ετήσια συνάντηση, που φέτος πραγματοποιήθηκε στην Τιφλίδα της Γεωργίας, συμμετείχαν 112 μέλη Ιατρικών Συλλόγων από ολόκληρο τον κόσμο τα οποία εξέλεξαν ως νέο πρόεδρο της WMA, τον Βραζιλιάνο καθηγητή Ψυχιατρικής στο Ομοσπονδιακό Πανεπιστήμιο του Σάο Πάολο, Δρ Miguel Roberto Jorge.

Στις πρώτες δηλώσεις του ο νέος πρόεδρος της WMA αναφέρθηκε στο παγκόσμιο πρόβλημα της αντίστασης στα αντιβιοτικά τα οποία υπολογίζεται ότι το 2050 θα αποτελούν μια από τις πρώτες, αν όχι την πρώτη αιτία θανάτου.



Το ζήτημα αυτό αναδεικνύεται σε μέγιστο ζήτημα δημόσιας υγείας για την Ελλάδα όπου η πολυφαρμακία και η κατάχρηση αντιβιοτικών είναι ευρύτατα διαδεδομένα καθώς είμαστε από τις ελάχιστες χώρες που χορηγούνται φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή.

Μάλιστα, διαχρονικό αίτημα του ΠΙΣ είναι η απαγόρευση της χορήγησης φαρμάκων χωρίς συνταγή γιατρού και δέσμευσή του η καταπολέμηση της πολυφαρμακίας και ιδιαίτερα της κατάχρησης αντιβιοτικών.

Επίσης, ο νέος πρόεδρος του WMA επανέλαβε την πάγια θέση της Ιατρικής Κοινότητας κατά της εκούσιας ευθανασίας ασθενών με ιατρική βοήθεια και έδωσε το στίγμα της προεδρίας του κάνοντας αναφορές στη σχέση γιατρού-ασθενή.

Η αντιπροσωπεία του Π.Ι.Σ., στο πλαίσιο της συμμετοχής της στις εργασίες του WMA, είχε την ευκαιρία να ανταλλάξει απόψεις για πολλά θέματα που αφορούν στο ιατρικό επάγγελμα και την άσκηση Ιατρικής σε διάφορες χώρες του κόσμου.

Από το Γραφείο Τύπου του Π.Ι.Σ.

Τιμητική για την χώρα μας εκλογή Ελλήνων, προέδρου και αντιπροέδρου, στην UEMS

Αθήνα, 21.10.2019

Αναγκαία η άμεση ανάληψη από τον ΠΙΣ των αρμοδιοτήτων για τα ιατρικά συνέδρια και την ιατρική εκπαίδευση.

Πρόεδρος της UEMS εξελέγη το Σάββατο στο Λονδίνο ο Έλληνας γιατρός που δραστηριοποιείται στη Μεγάλη Βρετανία, Βασίλειος Παπαλήνης, γενικός χειρουργός, ειδικός

μεταμοσχεύσεων. Αντιπρόεδρος της UEMS εξελέγη το μέλος του ΔΣ του ΠΙΣ και πρόεδρος του ΙΣ Έβρου, Ανδρέας Παπανδρούδης, χειρουργός οφθαλμιάτρος.

Χαρακτηριστικό είναι ότι ο κ. Παπαλήνης, ως μοναδικός υποψήφιος έλαβε 31 στις 31 ψήφους και ο κ. Παπανδρούδης έλαβε 22 στις 31 ψήφους ισοψηφώντας στη πρώ-

τη θέση με την Κροάτισσα αντιπρόεδρο. Εξελέγησαν συνολικά 4 αντιπρόεδροι με τους άλλους δύο να είναι από το Βέλγιο και την Ισπανία.

Η UEMS ιδρύθηκε το 1958 και είναι ο ευρωπαϊκός οργανισμός για την ιατρική εκπαίδευση στον οποίο συμμετέχουν 31 χώρες, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα.



Η εκλογή των δύο Ελλήνων ιατρών (ο ένας ως εκπρόσωπος της Βρετανίας κι ο άλλος ως εκπρόσωπος της Ελλάδας), καταδεικνύει τόσο το υψηλό επίπεδο των Ελλήνων ιατρών, όσο και την ανάγκη να χειρίζονται οι ίδιοι τα θέματα της ιατρικής εκπαίδευσης, θέμα που ετέθη ήδη στον υπουργό Υγείας, Βασίλη Κικίλια από το προεδρείο του ΠΙΣ.

Όπως είναι σαφές, τόσο η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, όσο και οι συμμετοχές στα ιατρικά συνέδρια, είναι εκ της φύσης και ουσίας τους αρμοδιότητες του ΠΙΣ που μπορεί να τις φέρει εις πέρας με μεγαλύτερη α-

ποτελεσματικότητα.

Την αποστολή της Ελλάδας στην UEMS αποτελούσαν ο εκλεγείς, ο πρόεδρος του ΠΙΣ, Αθανάσιος Εξαδάκτυλος, πηλαστικός χειρουργός και το μέλος του ΔΣ του ΠΙΣ, Χαράλαμπος Κούλλας, χειρουργός οφθαλμιάτρος.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πηλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός

Προτάσεις του ΠΙΣ για το Σύστημα Υγείας

Αθήνα, 16.10.2019

Ρηξικέλευθες αλληλαγές για τη λειτουργία του ΕΣΥ, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και την εκπαίδευση και την αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού της χώρας, προτείνει μεταξύ άλλων ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ), με βάση τα συμπεράσματα της Συνόδου της Ολομέλειας των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, του επίσημου οργάνου του ΠΙΣ.



Μετά από τη Σύνοδο όλων των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας (Ολομέλεια των Προέδρων), ο ΠΙΣ προχωρά σε συγκεκριμένες προτάσεις που αφορούν τόσο στο δημόσιο σύστημα υγείας όσο και στον ιδιωτικό τομέα, οι οποίες ψηφίστηκαν από την πλειοψηφία των παριστάμενων Προέδρων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΤΟ Ε.Σ.Υ

Τα Δημόσια Νοσοκομεία ανήκουν στο Ελληνικό Κράτος και η λειτουργία τους αποσκοπεί στην διασφάλιση ισότιμης παροχής και υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας σε όλους τους Έλληνες πολίτες ή τους κατοικούντες στη χώρα. Η "αποδοτικότητα" των Δημοσίων Νοσοκομείων αποτελεί σήμερα απαγορευμένη έννοια. Πανάκριβος εξοπλισμός και εξειδικευμένο προσωπικό δεν αξιοποιούνται επαρκώς, με αποτέλεσμα μεγάλες λίστες, τεράστιες ουρές

και σπατάλη πόρων. Η αποδοτικότητα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ σύμφωνα με δημοσιεύσεις κυμαίνεται από 50% έως 70% στα μικρά και μεσαία Νοσοκομεία και μόνο το 25% των Νοσοκομείων (μεγάλα Νοσοκομεία του κέντρου) έχουν υψηλότερη αποδοτικότητα. Κάτι που αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι σήμερα με βάση τα ευρήματα του Ευρωβαρόμετρου, το 75% των Ελλήνων πολιτών έχουν αρνητική άποψη για το Σύστημα Υγείας της χώρας (το χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ), ενώ ο μέσος όρος στην ΕΕ είναι κάτω του 30%.

Προτείνουμε τη μετατροπή της Νομικής Μορφής των Νοσοκομείων από «ΝΠΔΔ» σε «ΝΠΙΔ» Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπως συμβαίνει στην συντριπτική πλειοψηφία των Νοσοκομείων της ΕΕ (Δημόσια ή Κοινωφελή Ιδρύματα). Το σύνολο των Δημοσίων Νοσοκομείων θα πρέπει να υπάγονται απευθείας σε ένα νέο εξειδικευμένο Δημόσιο Οργανισμό, το «ΕΣΥ ΝΠΔΔ», ο οποίος θα αναλάβει την οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία όλων της προσφοράς Δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας στη χώρα, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας. Το «ΕΣΥ ΝΠΔΔ» θα αποτελεί τον μητρικό φορέα και θα διαθέτει σύγχρονη οργάνωση και προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης (προσλήψεις μέσω ΑΣΕΠ).

Τα εργασιακά δικαιώματα των ήδη υπηρετούντων εργαζομένων σ' αυτά πρέπει να διασφαλισθούν, καθώς και η δωρεάν πρόσβαση όλων των πολιτών. Επίσης προτείνουμε ειδική διαδικασία επιλογής των διοικήσεων των Δημοσίων Νοσοκομείων, (με πιθανή ανάμειξη του ΑΣΕΠ), με τεχνοκρατικά κριτήρια και αδιάβλητο τρόπο, ώστε να αποκλεισθούν πολιτικές παρεμβάσεις.

Αλληλαγές στα νοσοκομεία

Με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, της αποδοτικότητας και την εξοικονόμηση πόρων, όταν κρίνεται σκόπιμο προτείνεται:

- Αναδιάταξη μονάδων υγείας
- Συνδιοίκηση Νοσοκομείων
- Συνένωση ομοειδών τμημάτων, μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου Νοσοκομείου.
- Συγχώνευση μικρών Νοσοκομείων που γειτνιάζουν
- Μετατροπή μικρών μονάδων (Γενικών Νοσοκομείων - Κέντρων Υγείας), σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή Βραχείας, ►

Εξειδικευμένη Νοσηλεία ή Ειδικού

Σκοπού Μονάδες, που θα είναι λειτουργικά συνδεδεμένες μέσω Νοσοκομείου Αναφοράς.

- Ίδρυση νέων Νοσοκομείων όταν είναι απολύτως απαραίτητο (πχ ίδρυση Νοσοκομείου Παίδων στην Β. Ελλάδα).

- Ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων στη βάση λειτουργικών δεικτών.

- Λειτουργία επιλεγμένων Δημοσίων Νοσοκομείων ως εξειδικευμένων Κέντρων Αναφοράς σε ειδικά θέματα (πχ Καρδιοχειρουργικά, Μεταμοσχευτικά, Παιδοκαρδιολογικά Κέντρα κλπ)

- Λειτουργία Ειδικών Νοσοκομείων περίθαλψης χρονίως πασχόντων. Κέντρων αποκατάστασης. Κέντρων αντιμετώπισης ασθενών τελικού σταδίου, συνδεδεμένων με ομάδα Νοσοκομείων.

Το ιατρικό προσωπικό

Οι καθαρές και διαφανείς λύσεις που προτείνονται από τον ΠΙΣ θα έχουν την συμπαράσταση της συντριπτικής πλειοψηφίας των Νοσοκομειακών ιατρών, αφού θα μπορούν να βελτιώσουν με νόμιμο τρόπο το εισόδημά τους, θα επιφέρουν βελτίωση της λειτουργίας και αύξηση των εσόδων των Νοσοκομείων, θα διασφαλίσουν συνθήκες υγιούς ανταγωνισμού Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα και

θα μειώσουν την παραοικονομία. Προτείνεται η υιοθέτηση του ετήσιου κλινικού προϋπολογισμού ανά τμήμα και της ευθύνης διαχείρισής του από τους Διευθυντές εκάστου τμήματος. Επέκταση του θεσμού της ολόήμερης λειτουργίας των Δημοσίων Νοσοκομείων σε διαγνωστικές και επεμβατικές πράξεις και χειρουργεία

- Θεσμοθέτηση του δικαιώματος του ασθενή να επιλέγει με διαφανή διαδικασία τον θεράποντα ιατρό του.

- Πρόσβαση και των ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία προκειμένου να μπορούν να νοσηλεύσουν ασθενείς που παρακολουθούν

- Σύναψη συμβάσεων των Δημοσίων Νοσοκομείων με Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες Ελλάδος και εξωτερικού.

- Παροχή ειδικών κινήτρων (οικονομικά, εξέλιξης κλπ) σε ιατρούς και νοσηλευτές για υπηρεσία σε άγονες και απομακρυσμένες περιοχές.

- Παροχή στις δομές του ΕΣΥ της δυνατότητας να συνάπτουν ειδικές συμβάσεις με Ιδιώτες ιατρούς μετά από αυστηρή αξιολόγηση και με αμοιβές καθοριζόμενες από το κράτος, προκειμένου να καλύπτουν επιτακτικές ανάγκες εφόσον οι τοπικές συνθήκες το επιβάλλουν.

- Θεσμοθέτηση της δυνατότητας πρόσληψης για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και όταν οι περιστάσεις το επιβάλλουν, ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού εις «αναπλήρωση» (locum) ελλείποντος (ευρισκομένου εν άδεια, ασθενούντος, συνταξιοδοτηθέντος κλπ) προσωπικού, μέχρι ολοκλήρωσης της διαδικασίας κανονικής πρόσληψης.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός



Ο ΠΙΣ στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων

Αθήνα, 11.10.2019

Ο ΠΙΣ στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων για σύσταση ΔΣ ΕΟΔΥ, λήθη στα εκκαθαριστικά του ΕΦΚΑ και εκκαθάριση ληξιπρόθεσμων ΕΟΠΥΥ.

Τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο εκπροσώπησαν το απόγευμα της Πέμπτης στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής, όπου συζητείται το νομοσχέδιο του υπουργείου Υγείας, ο Γενικός Γραμματέας, Δρ Γιώργος Ελευθερίου και ο Β' Αντιπρόεδρος Παύλος Καψαμπέλης. Σχολιάζοντας τα άρθρα του νομοσχεδίου με τίτλο «Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), Ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού και άλλες διατάξεις του Υπουργείου Υγείας» που αφορούν στον ΕΟΔΥ, τον ΕΟ-

ΠΥΥ και τον αντικαπνιστικό νόμο, ο ΠΙΣ επισημαίνει ότι είναι, σε γενικές γραμμές, στη σωστή κατεύθυνση.

Παρά ταύτα υπάρχει ανάγκη να γίνουν ορισμένες βελτιώσεις:

- Η σύνθεση του ΔΣ του ΕΟΔΥ θα έπρεπε να προβλέπει τη συμμετοχή του ΠΙΣ όπως και του ιδιωτικού τομέα της Υγείας, καθώς ο δημόσιος τομέας συμμετέχει μέσω του ΥΥΚΑ.

- Δεδομένου ότι τόσο ο Πρόεδρος όσο και οι Αντιπρόεδροι μπορεί να μην έχουν εμπειρία ως μαχόμενοι ιατροί ή να μην είναι καν ιατροί, ο Δρ Ελευθερίου πρότεινε κατ' αντιστοιχία των όσων ίσχυαν και για το ΚΕΕΛΠΝΟ, ένα μέλος του ΔΣ να ορίζεται από τον ΠΙΣ προκειμένου να διασφαλιστεί η

συμμετοχή των ιατρών.

- Η πρόβλεψη του νομοσχεδίου για μετατροπή των εργασιακών σχέσεων των υπηρετούντων ιατρών σε «πλήρη και αποκλειστική απασχόληση», βρίσκει αντίθετο τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, καθώς όπως επισημάνθηκε κατά τη διάρκεια της συζήτησης στη Διαρκή Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής από τον Γενικό Γραμματέα κ.Γ.Ελευθερίου: «εκτιμούμε ότι θα υπάρξει κύμα φυγής συναδέλφων. Πέραν αυτού τη θεωρούμε και άσκοπη καθώς δεν προκύπτει κανένα απολύτως θέμα σύγκρουσης συμφερόντων, για αυτό ακριβώς το θέμα έχουμε αποστείλει επιστολή προς τον υπουργό Υγείας την οποία και καταθέσαμε στην επιτροπή».

► Για τον αντικαπνιστικό νόμο

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος τάχθηκε στο πλευρό της ηγεσίας του υπουργείου Υγείας για την πλήρη εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου.

Γ' αυτό άλληλωσε και ο ΠΙΣ ήταν ο πρώτος που χαιρέτησε την πρωτοβουλία του Πρωθυπουργού να εφαρμοσθεί πλήρως ο αντικαπνιστικός νόμος, αλλήλα και την εκστρατεία που ξεκίνησε ο υπουργός Υγείας.

«Συντασσόμαστε μαζί σας σε ένα απλό θέμα που έχει λάβει τεράστιες κοινωνικές προεκτάσεις, εξαιτίας της αδιαφορίας αν όχι υπονόμησης της κείμενης νομοθεσίας από την προηγούμενη ηγεσία του υπουργείου Υγείας» ανέφεραν τα μέλη του Προεδρείου του ΠΙΣ στην αρμόδια Επιτροπή της Βουλής.

Εκκαθαρίσεις ΕΦΚΑ

Η θέση του ΠΙΣ εκφράστηκε ξεκάθαρα για τα προβλήματα των ιατρών με τις εκκαθαρίσεις του ΕΦΚΑ. «Η λειτουργία του ΕΦΚΑ στον συγκεκριμένο τομέα εκκαθάρισης των ληξιπρόθεσμων οφειλών έχει αποτύχει παταγωδώς και αποτελεί όνειδος για τον δημόσιο τομέα» επισήμαναν ο Γ.Γ. του ΠΙΣ κ.Γιώργος Ελευθερίου και ο Β' Αντιπρόεδρος κ.Π.Καψαμπέλης.

Εξάλλου όπως έχει αναδείξει ο ΠΙΣ, εκατοντάδες γιατροί σε όλη τη χώρα κλήθηκαν να καταβάλλουν υπέρογκες ασφαλιστικές εισφορές, εξαιτίας λαθών στις εκκαθαρίσεις από τον ΕΦΚΑ.

Ο ΠΙΣ αναμένει να υπάρξουν διοικητικές κυρώσεις για την αναστάτωση, αλλήλα και για την επιβάρυνση που προκλήθηκε στους ιατρούς.

ΕΟΠΥΥ και τόκοι υπερημερίας

Τέλος, οι κκ Ελευθερίου και Καψαμπέλης μετέφεραν την θέση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου ο οποίος διαφωνεί με την απαίτηση για υποβολή υπεύθυνης δήλωσης εκ μέρους του δικαιούχου – παρόχου στον



ΕΟΠΥΥ, στην οποία ρητά αναφέρεται ότι αποδέχεται τη ρύθμιση αυτή και παραιτείται από οποιαδήποτε άλλη αξίωση και ένδικο μέσο, συμπεριλαμβανομένων και των τόκων υπερημερίας (άρθρο 27).

«Τίθεται θέμα αρχής ως προς τους τόκους υπερημερίας. Γιατί το Δημόσιο επιβάλλει τόκους και προσαυξήσεις στις οφειλές ιδιωτών και απαιτεί ταυτόχρονα από τους διοικούμενους να το δανείζουν άτοκα;» σημείωσαν τα μέλη του Προεδρείου του ΠΙΣ, ενώ πρότειναν «τη διαγραφή της απαίτησης για παραίτηση από τους τόκους».

Τα ΤΕΠ

Όσον αφορά στη λειτουργία των ΤΕΠ και την αναπομπή 208 κρίσεων ιατρών, ο ΠΙΣ επισημαίνει ότι η τήρηση της νομιμότητας και της αξιοκρατίας αποτελεί απαραίτητο όρο για την ενίσχυση του ΕΣΥ.

Καλεί το Υπουργείο Υγείας αφού προβεί στους απαραίτητους ελέγχους νομιμότητας, να προχωρήσει άμεσα στην ενίσχυση των ΤΕΠ με τις προσλήψεις των απαραίτητων ιατρών.

Γραφείο Τύπου του ΠΙΣ

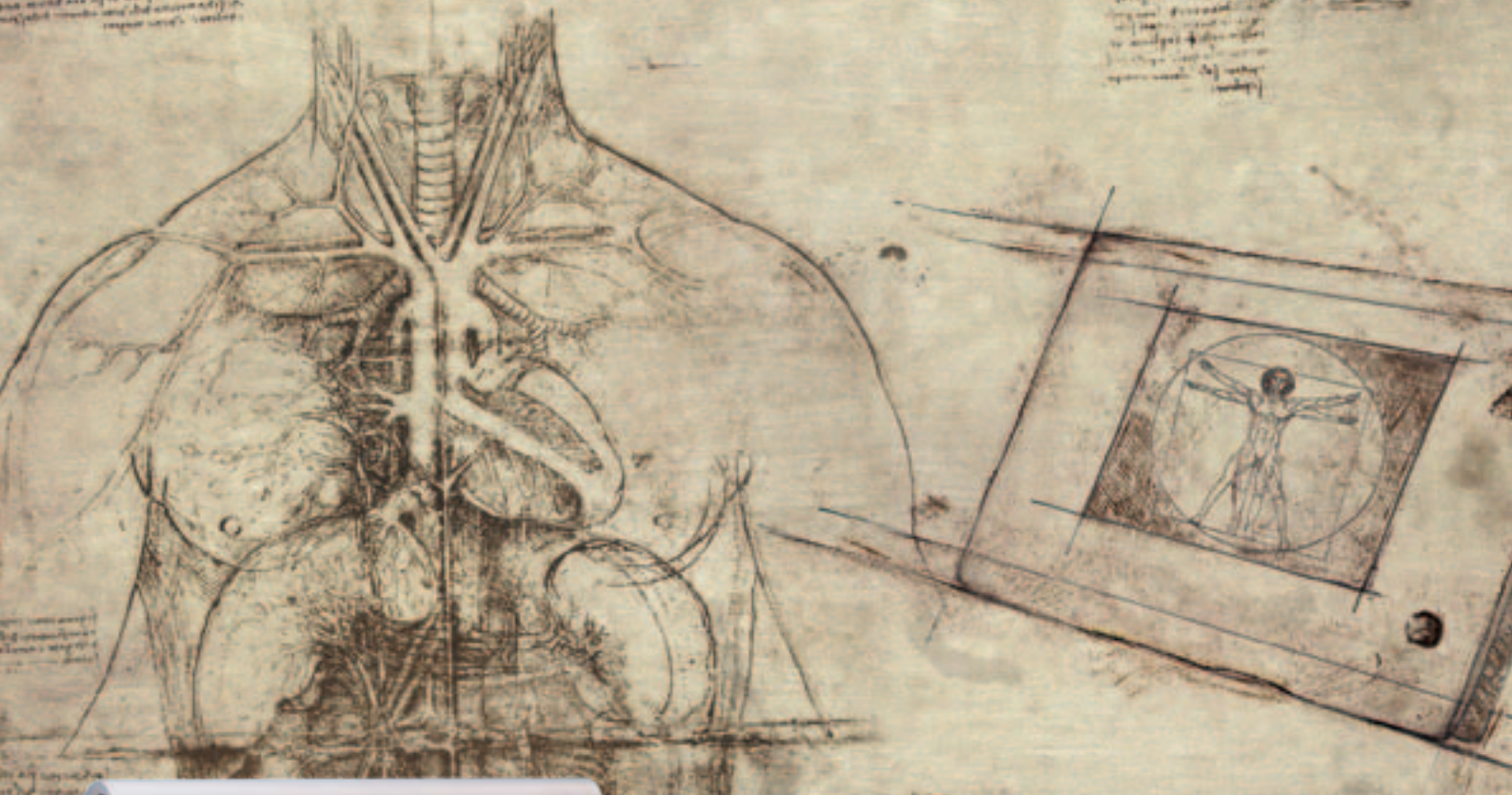
Υπερχρεώσεις από ΕΦΚΑ

Αθήνα, 4.10.2019

Σοβαρό πρόβλημα στον προσδιορισμό των οφειλών των ασφαλισμένων ιατρών στο Τ.Σ.Α.Υ. καταγράφεται το τελευταίο διάστημα, με αποτέλεσμα εκατοντάδες ιατροί να εμφανίζονται ότι οφείλουν χιλιάδες ευρώ στον ΕΦΚΑ. Συγκεκριμένα, έπειτα από καταγγελίες ιατρών που έφθασαν στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ), ξεκίνησε η διερεύνηση του ζητήματος. Έτσι διαπιστώθηκε κατόπιν

ελέγχου ότι υπάρχει πληθώρα λαθών όσον αφορά στον προσδιορισμό των οφειλών των ασφαλισμένων ιατρών στο Τ.Σ.Α.Υ., μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2016. Ενδεικτική είναι η περίπτωση ιατρού ο οποίος ενώ όφειλε 1500 ευρώ, του καταλογίστηκαν οφειλές ύψους 32.000 ευρώ απ' ευθείας στο TAXIS. Ταυτόχρονα καταγράφονται απαράδεκτες καθυστερήσεις στην απόδοση των συ- ►

Ελάχιστη επεμβατικότητα για απλά ή περισσότερα σύνθετα προβλήματα



LEONARDO®
Universal and ingenious

Κλινικά αποδεδειγμένες θεραπευτικές επιλογές

- ◎ **HELP®**: Απολίνωση αιμορροΐδων
- ◎ **LHP®**: Αιμορροΐδοπλαστική
- ◎ **FiLaC®**: Σύγκληση περιεδρικών συριγγίων
- ◎ **SiLaC®**: Θεραπεία κύστης κόκκυγος

 **endotech**
ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

■ ντόξεων, γεγονός που προκαλεί την έντονη δυσαρέσκεια των ιατρών της χώρας που αναμένουν μετά από δεκαετίες εργασία, να λάβουν τη σύνταξή τους. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με επιστολή του προς τον Διοικητή του ΕΦΚΑ, ζητά να επιλυθούν άμεσα τα λάθη που καταγράφονται στην καταλογισμό των ασφαλιστικών εισφορών, ώστε να μπει άμεσα τέλος στην κατάφωρη αυτή αδικία εις βάρος του ιατρικού κλάδου. Επίσης ο ΠΙΣ ζητά από τη Διοίκηση του ΕΦΚΑ να αποδίδονται οι συντάξεις εντός εννέα μηνών από την ημερομηνία συνταξιοδότησης.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός



ΠΙΣ: Οι ιδιωτικές κλινικές οφείλουν να καταβάλλουν ασφαλιστική εισφορά για τους ιατρούς που συνεργάζονται, ανεξαρτήτως εργασιακής σχέσης

Αθήνα, 26.9.2019

Α.Π.: 3064/19-9-2019

Προς το Σύνδεσμο Ελληνικών Κλινικών

Κοινοποίηση: Ιδιωτικές Κλινικές (βάσει πίνακα αποδεκτών)

Θέμα: Ασφαλιστικές εισφορές υγειονομικών αμειβομένων με Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών

Αξιότιμοι κύριοι,

Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων με την υπ' αριθμ. Δ.15/Δ'οικ.61080/1692/5.12.2018 Εγκύκλιο του προβλέπει, εταξύ άλλων, ότι εξαιρούνται από τις διατάξεις του άρθρου 39 της παρ. 9 του Ν.4387/2016 οι ασφαλισμένοι του πρώην ΕΤΑΑ-ΤΣΑΥ, που αμείβονται με Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών, καθόσον για

τα πρόσωπα αυτά συνεχίζουν να ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 4 του Ν.982/1979.

Επιπλέον, ρητές οδηγίες έχουν δοθεί και με την υπ' αριθμ ΔΙΕΙΣΦΜΜ/647/823855//647/823855/5.7.2019 Εγκύκλιο του ΕΦΚΑ με θέμα: Ασφαλιστικές εισφορές υγειονομικών αμειβομένων με Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών (ΔΠΥ).

Όπως προκύπτει από τα ανωτέρω, εξαιρούνται από τις διατάξεις του άρθρου 39 της παρ. 9 του Ν.4387/2016 οι ασφαλισμένοι του πρώην ΕΤΑΑ-ΤΣΑΥ, που αμείβονται με Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών, καθόσον για τα πρόσωπα αυτά συνεχίζουν να ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 4 του Ν.982/1979. Δηλαδή η διάταξη του άρθρου 39 § 9 ν. 4387/2016 δεν εφαρμόζεται στους υγειονομικούς και ειδικότερα στους ιατρούς που απασχολούνται σε κλινικές.

Οφείλουν συνεπώς οι κλινικές να καταβάλουν εργοδοτική εισφορά για όλους τους ιατρούς που συνεργάζονται με αυτές, ανεξαρτήτως του εάν πρόκειται για εξαρτημένη σχέση εργασίας ή όχι, του τρόπου πληρωμής καθώς και του αριθμού των αντισυμβαλλομένων στους οποίους οι ιατροί παρέχουν υπηρεσίες εκδίδοντας αποδείξεις, σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 38 του ν. 4387/2016.

Έχει περιέλθει στην αντίληψή μας ότι πολλές κλινικές δεν εφαρμόζουν τις ανωτέρω διατάξεις και συνεχίζουν να μην καταβάλλουν εργοδοτικές εισφορές στους απασχολούμενους ιατρούς, παρερμηνεύοντας το Νόμο.

Με την παρούσα επιστολή, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος ως το ανώτατο θεσμικό όργανο των ιατρών και συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας για θέματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, σας υπενθυμίζει τις ανωτέρω υποχρεώσεις σας και παρακαλούμε για την άμεση ενημέρωσή μας επί της τακτικής που ακολουθείτε.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός



➡ Παράνομη ιατρική εκδήλωση στα Κατεχόμενα

Αθήνα, 11.9.2019

- Κατάφωρη παραβίαση των διεθνών κανόνων δικαίου και των αποφάσεων του Συμβουλίου Ασφαλείας του ΟΗΕ, από την Ιατρική Ένωση με την επωνυμία "The Balkan Medical Union" στα κατεχόμενα της Κύπρου.
- Διοργανώνει παράνομη ιατρική εκδήλωση στην κατεχόμενη Κερύνεια με τη συμμετοχή Ελλήνων ιατρών.
- Παρέμβαση του ΠΙΣ για την απόσυρση της συμμετοχής τους.
- Επιστολές διαμαρτυρίας του ΠΙΣ στους αντίστοιχους Ιατρικούς Σύλλογους των χωρών που συμμετέχουν στην ιατρική εκδήλωση.

Σε μια εποχή που η Τουρκία κλιμακώνει τις προκλήσεις της σε βάρος των εθνικών μας συμφερόντων και δικαίων, καταγράφεται μία απρόκλητη παραβίαση των διεθνών κανόνων δικαίου και των αποφάσεων του ΟΗΕ σε βάρος και της Κυπριακής Δημοκρατίας, καθώς διοργανώνεται ιατρική εκδήλωση από την αμφιβόλου προθέσεων Βαλκανική Ιατρική Ένωση, στην Κερύνεια της κατεχόμενης Κύπρου.

Στην εν λόγω εκδήλωση παραδόξως έχουν δηλώσει ότι θα παραστούν και τρεις Έλληνες ιατροί. Στην εξέλιξη αυτή ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος δεν θα μπορούσε να μείνει απαθής. Ειδικότερα, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος ενημερώθηκε προ ολίγων ημερών από την Πρεσβεία της Κύπρου στην Αθήνα, ότι η Οργάνωση «The Balkan Medical Union» διοργανώνει την ιατρική εκδήλωση «22nd Balkan Medical Days», η οποία θα διεξαχθεί στην Κερύνεια της κατεχόμενης Κύπρου εντός του Σεπτεμβρίου.

Είναι γνωστό ότι η Κερύνεια κατελήφθη από τα τουρκικά στρατεύματα τον Ιούλιο του 1974, στο πλαίσιο των πολεμικών επιχειρήσεων της παράνομης τουρκικής εισβολής στην Κύπρο, ενώ η Τουρκία προέβη στην ανακήρυξη σε κράτος των κατεχομένων αυτών εδαφών, κατά παράβαση του καταστατικού χάρτη των Ηνωμένων Εθνών το 1983, διαμελίζοντας την Κυπριακή Δημοκρατία.

Η παρουσία των τριών Ελλήνων ιατρών θίγει και παραβιάζει κατάφωρα την εθνική συνείδηση του Ελληνισμού, ενώ αντίκειται ολοφάνερα και στις αποφάσεις του Συμ-



βουλίου Ασφαλείας του ΟΗΕ για το ψευδοκράτος. Γι' αυτό και ο ΠΙΣ προκειμένου να περιφρουρήσει το κύρος του ιατρικού κόσμου, απέστειλε επιστολή στους Ιατρικούς Σύλλογους στους οποίους ανήκουν οι τρεις συμμετέχοντες γιατροί (Αθηνών, Ιωαννίνων και Μαγνησίας).

Ο ΠΙΣ ζητά από τους τοπικούς Ιατρικούς Σύλλογους να προβούν σε αυστηρή σύσταση προς τα μέλη τους, προκειμένου να αποσύρουν άμεσα τη συμμετοχή τους από την ιατρική εκδήλωση και να επιδείξουν τον πρέπειοντα σεβασμό στο Νόμο αλλιά και στις αποφάσεις του Συμβουλίου Ασφαλείας του ΟΗΕ.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος κρίνοντας ότι το ζήτημα είναι ιδιαίτερος σοβαρό και αφορά στην κυριαρχία και την εδαφική ακεραιότητα της Δημοκρατίας της Κύπρου, προέβη σε σειρά παρεμβάσεων ενημερώνοντας καταρχάς με επιστολή του τον υπουργό Υγείας κ. Βασίλη Κικίλια.

Ταυτόχρονα απέστειλε επιστολή διαμαρτυρίας προς τη Γεν. Γραμματέα της Balkan Medical Union, ενώ με αντίστοιχες επιστολές διαμαρτυρίας προς τους εθνικούς Ιατρικούς Σύλλογους των χωρών που εμφανίζονται να έχουν μέλη στο Συμβούλιο της Balkan Medical Union, (με κοινοποιή-

ση στη Μόνιμη Επιτροπή των Ευρωπαίων Ιατρών - C.P.M.E., ευρωπαϊκή Ιατρική Οργάνωση), ενημερώνει για την διοργάνωση η οποία πραγματοποιείται σε ένα μη αναγνωρισμένο κράτος διεθνώς.

Να σημειωθεί πως όλο το πληροφοριακό υλικό για την ιατρική εκδήλωση η οποία πραγματοποιείται σε κατεχόμενο έδαφος, απεστάλη και προς τον Υπουργό Εξωτερικών κ. Ν. Δένδια, Παραβίαση και για τη Μακεδονία

Ταυτόχρονα στην ιστοσελίδα της οργάνωσης γίνονται αναφορά για συμμετοχή προσώπων στην ιατρική εκδήλωση από τη «Δημοκρατία της Μακεδονίας», εθνικός προσδιορισμός που παραβιάζει την πρόσφατη συμφωνία μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας και της ΠΓΔΜ. Έπειτα από παρεμβάσεις του ΠΙΣ, η αναφορά απεσύρθη από την ιστοσελίδα της ιατρικής εκδήλωσης αλλιά και από όλη τη διοργάνωση.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός



Αποστειρωμένο υπέρτονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου 3% για την καλή λειτουργία του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού.

Για βρέφη, παιδιά και ενήλικες



- Συντελεί στην απομάκρυνση των εκκρίσεων
- Έχει αποσυμφορητική δράση
- Ενυδατώνει το βλεννογόνο
- Διευκολύνει την αναπνοή

Ενδείξεις:

- Βρογχιολίτιδα
- Κυστική Ίνωση
- Οξεία Βρογχίτιδα
- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Χορηγείται με νεφελοποιητή
Δεν περιέχει συντηρητικά

Το NEBU-dose μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως φορέας για άλλα εισπνεόμενα φάρμακα.

Koch M. et al. Inhalation therapy with hypertonic saline (3%) - A treatment option for airway disease in children? Eur Resp J. 2015; 46(Suppl 59):PA1251
Kuzik BA. et al. Nebulized hypertonic saline in the treatment of viral bronchiolitis in infants. J Pediatr. 2007 Sep;151(3):266-70
Patel K. et al. Nebulized Hypertonic Saline for Inpatient Use in COPD. Chest. 2017 Oct;152(4):A786



Smarty



ALLERTEC
HELLAS A.E.
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΤΟΝΤΑ

- Φορητό σύστημα για τη χορήγηση εισπνεόμενων φαρμάκων
- Τεχνολογία Mesh
- Αποτελεσματική θεραπεία παντού
- Κομψός σχεδιασμός, εργονομικό σχήμα

Οι νέες μάσκες μαλακής αφής από βιοσυμβατό υλικό εφαρμόζουν απόλυτα στο πρόσωπο και απολυμαίνονται εύκολα με βρασμό. Οι μάσκες φέρουν μεμβράνη για περιορισμό εξαερισμού "Dispersion Limiting Vent", βελτιστοποιώντας έτσι τη θεραπεία, λόγω της μειωμένης απώλειας φαρμάκου στο περιβάλλον.

- Πλήρης αυτονομία
- 100% φορητότητα
- Εντελώς αθόρυβο
- Απλή συναρμολόγηση
- Εύκολος καθαρισμός
- Μέγεθος σωματιδίων MMAD 4μm
- Ρυθμός νεφελοποίησης 0,30 ml/min
- Υπολοιπόμενος όγκος 0,1ml
- Κατάλληλο για τη χορήγηση εισπνεόμενων φαρμάκων όπως βουδεσονίδη μπεκλομεθαζόνη

- Υψηλής ποιότητας αναλώσιμα εξαρτήματα και υποστήριξη
- Εγγύηση 5 χρόνια για τη συσκευή
- Εγγύηση 1 χρόνο για τα αναλώσιμα εξαρτήματα
- Ασφαλές στη χρήση

ALLERTEC HELLAS AE | Κ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ 74 | 55134 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ | Τ.: 2310 488300
www.allertec.eu | email: info@allertec.eu



➔ Παρέμβαση του ΠΙΣ για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Αθήνα, 23.8.2019

Διάλογο με τον υπουργό Υγείας κ. Βασίλη Κικίλια αναμένεται να ξεκινήσει άμεσα ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ), προκειμένου να συζητηθούν οι εκκρεμότητες και τα προβλήματα στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Ο ΠΙΣ στις συναντήσεις που θα ξεκινήσουν με την πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας, θα ζητήσει τη σύναψη συλλογικών συμβά-



σεων εργασίας, οι οποίες όμως θα πρέπει να τεθούν σε νέα βάση.

Στόχος είναι να έχουν πρόσβαση στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όλοι οι ελευθεροεπαγγελματίες γιατροί, ώστε να είναι δυνατή η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού της χώρας.

Έως ότου όμως ολοκληρωθεί ο διάλογος με την ηγεσία του υπουργείου Υγείας, ο ΠΙΣ θα ζητήσει την άμεση κάλυψη των αναγκών σε βασικές ειδικότητες ιατρών, οι οποίες απουσιάζουν από το σύστημα σε πολλές περιοχές της χώρας.

Στο πλαίσιο αυτό ο ΠΙΣ απέστειλε επιστολή στον υπουργό Υγείας κ. Βασίλη Κικίλια ζητώντας την άμεση έναρξη διαλόγου, για τη σύναψη συλλογικής σύμβασης και την ορθολογική κατανομή των θέσεων, διερευνώντας παράλληλα τις δυνατότητες βελτίωσης των όρων των συμβάσεων.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός

Κάπνισμα: Ενεργητικό & Παθητικό Ένα μέγιστο ζήτημα της Δημόσιας Υγείας

Αθήνα, 29.7.2019

Υγειονομική βόμβα και μέγιστο ζήτημα Δημόσιας Υγείας είναι το κάπνισμα, ενεργητικό και παθητικό.

Το 25% των θανάτων του ανδρικού πληθυσμού στη χώρα μας, οφείλεται άμεσα ή έμμεσα στο κάπνισμα. Με αυτό το απαράδεκτο για μια χώρα του δυτικού κόσμου ποσοστό θανάτων από μια συνήθεια που θα έπρεπε να έχει περιοριστεί δραματικά εδώ και δεκαετίες, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος χαιρετίζει τις πρωτοβουλίες του Πρωθυπουργού, Κυριάκου Μητσοτάκη, και της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας για ενεργοποίηση του αντικαπνιστικού νόμου, αρχής γενομένης από τα δημόσια κτίρια. Παγκο-

σμίως 7,1 εκατομμύρια θάνατοι το χρόνο οφείλονται στο ενεργητικό κάπνισμα, ενώ 884.000 θάνατοι σχετίζονται με το παθητικό. Και είναι ως εκ τούτου, το παθητικό κάπνισμα η χειρότερη μορφή βίας που μπορεί να ασκήσει κάποιος στον συνάνθρωπό του, καθώς βάζει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του.

Απαγόρευση από το 1856

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών (37,6%). Και το οξύμωρο είναι ότι στην χώρα μας η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους έγινε για πρώτη φορά το έτος 1856 με Βασιλικό Διάταγμα του Όθωνα (υπάρχουν διατάγματα του 1856). Και φτάσαμε στο 2019, με τη χώρα να παραμένει στις πρώτες θέσεις με υψηλά ποσοστά καπνιστών μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Στοιχεία από το European Lung White Book αναφέρουν ότι το ETS (Environmental Tobacco Smoke) έχει ενταχθεί στις καρκινογόνες συνήθειες και ουσίες και συνδέεται με καρκίνους του πνεύμονα, όσο και με νοσήματα του αναπνευστικού που δεν συνδέονται με τον καρ-

κίνο. Η δε έκθεση των παιδιών στο ETS εξαιτίας του καπνίσματος των γονέων μέσα στο σπίτι, αυξάνει τις πιθανότητες για αναπνευστικά προβλήματα, λοιμώξεις του μέσου ωτός, δια βίου μειωμένη ικανότητα οξυγόνωσης των πνευμόνων και σοβαρό άσθμα. Δευτερεύοντα αλληλ αρκετά σημαντικά θεωρούνται τα μεμονωμένα συμπτώματα που παρουσιάζουν παιδιά και ενήλικες οι οποίοι έχουν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα και είναι ο επίμονος βήχας, η παραγωγή πτυέλων, το βάρος στο στήθος κατά την αναπνοή και γενικά η αναπνευστική δυσφορία. Ο Π.Ι.Σ. καλεί την ηγεσία του Υ.Υ.Κ.Α. και κάθε αρμόδια Αρχή να επιβάλλει πάραυτα το νόμο και εκφράζει την πρόθεσή του να βοηθήσει με κάθε μέσο που διατίθεται στον έλεγχο αυτού του μείζονος προβλήματος Δημόσιας Υγείας.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δρ Γεώργιος Ελευθερίου

Αγγειοχειρουργός



Το ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ μεταφέρει στις στήλες του, τον σημαντικό νόμο 4512 - 17 Ιανουαρίου 2018, ο οποίος εκσυγχρονίζει στη χώρα μας τη νομοθεσία περί Ιατρικών Συλλόγων.

**ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ
ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

17 Ιανουαρίου 2018

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου Β

**ΜΕΡΟΣ Δ΄
ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ
ΠΕΡΙ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
Άρθρο 271**

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.)

1. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.) αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου σωματειακού χαρακτήρα, με έδρα την Αθήνα. Αποτελεί το κεντρικό συντονιστικό όργανο και την εποπτεύουσα οργάνωση όλων των Ιατρικών Συλλόγων και των ιατρών της χώρας. Αποτελεί το ανώτατο θεσμικό όργανο των ιατρών και συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας για θέματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης.

2. Ο Π.Ι.Σ. έχει σκοπό τη διαχείριση ζητημάτων υγείας στην επικράτεια. Ιδίως δε έχει ως σκοπούς:

α) Το να επικουρεί τον Υπουργό Υγείας στη διαχείριση των ζητημάτων υγείας, στην εξασφάλιση καλής ιατρικής περίθαλψης του πληθυσμού και διαφύλαξη και προαγωγή της δημόσιας υγείας με διαρκή ανταλλαγή γνώσης και εμπειρίας μεταξύ των Ιατρικών Συλλόγων και τον αντίστοιχο συντονισμό των σκοπών και δραστηριοτήτων τους.

β) Την προστασία των εννόμων συμφερόντων όλων των ιατρών που είναι εγγεγραμμένοι στους Ιατρικούς Συλλόγους, μέλη του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, και παροχή συμβουλών, ενημέρωσης και συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης σε σημαντικούς τομείς που αφορούν τον ιατρό, τους χώρους υγειονομικής περίθαλψης αήλικα και τον κοινωνικό βίο.

γ) Την συνεργασία με τις πανεπιστημιακές αρχές και τα θεσμικά όργανα του κράτους για τον αριθμό εισακτέων στις ιατρικές σχολές, των μεταγραφών, την αναγνώριση πανεπιστημιακών τίτλων και σπουδών στην αλλοδαπή, καθώς και τη διαμόρφωση προγραμμάτων σπουδών.

δ) Την συνεργασία για τη θέσπιση μιας κατά το δυνατόν ενιαίας νομοθετικής ρύθμισης με προτάσεις προς την πολιτική ηγεσία σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ιατρών και τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος σε όλους τους τομείς.

ε) Την διασφάλιση των επαγγελματιών εννόμων συμφερόντων των ιατρών σε όλους τους τομείς, την προάσπιση και διασφάλιση της αξιοπρεπούς επαγγελματικής και επιστημονικής άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος-επαγγέλματος σε κάθε ιδιωτική ή δημόσια σχέση εργασίας, τη συλλογική εκπροσώπηση ιατρών για σύναψη συμβάσεων με οργανισμούς ή άλλους φορείς για παροχή ιατρικών υπηρεσιών και τη σύναψη των συμβάσεων αυτών.

στ) Την εκπροσώπηση και υποστήριξη των θέσεων της ιατρικής κοινότητας σε ζητήματα ιατρικά και πολιτικής υγείας.

ζ) Την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για τη διά βίου συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, καθώς και τη συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση.

η) Την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών.

θ) Την ανάπτυξη σχέσεων με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς της ιατρικής επιστήμης και με Εθνικούς Ιατρικούς Συλλόγους της αλλοδαπής.

ι) Την επεξεργασία και πρόταση κωδίκων ιατρικής δεοντολογίας και άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος καθώς και τη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα ευρωπαϊκών και διεθνών κωδίκων και διακηρύξεων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου και της Μόνιμης Επιτροπής Ευρωπαίων Ιατρών.

ια) Την ρύθμιση ζητημάτων συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης καθώς και της αξιολόγησης με κριτήρια που προτείνονται από τον Π.Ι.Σ., που αφορούν το περιεχόμενο, τη διάρκεια και τους σκοπούς της μετεκπαίδευσης και των ιατρικών ειδικοτήτων.

Μέσα για την πραγματοποίηση των ως άνω σκοπών είναι ιδίως:

α) Ο συντονισμός των επί γενικών θεμάτων ενεργειών των Ιατρικών Συλλόγων και η συνεργασία με αυτούς προς διευκόλυνση της κανονικής και νόμιμης λειτουργίας τους.

β) Η εποπτεία της τήρησης των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας και της προαγωγής των ηθικών και δεοντολογικών κανόνων του ιατρικού επαγγέλματος.

γ) Η προβολή θέσεων και απόψεων επί ζητημάτων που αφορούν στη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, την εκπαίδευση, τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, την επαγγελματική κατάρτιση των ιατρών και την ιατρική δεοντολογία.

δ) Η έκφραση γνώμης επί νομοσχεδίων, σχεδίων προεδρικών διαταγμάτων και κανονιστικών διατάξεων, σχετικών με την δημόσια υγεία ή το ιατρικό επάγγελμα.

ε) Η παρακολούθηση της ποιότητας παροχής περίθαλψης σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

στ) Η μελέτη υγειονομικών θεμάτων και οργάνωση επιστημονικών ιατρικών συνεδρίων με επιτροπές εμπειρογνομώνων.

ζ) Η έκδοση περιοδικών δελητίων και η τήρηση διαδικτυακών ιστοσελίδων και ιστοτόπων με επιστημονικό ή συνδικαλιστικό περιεχόμενο προς πληρέστερη επιστημονική και επαγγελματική ενημέρωση των ιατρών και επικοινωνία με τους Ιατρικούς Συλλόγους.

η) Η εκπροσώπηση των ιατρών της χώρας ή η πρόταση εκπροσώπων σε όλους τους διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς, φορείς και οργανώσεις για την προάσπιση και αναβάθμιση του ιατρικού επαγγέλματος, στους οποίους συμμετέχουν εκπρόσωποι ιατρών από κάθε χώρα, και ιδίως στον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο (WMA), τη Μόνιμη Επιτροπή των Ευρωπαίων Ιατρών (CPME) και την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (UEMS/EACCME), καθώς και όλες τις άλλες διεθνείς οργανώσεις που θα κρίνει εκάστοτε το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ.

θ) Η πρόταση εκπροσώπων στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

ι) Η συμμετοχή σε συμβούλια και επιτροπές υγείας που αφορούν ζητήματα ιατρών και δημόσιας υγείας, όταν προβλέπεται σε ειδικότερες διατάξεις.

ια) Ο ορισμός επιστημονικών επιτροπών για επεξεργασία ζητημάτων που αφορούν τους ιατρούς και ζητημάτων δημόσιας υγείας.

ιβ) Η συμμετοχή με εκπρόσωπο που ορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. στα Διοικητικά Συμβούλια του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και όλων των ασφαλιστικών οργανισμών.

ιγ) Η χορήγηση των αδειών ή βεβαιώσεων, κατά περίπτωση, άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

ιδ) Η χορήγηση των αδειών ή βεβαιώσεων, κατά περίπτωση, χρησιμοποίησης τίτλου ειδικότητας.

ιε) Η εκπροσώπηση των ιατρών προς προάσπιση των εννόμων συμφερόντων τους ενώπιον των πολιτικών, ποινικών και διοικητικών δικαστηρίων και κάθε αρχής της χώρας και της αλλοδαπής, ιδίως του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Για τον ίδιο λόγο εκπροσωπεί τα έννομα συμφέροντα των πολιτών ενώπιον κάθε αρμόδιου δικαστηρίου και αρχής όσον αφορά στην προστασία της δημόσιας υγείας και του περιβάλλοντος.

ιστ) Η άσκηση εποπτείας και συντονισμού βάσει των σκοπών του ως ανώτατο επιστημονικό και θεσμικό όργανο, σύμφωνα με τους σκοπούς του, των Ιατρικών Συλλόγων, των ιατρικών εταιρειών και των επαγγελματικών ενώσεων των ειδικευμένων ιατρών, ιδίως αυτών που εκπροσωπούνται στην Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.) ή στέλνουν εκπρόσωπο ή εκπροσώπους στην Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.) μετά από έγκριση του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

ιζ) Η παρακολούθηση, ο συντονισμός και η άσκηση εποπτείας επί των ιατρικών συνεδρίων και εκδηλώσεων ή μαθημάτων συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, καθώς και επί των συναφών δραστηριοτήτων Ιατρικών Συλλόγων, επιστημονικών εταιρειών και άλλων ιδιωτικών φορέων.

ιη) Η ίδρυση επιστημονικών επιτροπών για ζητήματα υγείας ή ζητήματα εννόμων συμφερόντων των ιατρών.

ιθ) Η ίδρυση Ινστιτούτων με σκοπό τη μελέτη ζητημάτων προαγωγής υγείας και συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης.

3. Τα Διοικητικά Συμβούλια των Ιατρικών Συλλόγων οφείλουν να συμμορφώνονται με τις αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης και του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Άρθρο 272

Σφραγίδα - Αλληλογραφία

1. Η σφραγίδα του Π.Ι.Σ. αποτελείται από τρεις (3) επάλληλους και ομόκεντρους κύκλους, ο εξωτερικός των οποίων έχει διάμετρο τέσσερα εκατοστά του μέτρου, στο κέντρο αυτών φέρεται το έμβλημα της Ελληνικής Δημοκρατίας, γύρω από αυτό κυκλικά στο άνω μέρος αναγράφονται οι λέξεις «Υπουργείο Υγείας», στο κάτω μέρος οι λέξεις «Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος» και στον εξωτερικό κύκλο οι λέξεις «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ».

2. Ο Π.Ι.Σ. αλληλογραφεί απευθείας με όλες τις αρχές. Τα έγγραφα υπογράφονται από τον Πρόεδρο και τον Γενικό Γραμματέα του και σφραγίζονται με τη σφραγίδα του.

Άρθρο 273

Οργανισμός και Εσωτερικός Κανονισμός

Ο οργανισμός και ο εσωτερικός κανονισμός του Π.Ι.Σ. προτείνεται από το Διοικητικό Συμβούλιο και εγκρίνεται από τη Γενική Συνέλευση.

Άρθρο 274

Πιστοποιητικό ορθής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος

1. Το πιστοποιητικό ορθής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, το οποίο εκδίδεται από τον Π.Ι.Σ., σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 51 του ν. 4461/2017 (Α'38), πιστοποιεί ότι ο ιατρός έχει συμπεριφερθεί και συμπεριφέρεται σύμφωνα με τους εκάστοτε ισχύοντες κανόνες της νομοθεσίας, της ιατρικής επιστήμης και της ιατρικής δεοντολογίας.

2. Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την έκδοση του πιστοποιητικού ορθής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος είναι τα ακόλουθα:

α) αίτηση του ιατρού σε έντυπο του Π.Ι.Σ.,

β) βεβαίωση του Ιατρικού Συλλόγου του οποίου ο ιατρός είναι μέλος, για την εγγραφή του στο μητρώο μελών αυτού, τις μεταβολές και τις τυχόν πειθαρχικές καταδίκες του, καθώς και αντίστοιχη βεβαί-

ωση των άλλων Ιατρικών Συλλόγων, στο ειδικό μητρώο των οποίων είναι εγγεγραμμένος ο ιατρός,

γ) αντίγραφο πτυχίου, καθώς και επίσημη μετάφρασή του αν πρόκειται για πανεπιστημιακό ίδρυμα της αλλοδαπής,

δ) αντίγραφο αναγνώρισης πτυχίου ΔΟΑΤΑΠ ή ΔΙΚΑΤΣΑ, αν πρόκειται για πανεπιστημιακό ίδρυμα της αλλοδαπής,

ε) αντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος,

στ) αντίγραφο λήψης τίτλου ειδικότητας (αν υπάρχει) και

ζ) αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.

Τα ως άνω απαιτούμενα δικαιολογητικά υποβάλλονται στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο και μέσω αυτού διαβιβάζονται στον Π.Ι.Σ., πρέπει δε να είναι επικυρωμένα σύμφωνα με την εκάστοτε νομοθεσία. Δεν απαιτείται η επανυποβολή δικαιολογητικών που ήδη διαθέτει στο αρχείο του ο οικείος Ιατρικός Σύλλογος, εφόσον δεν είναι αναγκαία η επικαιροποίησή τους.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, μπορεί να αυξάνεται ή να μειώνεται ο αριθμός των απαιτούμενων δικαιολογητικών για τη χορήγηση πιστοποιητικού ορθής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

4. Κάθε Ιατρικός Σύλλογος είναι υποχρεωμένος να αποστέλλει αμελλητί προς τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο κάθε καταδικαστική απόφαση και μεταβολή στο μητρώο κάθε ιατρού. Κάθε τελεσίδικη πειθαρχική απόφαση του Ιατρικού Συλλόγου, που εγγράφεται στο μητρώο του ιατρού, βεβαιώνεται και στο πιστοποιητικό ορθής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

Άρθρο 275

Όργανα του Π.Ι.Σ.

Όργανα του Π.Ι.Σ. είναι η Γενική Συνέλευση, το Διοικητικό Συμβούλιο, η Ολομέλεια των Προέδρων με το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ., το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.) και η Εξελεγκτική Επιτροπή.

Άρθρο 276

Γενική Συνέλευση - Μέλη

Η Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. αποτελείται από εκπροσώπους που εκλέγονται από τις Γενικές Συνελεύσεις των Ιατρικών Συλλόγων, με βάση τον αριθμό των μελών τους κατά την ακόλουθη αναλογία:

α) Σύλλογοι που αριθμούν μέχρι πενήντα (50) μέλη, εκλέγουν έναν (1) εκπρόσωπο.

β) Σύλλογοι που αριθμούν μέχρι διακόσια (200) μέλη, εκλέγουν δύο (2) εκπροσώπους.

γ) Σύλλογοι που αριθμούν μέχρι πεντακόσια (500) μέλη, εκλέγουν τέσσερις (4) εκπροσώπους.

δ) Σύλλογοι που αριθμούν μέχρι χίλια (1.000) μέλη, εκλέγουν έξι (6) εκπροσώπους.

ε) Σύλλογοι που αριθμούν μέχρι δύο χιλιάδες (2.000) μέλη, εκλέγουν δέκα (10) εκπροσώπους.

στ) Σύλλογοι που αριθμούν μέχρι τρεις χιλιάδες (3.000) μέλη, εκλέγουν δεκαπέντε (15) εκπροσώπους.

ζ) Σύλλογοι που αριθμούν άνω των τριών χιλιάδων (3.000) μελών, εκλέγουν έναν (1) επί πλέον εκπρόσωπο για κάθε χίλια (1.000) πέραν των τριών χιλιάδων (3.000), μέλη.

Στις γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου συμμετέχουν επίσης και οι πρόεδροι όλων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας ή οι νόμιμοι αναπληρωτές τους, μετά ψήφου.

Άρθρο 277

Γενική Συνέλευση - Αρμοδιότητα

Η Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. αποφασίζει για κάθε θέμα που άπτε-

ται των σκοπών του και ιδίως εκλέγει τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., καθώς και τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο, και τα μέλη του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.) με τους αναπληρωτές τους, με διαδικασία που προβλέπεται σε επόμενα άρθρα, ελέγχει τις πράξεις του Διοικητικού Συμβουλίου και εγκρίνει τον ετήσιο προϋπολογισμό και απολογισμό του Π.Ι.Σ., τον οργανισμό για την οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών του καθώς και τους εσωτερικούς κανονισμούς λειτουργίας της Γενικής Συνέλευσης, του Διοικητικού Συμβουλίου, της Ολομέλειας των Προέδρων και της εν γένει λειτουργίας του Π.Ι.Σ.

Άρθρο 278

Γενική Συνέλευση - Συνεδριάσεις

1. Η Γενική Συνέλευση βρίσκεται σε απαρτία, όταν παρίστανται τα μισά πλέον ενός των μελών αυτής. Σε περίπτωση μη επίτευξης απαρτίας, η Γενική Συνέλευση αναβάλλεται για την επόμενη ημέρα, οπότε θεωρείται ότι βρίσκεται σε απαρτία οποιοσδήποτε και αν είναι ο αριθμός των παρόντων μελών αυτής.

2. Η Γενική Συνέλευση συνέρχεται τακτικά μία φορά κάθε έτος, εκτάκτως δε εφόσον κρίνει τούτο αναγκαίο το Διοικητικό Συμβούλιο ή ζητηθεί από το ένα τρίτο (1/3) των μελών αυτής με έγγραφη αίτηση, που υποβάλλεται στο Διοικητικό Συμβούλιο και στην οποία αναγράφονται ο λόγος της έκτακτης σύγκλησης της Γενικής Συνέλευσης, καθώς και τα θέματα που πρέπει να συζητηθούν.

3. Τη σύγκληση της Γενικής Συνέλευσης αποφασίζει το Διοικητικό Συμβούλιο, τα μέλη δε αυτής καλούνται από τον Πρόεδρο του Π.Ι.Σ. με ατομικές προσκλήσεις ή προσκλήσεις που απευθύνονται προς τους Ιατρικούς Σύλλογους, οι οποίες αποστέλλονται τουλάχιστον πριν από δεκαπέντε (15) ημερολογιακές ημέρες, ταχυδρομικά, με απόδειξη αποστολής, μπορούν δε να σταλούν τηλεμοιδιαστικά (φασ) ή με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email), εφόσον αποδεικνύεται η αποστολή και βεβαιώνεται η ημέρα και χρονολογία αυτής και η υπογραφή του προσώπου που έκανε την πρόσκληση. Στις προσκλήσεις ορίζεται ο τόπος και ο χρόνος της συνεδρίασης και τα προς συζήτηση θέματα. Πέρα από τα αναγραφόμενα στην πρόσκληση θέματα, μπορεί να συζητηθεί και άλλο θέμα, εφόσον αυτό προταθεί και γίνει δεκτό προς συζήτηση από την πλειοψηφία των παρισταμένων μελών.

4. Των συνεδριάσεων της Γενικής Συνέλευσης προεδρεύει ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. Όταν κωλύεται ο Πρόεδρος, αναπληρώνεται από τον Α' Αντιπρόεδρο και, όταν κωλύεται και αυτός, αναπληρώνεται από τον Β' Αντιπρόεδρο.

5. Οι αποφάσεις στη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. λαμβάνονται κατ' αρχήν με ανάταση της χειρός. Για τα γενικά και σοβαρά ζητήματα, οι αποφάσεις λαμβάνονται με φανερή ψηφοφορία κατόπιν ονομαστικής κλήσης, εφόσον υποβληθεί σχετική έγγραφη ή προφορική - με ανάταση της χειρός - πρόταση από το ένα τρίτο (1/3) των παρόντων μελών. Όταν πρόκειται για εκλογή προσώπων ή προσωπικά ζητήματα, καθώς και όταν κρίνει αυτό αναγκαίο η Γενική Συνέλευση, οι αποφάσεις λαμβάνονται με μυστική ψηφοφορία μέσω ψηφοδελτίων.

6. Οι αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης λαμβάνονται με την απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών. Αν υπάρχει ισοψηφία επί περισσότερων προτάσεων, γίνεται νέα ψηφοφορία, κατά την οποία οι μειοψηφούσες προτάσεις απορρίπτονται και σε ψηφοφορία τίθενται οι δύο επικρατέστερες.

7. Κατά τη συνεδρίαση της Γενικής Συνέλευσης τηρούνται πρακτικά, τα οποία υπογράφονται από τον Πρόεδρο και τον Γενικό Γραμματέα και στα οποία μνημονεύονται, ιδίως, τα ονόματα και η ιδιότητα των παρισταμένων μελών και αυτών που έλαβαν το λόγο, ο τόπος και ο χρόνος της συνεδρίασης, τα θέματα που συζητήθηκαν με συνοπτι-

κή, αλλά περιεκτική αναφορά στο περιεχόμενό τους, η μορφή και τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας και οι αποφάσεις που ελήφθησαν. Στο πρακτικό καταχωρίζονται οι γνώμες των μελών που μειοψηφήσαν, σε περίπτωση δε φανερά ψηφοφορίας και τα ονόματα αυτών.

8. Η Γενική Συνέλευση μπορεί να λειτουργήσει, όχι όμως πέρα από ένα τρίμηνο, αν το ήμισυ (1/2) των μελών της εκλείψει ή αποχωρήσει για οποιονδήποτε λόγο ή αν τα μέλη απωλέσουν την ιδιότητα βάσει της οποίας εκλέχθηκαν και δεν αναπληρωθούν, εφόσον κατά τις συνεδριάσεις της τα λοιπά μέλη επαρκούν ώστε να υπάρχει απαρτία κατά την παράγραφο 1 του παρόντος.

9. Η τυχόν κατά παράνομο τρόπο κτήση της ιδιότητας, με την οποία κάποιος ορίστηκε μέλος της Γενικής Συνέλευσης, δεν επηρεάζει τη νομιμότητα της συγκρότησης του οργάνου.

10. Το μέλος της Γενικής Συνέλευσης, εφόσον κρίνει ότι συντρέχει στο πρόσωπό του λόγος που επιβάλλει την αποχή του, οφείλει να το δηλώσει αμέσως στο Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. και να απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια. Στις περιπτώσεις αυτές το Διοικητικό Συμβούλιο αποφασίζει το ταχύτερο δυνατόν.

11. Αίτηση εξάρσεως μέλους της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. μπορούν να υποβάλουν οι ενδιαφερόμενοι σε όλα τα στάδια της διαδικασίας. Η αίτηση υποβάλλεται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ., το οποίο την εισάγει στη Γενική Συνέλευση για λήψη απόφασης.

12. Η εξάρση μέλους αποφασίζεται από τη Γενική Συνέλευση με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών.

13. Τα οριζόμενα στις προηγούμενες παραγράφους δεν εφαρμόζονται σε περίπτωση που δηλώνεται αποχή ή ζητείται η εξάρση τώσων μελών της Γενικής Συνέλευσης ώστε τα απομένοντα να μη σχηματίζουν την προβλεπόμενη απαρτία.

14. Μέλη της Γενικής Συνέλευσης που απουσιάζουν αδικαιολόγητα από τρεις συνεχείς τακτικές ή έκτακτες Γενικές Συνελεύσεις εκπίπτουν αυτοδικαίως και αντικαθίστανται από τον πρώτο επιλαχόντα του ψηφοδελτίου, με το οποίο είχαν εκλεγεί.

Άρθρο 279

Εκλογή εκπροσώπων στη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ.

1. Η εκλογή των εκπροσώπων των Ιατρικών Συλλόγων στη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. γίνεται ανά τετραετία συγχρόνως με την εκλογή των μελών των Διοικητικών και Πειθαρχικών τους Συμβουλίων. Όσοι επιθυμούν να ανακηρυχθούν για τις θέσεις εκπροσώπων υποβάλλουν σχετική αίτηση στον Ιατρικό Σύλλογο, του οποίου είναι μέλη.

2. Οι υποψήφιοι εκπρόσωποι πρέπει να έχουν διατελέσει μέλη σε Ιατρικό Σύλλογο για έναν (1) τουλάχιστον χρόνο πριν την υποβολή της υποψηφιότητάς τους και να έχουν εκπληρώσει τις οικονομικές υποχρεώσεις τους στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.

3. Δεν επιτρέπεται υποψήφιο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. να είναι ταυτοχρόνως και υποψήφιο μέλος του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.) ή της Εξελεγκτικής Επιτροπής.

4. Δεν έχουν δικαίωμα να θέσουν υποψηφιότητα για να εκλεγούν εκπρόσωποι του Π.Ι.Σ. οι βουλευτές και οι ευρωβουλευτές.

5. Οι υποψήφιοι για θέσεις εκπροσώπων στον Π.Ι.Σ. αναγράφονται σε ξεχωριστά ψηφοδέλτια είτε εντασσόμενοι σε συνδυασμούς είτε ως μεμονωμένοι υποψήφιοι.

6. Για την προθεσμία υποβολής των αιτήσεων υποψηφιότητας, την ανακήρυξη υποψηφίων, τα εκλογικά τμήματα, την ψηφοφορία και διαλογή ψήφων και την εν γένει διαδικασία εκλογής, το εκλογικό σύστημα, την κρίση των ενστάσεων και κάθε άλλο σχετικό θέμα, εφαρμόζονται οι διατάξεις των άρθρων 305 επ. του παρόντος για την εκλογή των μελών των Διοικητικών και Πειθαρχικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων.



InterMedica

M.TZANIDAKIS

ΙΑΤΡΙΚΑ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ



GE Healthcare

Κασταμονής 71, Ν.Ιωνία 142 35, **T.** 210 2724260, 210 2723350, **F.** 210 2724261, **E.** info@intermedica.gr, **www.intermedica.gr**

The digital revolution
continues



Simple.Smart.Agile. Carestation™ 650

Aisys CS²

Advanced and Sustainable
Anaesthesia Care



Carescape R860

Icu Ventilator



7. Οι εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ. υποχρεούνται να παρευρίσκονται στις συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου, όταν καλούνται για ενημέρωσή τους.

8. Ο Ιατρικός Σύλλογος δεν δικαιούται να συμμετέχει με εκπροσώπους στον στη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ., αν, τριάντα (30) ημέρες πριν τις αρχαιρεσίες, δεν είναι οικονομικά τακτοποιημένος.

Άρθρο 280

Εκλογή Διοικητικού Συμβουλίου και Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) του Π.Ι.Σ. απαρτίζεται από δεκαπέντε (15) μέλη που εκλέγονται από τη Γενική Συνέλευση μεταξύ των μελών της με το σύστημα της απλής αναλογικής. Τα μέλη του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. απαγορεύεται να κατέχουν: α) οποιαδήποτε κυβερνητική θέση, συμπεριλαμβανομένων και των θέσεων των συμβούλων των μελών της κυβέρνησης και των γενικών και ειδικών γραμματέων των υπουργείων, β) τη θέση των γενικών γραμματέων της Αποκεντρωμένης Διοίκησης, των αιρετών περιφερειαρχών, των δημάρχων, και των γενικών γραμματέων των δήμων, γ) έμμισθες θέσεις σε διεθνείς οργανισμούς ή υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δ) θέση προέδρων, αντιπροέδρων ή διοικητών σε οργανισμούς και νομικά πρόσωπα του ευρύτερου δημόσιου τομέα, ανεξάρτητα από την ιδιότητα ή τον αντίστοιχο χαρακτηρισμό της θέσης τους, και ε) σε κάθε άλλη περίπτωση που προβλέπεται από ειδική διάταξη τυπικού νόμου ή του Κανονισμού της Βουλής.

2. Εντός μινός από την επικύρωση από τους οικείους Περιφερειαρχες των αρχαιρεσιών προς ανάδειξη Διοικητικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων και εκλογή των εκπροσώπων αυτών στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. συγκαλεί Γενική Συνέλευση για την εκλογή Διοικητικού Συμβουλίου και Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.).

3. Οι προσκλήσεις για την εκλογή του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.) αποστέλλονται στους ενδιαφερομένους τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ημερολογιακές ημέρες πριν τη Γενική Συνέλευση ταχυδρομικά με απόδειξη αποστολής, μπορούν δε να σταλούν και με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) ή τηλεομοιοτυπικά (φαξ), εφόσον αποδεικνύεται η αποστολή και βεβαιώνεται η ημέρα και χρονολογία αυτής και η υπογραφή του προσώπου που έκανε την πρόσκληση.

4. Τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης που επιθυμούν να εκλεγούν στο Διοικητικό Συμβούλιο και το Α.Π.Σ.Ι., εκτίθενται σε ψηφοφορία με τη συμμετοχή τους σε συνδυασμούς ή ως μεμονωμένοι υποψήφιοι. Ο αριθμός των υποψηφίων κάθε συνδυασμού δεν μπορεί να υπερβαίνει τον αριθμό των εκλεγόμενων συν πέντε (5) για το Διοικητικό Συμβούλιο και συν δύο (2) για το Α.Π.Σ.Ι. Τα ονόματα των υποψηφίων για το Διοικητικό Συμβούλιο αναγράφονται σε ξεχωριστό για κάθε συνδυασμό ψηφοδέλτιο κατ' αλφαβητική σειρά. Ξεχωριστό είναι το ψηφοδέλτιο κάθε μεμονωμένου υποψηφίου. Τα ψηφοδέλτια για το Α.Π.Σ.Ι., είτε συνδυασμών είτε μεμονωμένων υποψηφίων, είναι ξεχωριστά από τα ψηφοδέλτια για το Διοικητικό Συμβούλιο. Στο κάθε ψηφοδέλτιο αναγράφονται τα ονόματα των υποψηφίων του συνδυασμού ή οι μεμονωμένοι υποψήφιοι. Στα ψηφοδέλτια των συνδυασμών προτάσσονται τα ονόματα των υποψηφίων για τις θέσεις του Προέδρου και του Αντιπροέδρου του Α.Π.Σ.Ι., οι οποίες και σημειώνονται δίπλα ή κάτω από το όνομά τους, και ακολουθούν, κατ' αλφαβητική σειρά, τα ονόματα των υποψηφίων για τις θέσεις των μελών. Μεμονωμένοι υποψήφιοι μπορούν να είναι υποψήφιοι για τη θέση είτε του Προέδρου είτε του Αντιπροέδρου είτε μέλους του Α.Π.Σ.Ι.

5. Τα ψηφοδέλτια είναι έντυπα, φέρουν γραμματοσειρά μελανού χρώματος και τυπώνονται με μέριμνα και δαπάνη του Π.Ι.Σ., ο οποίος φροντίζει και για την προμήθεια ικανού αριθμού φακέλων.

6. Οι συνδυασμοί υποβάλλονται με έγγραφη δήλωση, η οποία υπογράφεται από όλους τους υποψηφίους που αποτελούν τον συνδυασμό και κατατίθεται στον Πρόεδρο του Π.Ι.Σ. δύο (2) τουλάχιστον ημερολογιακές ημέρες πριν την εκλογή. Κατά τον ίδιο χρόνο πρέπει να κατατεθούν και οι έγγραφες δηλώσεις των μεμονωμένων υποψηφίων.

7. Κατά την ημέρα της ψηφοφορίας ο εκλογέας, προσερχόμενος στην αίθουσα διεξαγωγής της ψηφοφορίας, αφού επιβεβαιωθούν τα στοιχεία της ταυτότητάς του από τα μέλη της εφορευτικής επιτροπής, παραλαμβάνει από την εφορευτική επιτροπή δύο φακέλους σφραγισμένους με τη σφραγίδα του Π.Ι.Σ. (έναν για το Διοικητικό Συμβούλιο και έναν για το Α.Π.Σ.Ι.) και σειρά ψηφοδελτίων, στα οποία περιλαμβάνονται και λευκά ψηφοδέλτια, και αποσύρεται σε ιδιαίτερο χώρο, ώστε να εξασφαλίζεται το απόρρητο της ψηφοφορίας. Η υπέρ των υποψηφίων προτίμηση εκφράζεται με σταυρούς, που τίθενται δίπλα στο όνομα του υποψηφίου για το Διοικητικό Συμβούλιο ή το Α.Π.Σ.Ι. Σταυροί τίθενται τόσο, κατ' ανώτατο όριο, όσα είναι τα μέλη που προβλέπονται για κάθε όργανο. Μπορούν να εκλέγονται και οι Πρόεδροι ή Αντιπρόεδροι ψηφοδελτίων των μειοψηφισμένων συνδυασμών. Αν δεν τεθούν σταυροί προτίμησης, το ψηφοδέλτιο προσμετράται υπέρ του συνδυασμού ή του μεμονωμένου υποψηφίου. Οι υποψήφιοι των συνδυασμών για τη θέση Προέδρου και Αντιπροέδρου του Α.Π.Σ.Ι. δεν χρειάζονται σταυρό προτίμησης και θεωρείται ότι έλαβαν το σύνολο των ψηφοδελτίων του συνδυασμού που ανήκουν. Σε περίπτωση που λάβουν σταυρό, το ψηφοδέλτιο δεν θεωρείται άκυρο για το λόγο αυτόν. Ακολουθώντας τα ψηφοδέλτια εγκλείονται στους οικείους φακέλους, οι οποίοι ρίχνονται στις τοποθετημένες ψηφοδόχους ιδιοχείρως από τον εκλογέα. Πριν αποχωρήσει ο εκλογέας, υπογράφει ως ψηφίσας στον εκλογικό κατάλογο και διαγράφεται από την εφορευτική επιτροπή.

8. Η ώρα έναρξης και λήξης της ψηφοφορίας ορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. που γνωστοποιείται κατάλληλα. Με απόφαση της Εφορευτικής Επιτροπής, η οποία λαμβάνεται πριν την έναρξη της ψηφοφορίας ή κατά τη διάρκεια αυτής, μπορεί να παρατείνεται η ώρα λήξης της ψηφοφορίας, εφόσον αιτιολογείται ειδικά η παράταση αυτή.

9. Μετά τη λήξη της ψηφοφορίας γίνεται η διαλογή των ψηφοδελτίων, τα οποία αριθμούνται και μονογράφονται από τα μέλη της εφορευτικής επιτροπής. Τα λευκά και τα άκυρα ψηφοδέλτια λαμβάνουν δική τους αρίθμηση.

10. Άκυρα είναι τα ψηφοδέλτια που: α) δεν είναι έντυπα και με μελάνη γραμματοσειρά, β) φέρουν διαγραφές, προσθήκες ονομάτων υποψηφίων από άλλους συνδυασμούς και εν γένει αλλοιώσεις στο περιεχόμενό τους, γ) φέρουν λέξεις, φράσεις, υπογραμμίσεις, στίγματα ή άλλα σημεία, εφόσον δύνανται να θεωρηθούν διακριτικά γνωρίσματα, που παραβιάζουν το απόρρητο της ψηφοφορίας, δ) ο φάκελος, στον οποίο περιέχονται, δεν φέρει τη σφραγίδα του Π.Ι.Σ., ε) εκτυπώθηκαν σε χαρτί, το οποίο ολοφάνερα διαφέρει στο χρώμα από αυτό που χορήγησε ο Π.Ι.Σ. ή με τυπογραφικά στοιχεία πρόδηλα διαφορετικά, στ) έχουν σχήμα ή διαστάσεις διαφορετικά από αυτά που χορηγήθηκαν από τον Π.Ι.Σ., ζ) βρίσκονται στον ίδιο φάκελο με άλλα ψηφοδέλτια του ίδιου ή άλλου συνδυασμού.

11. Τα λευκά και άκυρα ψηφοδέλτια δεν προσμετρώνται στα έγκυρα.

12. Από κάθε συνδυασμό εκλέγονται κατά σειρά αυτοί που έλαβαν τους περισσότερους σταυρούς προτίμησης και σε περίπτωση ισοσταυρίας ενεργείται κλήρωση από την Εφορευτική Επιτροπή. Για το σκοπό αυτόν ο συνολικός αριθμός των έγκυρων ψηφοδελτίων

ων διαιρείται με τον αριθμό των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και του Ανωτάτου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών. Το πηλίκο που προκύπτει από την κάθε διαίρεση (αφαιρουμένων των δεκαδικών ψηφίων) είναι το εκλογικό μέτρο και όσες φορές χωράει αυτό στον αριθμό των ψηφοδελτίων που έλαβε ο κάθε συνδυασμός για κάθε όργανο, τόσους υποψηφίους του και εκλέγει. Μεμονωμένος υποψήφιος, που έλαβε αριθμό ψήφων ίσο με το εκλογικό μέτρο ή μεγαλύτερο από αυτό, εκλέγεται μόνος. Αν από την πρώτη κατανομή παραμείνουν αδιάθετες θέσεις για το Διοικητικό Συμβούλιο και το Α.Π.Σ.Ι., τότε για την πλήρωση των θέσεων αυτών ακολουθεί δεύτερη κατανομή, που γίνεται με τη χρησιμοποίηση των υπολοίπων που έχουν οι συνδυασμοί που μετείχαν στην πρώτη κατανομή και των ψηφοδελτίων που συγκέντρωσαν οι συνδυασμοί και οι μεμονωμένοι υποψήφιοι που δεν έλαβαν θέση από την πρώτη κατανομή. Για το λόγο αυτόν αθροίζονται όλα αυτά και το άθροισμά τους διαιρείται με τον αριθμό των αδιάθετων θέσεων. Το πηλίκο δίνει το νέο εκλογικό μέτρο και όσες φορές χωράει αυτό στο σύνολο των υπολοίπων κάθε συνδυασμού που πήρε θέση από την πρώτη κατανομή ή στο σύνολο των ψηφοδελτίων που έλαβαν οι συνδυασμοί ή μεμονωμένοι υποψήφιοι που δεν πήραν θέση από την πρώτη κατανομή, τόσες θέσεις δίνονται σε αυτόν. Στη δεύτερη κατανομή συμμετέχουν όλοι οι συνδυασμοί και οι μεμονωμένοι υποψήφιοι που δεν έχουν εκλεγεί από την πρώτη κατανομή. Αν και μετά τη δεύτερη κατανομή παραμείνουν αδιάθετες θέσεις ή κανείς συνδυασμός ή μεμονωμένος υποψήφιος δεν πάρει θέση, γίνεται τρίτη κατανομή. Σε αυτή λαμβάνουν μέρος όλοι οι συνδυασμοί και οι μεμονωμένοι υποψήφιοι που πήραν μέρος στις εκλογές. Την αδιάθετη ή αδιάθετες θέσεις παίρνουν οι συνδυασμοί ή μεμονωμένοι υποψήφιοι, των οποίων ο αριθμός των υπολοίπων ψηφοδελτίων για τους συνδυασμούς που πήραν έδρα από την πρώτη ή δεύτερη κατανομή και το σύνολο των ψηφοδελτίων για τους συνδυασμούς που δεν πήραν έδρα στην πρώτη και δεύτερη κατανομή και για τους μεμονωμένους, είναι πιο κοντά στο μέτρο της πρώτης κατανομής, με τη σειρά, μέχρι να διατεθεί και η τελευταία θέση.

13. Ο Υπουργός Υγείας επικυρώνει τα αποτελέσματα των αρχαιρεσιών του Διοικητικού Συμβουλίου και του Α.Π.Σ.Ι. του Π.Ι.Σ. κατόπιν διαβίβασης σε αυτόν των σχετικών εγγράφων και καταστάσεων της εκλογικής διαδικασίας.

Άρθρο 281

Εφορευτική Επιτροπή

1. Η εκλογή του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και του Α.Π.Σ.Ι. ενεργείται ενώπιον τριμελούς Εφορευτικής Επιτροπής, τα μέλη της οποίας ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου με ισάριθμα αναπληρωματικά τους μέλη κατά την τελευταία, πριν τις αρχαιρεσίες, συνεδρίαση αυτού. Κατά την εκλογή, η Εφορευτική Επιτροπή αποφασίζει κατά πλειοψηφία για τις κατ' αυτήν υποβαλλόμενες ενστάσεις, καθώς και για κάθε ζήτημα που προκύπτει.

2. Για την έναρξη και λήξη της ψηφοφορίας, καθώς και για τη διαλογή των ψήφων, συντάσσεται από την Εφορευτική Επιτροπή πρακτικό, στο οποίο αποτυπώνονται τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας.

Άρθρο 282

Διοικητικό Συμβούλιο - Συγκρότηση σε σώμα

Εντός οκτώ (8) ημερολογιακών ημερών από την εκλογή των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., ο πλειοψηφών εκλεγείς από το ψηφοδέλτιο που έλαβε τις περισσότερες ψήφους καλεί τους εκλεγέντες συμβούλους προς εκλογή Προέδρου, Α' και Β' Αντιπροέδρων, Γενικού Γραμματέα και Ταμία. Αυτοί εκλέγονται με μυστική

ψηφοφορία διά ψηφοδελτίων με την απόλυτη πλειοψηφία των μελών του Δ.Σ., στις δύο πρώτες συνεδριάσεις. Σε περίπτωση που δεν επιτευχθεί απόλυτη πλειοψηφία, η εκλογή επαναλαμβάνεται σε τρίτη συνεδρίαση, στην οποία ο Πρόεδρος εκλέγεται με σχετική πλειοψηφία μεταξύ των δύο πλειοψηφησάντων. Η ίδια διαδικασία εφαρμόζεται και για τις υπόλοιπες θέσεις.

Άρθρο 283

Διοικητικό Συμβούλιο - Σύγκληση, Αρμοδιότητες, Λειτουργία

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο συγκαλείται από τον Πρόεδρο αυτού. Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου καλούνται από τον Πρόεδρο με ατομικές προσκλήσεις, οι οποίες αποστέλλονται πριν από τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ημερολογιακές ημέρες ταχυδρομικά με απόδειξη αποστολής, μπορούν δε να σταλούν και τηλεομοιοτυπικά (φαξ) ή με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email), εφόσον αποδεικνύεται η αποστολή και βεβαιώνεται η ημέρα και χρονολογία αυτής και η υπογραφή του προσώπου που έκανε την πρόσκληση. Στις προσκλήσεις ορίζεται ο τόπος και ο χρόνος της συνεδρίασης και τα προς συζήτηση θέματα. Πέραν των αναγραφόμενων στην πρόσκληση θεμάτων, μπορεί να συζητηθεί και άλλο θέμα, εφόσον προταθεί αυτό και γίνει δεκτό προς συζήτηση από την πλειοψηφία των παρισταμένων μελών.

2. Ο Πρόεδρος υποχρεούται να συγκαλέσει το Διοικητικό Συμβούλιο εντός οκτώ (8) ημερολογιακών ημερών, εφόσον ζητηθεί τούτο εγγράφως τουλάχιστον από πέντε (5) μέλη αυτού.

3. Το Διοικητικό Συμβούλιο βρίσκεται σε απαρτία, όταν παρίστανται οκτώ (8) τουλάχιστον μέλη αυτού, λαμβάνει δε αποφάσεις με την πλειοψηφία των παρόντων. Σε περίπτωση μη επίτευξης απαρτίας, το Διοικητικό Συμβούλιο αναβάλλεται και συγκαλείται με νέα πρόσκληση. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου.

4. Το Διοικητικό Συμβούλιο αποφασίζει για κάθε θέμα του Π.Ι.Σ., εκτελεί τις αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης και αποφασίζει για κάθε θέμα που ανατίθεται σε αυτό από τη Γενική Συνέλευση.

5. Η ψηφοφορία είναι φανερή, εκτός αν ζητηθεί να γίνει μυστική ψηφοφορία μέσω ψηφοδελτίων από την πλειοψηφία των παρισταμένων μελών.

6. Κατά τη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου τηρούνται πρακτικά, που υπογράφονται από όλους τους παρισταμένους και στα οποία μνημονεύονται, ιδίως, τα ονόματα και η ιδιότητα των παρισταμένων μελών και αυτών που έλαβαν το λόγο, ο τόπος και ο χρόνος της συνεδρίασης, τα θέματα που συζητήθηκαν, με συνοπτική αλλά περιεκτική αναφορά στο περιεχόμενό τους, η μορφή και τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας και οι αποφάσεις που λήφθηκαν, οι εκατέρωθεν απόψεις και η διαλογική συζήτηση που έλαβε χώρα. Στο πρακτικό καταχωρίζονται οι γνώμες των μελών που μειοψηφήσαν, σε περίπτωση δε φανεράς ψηφοφορίας και τα ονόματα αυτών.

7. Το Διοικητικό Συμβούλιο μπορεί να λειτουργήσει, όχι όμως πέρα από ένα τρίμηνο, αν κάποια από τα μέλη του εκλείψουν ή αποχωρήσουν για οποιονδήποτε λόγο ή απωλέσουν την ιδιότητα βάσει της οποίας ορίστηκαν, εφόσον κατά τις συνεδριάσεις του τα λοιπά μέλη επαρκούν ώστε να υπάρχει απαρτία.

8. Η τυχόν κατά παράνομο τρόπο κτήση της ιδιότητας υπό την οποία κάποιος ορίστηκε μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου δεν επηρεάζει τη νομιμότητα της συγκρότησης του οργάνου.

9. Το μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου, εφόσον κρίνει ότι συντρέχει στο πρόσωπό του λόγος που επιβάλλει την αποχή του, οφείλει να το δηλώσει αμέσως στον Πρόεδρο του Π.Ι.Σ. και να απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια. Στις περιπτώσεις αυτές το Διοικητικό Συμβούλιο αποφαινεται το ταχύτερο δυνατόν, χωρίς να συμμετέχει στην εν λόγω συνεδρίαση το μέλος που αιτείται να εξαιρεθεί. ➡

10. Αίτηση εξαίρεσης μέλους του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. μπορούν να υποβάλουν οι ενδιαφερόμενοι σε όλα τα στάδια της διαδικασίας. Η αίτηση υποβάλλεται στον Πρόεδρο του Π.Ι.Σ. Κατά τα λοιπά, εφαρμόζονται και στην περίπτωση αυτή, τα οριζόμενα στην τελευταία περίοδο της προηγούμενης παραγράφου.

11. Η εξαίρεση μπορεί να διατάσσεται και αυτεπαγγέλτως από το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ.

12. Τα οριζόμενα στις προηγούμενες παραγράφους δεν εφαρμόζονται σε περίπτωση που δηλώνεται αποχή ή ζητείται η εξαίρεση τώσων μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. ώστε τα απομένοντα μέλη να μη σχηματίζουν την προβλεπόμενη απαρτία.

13. Όταν κωλύεται ο Πρόεδρος αναπληρώνεται από τον Α' Αντιπρόεδρο, όταν κωλύεται ο τελευταίος αναπληρώνεται από τον Β' Αντιπρόεδρο, όταν κωλύεται και αυτός αναπληρώνεται από άλλο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου που ορίζεται με απόφασή του.

14. Ο Γενικός Γραμματέας έχει την εποπτεία και την ευθύνη της ομαλής λειτουργίας των Υπηρεσιών του Π.Ι.Σ., καθώς και της τήρησης των πρακτικών της Γενικής Συνέλευσης και του Διοικητικού Συμβουλίου.

15. Ο Ταμίας φυλάσσει τη χρηματική και κάθε άλλη περιουσία του Π.Ι.Σ., παραλαμβάνει τις εισφορές των Συλλόγων, τηρεί βιβλίο απογραφής της περιουσίας του Συλλόγου και τα τακτικά βιβλία εσόδων και εξόδων, των οποίων οφείλει να υποβάλει κατάσταση, εφόσον ζητηθεί από τον Πρόεδρο ή το Διοικητικό Συμβούλιο, και δίνει ακριβή απολογισμό κατά το τέλος κάθε οικονομικού έτους. Κάθε είσπραξη στο όνομα και για λογαριασμό του Π.Ι.Σ. ενεργείται από τον Ταμία ή τον εντεταλμένο υπάλληλο του Π.Ι.Σ. Κάθε πληρωμή ενεργείται μετά από έγγραφη εντολή του Προέδρου και του Γενικού Γραμματέα. Σε περίπτωση κωλύματος ο Ταμίας αναπληρώνεται από άλλο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου, που υποδεικνύεται από αυτό. Αν τα εισπραττόμενα υπερβαίνουν τα συνήθη μηνιαία έξοδα του Π.Ι.Σ., υποχρεούται ο Ταμίας να καταθέσει το επιπλέον ποσό στην Τράπεζα της Ελλάδος ή σε άλλη τράπεζα αναγνωρισμένη στην Ελλάδα, που υποδεικνύεται από το Διοικητικό Συμβούλιο.

16. Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. που απουσιάζει αδικαιολόγητα για τρεις (3) συνεχείς τακτικές συνεδριάσεις εκπίπτει αυτοδίκαια. Η έκπτωση επικυρώνεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου.

17. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. αποφασίζει για τη διεξαγωγή των εκλογών στους Ιατρικούς Συλλόγους, οι οποίες διενεργούνται σε κοινή τακτική ημερομηνία σε πανελλήνια κλίμακα. Το ίδιο ισχύει και σε περίπτωση αναστολής των εκλογών με απόφαση του Υπουργού Υγείας κατόπιν πρότασης του Π.Ι.Σ.

Άρθρο 284

Πρόεδρος του Π.Ι.Σ.

1. Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. εκπροσωπεί αυτόν ενώπιον κάθε Δικαστικής ή Διοικητικής Αρχής.

2. Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. δεν μπορεί να είναι συγχρόνως Πρόεδρος τοπικού Ιατρικού Συλλόγου ή συνδικαλιστικού οργάνου ούτε να κατέχει τις θέσεις που αναφέρονται στην παράγραφο 1 του άρθρου 280.

3. Εφόσον ο εκλεγείς Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. τυχάνει Πρόεδρος τοπικού Ιατρικού Συλλόγου ή συνδικαλιστικού οργάνου ή κατέχει θέσεις που αναφέρονται στην παράγραφο 1 του άρθρου 280, επιλέγει εντός τριών (3) ημερολογιακών ημερών το αξίωμα ή τη θέση, την οποία επιθυμεί να διατηρήσει. Εάν η προθεσμία αυτή παρέλθει άπρακτη, θεωρείται ως παραιτηθείς του αξιώματος του Προέδρου του Π.Ι.Σ.

Άρθρο 285

Έξοδα μετακίνησης

1. Τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης και του Διοικητικού Συμβουλίου

του Π.Ι. Σ. που δεν κατοικούν στην περιφέρεια Αττικής δικαιούνται εξόδων μετακίνησης και ημερήσιας αποζημίωσης για τη συμμετοχή τους στις συνεδριάσεις. Τα σχετικά ποσά ορίζονται με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και καταβάλλονται από αυτόν.

2. Με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. μπορεί να παρέχεται αποζημίωση για κάθε συνεδρίαση και στα λοιπά μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., της Γενικής Συνέλευσης, καθώς και στα μέλη του Ανωτάτου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών, η οποία καταβάλλεται από τον Π.Ι.Σ.

Άρθρο 286

Άδειες των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας ορίζονται οι άδειες των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ.

Άρθρο 287

Ολομέλεια των Προέδρων και Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ.

Οι Πρόεδροι των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας ή οι νόμιμοι αναπληρωτές τους και το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. συγκροτούν την Ολομέλεια των Προέδρων και Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. Η Ολομέλεια συγκαλείται μετά από πρόσκληση του Προέδρου του Π.Ι.Σ. και λαμβάνει αποφάσεις επί των θεμάτων της ημερήσιας διάταξης, όπως αυτά καθορίζονται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ.

Άρθρο 288

Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.)

1. Το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.), το οποίο εδρεύει στην Αθήνα, είναι αρμόδιο να εκδικάζει τις εφέσεις κατά αποφάσεων των Πειθαρχικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων κατά τις διατάξεις του παρόντος, καθώς και την εκδίκαση σε πρώτο βαθμό των πειθαρχικών αδικημάτων των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.).

2. Το Α.Π.Σ.Ι. είναι πενταμελές. Αποτελείται από τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και τρία (3) μέλη, με τους νόμιμους αναπληρωτές τους. Όλοι είναι μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. και εκλέγονται από αυτήν μαζί με τις αρχαιρεσίες για την ανάδειξη των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη του Α.Π.Σ.Ι. πρέπει, για να καταλάβουν το σχετικό αξίωμα, να ασκούν τουλάχιστον είκοσι (20) έτη το ιατρικό επάγγελμα.

3. Τον Πρόεδρο του Α.Π.Σ.Ι., όταν κωλύεται, αναπληρώνει ο Αντιπρόεδρος, ενώ τα λοιπά μέλη, όταν κωλύονται, αναπληρώνονται από τα αναπληρωματικά μέλη που εκλέχθηκαν από τη Γενική Συνέλευση μαζί με τα τακτικά κατά τη σειρά της εκλογής.

4. Χρέη Γραμματέα του Α.Π.Σ.Ι. εκτελεί ο Γραμματέας του Π.Ι.Σ.

5. Όταν κωλύεται ο Γραμματέας, αναπληρώνεται μέλος του Δ.Σ. το οποίο οφείλει να υποδείξει εγγράφως, άλλως αναπληρώνεται από το νεότερο σε θητεία μέλος του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. Σε περίπτωση που υπάρχουν περισσότερα του ενός νέα μέλη του Δ.Σ. τότε διενεργείται κλήρωση.

Άρθρο 289

Εξελεγκτική Επιτροπή

1. Η Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. εκλέγει ταυτόχρονα με τις αρχαιρεσίες για την ανάδειξη των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και του Πειθαρχικού Συμβουλίου και τρεις (3) ελεγκτές εκ των μελών του Συλλόγου, καθώς και ισάριθμους αναπληρωματικούς, οι οποίοι αποτελούν την Εξελεγκτική Επιτροπή που ελέγχει τα βιβλία και την εν γένει οικονομική διαχείριση του Διοικητικού Συμβουλίου και υποβάλλει την έκθεσή της στον Πρόεδρο του Π.Ι.Σ. δεκαπέντε (15)

■ ημερολογιακές ημέρες τουλάχιστον πριν τη Συνέλευση, στην οποία θα λογοδοτήσει το Διοικητικό Συμβούλιο.

2. Η Εξελεγκτική Επιτροπή, συγκαλείται από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. μετά την επικύρωση των αρχαιρεσιών για την ανάδειξη οργάνων του Π.Ι.Σ., συνέρχεται στα γραφεία του Συλλόγου και εκλέγει τον Πρόεδρο από τα μέλη της. Ο Πρόεδρος καλεί τα μέλη της Εξελεγκτικής Επιτροπής, η οποία προβαίνει σε έλεγχο της διαχείρισης του Συλλόγου, όταν το κρίνει αυτό αναγκαίο. Η σχετική έκθεση υποβάλλεται κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 1.

3. Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου υποχρεούται να υποβάλει την έκθεση αυτή εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών και στη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. και να παρέχει αντίγραφο σε κάθε αιτούντα. Η έκθεση αναγιγνώσκεται ενώπιον της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. κατά την ετήσια λογοδοσία του Διοικητικού Συμβουλίου του.

Άρθρο 290

Περιουσιακή αυτοτέλεια Π.Ι.Σ. και Ιατρικών Συλλόγων

1. Ο Π.Ι.Σ. και οι Ιατρικοί Σύλλογοι δεν υπάγονται στους φορείς Γενικής Κυβέρνησης και δεν χρηματοδοτούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Έχουν δική τους περιουσία, οικονομική, διοικητική και διαχειριστική αυτοτέλεια. Τα έσοδά τους προέρχονται από τις εισφορές των μελών τους, τη διαχείριση της περιουσίας τους και κάθε άλλο νόμιμο πόρο.

2. Η διαχείριση των οικονομικών και της περιουσίας του Π.Ι.Σ. και των Ιατρικών Συλλόγων υπόκειται στον έλεγχο του Διοικητικού Συμβουλίου τους και της Γενικής Συνέλευσής τους που εγκρίνει στην Εκλογοαπολογιστική Συνέλευση τα πεπραγμένα και ασκεί τον οικονομικό έλεγχο μέσω και της Εξελεγκτικής Επιτροπής.

3. Ο Υπουργός εποπτεύει τον Π.Ι.Σ. και τους Ιατρικούς Συλλόγους ως Ν.Π.Δ.Δ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ

Άρθρο 291

Ιατρικοί Σύλλογοι, Έδρα - Επωνυμία

1. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου स्वाματειακού χαρακτήρα.

2. Ο Ιατρικός Σύλλογος εδρεύει στην έδρα της αυτοδιοικητικής περιφερειακής ενότητας και λαμβάνει την επωνυμία του από αυτήν την περιφερειακή. Μπορεί σε μία περιφερειακή ενότητα να υπάρχουν πλέον του ενός Ιατρικοί Σύλλογοι, από τους οποίους ο σύλλογος που δεν εδρεύει στην έδρα της περιφερειακής ενότητας λαμβάνει την επωνυμία του από την πόλη, που αποτελεί έδρα του δήμου, στον οποίο εδρεύει.

3. Κατ' εξαίρεση των οριζόμενων στην παράγραφο 2:

α) Στο Δήμο Αργινίου της περιφερειακής ενότητας Αιτωλοακαρνανίας της περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας εδρεύει ο Ιατρικός Σύλλογος, με την επωνυμία «Ιατρικός Σύλλογος Αργινίου»,

β) στο Δήμο Αθηναίων της περιφερειακής ενότητας του Κεντρικού Τομέα της περιφέρειας Ατικής εδρεύει ο Ιατρικός Σύλλογος, με την επωνυμία «Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών»,

γ) στο Δήμο Σύρου της περιφερειακής ενότητας Σύρου της περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου εδρεύει ο Ιατρικός Σύλλογος, με την επωνυμία «Ιατρικός Σύλλογος Κυκλάδων»,

δ) στο Δήμο Λεβαδέων της περιφερειακής ενότητας Βοιωτίας της περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας εδρεύει ο Ιατρικός Σύλλογος, με την επωνυμία «Ιατρικός Σύλλογος Λειβαδιάς»,

ε) στο Δήμο Πατρέων της περιφερειακής ενότητας Αχαΐας της περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας εδρεύει ο Ιατρικός Σύλλογος, με την επωνυμία «Ιατρικός Σύλλογος Πατρέων».

4. Η τοπική αρμοδιότητα κάθε Ιατρικού Συλλόγου καθορίζεται με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ., που επικυρώνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας.

Άρθρο 292

Σκοπός

1. Σκοπός των Ιατρικών Συλλόγων είναι η μέριμνα για τη διατήρηση του ιατρικού σώματος ικανού από επιστημονικής και ηθικής απόψεως να εξυπηρετεί με προθυμία και αυταπάρνηση τη δημόσια υγεία και τους ασθενείς καθώς και η εναρμόνιση των αντικρουόμενων συμφερόντων μεταξύ των μελών τους και όλη αυτά προς το γενικότερο συμφέρον της κοινωνίας.

2. Οι σκοποί αυτοί επιδιώκονται ιδιαίτερα μέσω:

α) Της εποπτείας της τήρησης των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας και της προαγωγής των ηθικών και δεοντολογικών κανόνων του ιατρικού επαγγέλματος στην περιφέρειά τους.

β) Της προβολής θέσεων και απόψεων επί ζητημάτων που αφορούν στη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, την εκπαίδευση, τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, την επαγγελματική κατάρτιση των ιατρών και την ιατρική δεοντολογία στην περιοχή της ευθύνης τους.

γ) Της παρακολούθησης της ποιότητας παροχής περίθαλψης σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην περιφέρειά τους.

δ) Της μελέτης υγειονομικών θεμάτων και οργάνωσης επιστημονικών ιατρικών συνεδρίων με επιτροπές εμπειρογνομόνων, καθώς και της υποβολής προτάσεων, εισηγήσεων και γνωμών που αφορούν στην αποτελεσματικότητα ή τη βελτίωση των μέτρων αυτών και της υγειονομικής εν γένει νομοθεσίας.

ε) Της έκδοσης περιοδικού δελτίου και διατήρησης διαδικτυακών ιστοσελίδων και ιστοτόπων με επιστημονικό ή συνδικαλιστικό περιεχόμενο προς πληρέστερη επιστημονική και επαγγελματική ενημέρωση των ιατρών και επικοινωνία με τους άλλους Συλλόγους και τον Π.Ι.Σ.

στ) Της εκπροσώπησης των ιατρών προς προάσπιση των εννόμων συμφερόντων τους ενώπιον των πολιτικών, ποινικών και διοικητικών δικαστηρίων και κάθε αρχής της χώρας και της αλληλοδαπής.

ζ) Της σύναψης συμβάσεων, για λογαριασμό μελών τους συλλογικά, με την Πολιτεία και με οργανισμούς ή άλλα νομικά πρόσωπα, έναντι των οποίων υπάρχει δέσμευση ενός ή περισσότερων ιατρών περί παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

η) Της μέριμνας για την αρτιότερη επιστημονική μόρφωση των ιατρών.

θ) Της περιφρούρησης της αξιοπρέπειας των μελών αυτών και της άσκησης πειθαρχικής εξουσίας επί εκείνων που συμπεριφέρονται τυχόν μη σύννομα.

ι) Της δημιουργίας κοινού συναδελφικού πνεύματος και ομαλών σχέσεων μεταξύ των ιατρών, με σκοπό την εξυπηρέτηση των ασθενών και της δημόσιας υγείας.

3. Οι αποφάσεις των Ιατρικών Συλλόγων είναι υποχρεωτικές για τα μέλη τους, κάθε δε παράβαση αυτών αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα.

4. Οι φορείς και τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου που προτίθενται να πραγματοποιήσουν συνέδρια ή εκδηλώσεις ιατρικού ενδιαφέροντος ενημερώνουν, πριν την οποιαδήποτε αναγγελία της πραγματοποίησής τους, τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.

5. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι συνεργάζονται με τους αρμόδιους φορείς για το σχεδιασμό της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών της περιφέρειάς τους.

Άρθρο 293

Μέλη

1. Κάθε ιατρός που ασκεί το ιατρικό επάγγελμα στην ελληνική επικράτεια υποχρεούται να είναι εγγεγραμμένος ως μέλος σε έναν Ι-

ιατρικό Σύλλογο. Ειδικότερα οι ιατροί, οι οποίοι είναι επαγγελματίες εγκατεστημένοι σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας, δηλαδή οι ιατροί Ε.Σ.Υ., νοσοκομειακοί ή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου, οι πανεπιστημιακοί ιατροί, οι στρατιωτικοί ιατροί, οι ιατροί σταθερών δομών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή ασφαλιστικών οργανισμών, εγγράφονται υποχρεωτικά στον Ιατρικό Σύλλογο, όπου ασκούν το επάγγελμά τους και βρίσκεται η υπηρεσία τους. Απαγορεύεται η απασχόληση ιατρών που δεν έχουν την ιδιότητα μέλους Ιατρικού Συλλόγου ή δεν είναι εγγεγραμμένοι στα ειδικά μητρώα, είτε σε μονάδες Πρωτοβάθμιας είτε Δευτεροβάθμιας είτε Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

2. Ιατροί που ασκούν το επάγγελμα σε περιφέρεια άλλου Ιατρικού Συλλόγου από αυτόν που είναι εγγεγραμμένοι υποχρεούνται:

α) να εγγράφονται στο ειδικό μητρώο μελών του ανωτέρω Ιατρικού Συλλόγου, καταβάλλοντας σε αυτόν ποσό που καθορίζεται εκάστοτε με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του, το οποίο δεν μπορεί να είναι κατώτερο της εισφοράς που καταβάλλουν τα τακτικά μέλη, και

β) να λαμβάνουν βεβαίωση ή άδεια λειτουργίας φορέα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Ιατρικό Σύλλογο, στην περιφέρεια του οποίου ασκούν παράλληλα το ιατρικό επάγγελμα.

Μέρος του ποσού της περίπτωσης α', ανάλογο εκείνου που καταβάλλεται για τους ιδιώτες ιατρούς-τακτικά μέλη, καταβάλλεται από τον Ιατρικό Σύλλογο στον Π.Ι.Σ. Τα μέλη που εγγράφονται στο ειδικό μητρώο δεν έχουν δικαίωμα εκλέγειν και εκλέγεσθαι.

3. Απαγορεύεται η πληανοδιακή παροχή υπηρεσιών σε Πρωτοβάθμιας ή Δευτεροβάθμιας δομής υγείας. Επιτρέπεται μόνο υπό τις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι μπορούν να παρέχουν άδεια ή βεβαίωση λειτουργίας για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δώδεκα (12) μηνών, σε νομικά και φυσικά πρόσωπα. Παράβαση του ιατρού σχετιζόμενη με την άδεια ή βεβαίωση που του έχει παρασχεθεί από τον Ιατρικό Σύλλογο, και ιδίως παράβαση ως προς το χρόνο διάρκειάς της, αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα αυτού. Ταυτοχρόνως, ο Ιατρικός Σύλλογος μπορεί, λόγω της παράβασης, να ανακαλέσει την άδεια ή βεβαίωση λειτουργίας και να αρνηθεί τη χορήγηση νέας.

4. Ιατροί του δημοσίου, που απασχολούνται με απόσπαση στην περιφέρεια άλλου Ιατρικού Συλλόγου, πρέπει να εγγραφούν στα ειδικά μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου, στην περιφέρεια του οποίου έχουν αποσπασθεί χωρίς υποχρέωση καταβολής εισφοράς.

Άρθρο 294

Μέλη - Αθλοδοποί

Αθλοδοποί που δικαιούνται, κατά τις κείμενες διατάξεις, να ασκούν την ιατρική στην Ελλάδα, ανεξαρτήτως ιθαγένειας και εθνικότητας, εγγράφονται υποχρεωτικά ως μέλη των Ιατρικών Συλλόγων και έχουν τα ίδια με τα λοιπά μέλη δικαιώματα και υποχρεώσεις, καθώς επίσης και το δικαίωμα εκλέγειν και εκλέγεσθαι.

Άρθρο 295

Μητρώα Ιατρικού Συλλόγου - Εγγραφή

1. Ο Ιατρικός Σύλλογος τηρεί:

α) μητρώο των μελών αυτού με βάση τον ΑΜΚΑ, το οποίο κάθε μήνα επικαιροποιείται και κοινοποιείται προς τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με όλες τις μεταβολές, ιδίως νέες εγγραφές, μετεγγραφές, πειθαρχικά παραπτώματα ιατρών, έως ότου λειτουργήσει σύστημα ηλεκτρονικής απευθείας (online) διασύνδεσης με τον Π.Ι.Σ., στο οποίο υποχρεωτικά θα ενταχθούν όλοι οι Ιατρικοί Σύλλογοι,

β) ειδικό μητρώο μελών για τα μέλη που είναι εγγεγραμμένα σε άλλους Ιατρικούς Συλλόγους,

γ) μητρώο εταιρειών που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες και

δ) μητρώο ιδιωτικών κλινικών.

Ακριβή αντίγραφα των μητρώων των περιπτώσεων β', γ' και δ' υποχρεούται ο Ιατρικός Σύλλογος να υποβάλει στον Π.Ι.Σ. και να τα επικαιροποιεί με τις επερχόμενες εκάστοτε μεταβολές στο τέλος κάθε εξαμήνου (Ιούνιος-Δεκέμβριος). Η μη εμπρόθεσμη υποβολή των μητρώων και αμελλητί των επερχόμενων μεταβολών στους τίθμενους χρόνους θεωρείται πειθαρχικό παράπτωμα του Προέδρου και του Γραμματέα του Ιατρικού Συλλόγου και τιμωρείται πειθαρχικά. Με την εγγραφή στα ειδικά μητρώα κλινικών ή εταιρειών παροχής ιατρικών υπηρεσιών, υπάρχει υποχρέωση καταβολής εισφοράς για κάθε έτος προς τον Ιατρικό Σύλλογο και αναλογικά προς τον Π.Ι.Σ., ανάλογα με τον αριθμό των ιατρών που απασχολούν. Η εισφορά αυτή ορίζεται από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο. Οι εταιρείες που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες και εγγράφονται στα μητρώα των περιπτώσεων γ' και δ' υπόκεινται σε όλες τις κείμενες διατάξεις της ιατρικής δεοντολογίας και νομοθεσίας, για την ορθή εφαρμογή των οποίων ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας.

2. Η μη εγγραφή σε Ιατρικό Σύλλογο ή στα ειδικά μητρώα Ιατρικού Συλλόγου ή η παράλειψη δήλωσης παροχής υπηρεσιών σε ιδιωτική κλινική ή εταιρεία παροχής ιατρικών υπηρεσιών αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα. Η παράλειψη εγγραφής κλινικής ή εταιρείας παροχής ιατρικών υπηρεσιών στα ειδικά μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου επισύρει ποινή προστίμου χιλίων (1.000) έως δέκα χιλιάδων (10.000) ευρώ που εισπράττονται από αυτόν κατά τις διατάξεις του ΚΕΔΕ και αποδίδονται στον Ιατρικό Σύλλογο. Τα γραφεία προσωπικού των δημοσίων δομών υγείας καθώς και τα γραφεία προσωπικού ή οι εργοδότες των ιδιωτικών δομών υγείας υποχρεούνται να ζητούν από τον ιατρό, πριν την ανάληψη υπηρεσίας από αυτόν, βεβαίωση εγγραφής του στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.

3. Στο μητρώο του Ιατρικού Συλλόγου εγγράφεται ο ιατρός, με αίτησή του, εντός ανατρεπτικής προθεσμίας δύο (2) μηνών από την κοινοποίηση της βεβαίωσης άσκησης ιατρικού επαγγέλματος. Πριν την εγγραφή στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο απαγορεύεται η από τον ιατρό άσκηση του επαγγέλματος αυτού. Η ίδια απαγόρευση ισχύει και για τους ιατρούς που εγγράφονται στο ειδικό μητρώο μελών, καθώς και για τις ιατρικές εταιρείες και ιδιωτικές κλινικές που εγγράφονται στο αντίστοιχο μητρώο.

4. Για την εγγραφή απαιτείται:

α) αίτηση του ιατρού σε έντυπο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, β) υπεύθυνη δήλωση αυτού ότι δεν είναι μέλος άλλου Ιατρικού Συλλόγου ή υπεύθυνη δήλωση ότι δεν είναι εγγεγραμμένος στο ειδικό μητρώο άλλων Ιατρικών Συλλόγων ή, σε περίπτωση μετεγγραφής, υπεύθυνη δήλωση σε ποια ειδικά μητρώα άλλων Ιατρικών Συλλόγων είναι εγγεγραμμένος, καθώς και επίσημη βεβαίωση εγγραφής και μεταβολών του προηγούμενου Ιατρικού Συλλόγου, στον οποίον ήταν εγγεγραμμένος, στην οποία θα αναφέρονται και πιθανές ποινικές ή πειθαρχικές καταδίκες,

γ) επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου καθώς και επίσημη μετάφρασή του αν πρόκειται για πανεπιστημιακό ίδρυμα της αλλοδαπής,

δ) επικυρωμένο αντίγραφο αναγνώρισης πτυχίου Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. ή ΔΙΚΑΤΣΑ, αν πρόκειται για πανεπιστημιακό ίδρυμα της αλλοδαπής,

ε) επικυρωμένο αντίγραφο άδειας ή βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος,

στ) επικυρωμένο αντίγραφο λήψης τίτλου ειδικότητας, αν υπάρχει,

ζ) αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας,

η) βιογραφικό συνοδευόμενο από τίτλους ειδίκευσης και εξειδίκευσης, μεταπτυχιακών σπουδών και κάθε άλλης επιστημονικής εμπειρίας και κατάρτισης στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό,

θ) υπεύθυνη δήλωση του αιτούντος ότι: θα) δεν έχει υποστεί στέ-

ρηση πολιτικών δικαιωμάτων, θβ) δεν έχει ανακληθεί ή ανασταλεί για οποιοδήποτε λόγο η άδεια ή βεβαίωση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, θγ) δεν έχει καταδικαστεί τελεσίδικα σε ατιμωτικό αδίκημα σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις της ποινικής νομοθεσίας,

ι) βεβαίωση του επίσημου ασφαλιστικού οργανισμού ότι κατεβλήθη το ποσό εγγραφής του σε αυτόν:

ια) διεύθυνση της επαγγελματικής εγκατάστασης του ιατρού, η οποία θα πληροί τις εκάστοτε διατάξεις που ισχύουν για τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αν πρόκειται για ελεύθερο επαγγελματία ιατρό, ή το νοσοκομείο ή κέντρο υγείας ή άλλη μονάδα δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αν παρέχει εξαρτημένες υπηρεσίες σε τέτοιες μονάδες, και

ιβ) παράβολο που ορίζεται εκάστοτε με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου, στον οποίο ο ιατρός αιτείται την εγγραφή. Το παράβολο, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, μπορεί, να είναι ηλεκτρονικό.

5. Σε περίπτωση μετεγγραφής, η εγγραφή στο νέο Σύλλογο γίνεται ταυτόχρονα με τη διαγραφή του ιατρού από τον προηγούμενο, ηλεκτρονικά. Ο ιατρός υποχρεούται εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών να προσέλθει αυτοπροσώπως για να επιβεβαιώσει τη μετεγγραφή του. Σε διαφορετική περίπτωση, διαγράφεται μετά από απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου.

Άρθρο 296

Ετήσια Δήλωση

1. Ο ιατρός, ο εγγεγραμμένος στα μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου, υποχρεούται κάθε έτος και μέχρι τέλους Φεβρουαρίου να υποβάλει στο Σύλλογο, του οποίου είναι μέλος, δήλωση, η οποία περιέχει τα εξής στοιχεία:

α) όνομα, επώνυμο, όνομα πατρός, όνομα μητρός, τόπο γέννησης, ιθαγένεια, διεύθυνση κατοικίας και του ιατρείου και την ιατρική ειδικότητα που ασκεί νομίμως,

β) βεβαίωση ότι αυτός ασκεί πράγματι το λειτούργημα του ιατρού, διατηρώντας προσωπικό ιατρείο ή από κοινού με άλλον ιατρό, του οποίου πρέπει να αναφέρει το ονοματεπώνυμο, ή άλλο ιδιωτικό φορέα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς και αν παρέχει τις υπηρεσίες του σε φυσικό ή νομικό πρόσωπο με πάγια αντιμετώπια ή κατ' αποκοπήν ή ανά επίσκεψη, δηλώνοντας και το ονοματεπώνυμο ή την επωνυμία του φυσικού ή νομικού προσώπου, τη διεύθυνση αυτού και το ποσό της αντιμισθίας ή αμοιβής ανά επίσκεψη, όπως, επίσης, αν λαμβάνει κάποια σύνταξη, τον ασφαλιστικό φορέα και το ποσό αυτής,

γ) βεβαίωση σε ποίους άλλους Ιατρικούς Συλλόγους παρέχει υπηρεσίες είτε Πρωτοβάθμιας είτε Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας,

δ) βεβαίωση ότι ο δηλών δεν υπάγεται σε κάποιο από τα κατά νόμο κωλύματα και ασυμβίβαστα και ότι έχει δικαίωμα άσκησης της ιατρικής με βάση πτυχία και τίτλους ελληνικών ιατρικών σχολών ή κατά νόμο αναγνωρισμένων αλλοδαπών,

ε) βεβαίωση ότι δεν βρίσκεται σε αναστολή ιατρικού επαγγέλματος λόγω πειθαρχικών ποινών, όπως προβλέπονται στο άρθρο 322, και δεν έχει στερηθεί της άδειας λόγω μη καταβολής εισφορών, όπως προβλέπεται στο άρθρο 315 παράγραφος 2.

2. Η δήλωση δεν γίνεται δεκτή εφόσον δεν συνοδεύεται από απλό αντίγραφο της απόδειξης περί καταβολής της οφειλόμενης στον Ιατρικό Σύλλογο ετήσιας εισφοράς.

3. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να ανακοινώνει προς τον Ιατρικό Σύλλογο οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων του εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την ημέρα της μεταβολής.

4. Το Διοικητικό Συμβούλιο κάθε Ιατρικού Συλλόγου, με αιτιολογημένη απόφασή του, μπορεί να διαγράφει από το μητρώο του

λογημένη απόφασή του, μπορεί να διαγράφει από το μητρώο του τους ιατρούς, οι οποίοι, παρά τις επανειλημμένες υπομνήσεις του Συλλόγου, δεν υπέβαλαν τη δήλωση της παραγράφου 1 και την εισφορά τους. Επίσης, μπορεί να προβαίνει σε όλες τις νόμιμες ενέργειες, εξωδικαστικές και δικαστικές, προκειμένου να εισπράξει τις οφειλόμενες εισφορές, με τις εκάστοτε νόμιμες προσauξήσεις. Η ανωτέρω διαγραφή του ιατρού από το μητρώο του κύριου Ιατρικού Συλλόγου, στον οποίο είναι εγγεγραμμένος, επιφέρει την άμεση ανάκληση της άδειας άσκησης του επαγγέλματός του από το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ.

5. Η δήλωση της παραγράφου 1 επισυνάπτεται στο μητρώο του Συλλόγου και καταχωρείται στον ατομικό φάκελο που τηρείται για κάθε ιατρό-μέλος του Συλλόγου.

6. Σε αυτούς που υποβάλλουν εμπροθέσμως πλήρη δήλωση χορηγείται δελτίο ταυτότητας ιατρού, το οποίο ισχύει μέχρι τέλους Φεβρουαρίου του επομένου της έκδοσης έτους, καθώς και οποιοδήποτε άλλο έγγραφο μπορεί να τους εξυπηρετεί στην άσκηση του λειτούργημά τους. Το δελτίο υπογράφεται από τον Πρόεδρο και το Γραμματέα του Ιατρικού Συλλόγου και τον κάτοχο και σφραγίζεται με τη σφραγίδα του Συλλόγου, ενώ η ισχύς του ανανεώνεται κάθε έτος.

7. Σε περίπτωση απώλειας του ανωτέρω δελτίου, μπορεί το Διοικητικό Συμβούλιο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου να επιτρέψει τη χορήγηση νέου δελτίου, που ισχύει μέχρι τέλους Φεβρουαρίου του επομένου της έκδοσης έτους.

8. Η εκπρόθεσμη υποβολή δήλωσης, η δήλωση που δεν πληροί όλους τους όρους του παρόντος καθώς και η υποβολή ανειληκτικού δήλωσης αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα κατά άρθρο 319. Ο παραβάτης απαλλοτριώνεται στην περίπτωση συνδρομής λόγων ανωτέρας βίας.

Άρθρο 297

Μητρώο Μελών - Διαγραφή

1. Ο Ιατρικός Σύλλογος υποχρεούται να διαγράψει τους εντός του έτους παραιτούμενους ιατρούς, τους μετατιθέμενους ή μετοικούντες, τους θανόντες, τους λαμβάνοντες σύνταξη γήρατος ή πρόσκαιρης ανικανότητας από τον επίσημο ασφαλιστικό τους οργανισμό, αυτούς που τελεσίδικως τους επεβλήθη η ποινή της οριστικής παύσης και αυτούς που με οποιονδήποτε τρόπο απέβαλαν την ιδιότητα του ιατρού. Οι Εισαγγελείς των Δικαστηρίων και οι Ληξιαρχοί, καθώς και ο επίσημος ασφαλιστικός οργανισμός τους, υποχρεούνται να αποστέλλουν αμελλητί στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο αντίγραφα των καταδικαστικών αποφάσεων κατά των ιατρών, των ληξιαρχικών πράξεων αυτών, καθώς και της συνταξιοδότησής τους, ολικής ή μερικής.

2. Οι ιατροί που επιθυμούν να μετοικήσουν στην αλλοδαπή ή να διαγραφούν, υποχρεούνται να υποβάλουν σχετική αίτηση προς τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, ο οποίος αποδέχεται τη μετοίκηση ή τη διαγραφή μόνον εφόσον οι αιτούντες έχουν καταβάλει το σύνολο των εισφορών με τις τυχόν νόμιμες προσauξήσεις. Το ίδιο ισχύει και για τη διαγραφή από το ειδικό μητρώο Ιατρικού Συλλόγου, καθώς και για όσους επιθυμούν να τεθούν σε αναστολή ιδιότητας ιατρού.

Η επαγγελματική ιδιότητα του ιατρού δύναται να ανασταλεί κατόπιν αίτησής του, με απόφαση του Δ.Σ. του Ιατρικού Συλλόγου. Ο τελών σε αναστολή δεν υποχρεούνται σε καταβολή εισφοράς του άρθρου 315.

Άρθρο 298

Αλληλογραφία

1. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι αλληλογραφούν απευθείας με όλες τις τοπικές και κεντρικές Αρχές για ζητήματα της περιφέρειάς τους και τους ιδιώτες. Όταν αλληλογραφούν με τις κεντρικές αρχές για ζητή-

ματα γενικής φύσης, υποχρεούνται σε ταυτόχρονη γραπτή ενημέρωση του Π.Ι.Σ.

2. Τα έγγραφα υπογράφονται από τον Πρόεδρο και το Γραμματέα και σφραγίζονται με τη σφραγίδα του Ιατρικού Συλλόγου.

Άρθρο 299

Συνεργασία με Δημόσιες Αρχές

Οι Δημόσιες Αρχές οφείλουν να παρέχουν στους Ιατρικούς Συλλόγους κάθε δυνατή ενίσχυση, καθώς και κάθε πληροφορία αναγκαία για την εκπλήρωση των σκοπών τους, ιδίως δε όταν αφορούν παραβατικές συμπεριφορές κατά την άσκηση της ιατρικής, ελεγχόμενες πράξεις, διώξεις ή επιβληθείσες κυρώσεις από άλλα αρμόδια όργανα.

Άρθρο 300

Όργανα

Όργανα διοίκησης του Ιατρικού Συλλόγου είναι η Γενική Συνέλευση, η οποία είναι τακτική, έκτακτη και εκλογοαπολογιστική, το Διοικητικό Συμβούλιο και η Εξελεγκτική Επιτροπή.

Άρθρο 301

Τακτική -Έκτακτη Γενική Συνέλευση

1. Η Γενική Συνέλευση του Ιατρικού Συλλόγου συνέρχεται τακτικά εντός διμήνου από τη λήξη του οικονομικού έτους, εκτάκτως δε όταν αποφασίζει τούτο το Διοικητικό Συμβούλιο ή μετά από έγγραφη αίτηση, η οποία αναγράφει και το λόγο της σύγκλησης, μελών του Συλλόγου με την ακόλουθη αναλογία: σε Συλλόγους που α-

ριθμούν: α) μέχρι εκατό (100) μέλη, το ήμισυ πλέον ενός, β) μέχρι πεντακόσια (500) μέλη, το ένα τρίτο (1/3), γ) μέχρι χίλια (1000) μέλη, το ένα τέταρτο (1/4) και δ) άνω των χιλίων ενός (1001) μελών, το ένα όγδοο (1/8). Η έγγραφη αίτηση υποβάλλεται προς τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου, ο οποίος υποχρεούται να καλέσει τη Συνέλευση εντός μηνός από την υποβολή της. Οι αιτούντες πρέπει να είναι ταμειακώς τακτοποιημένοι κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης και να έχουν δικαίωμα ψήφου.

2. α) Ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου καλεί τα μέλη του είτε με προσωπικές ατομικές προσκλήσεις, στις οποίες αναγράφονται κατά σειρά και τα προς συζήτηση θέματα και οι οποίες αποστέλλονται, τουλάχιστον πριν δέκα (10) ημερολογιακές ημέρες για τις τακτικές και πριν τρεις (3) ημερολογιακές ημέρες για τις έκτακτες Γενικές Συνελεύσεις, ταχυδρομικά με απόδειξη αποστολής ή τηλεομοιοτυπικά (φαξ) ή με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) ή με προσωπικό μήνυμα (SMS), εφόσον αποδεικνύεται η αποστολή και βεβαιώνεται η ημέρα και χρονολογία αυτής και η υπογραφή του προσώπου που έκανε την πρόσκληση, είτε με γενική πρόσκληση που δημοσιεύεται σε μία ή δύο ημερήσιες τοπικές εφημερίδες και τοιχοκολλήται στην έδρα του Ιατρικού Συλλόγου.

β) Στην πρόσκληση ορίζονται ο τόπος και ο χρόνος της συνεδρίασης καθώς και τα προς συζήτηση θέματα. Πέραν των αναγραφόμενων στην πρόσκληση θεμάτων, μπορεί να συζητηθεί και άλλο θέμα, εφόσον προταθεί τούτο και γίνει δεκτό προς συζήτηση από την πλειοψηφία των παρισταμένων μελών. Στην έκτακτη Γενική Συνέλευση κατόπιν αιτήματος μελών δεν μπορεί να συζητηθεί κανένα άλλο

Ιαματική Ιατρική

Συμπληρωματικές Θεραπείες

Κουσκούκης Ε. Κωνσταντίνος

Καθηγητής Δερματολογίας - Νομικός,
Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής,
Πρόεδρος Παγκόσμιας Ακαδημίας Κινεζικής
και Συμπληρωματικής Ιατρικής

Ένα ενδιαφέρον βιβλίο για την «Ιαματική Ιατρική και τις Συμπληρωματικές Θεραπείες» κυκλοφορεί από την Doctors Media με συγγραφέα τον πρόεδρο της Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής Κωνσταντίνο Κουσκούκη

Όπως επισημαίνει στο βιβλίο του ο κ. Κουσκούκης η Ιαματική Ιατρική είναι συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος της Κλασικής Ιατρικής με την οποία συνδυάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται, για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού θεραπευτικού αποτελέσματος.

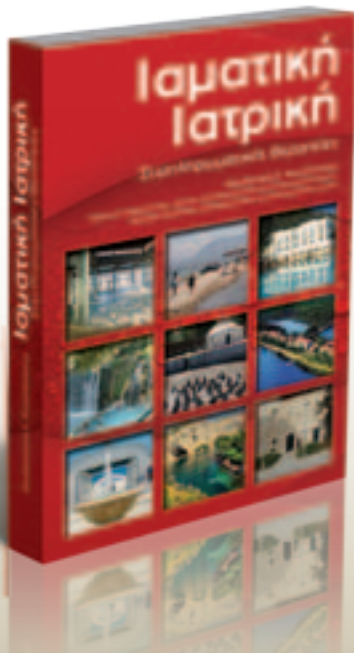
Η Ιαματική Ιατρική, με τη βοήθεια της επιστημονικής τεκμηρίωσης της θερμικής, μηχανικής, χημικής και ειδικότερα της βιολογικής και ανοσολογικής δράσης των ιαματικών φυσικών πόρων, αναδείχτηκε ως μία συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος στο θεραπευτικό πλαίσιο της Κλασικής Ιατρικής. Οι θεραπευτικές δράσεις αφορούν σε παθήσεις του μυοσκελετικού, νευρικού, αναπνευστικού, καρδιαγγειακού, αιμοποιητικού, γαστρεντερικού, ουρολογικού και ενδοκρινολογικού συστήματος, καθώς και σε δερματολογικές, γυναικολογικές, αλλεργικές και ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις. Οι θεραπευτικές μέθοδοι της Ιαματικής Ιατρικής με ιαματικούς φυσικούς πόρους είναι η εξωτερική υδροθεραπεία, η ποσιθεραπεία, η εισπνοθεραπεία, η πηλοθεραπεία, η θαλάσσοθεραπεία, η σπηλαιοθεραπεία και η βιομετεωρολογική θεραπεία. Από καταβολής κόσμου η υγεία, η ευεξία, η δύναμη και η ομορφιά, συγκαταλέγονται μεταξύ των πολυτιμότερων αγαθών της ζωής. Ακόμη στο βιβλίο αναφέρονται οι προοπτικές ανάπτυξης του τομέα της Ιαματικής Ιατρικής στη χώρα μας και η παρουσίαση προτάσεων για μια ολοκληρωμένη στρατηγική για την σωστή αξιοποίηση και αποτελεσματική εκμετάλλευση τους στην ελληνική αγορά.

Πολύ σημαντική εξέλιξη αποτελούν ο Νόμος 4238/2014 που εντάσσει την υδροθεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο Νόμος 4123/2013 που διέπει την εφαρμογή της ευρωπαϊκής οδηγίας στον τομέα της διασυννοριακής περίθαλψης. Σύμφωνα με την οδηγία, τα 24 εκατομμύρια Ευρωπαίων που διακινούνται κάθε χρόνο για λόγους σωματικής και ψυχικής υγείας στις χώρες της Ε.Ε., είτε μέσω των ασφαλιστικών τους ταμείων, είτε μεμονωμένα, από τον Οκτώβριο του 2013 βρίσκονται στο επίκεντρο έντονου ανταγωνισμού καθώς ανοίγουν τα σύνορα για τον Τουρισμό Υγείας σε όλες τις χώρες της Ε.Ε.

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ:

DOCTORS
media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr



■ Ζήτημα εκτός από το θέμα για το οποίο συνεκλήθη.

γ) Τα προσερχόμενα στη συνεδρίαση της Γενικής Συνέλευσης μέλη υπογράφουν το ειδικό βιβλίο πρακτικών Γενικών Συνελεύσεων.

3. α) Για τη συγκρότηση νόμιμης απαρτίας της Γενικής Συνέλευσης απαιτείται επί αριθμού μελών που έχουν δικαίωμα ψήφου και είναι ταμειακά τακτοποιημένα: αα) μέχρι εκατό (100) να παρίσταται το ήμισυ πλέον ενός, ββ) μέχρι πεντακόσια (500) να παρίσταται τουλάχιστον το ένα τρίτο (1/3) και γγ) άνω των πεντακοσίων (500) να παρίσταται το ένα τέταρτο (1/4) των εγγεγραμμένων και εχόντων δικαίωμα ψήφου μελών.

β) Αν ματαιωθεί η συνεδρίαση λόγω έλλειψης απαρτίας, η Γενική Συνέλευση καλείται εκ νέου σε πρώτη επαναληπτική συνεδρίαση το αργότερο εντός είκοσι τεσσάρων (24) ωρών, οπότε βρίσκεται σε απαρτία, εάν παρίσταται το ήμισυ τουλάχιστον του αριθμού των μελών που ορίζεται στην περίπτωση α'.

γ) Αν δεν επιτυγχάνεται απαρτία στην πρώτη επαναληπτική συνεδρίαση, καλείται δεύτερη επαναληπτική συνεδρίαση, η οποία λαμβάνει χώρα εντός 24 ωρών από τη ματαίωση της πρώτης, και η Γενική Συνέλευση βρίσκεται πλέον σε απαρτία όταν παρίσταται το ένα τέταρτο (1/4) του αριθμού των μελών που ορίζεται στην περίπτωση α'. Για την απαιτούμενη απαρτία της Γενικής Συνέλευσης πρέπει να γίνεται μνεία στην πρόσκληση και τα πρακτικά.

4. Οι αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης, με εξαίρεση τις αρχαιρεσίες, λαμβάνονται με την πλειοψηφία των παρόντων, ανακοινώνονται δε όλες στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Σε περίπτωση ισοψηφίας η πρόταση απορρίπτεται και μπορεί να επανασυζητηθεί μία φορά και κατά την ίδια ακόμα συνεδρίαση, εφόσον υποστεί τροποποιήσεις. Αν δεν καθίσταται δυνατός ο σχηματισμός της πλειοψηφίας αυτής, η ψηφοφορία επαναλαμβάνεται ωσότου σχηματιστεί απόλυτη πλειοψηφία με την υποχρεωτική προσχώρηση, κάθε φορά εκείνων ή εκείνων που διατυπώνουν την ασθενέστερη γνώμη, σε μία από τις επικρατέστερες. Αν και πάλι υπάρξει ισοψηφία, περιορίζεται η ψήφος του Προέδρου, εκτός αν η ψηφοφορία είναι μυστική, οπότε αυτή επαναλαμβάνεται για μία ακόμη φορά, η τυχόν δε νέα ισοψηφία ισοδυναμεί με απόρριψη.

5. α) Των συνεδριάσεων της Γενικής Συνέλευσης προεδρεύει ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου και, αν αυτός κωλύεται, ο Αντιπρόεδρος.

β) Οι αποφάσεις στη Γενική Συνέλευση των Ιατρικών Συλλόγων λαμβάνονται κατ' αρχήν με ανάστη της χειρός. Λαμβάνονται με φανερά ψηφοφορία κατόπιν ονομαστικής κλήσης για τα γενικά και σοβαρά ζητήματα, εφόσον υποβλήθηκε σχετική έγγραφη ή προφορική πρόταση του ενός τέταρτου (1/4) των παρόντων μελών, και με μυστική ψηφοφορία μέσω ψηφοδελτίων, όταν πρόκειται για εκλογή προσώπων ή προσωπικά ζητήματα και όταν κρίνει αυτό αναγκαίο το Διοικητικό Συμβούλιο μετά από αιτιολογημένη απόφασή του.

γ) Κατά τη συνεδρίαση της Συνέλευσης τηρούνται πρακτικά, τα οποία υπογράφονται από τον Πρόεδρο και το Γραμματέα και στα οποία μνημονεύονται, ιδίως, ο τόπος και ο χρόνος της συνεδρίασης, τα θέματα που συζητήθηκαν, με συνοπτική αλλά περιεκτική αναφορά στο περιεχόμενό τους, τα ονόματα και η ιδιότητα των μελών που έλαβαν το λόγο, η μορφή και τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας και οι αποφάσεις που λήφθηκαν. Στο πρακτικό καταχωρίζονται οι γνώμες των μελών που μειοψήφησαν, σε περίπτωση δε φανεράς ψηφοφορίας και τα ονόματα τούτων.

6. Στην ετήσια Γενική Συνέλευση συζητούνται υποχρεωτικά:

α) ο απολογισμός πεπραγμένων του Διοικητικού Συμβουλίου,

β) ο οικονομικός απολογισμός του προηγούμενου έτους,

γ) ο προϋπολογισμός του τρέχοντος έτους,

δ) η έκθεση της Εξελεγκτικής Επιτροπής,

ε) κάθε άλλο θέμα της ημερήσιας διάταξης που ανάγεται στους σκοπούς του Συλλόγου.

Άρθρο 302

Εκλογοαπολογιστική Γενική Συνέλευση

Η εκλογοαπολογιστική Γενική Συνέλευση συγκαλείται κάθε τέσσερα (4) χρόνια, δύο (2) τουλάχιστον μήνες πριν από τις αρχαιρεσίες κάθε Ιατρικού Συλλόγου. Η ημερήσια διάταξη περιέχει τουλάχιστον τον απολογισμό του Διοικητικού Συμβουλίου της προηγούμενης τετραετίας αλλά και κάθε θέμα που αφορά στις αρχαιρεσίες που έχουν ορισθεί με απόφαση του Π.Ι.Σ.

Άρθρο 303

Εσωτερικός κανονισμός

Οι Ιατρικοί Σύλλογοι μπορούν να έχουν εσωτερικό κανονισμό, στον οποίο ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες της διεξαγωγής των εργασιών της Γενικής Συνέλευσης και του Διοικητικού Συμβουλίου, ο αριθμός και οι θέσεις του απαιτούμενου προσωπικού και κάθε άλλο θέμα σχετικό με την καλή λειτουργία του Συλλόγου. Ο κανονισμός αυτός καταρτίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο και εγκρίνεται από τη Γενική Συνέλευση του Ιατρικού Συλλόγου και, εν συνεχεία, από το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ.

Άρθρο 304

Διοικητικό Συμβούλιο

1. α) Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο, το γραμματέα, τον ταμία και ένα σύμβουλο, όταν ο αριθμός των μελών του Συλλόγου είναι μέχρι πενήντα (50), τρεις (3) συμβούλους όταν ο αριθμός των μελών είναι μέχρι εκατόν πενήντα (150), πέντε (5) συμβούλους όταν ο αριθμός των μελών είναι μέχρι διακόσια πενήντα (250), επτά (7) συμβούλους όταν ο αριθμός των μελών είναι μέχρι χίλια (1.000), εννέα (9) συμβούλους όταν ο αριθμός των μελών είναι μέχρι τρεις χιλιάδες (3.000), έντεκα (11) συμβούλους όταν ο αριθμός των μελών είναι μέχρι δέκα χιλιάδες (10.000) και δεκατρείς (13) συμβούλους όταν ο αριθμός των μελών υπερβαίνει τα δέκα χιλιάδες ένα (10.001) μέλη.

β) Ο αριθμός των κατά την περίπτωση α' εκλεκτών μελών του Διοικητικού Συμβουλίου υπολογίζεται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων μελών στο μητρώο του Συλλόγου, όπως έχει αυτό τρεις (3) μήνες πριν τις αρχαιρεσίες. Δικαίωμα να ψηφίσουν στις αρχαιρεσίες για εκλογή του Διοικητικού Συμβουλίου έχουν οι εγγεγραμμένοι στο μητρώο ιατροί που δεν διατελούν σε προσωρινή παύση και έχουν ανανεώσει το ετήσιο δελτίο ταυτότητας. Προς βεβαίωση των ανωτέρω καταρτίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο και εκτίθεται στα γραφεία του Συλλόγου δεκαπέντε (15) τουλάχιστον ημερολογιακές ημέρες πριν την ημέρα των αρχαιρεσιών, κατάλογος των εχόντων δικαίωμα ψήφου μελών, ο οποίος υπόκειται στον έλεγχο κάθε μέλους του Συλλόγου και διορθώνεται από το Διοικητικό Συμβούλιο μετά από αιτιολογημένη και τεκμηριωμένη αίτηση μέλους ή οποιουδήποτε δικαιολογεί ειδικό έννομο συμφέρον. Η αίτηση για διόρθωση του πίνακα υποβάλλεται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου πέντε (5) τουλάχιστον ημερολογιακές ημέρες πριν την ημερομηνία των αρχαιρεσιών.

2. α) Δικαίωμα του εκλέγειν έχουν τα μέλη που είναι οικονομικώς τακτοποιημένα στον Ιατρικό Σύλλογο οκτώ (8) ημερολογιακές μέρες πριν τις αρχαιρεσίες. Δικαίωμα του εκλέγεσθαι στα όργανα των Ιατρικών Συλλόγων έχουν τα μέλη που είναι οικονομικώς τακτοποιημένα στον Ιατρικό Σύλλογο τριάντα (30) ημερολογιακές ημέρες πριν τις αρχαιρεσίες και δεν έχουν τιμωρηθεί τελεσίδικα με την ποινή της προσωρινής παύσης άσκησης του επαγγέλματος.

β) Όσοι έχουν τιμωρηθεί από πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο πειθαρχικό όργανο του Ιατρικού Συλλόγου (εκτός από την ποινή της επιπληξης) ή άλλο αρμόδιο όργανο ή με βάση τις διατάξεις των άρθρων 63 και 67 Π.Κ. στερούνται του δικαιώματος του εκλέγεσθαι

για μια πενταετία από την τιμωρία τους. Σε περίπτωση που τελειώσουν αθωωθούν νωρίτερα, αυτοδίκαια επανακτούν το δικαίωμα αυτό.

γ) Στερούνται των δικαιωμάτων του εκλέγειν και εκλέγεσθαι όσοι έχουν τιμωρηθεί τελειώδεια από οποιοδήποτε όργανο με την ποινή της παύσης άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

δ) Στερούνται του δικαιώματος του εκλέγεσθαι όσοι έχουν εκκρεμή υπόθεση για ατιμωτικό αδίκημα κατά τον Ποινικό Κώδικα ή κακούργημα. Αποκτούν και πάλι το δικαίωμα του εκλέγεσθαι εφόσον κοινοποιηθεί στο Ιατρικό Σύλλογο, και με επιμέλεια του ίδιου του ιατρού, τελειώδεια αθωωτική απόφαση.

Άρθρο 305

Ανακήρυξη υποψηφίων

1. Οι υποψήφιοι για τη θέση μέλους Διοικητικού Συμβουλίου, Πειθαρχικού Συμβουλίου, Εξελεγκτικής Επιτροπής και εκπροσώπου στον Π.Ι.Σ. αναγράφονται σε ξεχωριστά ψηφοδέλτια είτε εντασσόμενοι σε συνδυασμούς είτε ως μεμονωμένοι υποψήφιοι. Ο αριθμός των υποψηφίων κάθε συνδυασμού δεν μπορεί να υπερβαίνει το διπλάσιο του αριθμού των εκλεγόμενων για το Διοικητικό Συμβούλιο, το Πειθαρχικό Συμβούλιο και τους εκπροσώπους στον Π.Ι.Σ. Υποψήφιο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου δεν μπορεί να είναι ταυτόχρονα και υποψήφιο μέλος του Πειθαρχικού Συμβουλίου ή της Εξελεγκτικής Επιτροπής.

2. Η ανακήρυξη υποψηφίων του Διοικητικού Συμβουλίου, του Πειθαρχικού Συμβουλίου, της Εξελεγκτικής Επιτροπής και εκπροσώπων στον Π.Ι.Σ. ενεργείται κατόπιν αίτησης των συνδυασμών ή μεμονωμένων υποψηφίων υποβαλλόμενης στον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου τριάντα (30) ημερολογιακές ημέρες πριν την ημέρα της διεξαγωγής των αρχαιρεσιών. Όσον αφορά στους συνδυασμούς, η αίτηση υπογράφεται από όλους τους υποψηφίους του συνδυασμού. Εντός τριών (3) ημερών από την εκπονή της προθεσμίας αυτής, το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου ανακηρύσσει με έγγραφη ανακοίνωση, η οποία τοιχοκολλείται στο κατάστημα του Συλλόγου και αναρτάται στην ιστοσελίδα του Συλλόγου στο διαδίκτυο, αν υπάρχει, τους συνδυασμούς και τους μεμονωμένους υποψηφίους, για τους οποίους υπεβλήθησαν οι σχετικές αιτήσεις.

3. Η αίτηση είναι απαράδεκτη αν δεν συνοδεύεται από βεβαίωση του Συλλόγου σχετικά με την εγγραφή σε αυτόν και την οικονομική τακτοποίηση όλων των υποψηφίων των συνδυασμών και των μεμονωμένων υποψηφίων.

Άρθρο 306

Αρχαιρεσίες - Διαδικασία

1. Η εκλογή των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, του Πειθαρχικού Συμβουλίου και της Εξελεγκτικής Επιτροπής, καθώς και των εκπροσώπων στον Π.Ι.Σ., ενεργείται κάθε τετραετία, σε τακτή ημερομηνία, ημέρα Κυριακή και μήνα Μάιο, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. που λαμβάνει υπόψη και τις αιτήσεις και ανάγκες των Ιατρικών Συλλόγων. Για Ιατρικούς Συλλόγους που αριθμούν πάνω από χίλια (1.000) μέλη, η ψηφοφορία μπορεί να γίνεται δύο (2) συνεχόμενες ημέρες, Κυριακή και Δευτέρα. Η απόφαση αυτή τοιχοκολλείται στο κατάστημα του Συλλόγου και αναρτάται στην ιστοσελίδα του Συλλόγου στο διαδίκτυο, αν υπάρχει, σαράντα (40) τουλάχιστον ημερολογιακές ημέρες πριν την ημέρα της εκλογής. Σε αυτήν την απόφαση ορίζεται και ο αριθμός των εκλεκτέων μελών.

2. Τα μέλη καλούνται με ατομικές προσκλήσεις, οι οποίες αποστέλλονται τουλάχιστον προ τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών ταχυδρομικά με απόδειξη αποστολής, μπορούν δε να σταλούν τηλεομοιοτυπικά (φαξ) ή με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email), εφόσον αποδεικνύεται η αποστολή και βεβαιώνεται η ημέρα και χρο-

νολογία αυτής και η υπογραφή του προσώπου που έκανε την πρόσκληση. Στις προσκλήσεις σημειώνεται η ημέρα και η ώρα της έναρξης της συνεδρίασης, το κατάστημα της ψηφοφορίας ή τα εκλογικά τμήματα, αν υπάρχουν περισσότερα, και ο αριθμός των εκλεκτέων μελών του Διοικητικού και Πειθαρχικού Συμβουλίου, της Εξελεγκτικής Επιτροπής, καθώς και των εκπροσώπων στον Π.Ι.Σ.

3. Η εκλογή, με την επιφύλαξη των διατάξεων του εσωτερικού κανονισμού, γίνεται με ευθύνη, μέριμνα και δαπάνη του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου (εκλογικοί κατάλογοι, προετοιμασία χώρων, κλητών, ψηφοδελτίων, φακέλων κ.λπ.). Για τη διενέργεια των αρχαιρεσιών αρμόδια είναι τριμελής Εφορευτική Επιτροπή, η οποία αποτελείται από έναν εκπρόσωπο της οικείας Περιφέρειας, με το νόμιμο αναπληρωτή του, ως πρόεδρο και δύο (2) μέλη, μη υποψηφίους, τα οποία ορίζονται με ισάριθμα αναπληρωματικά, με κλήρωση από τα μέλη του Ιατρικού Συλλόγου που έχουν δικαίωμα ψήφου. Η κλήρωση διενεργείται από το Διοικητικό Συμβούλιο πέντε (5) ημερολογιακές ημέρες πριν τις εκλογές σε ειδική συνεδρίαση, με την επιφύλαξη των διατάξεων του εσωτερικού κανονισμού. Στους Ιατρικούς Συλλόγους, στους οποίους η εκλογή ενεργείται κατά τμήματα, συγκροτείται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου, Κεντρική Εφορευτική Επιτροπή που απαρτίζεται από έναν (1) εκπρόσωπο της οικείας Περιφέρειας, ο οποίος προΐσταται διευθύνσης ή τμήματος αυτής, ως πρόεδρο, με το νόμιμο αναπληρωτή του, και από τέσσερα (4) μέλη του Ιατρικού Συλλόγου. Τα μέλη-ιατροί των εφορευτικών επιτροπών ορίζονται, με ισάριθμα αναπληρωματικά τους, από το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου με κλήρο, από τα μη υποψήφια μέλη. Ζητήματα εγκυρότητας ψηφοδελτίων καθώς και κάθε άλλο ζήτημα που αφορά τη διαδικασία των αρχαιρεσιών κρίνονται από τα μέλη της Εφορευτικής Επιτροπής.

4. Η εκλογή των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, του Πειθαρχικού Συμβουλίου, της Εξελεγκτικής Επιτροπής και των εκπροσώπων στον Π.Ι.Σ. γίνεται με μυστική ψηφοφορία με χωριστά για κάθε όργανο ψηφοδέλτια και φακέλους με το ίδιο χρώμα κατά περίπτωση, με το σύστημα της απλής αναλογικής. Τα ψηφοδέλτια είναι έντυπα, φέρουν μελανό χρώμα γραμματοσειράς και κατασκευάζονται με μέριμνα του Διοικητικού Συμβουλίου και δαπάνη του Ιατρικού Συλλόγου, κατά τα ανωτέρω.

5. Ο κάθε συνδυασμός και μεμονωμένος υποψήφιος ορίζει έναν (1) αντιπρόσωπο, με έναν (1) αναπληρωτή, από τους ιατρούς που έχουν δικαίωμα ψήφου, ο οποίος παρίσταται στο χώρο της ψηφοφορίας.

6. Κατά την ημέρα της ψηφοφορίας ο εκλογέας που έχει δικαίωμα ψήφου προσερχόμενος στην αίθουσα διεξαγωγής της ψηφοφορίας, αφού επιβεβαιωθούν τα στοιχεία της ταυτότητάς του από τα μέλη της Εφορευτικής Επιτροπής, παραλαμβάνει από αυτήν τέσσερις φακέλους σφραγισμένους με τη σφραγίδα του Συλλόγου (ένα για το Διοικητικό Συμβούλιο, ένα για το Πειθαρχικό Συμβούλιο, ένα για την Εξελεγκτική Επιτροπή και ένα για τους εκπροσώπους στον Π.Ι.Σ.) και σειρά ψηφοδελτίων, στα οποία περιλαμβάνονται και λευκά ψηφοδέλτια, και αποσύρεται σε ιδιαίτερο χώρο, ώστε να εξασφαλίζεται το απόρρητο της ψηφοφορίας. Η υπέρ των υποψηφίων προτίμηση εκφράζεται με σταυρό που τίθεται δίπλα στο όνομα του υποψηφίου για το Διοικητικό Συμβούλιο, την Εξελεγκτική Επιτροπή, το Πειθαρχικό Συμβούλιο και ως εκπροσώπου στον Π.Ι.Σ. Ο κάθε εκλογέας μπορεί να προτιμήσει κατ' ανώτατο όριο τόσους υποψηφίους και να θέσει τόσους σταυρούς όσος και ο αριθμός των εκλεγόμενων μελών στο καθένα από τα παραπάνω όργανα. Περισσότεροι σταυροί δεν λαμβάνονται υπόψη και το ψηφοδέλτιο προσμετράται υπέρ του συνδυασμού. Αν δεν τεθούν σταυροί προτίμησης, το ψηφοδέλτιο προσμετράται υπέρ του συνδυασμού ή του μεμονωμένου υποψηφίου. Οι υποψήφιοι Πρόεδροι του Πειθαρχικού Συμβουλίου του

■ Ιατρικού Συλλόγου δεν χρειάζονται σταυρό προτίμησης και θεωρείται ότι έλαβαν το σύνολο των ψηφοδελτίων του συνδυασμού που ανήκουν. Εάν λάβουν σταυρό, το ψηφοδέλτιο δεν θεωρείται άκυρο για το λόγο αυτό. Ακολούθως, τα ψηφοδέλτια εγκλείονται στους οικείους φακέλους, οι οποίοι ρίχνονται στις προς τούτο τοποθετημένες ψηφοδόχους ιδιοχειρώς από τον εκλογέα. Πριν αποχωρήσει ο εκλογέας, υπογράφει ως ψηφίσας στον εκλογικό κατάλογο και διαγράφεται από την Εφορευτική Επιτροπή.

7. Κατά το χρόνο της ψηφοφορίας απαγορεύεται στην αίθουσα ψηφοφορίας η παραμονή άλλων προσώπων εκτός από τα μέλη της Εφορευτικής Επιτροπής, των αντιπροσώπων των συνδυασμών ή των μεμονωμένων υποψηφίων και αυτών που ασκούν το εκλογικό τους δικαίωμα σύμφωνα με τις εντολές της Εφορευτικής Επιτροπής.

8. Η ψηφοφορία λήγει με την δύση του ηλίου, εκτός αν η Εφορευτική Επιτροπή αποφασίσει διαφορετικά, λόγω του ότι έχουν ψηφίσει όλοι οι εγγεγραμμένοι. Παράταση της ψηφοφορίας πέρα από τη λήξης της μπορεί να υπάρξει με προηγούμενη απόφαση της Εφορευτικής Επιτροπής ειδικά αιτιολογημένη.

9. Μετά τη λήξη της ψηφοφορίας αρχίζει η διαλογή των ψηφοδελτίων, τα οποία αριθμούνται και μονογράφονται από τα μέλη της Εφορευτικής Επιτροπής και συντάσσεται πίνακας, στον οποίο αναγράφονται τα ονόματα των ψηφισθέντων και ο αριθμός των ψήφων που έλαβε ο καθένας. Τα λευκά και τα άκυρα ψηφοδέλτια λαμβάνουν δική τους αριθμηση. Για τη διαλογή συντάσσεται ιδιαίτερη πρακτικό, το οποίο υπογράφεται από τα μέλη της Εφορευτικής Επιτροπής.

10. Άκυρα είναι τα ψηφοδέλτια που: α) δεν είναι έντυπα και με μελανή γραμματοσειρά, β) φέρουν διαγραφές, προσθήκες ονομάτων υποψηφίων από άλλους συνδυασμούς και εν γένει αλλοιώσεις στο περιεχόμενό τους, γ) φέρουν λήξεις, φράσεις, υπογραμμίσεις, στίγματα ή άλλα σημεία, εφόσον δύνανται να θεωρηθούν διακριτικά γνωρίσματα που παραβιάζουν το απόρρητο της ψηφοφορίας, δ) ο φάκελος στον οποίο περιέχονται δεν φέρει τη σφραγίδα του Συλλόγου, ε) εκτυπώθηκαν σε χαρτί, το οποίο ολοφάνερα διαφέρει στο χρώμα από αυτό που χορήγησε ο Σύλλογος ή με τυπογραφικά στοιχεία πρόδηλα διαφορετικά, στ) έχουν σχήμα ή διαστάσεις διαφορετικά από αυτά που χορηγήθηκαν από το Σύλλογο, ζ) βρίσκονται στον ίδιο φάκελο με άλλα έγκυρα ή άκυρα ψηφοδέλτια του ίδιου ή άλλου συνδυασμού.

11. Τα λευκά και άκυρα ψηφοδέλτια δεν προσμετρούνται στα έγκυρα.

12. Επιτυχόντες του συνδυασμού ή μεμονωμένου ψηφοδελτίου θεωρούνται αυτοί που έλαβαν τους περισσότερους σταυρούς. Σε περίπτωση ισοσταυρίας διενεργείται κλήρωση από την Εφορευτική Επιτροπή.

13. Ο κάθε συνδυασμός παίρνει τόσες έδρες όσες αναλογούν στον αριθμό των ψήφων που έλαβε. Για το σκοπό αυτό, ο συνολικός αριθμός των έγκυρων ψηφοδελτίων διαιρείται με τον αριθμό των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, του Πειθαρχικού Συμβουλίου, της Εξελεγκτικής Επιτροπής και των εκπροσώπων στον Π.Ι.Σ. Το πηλίκο που προκύπτει από την κάθε διαίρεση, παραλειπομένου του τυχόν κλάσματος, είναι το εκλογικό μέτρο και όσες φορές διαιρεί αυτό τον αριθμό των ψηφοδελτίων που έλαβε ο κάθε συνδυασμός για κάθε όργανο, τόσες έδρες και εκλέγει αυτός. Μεμονωμένος υποψήφιος, που έλαβε αριθμό ψήφων ίσο με το εκλογικό μέτρο ή μεγαλύτερο από αυτόν, εκλέγεται μόνος. Αν από την πρώτη κατανομή παραμείνουν αδιάθετες έδρες (θέσεις για το Διοικητικό Συμβούλιο, το Πειθαρχικό Συμβούλιο, την Εξελεγκτική Επιτροπή και εκπροσώπων στον Π.Ι.Σ.), ακολουθεί δεύτερη κατανομή, που γίνεται με τη χρησιμοποίηση των υπολοίπων που έχουν οι συνδυασμοί που μετείχαν στην πρώτη κατανομή και των ψηφοδελτίων που συγκέντρωσαν οι συνδυασμοί και οι μεμονωμένοι υποψήφιοι που δεν πήραν έδρα από την πρώτη κατανομή.

Το άθροισμά τους διαιρείται με τον αριθμό των αδιάθετων εδρών. Το νέο πηλίκο, παραλειπομένου του τυχόν κλάσματος, δίνει το νέο εκλογικό μέτρο και όσες φορές διαιρεί αυτό στο σύνολο των υπολοίπων κάθε συνδυασμού που πήρε θέση από την πρώτη κατανομή ή στο σύνολο των ψηφοδελτίων που πήραν οι συνδυασμοί ή μεμονωμένοι υποψήφιοι που δεν πήραν έδρα από την πρώτη κατανομή, τόσες έδρες και είναι ο αριθμός των εδρών που δίνονται σε αυτόν. Αν και μετά τη δεύτερη κατανομή παραμείνουν αδιάθετες έδρες ή κανένας συνδυασμός ή μεμονωμένος υποψήφιος δεν πάρει έδρα, γίνεται τρίτη κατανομή. Σ' αυτήν παίρνουν μέρος όλοι οι συνδυασμοί και οι μεμονωμένοι υποψήφιοι που πήραν μέρος στις εκλογές. Την αδιάθετη ή τις αδιάθετες έδρες παίρνουν οι συνδυασμοί ή μεμονωμένοι υποψήφιοι, των οποίων ο αριθμός των υπολοίπων ψηφοδελτίων για τους συνδυασμούς και το σύνολο των ψηφοδελτίων για τους συνδυασμούς που δεν πήραν έδρα στην πρώτη και δεύτερη κατανομή, και για τους μεμονωμένους, είναι πιο κοντά στο μέτρο της πρώτης κατανομής, με τη σειρά, μέχρι να διατεθεί και η τελευταία έδρα.

14. Οι ενστάσεις κατά του κύρους των αρχαιρεσιών υποβάλλονται στον Ιατρικό Σύλλογο εντός προθεσμίας οκτώ (8) ημερών που αρχίζει την επομένη της ημέρα διενέργειας των αρχαιρεσιών.

15. Ο αρμόδιος Συντονιστής Αποκεντρωμένης Διοίκησης, στον οποίο υποβάλλονται όλα τα έγγραφα των αρχαιρεσιών, εκδίδει εντός μνός απόφαση επικύρωσης των αποτελεσμάτων.

16. Σε περίπτωση μερικής ή ολικής ακύρωσης εκλογής ο οικείος Ιατρικός Σύλλογος διενεργεί νέα εκλογή το αργότερο σε δύο (2) μήνες, τηρουμένης της διαδικασίας του παρόντος.

Άρθρο 307

Αρχαιρεσίες - Διαδικασία σε Εκλογικά Τμήματα

1. Στους Συλλόγους στους οποίους υπάρχουν εγγεγραμμένα στο μητρώο περισσότερα από πεντακόσια (500) μέλη με δικαίωμα ψήφου, η εκλογή μπορεί να ενεργηθεί κατά τμήματα, τα οποία ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, καθένα δε από αυτά πρέπει να περιλαμβάνει μέχρι πεντακόσιους (500) εκλογείς κατά σειρά του αύξοντος αριθμού του εκλογικού καταλόγου. Υπόλοιπο εκλογέων, εάν μεν υπερβαίνει τους διακόσιους πενήντα (250), αποτελεί ιδιαίτερο τμήμα, αλλιώς ενσωματώνεται στο προηγούμενο.

2. Η εκλογή στα τμήματα της παραγράφου 1 διενεργείται με μέριμνα του Διοικητικού Συμβουλίου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου και λαμβάνονται μέτρα για τη διευκόλυνση της ψηφοφορίας και την εξασφάλιση του απορρήτου και αδιάβλητου αυτής.

3. Ως εκλογικά τμήματα μπορούν να ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου και νοσηλευτικά ιδρύματα καθώς και δημόσια κτίρια, κατάλληλα προς το σκοπό αυτό. Με την ίδια απόφαση ορίζεται και ο αριθμός των εκλογέων κάθε τμήματος, οι οποίοι αναγράφονται κατ' αλφαβητική σειρά, καθώς και η διάρκεια της ψηφοφορίας. Η απόφαση αυτή του Διοικητικού Συμβουλίου γνωστοποιείται προς τα μέλη του Ιατρικού Συλλόγου με ανάρτηση σχετικής ανακοίνωσης στα γραφεία του Ιατρικού Συλλόγου και την ιστοσελίδα του, τουλάχιστον τέσσερις (4) ημερολογιακές ημέρες πριν τις εκλογές. Εκλογικά τμήματα, με απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου, μπορεί να ιδρύονται και εκτός της έδρας του Ιατρικού Συλλόγου.

4. Το Διοικητικό Συμβούλιο με απόφασή του μπορεί να επιτρέψει την επιστολική ή ηλεκτρονική ψήφο, ορίζοντας τις σχετικές προϋποθέσεις και λεπτομέρειες, και τον απαραίτητο εξοπλισμό, με κριτήριο πάντοτε τη διασφάλιση της αποφυγής νόθευσης του εκλογικού αποτελέσματος.

5. Οι Εφορευτικές Επιτροπές των Τμημάτων, μετά το πέρας της ψη-



Από μικροί
ήμασταν περίεργοι ...

...να ανακαλύψουμε ποιο είναι το πιο σημαντικό πράγμα στον κόσμο. Όταν το βρήκαμε αποφασίσαμε να κάνουμε έργο ζωής την προάσπιση και εξασφάλισή του- της υγείας.

Είμαστε στο πλευρό της ιατρικής κοινότητας παρέχοντας φαρμακευτικά προϊόντα υψηλής ποιότητας, προσπαθώντας να έχουν πρόσβαση σε αυτά, όλοι οι συνάνθρωποί μας.

Παραμένουμε περίεργοι, παραμένουμε αποφασισμένοι, παραμένουμε στο πλευρό σας με τον ενθουσιασμό και την επιμονή μικρού παιδιού.

FarmaSyn SA
P H A R M A C E U T I C A L S

Αθήνα: Μονής Δαμάστας 6, 12133 Περιστέρι • Τηλ: 210 5777140 • Fax: 210 5788791 • e-mail: farmasyn@otenet.gr • www.farmasyn.gr
Γραφείο Β. Ελλάδος: Μαιάνδρου & Αδμήτου 27, 56224 Εύοσμος • Τηλ: 2310 703856 • Fax: 2310 703178 • e-mail: thess@farmasyn.gr

φοφορίας, διαβιβάζουν τα αποτελέσματα με τα σχετικά πρακτικά και τις τυχόν υποβληθείσες ενστάσεις στην Κεντρική Εφορευτική Επιτροπή, για να αποφανθεί σχετικά.

6. Η Κεντρική Εφορευτική Επιτροπή, μετά από έλεγχο των αποτελεσμάτων, προβαίνει στην ανακήρυξη των εκλεγμένων και συντάσσει σχετικό πρακτικό, στο οποίο εμφανίζονται τα τελικά αποτελέσματα της εκλογής.

7. Κατά τα λοιπά ακολουθείται και στα εκλογικά τμήματα η διαδικασία που προηγούμενου άρθρου.

Άρθρο 308

Διοικητικό Συμβούλιο - Συγκρότηση σε σώμα

1. Εντός οκτώ (8) ημερολογιακών ημερών από την επικύρωση των αρχαιρεσιών σύμφωνα με την παράγραφο 15 του άρθρου 306, ο πρώτος σε σταυρούς εκλεγείς από το ψηφοδέλτιο που έλαβε τις περισσότερες ψήφους, καλεί τους εκλεγέντες συμβούλους προς εκλογή Πρόεδρου, Αντιπροέδρων, Γενικού Γραμματέα και Ταμία. Αυτοί εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία διά ψηφοδελτίων με την απόλυτη πλειοψηφία των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, στις δύο (2) πρώτες συνεδριάσεις. Εάν δεν επιτευχθεί απόλυτη πλειοψηφία, εφαρμόζονται τα οριζόμενα στο άρθρο 282.

2. Η Θητεία των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, της Εξελεγκτικής Επιτροπής και του Πειθαρχικού Συμβουλίου είναι τετραετής. Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, της Εξελεγκτικής Επιτροπής και του Πειθαρχικού Συμβουλίου είναι επανεκλέξιμα.

3. Εντός οκτώ (8) ημερολογιακών ημερών από τη συγκρότηση σε σώμα του Διοικητικού Συμβουλίου υποβάλλεται στον Π.Ι.Σ. η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου καθώς και δείγμα υπογραφής όλων των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας ορίζονται οι άδειες των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου των Ιατρικών Συλλόγων.

Άρθρο 309

Διοικητικό Συμβούλιο - Αρμοδιότητα

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου:

α) εκπροσωπεί τον Ιατρικό Σύλλογο και τους ιατρούς μέλη του, β) διοικεί και διαχειρίζεται και αποφασίζει για όλες τις εν γένει τις υποθέσεις του Συλλόγου και εκτελεί όλες τις διά του παρόντος ανατιθέμενες σε αυτό αρμοδιότητες,

γ) καταρτίζει δικαιοπραξίες και συνάπτει συμβάσεις για τα μέλη του Συλλόγου που συναινούν,

δ) εκτελεί τις αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης του Ιατρικού Συλλόγου και της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ.,

ε) συμμετέχει, όπου ο νόμος προβλέπει, στις συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου των νοσοκομείων της περιφέρειας του Ιατρικού Συλλόγου, με τον Πρόεδρό του ή με εκπρόσωπο που ορίζεται με απόφασή του. Τα μέλη που ορίζονται στο Διοικητικό Συμβούλιο νοσοκομείων υποχρεούνται να ενημερώνουν άμεσα και κατά τακτά διαστήματα το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου. Το Διοικητικό Συμβούλιο μπορεί να ανακαλέσει τον εκπρόσωπο, με αιτιολογημένη απόφασή του αν αυτός δεν ανταποκρίνεται στα καθήκοντά του, και να ορίσει άλλον.

2. Οι αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου υπόκεινται στον έλεγχο της Γενικής Συνέλευσης του Συλλόγου, του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. και του Υπουργείου Υγείας.

Άρθρο 310

Διοικητικό Συμβούλιο - Συνεδριάσεις

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο συγκαλεί σε συνεδρίαση ο Πρόεδρος. Η πρόσκληση των μελών του γίνεται με ατομικές προσκλήσεις, οι ο-

ποίες αποστέλλονται, τουλάχιστον προ τεσσάρων (4) ημερολογιακών ημερών από την ημέρα της συνεδρίασης, ταχυδρομικά με απόδειξη αποστολής, μπορούν δε να σταλούν τηλεομοιοτυπικά (φαξ) ή με μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) ή και τηλεφωνικά, με βεβαίωση της γραμματείας, ή και με SMS, εφόσον αποδεικνύεται η αποστολή και βεβαιώνεται η ημέρα και χρονολογία αυτής και η υπογραφή του προσώπου που έκανε την πρόσκληση. Στην πρόσκληση ορίζεται ο τόπος και ο χρόνος της συνεδρίασης και τα προς συζήτηση θέματα. Πέραν των αναγραφόμενων στην πρόσκληση θεμάτων, στη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου μπορεί να συζητηθεί και άλλο θέμα, εφόσον προταθεί τούτο και γίνει δεκτό προς συζήτηση από την πλειοψηφία των μελών που παρίστανται. Για έκτακτα ζητήματα η προθεσμία της πρόσκλησης είναι είκοσι τέσσερις (24) ώρες πριν από τη συνεδρίαση, η οποία στην περίπτωση αυτή μπορεί να γίνει και με τηλεδιάσκεψη.

2. Ο Πρόεδρος οφείλει να συγκαλεί το Διοικητικό Συμβούλιο εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών, όταν ζητηθεί αυτό εγγράφως από το ένα τρίτο (1/3) των μελών.

3. Το Διοικητικό Συμβούλιο βρίσκεται σε απαρτία όταν ο αριθμός των παρισταμένων μελών είναι μεγαλύτερος των απόντων. Σε περίπτωση μη επίτευξης απαρτίας, το Διοικητικό Συμβούλιο αναβάλλεται για την επόμενη ημέρα, κατά την οποία θεωρείται ότι βρίσκεται σε απαρτία οσαδήποτε και αν είναι τα παρόντα μέλη. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με φανερά ψηφοφορία κατά πλειοψηφία, ενώ επί ισοψηφίας υπερικύχει η γνώμη του Προέδρου. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με μυστική ψηφοφορία, όταν πρόκειται περί προσωπικών ζητημάτων.

4. Αν κενωθεί θέση συμβούλου, αυτή καταλαμβάνει ο κατά σειρά επιλαχών από το συνδυασμό με τον οποίο εκλέχθηκε. Αν είναι μεμονωμένος υποψήφιος χωρίς επιλαχόντα, την έδρα καταλαμβάνει η πλειοψηφούσα παράταξη.

5. Όποιο μέλος απέχει αδικαιολόγητα από τις συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου επί τρεις (3) συνεχείς συνεδριάσεις, αντικαθίσταται υποχρεωτικά με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, σύμφωνα με την παράγραφο 4. Κατά της απόφασης αυτής χωρεί προσφυγή από τον αντικαθιστάμενο, εντός προθεσμίας οκτώ (8) ημερολογιακών ημερών από την κοινοποίησή της σ' αυτόν, ενώπιον του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., το οποίο αποφασίζει αμετακλήτως εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών.

6. Κατά τη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου τηρούνται πρακτικά, στα οποία μνημονεύονται, ιδίως, τα ονόματα και η ιδιότητα των παρισταμένων μελών και αυτών που έλαβαν το λόγο, ο τόπος και ο χρόνος της συνεδρίασης, τα θέματα που συζητήθηκαν με συνοπτική αλλά περιεκτική αναφορά στο περιεχόμενό τους, η μορφή και τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας και οι αποφάσεις που ελήφθησαν, οι εκατέρωθεν απόψεις και η διαλογική συζήτηση που έλαβε χώρα. Στο πρακτικό καταχωρίζονται οι γνώμες των μελών που μειοψήφησαν, σε περίπτωση δε φανεράς ψηφοφορίας και τα ονόματα τούτων. Η υπογραφή του Προέδρου ή του αναπληρωτή του και του Γραμματέα αρκεί για τη νόμιμη υπόσταση κάθε απόφασης και πράξης του Διοικητικού Συμβουλίου.

7. Το Διοικητικό Συμβούλιο μπορεί να λειτουργήσει, όχι όμως πέρα από ένα τρίμηνο, αν κάποια από τα μέλη του εκλείψουν ή αποχωρήσουν για οποιονδήποτε λόγο ή απωλέσουν την ιδιότητα βάσει της οποίας ορίστηκαν, εφόσον κατά τις συνεδριάσεις του τα λοιπά μέλη επαρκούν ώστε να υπάρχει απαρτία.

8. Η αντικατάσταση μέλους πριν από τη λήξη της θητείας του, εκτός από τα οριζόμενα στην παράγραφο 5, είναι δυνατή μόνο για λόγο αναγόμενο στην άσκηση των καθηκόντων του, ο οποίος πρέπει να βεβαιώνεται στη σχετική πράξη.

9. Η τυχόν κατά παράνομο τρόπο κτήση της ιδιότητας με την οποί-

α κάποιος ορίστηκε μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου δεν επηρεάζει τη νομιμότητα της συγκρότησης του οργάνου.

Άρθρο 311

Πρόεδρος

1. Ο Πρόεδρος διευθύνει τις συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και της Γενικής Συνέλευσης και εκπροσωπεί το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου ενώπιον κάθε δικαστικής ή άλλης αρχής και κάθε τρίτου.

2. Τον Πρόεδρο, όταν κωλύεται, αναπληρώνει ο Αντιπρόεδρος και, όταν κωλύεται αυτός, ο αρχαιότερος κατά την άσκηση του επαγγέλματος από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.

Άρθρο 312

Γραμματέας

1. Ο Γραμματέας συντάσσει τα πρακτικά των συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου και της Γενικής Συνέλευσης, τα οποία υπογράφονται και από τον Πρόεδρο αυτού, τηρεί δε μητρώο των μελών και τα χρήσιμα για τη λειτουργία του Συλλόγου βιβλία εκτός από αυτά του Ταμείου.

2. Σε περίπτωση κωλύματος ο Γραμματέας αναπληρώνεται από άλλο Σύμβουλο, ο οποίος υποδεικνύεται από το Διοικητικό Συμβούλιο.

Άρθρο 313

Ταμίας

1. Ο Ταμίας φυλάσσει τη χρηματική και κάθε άλλη περιουσία του Ιατρικού Συλλόγου, παραλαμβάνει τις εισφορές των μελών, τηρεί βιβλίο απογραφής της περιουσίας του Συλλόγου και τα τακτικά βιβλία εσόδων και εξόδων, των οποίων οφείλει να υποβάλει κατάσταση όταν ζητηθεί και προς τη Γενική Συνέλευση και το Διοικητικό Συμβούλιο και να δίνει ακριβή απολογισμό κατά το τέλος κάθε οικονομικού έτους.

2. Κάθε είσπραξη στο όνομα και για λογαριασμό του Ιατρικού Συλλόγου ενεργείται από τον Ταμία ή τον εντεταλμένο από το Διοικητικό Συμβούλιο υπάλληλο του Συλλόγου.

3. Τα βιβλία αριθμούνται και μονογράφονται από τον Πρόεδρο του Συλλόγου και τον Ταμία.

4. Κάθε πληρωμή ενεργείται με έγγραφη εντολή του Προέδρου και του Γραμματέα.

5. Σε περίπτωση κωλύματος ο Ταμίας αναπληρώνεται από άλλο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου, που υποδεικνύεται από αυτό. Όταν τα εισπραττόμενα υπερβαίνουν τα συνήθη μηνιαία έξοδα του Συλλόγου, ο Ταμίας υποχρεούται να καταθέσει αυτά στην Τράπεζα της Ελλάδος ή σε μία από τις αναγνωρισμένες στην Ελλάδα Τράπεζες, που καθορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο.

Άρθρο 314

Εξελεγκτική Επιτροπή

1. Η Εξελεγκτική Επιτροπή αποτελείται από τρεις (3) ελεγκτές μέλη του Ιατρικού Συλλόγου, οι οποίοι εκλέγονται από τη Γενική Συνέλευση ταυτόχρονα με τις αρχαιρεσίες προς ανάδειξη Διοικητικού Συμβουλίου, Πειθαρχικού Συμβουλίου και εκπροσώπων στον Π.Ι.Σ. Αρμοδιότητα της Εξελεγκτικής Επιτροπής είναι ο έλεγχος των βιβλίων, των στοιχείων και της εν γένει οικονομικής διαχείρισης του Διοικητικού Συμβουλίου καθώς και η σύνταξη και υποβολή έκθεσης ελέγχου στον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου δεκαπέντε (15) τουλάχιστον ημερολογιακές ημέρες πριν τη συνέλευση, στην οποία θα λογοδοτήσει το Διοικητικό Συμβούλιο.

2. Η Εξελεγκτική Επιτροπή συγκαλείται από τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου μετά την έγκριση των αρχαιρεσιών από την Περιφέρεια,

συνεδριάζει στα γραφεία του Συλλόγου και εκλέγει Πρόεδρο από τα μέλη της. Ο Πρόεδρος της Εξελεγκτικής Επιτροπής συγκαλεί τα μέλη της σε συνεδρίαση, όποτε απαιτείται. Η Εξελεγκτική Επιτροπή προβαίνει σε έλεγχο της διαχείρισης του Συλλόγου όταν κρίνει αυτό αναγκαίο. Η σχετική έκθεση υποβάλλεται κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 1.

3. Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου υποχρεούται να υποβάλει την έκθεση των παραγράφων 1 και 2 εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από την υποβολή της σε αυτόν από τους ελεγκτές στον Π.Ι.Σ. και να παρέχει αντίγραφο σε κάθε αιτούντα. Η έκθεση αναγιγνώσκεται ενώπιον της Γενικής Συνέλευσης κατά την ετήσια λογοδοσία του Διοικητικού Συμβουλίου.

Άρθρο 315

Εισφορές - Υποχρεώσεις προς Π.Ι.Σ.

1. Τα μέλη του Ιατρικού Συλλόγου υποχρεούνται σε ετήσια εισφορά, η οποία καθορίζεται κατ' έτος από το Διοικητικό Συμβούλιο κάθε Ιατρικού Συλλόγου, κατά την έναρξη του νέου οικονομικού έτους, ανάλογα με τις τοπικές συνθήκες. Ομοίως υποχρεούνται σε ετήσια εισφορά αυτοί που έχουν εγγραφεί στο ειδικό μητρώο άλλου Ιατρικού Συλλόγου από εκείνον στον οποίο είναι εγγεγραμμένα μέλη. Για ιατρικές εταιρείες, ιατρούς μέλη ΔΕΠ μπορεί να προβλέπεται κλιμάκωση των εισφορών.

2. Οι εισφορές της παραγράφου 1 καταβάλλονται μέχρι τέλος Φεβρουαρίου του επομένου έτους. Ο ιατρός που δεν κατέβαλε εμπρόθεσμα τις εισφορές του υποχρεούται σε καταβολή εισφοράς προσαυξημένης νομίμως. Για καθυστέρηση πέραν των έξι (6) μηνών, ο ιατρός παραπεμπεται με εισήγηση του Διοικητικού Συμβουλίου και προσωπική ευθύνη του Ταμία του Ιατρικού Συλλόγου στο Πειθαρχικό Συμβούλιο και τιμωρείται με πρόστιμο μέχρι του οφειλόμενου ποσού της εισφοράς του. Ιατρός που δεν υπέβαλε εισφορά επί τριετία διαγράφεται από τα μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου με αιτιολογημένη απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, μετά από προηγούμενη ακρόαση του ιατρού. Ανάλογα ισχύουν και για ιατρούς εγγεγραμμένους στα Ειδικά Μητρώα Ιατρικών Συλλόγων στους οποίους δεν είναι μέλη.

3. Από την εισφορά απαλλήσσονται οι νεοεγγραφέντες για το πρώτο έτος μετά την εγγραφή, τα μέλη που υπηρετούν τη στρατιωτική τους θητεία και για όσο χρονικό διάστημα υπηρετούν τη θητεία τους, ή είναι αποδεδειγμένως άνεργοι. Για το χρονικό αυτό διάστημα πρώτου έτους των νεοεγγραφέντων, θητείας ή ανεργίας δεν παρακρατείται και δεν καταβάλλεται από τους Ιατρικούς Συλλόγους η εισφορά τους προς τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, όπως περιγράφεται στην επόμενη παράγραφο.

4. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι καταβάλλουν στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, ως υποχρεωτική υπέρ αυτού εισφορά, για τα τακτικά μέλη τους ποσό που προτείνεται με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Καταβάλλουν επίσης αντίστοιχη εισφορά προς τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο για τα μέλη, φυσικά και νομικά πρόσωπα, που είναι εγγεγραμμένα στα Ειδικά Μητρώα, όπως ανωτέρω περιγράφονται.

5. Για την είσπραξη της εισφοράς αυτής είναι υπεύθυνοι ο Πρόεδρος και ο Ταμίας κάθε Ιατρικού Συλλόγου, οι οποίοι καταβάλλουν αυτή αμελλητί στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Αδικαιολόγητη καθυστέρηση της καταβολής πέραν του ενός (1) έτους συνιστά πειθαρχικό παράπτωμα για τον Πρόεδρο και τον Ταμία κάθε Ιατρικού Συλλόγου που εκδικάζεται από το Α.Π.Σ.Ι. μετά από παραπομπή από το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. Η επιβαλλόμενη πειθαρχική ποινή είναι αυτή του προστίμου μέχρι έκπτωσης από το αξίωμα, οφείλεται δε νόμιμος τόκος υπερημερίας.

6. Κάθε Ιατρικός Σύλλογος υποχρεούται να υποβάλει στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο την έκθεση των ελεγκτών, την ετήσια λογοδο-

■ σία του Διοικητικού Συμβουλίου, καθώς και τον προϋπολογισμό του.

7. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι μπορούν να εισπράττουν «δικαίωμα εγγραφής» από τα νεοεγγραφόμενα στα μητρώα τους μέλη. Το ποσό για το δικαίωμα εγγραφής ορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου.

Άρθρο 316

Εποπτεία Υπουργού

Όλοι οι ανά το κράτος Ιατρικοί Σύλλογοι καθώς και ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας.

Άρθρο 317

Αναστολή αρχαιρειών

Ο Υπουργός Υγείας μπορεί με αιτιολογημένη απόφασή του, μετά από πρόταση του Π.Ι.Σ., να αναστέλλει για χρονικό διάστημα, που δεν υπερβαίνει τους έξι (6) μήνες, τη διενέργεια αρχαιρειών για την ανάδειξη Διοικητικών και Πειθαρχικών Συμβουλίων, Εξελεγκτικής Επιτροπής, εκπροσώπων στη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. των Ιατρικών Συλλόγων καθώς και του Διοικητικού Συμβουλίου, της Εξελεγκτικής Επιτροπής και του Α.Π.Σ.Ι. του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Άρθρο 318

Δικαστική και εξώδικη εκπροσώπηση Π.Ι.Σ. και Ιατρικών Συλλόγων

Οι Ιατρικοί Σύλλογοι και ο Π.Ι.Σ. δικαιούνται διά των Προέδρων τους ή των νομίμων αναπληρωτών τους να ασκούν στο όνομά τους και για λογαριασμό των ιατρών κάθε ένδικο μέσο και βοήθημα ενώπιον των πολιτικών, ποινικών και διοικητικών δικαστηρίων και οποιονδήποτε νόμιμο μέσο ενώπιον κάθε αρχής για κάθε παράβαση της κείμενης νομοθεσίας, που αφορά στα δικαιώματα και καθήκοντα των ιατρών και συνάδει με τους σκοπούς τους, και εν γένει για κάθε προσβολή του ιατρικού επαγγέλματος. Ιδιαίτερα οι Ιατρικοί Σύλλογοι και ο Π.Ι.Σ. έχουν έννομο συμφέρον και δικαιούνται να παρίστανται ως πολιτικώς ενάγοντες σε ποινικές δίκες εναντίον ιατρών για παραβάσεις της ιατρικής νομοθεσίας ή τρίτων που προσβάλλουν με οποιονδήποτε τρόπο την τιμή και την υπόληψη των ιατρών και το ιατρικό επάγγελμα εν γένει, ανεξαρτήτως αν οι θιγόμενοι ιατροί έχουν ασκήσει για την ίδια αιτία τα κατά νόμο δικαιώματά τους. Επιπλέον ο Π.Ι.Σ. και οι Ιατρικοί Σύλλογοι δικαιούνται και νομιμοποιούνται ενεργητικά στο όνομά τους ή ασκώντας τα δικαιώματα των ιατρών να εγείρουν απευθείας αιτήσεις ακυρώσεως ή προσφυγές ή αγωγές ή κάθε άλλο ένδικο μέσο ή να προβαίνουν σε εξωδικαστικές ενέργειες για λογαριασμό των ιατρών-μελών τους κατά του Δημοσίου, Ο.Τ.Α., νοσοκομείων, ασφαλιστικών οργανισμών και λοιπών Ν.Π.Δ.Δ., καθώς και κάθε άλλου προσώπου, με τα οποία έχουν συμβληθεί οι ιατροί, ζητώντας την εκπλήρωση των συμβατικών τους υποχρεώσεων απέναντι στους ιατρούς, καθώς και τη διεκδίκηση των αξιώσεων που αφορούν στις αμοιβές των ιατρών, τις οποίες δικαιούνται για την άσκηση του ιατρικού έργου τους. Επίσης ο Π.Ι.Σ. και οι Ιατρικοί Σύλλογοι μπορούν να διενεργούν διαπραγματεύσεις και να συνάπτουν συμβάσεις για λογαριασμό των μελών τους συλλογικά. Με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης, ο Π.Ι.Σ. συνάπτει συμβάσεις εξ ονόματος και για λογαριασμό των ιατρών της χώρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ

Άρθρο 319

Πειθαρχικά παραπτώματα

1. Ως πειθαρχικό παράπτωμα, το οποίο εκδικάζεται και τιμωρείται από τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου ή το Πειθαρχικό Συμβούλιο αυτού με πειθαρχική ποινή, ανεξαρτήτως ποινικής ευθύνης ή άλλης

συνέπειας κατά την κείμενη νομοθεσία, θεωρείται:

α) κάθε παράβαση των καθηκόντων και υποχρεώσεων των ιατρών, όπως ορίζονται στο νόμο καθώς και στις νόμιμες αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Συλλόγου και του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ.,

β) διαγωγή που δεν συνάδει με την αξιοπρέπεια του ιατρικού επαγγέλματος,

γ) διαγωγή που είναι ασυμβίβαστη προς το λειτούργημα του ιατρού,

δ) συμπεριφορά που δεν συνάδει με την ιατρική ηθική, επιστήμη και δεοντολογία ή που μπορεί να κλονίσει την πίστη της κοινωνίας προς το ιατρικό λειτούργημα.

2. Ιατροί διευθύνοντες σύμβουλοι ή νόμιμοι εκπρόσωποι ιατρικών ανωνύμων εταιρειών, διαχειριστές εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, διαχειριστές και εταίροι ιδιωτικών κεφαλαιουχικών εταιρειών, ομόρρυθμοι εταίροι ή εν γένει ιδιοκτήτες προσωπικών εταιρειών καθώς και ιδιοκτήτες μονοπροσώπων εταιρειών περιορισμένης ευθύνης ευθύνονται ως φυσικά πρόσωπα για κάθε παράπτωμα της ιατρικής νομοθεσίας και δεοντολογίας που διαπράττεται από τις εταιρείες που είναι ιδιοκτήτες ή διευθύνουν, κατά τα ανωτέρω.

3. Ο επιστημονικά υπεύθυνος ιατρός, εταιρείας παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οφείλει να τηρεί τους κανόνες ιατρικής δεοντολογίας και είναι πειθαρχικά υπόλογος με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, εξ ονόματος και για λογαριασμό της εταιρείας.

4. Ο Υπουργός Υγείας έχει δικαίωμα να ασκήσει πειθαρχική δίωξη στα μέλη Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου και του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Άρθρο 320

Πειθαρχικά παραπτώματα Παραγραφή

1. Τα πειθαρχικά παραπτώματα που δεν συνιστούν και ποινικά αδικήματα παραγράφονται τρία (3) έτη μετά την τέλεσή τους, κάθε δε πράξη πειθαρχικής διαδικασίας παρατείνει την προθεσμία αυτή για τρία (3) ακόμα έτη.

2. Πειθαρχικά παραπτώματα που στοιχειοθετούν και πλημμελήματα κατά τον Ποινικό Κώδικα παραγράφονται πέντε (5) έτη μετά την τέλεσή τους, κάθε δε πράξη πειθαρχικής διαδικασίας παρατείνει την προθεσμία αυτή για τρία (3) ακόμα έτη.

3. Πειθαρχικά παραπτώματα που στοιχειοθετούν και κακουργήματα κατά τον Ποινικό Κώδικα δεν παραγράφονται πριν την συμπλήρωση της κατά τον Π.Κ. προβλεπόμενης παραγραφής.

4. Κάθε πράξη πειθαρχικής διαδικασίας, η υποβολή έγκλησης καθώς και κάθε άσκηση ποινικής δίωξης διακόπτει την παραγραφή έως τα όρια που αναφέρονται, κατά περίπτωση, στις παραγράφους 1, 2 και 3. Επίσης, η παραγραφή πειθαρχικού παραπτώματος διακόπτεται με την τέλεση άλλου πειθαρχικού παραπτώματος που αποσκοπεί στη συγκάλυψη του πρώτου ή στη ματαίωση έγερσης πειθαρχικής δίωξης για αυτό.

5. Η παραγραφή των πειθαρχικών παραπτωμάτων, που δεν συνιστούν και ποινικά αδικήματα, αναστέλλεται για όσο χρόνο διαρκεί η πειθαρχική διαδικασία.

6. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου ή το Πειθαρχικό Συμβούλιο, αν έχει επιληφθεί, μπορεί να αναστείλει την πειθαρχική δίωξη, έως το πέρας της ασκηθείσας ποινικής δίωξης. Εάν ανασταλεί η πειθαρχική δίωξη λόγω εκκρεμούς ποινικής δίωξης, ο χρόνος της παραγραφής του πειθαρχικού παραπτώματος, δεν συμπληρώνεται πριν την πάροδο δύο (2) ετών από την επίσημη γνωστοποίηση αμετάκλητης απόφασης του Ποινικού Δικαστηρίου ή αμετάκλητου βουλεύματος προς τον Ιατρικό Σύλλογο.

7. Για τις αποφάσεις των ποινικών δικαστηρίων ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 5 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας.

MAG-IASIS[®]

Magnesium 243mg



Ελληνικό
Φάρμακο

IASIS PHARMA HELLAS ABEE

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΩΝ
PHARMACEUTICAL & COSMETICS INDUSTRY

Γραφ. Επιστημ. Ενημ.: Λ. Καματερού 2-4, 134 51 Καματερό Αττικής
Τηλ.: 210 2311031, Fax: 210 2315889, e-mail: iasis@iasispharma.gr

www.iasispharma.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο
ασφαλή και Αναφέρετε:

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα Φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Για συνταγογραφικές πληροφορίες, συμβουλευθείτε την ΠΧΠ ή/ και απευθυνθείτε στην εταιρεία IASIS PHARMA

8. Η χάρη, η αποκατάσταση, καθώς και η με οποιονδήποτε άλλο τρόπο άρση του ποινικώς κολάσιμου της πράξης, που αποτελεί και πειθαρχικό παράπτωμα, ή η ολική ή μερική άρση των συνεπειών της ποινικής καταδίκης, δεν αίρουν το πειθαρχικώς κολάσιμο της πράξης.

9. Ο αρμόδιος Εισαγγελέας υποχρεούται να ανακοινώνει αμελλητί στον Πρόεδρο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου όλα τα βουλεύματα κατά ιατρών και κάθε καταδικαστική ή απαλληλακτική απόφαση, καθώς και κάθε άσκηση ποινικής δίωξης ή έγκλησης κατά ιατρού.

10. Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου υποχρεούται να κοινοποιεί αμελλητί την απόφαση του Πειθαρχικού Συμβουλίου προς τον Εισαγγελέα Πλημμελειοδικών, εάν ο ιατρός καταδικασθεί από το Πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου για αδικήματα που στοιχειοθετούν και πλημμελήματα ή κακουργήματα κατά το ποινικό δίκαιο.

11. Κάθε ιατρός που κατηγορείται για αδίκημα τεκμαίρεται ότι είναι αθώος μέχρι της νόμιμης απόδειξης της ενόχης του. Δικαστικές αποφάσεις, αλλήλ και αποφάσεις πειθαρχικών οργάνων, που έπονται της τελεσίδικης αθώωσης διωκόμενου ιατρού δεν πρέπει να την παραβλέπουν ηθελήμενα, έστω και αναχώρησε λόγω αμφισβητήσεων.

12. Κανένας δεν δίδεται για το ίδιο αδίκημα δεύτερη φορά, επιβάλλεται δε μόνο μία πειθαρχική ποινή. Διαφορετική νομική υπαγωγή των ίδιων περιστατικών στο πλαίσιο της ίδιας πειθαρχικής διαδικασίας δεν καθιστά την πειθαρχική διαδικασία ή δίωξη νέα.

Άρθρο 321

Πειθαρχικά όργανα

1. Σε κάθε Ιατρικό Σύλλογο συστήνεται Πειθαρχικό Συμβούλιο για την εκδίκαση και την τιμωρία των πειθαρχικών παραπτωμάτων των μελών του Συλλόγου. Σε περίπτωση καταγγελίας για πειθαρχικό παράπτωμα, το οποίο έλαβε χώρα σε διαφορετικό Σύλλογο από το Σύλλογο εγγραφής, αρμόδιο για την παραπομπή στο Πειθαρχικό Συμβούλιο, καθώς και για την εκδίκαση και την επιβολή ποινής ή την απαλληλή είναι το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου που τελείστηκε το παράπτωμα. Τα χρηματικά πρόστιμα εισπράττονται κατά τη διαδικασία είσπραξης του ΚΕΔΕ από τον Ιατρικό Σύλλογο που επέβαλλε την ποινή, ενώ κατά τα λοιπά οι αποφάσεις εκτελούνται από τον Ιατρικό Σύλλογο στον οποίο είναι εγγεγραμμένος ο ιατρός. Η αναστολή ή η παύση ιατρικού επαγγέλματος, ως ποινή, ισχύει για όλη την επικράτεια.

2. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου έχει δυνατότητα όταν ιατροί καταδικάστηκαν: α) για κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλυστογραφία, απιστία, δωροδοκία, δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, καθ' υποτροπή συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, β) έχουν παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της περίπτωσης α', έστω και αν το αδίκημα έχει παραγραφεί, γ) λόγω καταδίκης, έχουν στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή, δ) υπάρχει κίνδυνος διάπραξης από τον ιατρό νέων αδικημάτων, ε) υπάρχει κίνδυνος για την δημόσια υγεία και στ) υπάρχει κίνδυνος για τους ασθενείς, να διατάξει, με αιτιολογημένη απόφασή του, την προσωρινή αναστολή της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος-λειτουργήματος του ιατρού. Την απόφαση αυτή ο ιατρός μπορεί να προσβάλει ενώπιον του Α.Π.Σ.Ι., κατά τα οριζόμενα στις γενικές διατάξεις περί εφέσεων. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο και το Α.Π.Σ.Ι. υποχρεούνται να ανακαλέσουν την αναστολή, εάν εκδοθεί τελεσίδικη αθωωτική απόφαση ποινικού δικαστηρίου ή τελεσίδικη απαλληλακτική βούλευμα.

3. Σε περίπτωση ελαφρών παραπτωμάτων οι Πρόεδροι των Ιατρικών Συλλόγων μπορούν οίκοθεν, μετά από κλήση σε απολογία, να επιβάλουν την ποινή της επίκλησης ή του προστίμου μέχρι πέντε χιλιάδες (5.000) ευρώ. Ένσταση κατά της απόφασης αυτής μπορεί να ασκηθεί ενώπιον του Πειθαρχικού Συμβουλίου μέσα σε προθεσμία δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης.

4. Στους Ιατρικούς Συλλόγους που δεν συγκροτήθηκε, δεν υφίσταται ή δεν λειτουργεί Πειθαρχικό Συμβούλιο, ή παρουσιάζει δυσχέρειες λειτουργίας ή μέλη του συνδέονται με ιδιαίτερη σχέση φιλίας ή έχθρας με τον καταγγέλλοντα ή τον διωκόμενο, καθώς και για τα πειθαρχικά παραπτώματα μελών του Διοικητικού Συμβουλίου ή του Πειθαρχικού Συμβουλίου κάποιου Συλλόγου, το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. ορίζει ως αρμόδιο το Πειθαρχικό Συμβούλιο άλλου Ιατρικού Συλλόγου. Επιπλέον, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος μπορεί μετά από απόφαση των Διοικητικών Συμβουλίων ή Πειθαρχικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων και αίτησή τους να αναθέσει την εκδίκαση των παραπτωμάτων σε Πειθαρχικό Συμβούλιο άλλου Συλλόγου από αυτόν που ανήκει ο ιατρός, είτε αυτεπαγγέλτως είτε μετά από αίτηση οποιουδήποτε έχει έννομο συμφέρον. Ο τιμωρηθείς ιατρός ή και το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου μπορεί να εκκαλέσει την απόφαση του Πειθαρχικού Συμβουλίου αυτού ενώπιον του Ανωτάτου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.), σε περίπτωση μη ομόφωνης απαλληλακτικής απόφασης.

5. Για τα παραπτώματα μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. αρμόδιο είναι το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.), το οποίο στην περίπτωση αυτή δικάζει σε πρώτο βαθμό. Κατά της πρωτοβάθμιας αυτής απόφασης χωρεί έφεση ενώπιον του Υπουργού Υγείας, ο οποίος αποφασίζει εντός μηνός.

6. Μετά την άσκηση πειθαρχικής δίωξης ο Ιατρικός Σύλλογος και ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος καθίστανται αυτόματα διάδικοι ενώπιον παντός δικαστηρίου μέχρι την έκδοση αμετάκλητης απόφασης.

Άρθρο 322

Πειθαρχικές ποινές

1. Οι επιβαλλόμενες στους ιατρούς ποινές είναι:

α) Εγγραφή επίκληση, η οποία καταχωρείται στο μητρώο, όπως και κάθε άλλη ποινή.

β) Πρόστιμο. Το κατώτατο πρόστιμο ορίζεται στο ποσό των εκατόν πενήντα (150) ευρώ και το ανώτατο στο ποσό των είκοσι χιλιάδων (20.000) ευρώ.

γ) Προσωρινή παύση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος από ένα (1) μήνα μέχρι τρία (3) έτη.

δ) Οριστική παύση. Η οριστική παύση επιβάλλεται σε περίπτωση βαρέων πειθαρχικών παραπτωμάτων, που αποτελούν κατά το ποινικό δίκαιο κακουργήματα ή τελούμενα καθ' υποτροπή πλημμελήματα καθώς και εκείνα που προβλέπονται από την παράγραφο 2 του άρθρου 321, και σε σοβαρά πειθαρχικά αδικήματα, τελούμενα καθ' επαγγέλμα ή καθ' υποτροπή.

2. Τελεσίδικη ποινή που επιβάλλει την προσωρινή παύση άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος συνεπάγεται την έκπτωση του τιμωρηθέντος από όλα τα αξιώματα τόσο του Διοικητικού Συμβουλίου, όσο και του Πειθαρχικού Συμβουλίου, της Εξελεγκτικής Επιτροπής και του εκπροσώπου στον Π.Ι.Σ.

3. Κάθε τελεσίδικη πειθαρχική τιμωρία επιβαλλόμενη από τα Πειθαρχικά Συμβούλια, πλην της επίκλησης, συνεπάγεται την έκπτωση από τη θέση μέλους του Διοικητικού Συμβουλίου, του Πειθαρχικού Συμβουλίου, της Εξελεγκτικής Επιτροπής και του εκπροσώπου στον Π.Ι.Σ. Εφόσον αυτός που τελεί υπό πειθαρχική δίωξη άσκησε νόμι-

μα ένδικο μέσα, δεν εκπίπτει μεν από τη θέση του, αναπληρώνεται όμως προσωρινά στα καθήκοντά του κατά το χρόνο αυτό από τον κατά σειρά επιλαχόντα.

Άρθρο 323

Εξαίρεση μελών Πειθαρχικού Συμβουλίου

1. Οι περί εξαίρεσης δικαστών διατάξεις της Διοικητικής Δικονομίας ισχύουν και για τα μέλη του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

2. Η περί εξαίρεσης αίτηση επιδίδεται στον Πρόεδρο του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

3. Όταν ζητείται η εξαίρεση ολόκληρου του Πειθαρχικού Συμβουλίου ή τώσων μελών αυτού, ώστε να μην καθίσταται εφικτή η συγκρότηση Πειθαρχικού Συμβουλίου, η αίτηση υποβάλλεται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. από τον Πρόεδρο του Πειθαρχικού Συμβουλίου, του οποίου ο αιτών ζητεί την εξαίρεση μελών, ενώ το Πειθαρχικό Συμβούλιο αναστέλλει την ενέργεια αυτού μέχρι την έκδοση της επί της αίτησης απόφασης. 4. Σε περίπτωση παραδοχής αποδοχής της αίτησης, αν δεν υπολείπεται επαρκής αριθμός μελών για τη συγκρότηση του Πειθαρχικού Συμβουλίου, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. παραπέμπεται η υπόθεση στο Πειθαρχικό Συμβούλιο άλλου Συλλόγου, που ορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ.

5. Ιατρός, που δίδεται πειθαρχικά, μπορεί να ζητήσει εξαίρεση μελών του Πειθαρχικού Συμβουλίου μόνο μία (1) φορά σε κάθε βαθμό δικαιοδοσίας.

Άρθρο 324

Συγκρότηση Πειθαρχικών Συμβουλίων

1. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο αποτελείται από τον Πρόεδρο αυτού, τον Αντιπρόεδρο και τέσσερα (4) μέλη, με τα αναπληρωματικά τους, εάν ο Ιατρικός Σύλλογος αριθμεί μέχρι εκατό (100) μέλη, και έξι (6) μέλη, με τα αναπληρωματικά τους, εάν ο Ιατρικός Σύλλογος αριθμεί πάνω από εκατό (100) μέλη. Τα μέλη του Πειθαρχικού Συμβουλίου πρέπει να είναι μέλη του Ιατρικού Συλλόγου, στην Περιφέρεια του οποίου εδρεύει το Πειθαρχικό Συμβούλιο.

2. Ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος των Πειθαρχικών Συμβουλίων, καθώς και τα μέλη, εκλέγονται μεταξύ των ιατρών της Περιφέρειας του Ιατρικού Συλλόγου που ασκούν το επάγγελμα. Απαιτείται να έχουν ασκήσει το επάγγελμα για είκοσι (20) τουλάχιστον έτη, στον ίδιο ή σε άλλο ιατρικό σύλλογο.

3. Η εκλογή γίνεται κάθε τέσσερα (4) έτη με μυστική διά ψηφοδεητίων ψηφοφορία, συγχρόνως με την εκλογή των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, και με την αναγραφή των υποψηφίων σε χωριστό ψηφοδέλτιο. Ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος εκλέγονται από τον πλειοψηφούντα συνδυασμό. Από τους υπόλοιπους συνδυασμούς, εφόσον εκλέγουν έδρα, την πρώτη έδρα από εκείνες που τους αναλογούν καταλαμβάνει ο υποψήφιος πρόεδρος του συνδυασμού, θεωρώντας ότι έλαβε ως σταυρούς το σύνολο των εγκύρων ψηφοδεητίων. Τις υπόλοιπες έδρες καταλαμβάνουν τα αμέσως επόμενα πλειοψηφούντα υποψήφια μέλη του συνδυασμού.

4. Όταν κωλύεται ο Πρόεδρος του Πειθαρχικού Συμβουλίου, αναπληρώνεται από τον Αντιπρόεδρο.

5. Καθήκοντα Γραμματέα του Πειθαρχικού Συμβουλίου εκτελεί ο Γενικός Γραμματέας του Ιατρικού Συλλόγου και εάν αυτός κωλύεται το νεότερο σε θητεία μέλος του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

6. Μέλη Πειθαρχικού Συμβουλίου που δεν παρίστανται αδικαιολόγητα σε τρεις (3) συνεχείς συνεδριάσεις εκπίπτουν αυτοδικαίως από τη θέση τους.

7. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις περί συλλογικών οργάνων του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας (Κ.Δ.Δ.).

Άρθρο 325

Συνεδρίαση Πειθαρχικών Συμβουλίων

1. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο συνεδριάζει με νόμιμη απαρτία κατά τις διατάξεις του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και αποφασίζει με απόλυτη πλειοψηφία. Στη συνεδρίαση τηρούνται πρακτικά, τα οποία είναι μυστικά για τους τρίτους μη μετασχόντες στη διαδικασία. Στις συνεδριάσεις του Πειθαρχικού Συμβουλίου μπορεί να συμμετέχει χωρίς ψήφο ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου.

2. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο οφείλει να εκδώσει την οριστική απόφασή του εντός έξι (6) μηνών σε περίπτωση αυτεπάγγελτης έναρξης της πειθαρχικής δίωξης ή οκτώ (8) μηνών σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση. Οι προθεσμίες αυτές, σε περίπτωση παραπομπής με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. ή μετά από κοινοποίηση δικαστικής απόφασης ή βουλεύματος, αρχίζουν από την προς τον Πρόεδρο του Συλλόγου γνωστοποίηση της απόφασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. ή του Δικαστηρίου.

Άρθρο 326

Πειθαρχική προδικασία

1. Ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου, αμέσως μετά την υποβολή στον Ιατρικό Σύλλογο καταγγελίας κατά ιατρού ή τη διαπίστωση οποιουδήποτε παραπτώματος, υποχρεούται να γνωστοποιήσει το γεγονός αυτό στην πρώτη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου. Το Διοικητικό Συμβούλιο αποφασίζεται αιτιολογημένα, με την επιφύλαξη της παραγράφου 4 του άρθρου 327, μέσα σε εύλογο χρόνο, αν θα ασκηθεί πειθαρχική δίωξη ή όχι, λαμβάνοντας υπόψη τους όρους παραγραφής και το τυχόν πόρισμα της Ε.Δ.Ε. Στην απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου αναγράφονται με πληρότητα και σαφήνεια τα συγκεκριμένα αδικήματα βάσει των ενδείξεων και του συλλεγέντος υλικού.

2. Με την υποβολή κάθε καταγγελίας καταβάλλεται υπέρ του οικείου Ιατρικού Συλλόγου ποσό πενήντα (50) ευρώ, που μπορεί να αναπροσαρμόζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Σε Ιατρικούς Συλλόγους που αριθμούν άνω των δύο χιλιάδων (2.000) μελών, είναι δυνατή, μετά από απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου η σύσταση μίας ή περισσότερων επιτροπών αποτελούμενων αποκλειστικά από μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου για την εξέταση των καταγγελιών και την υποβολή σχετικής εισήγησης στο Διοικητικό Συμβούλιο για την άσκηση ή μη πειθαρχικής δίωξης. Σε καταφατική περίπτωση διαβιβάζεται ο φάκελος στο Πειθαρχικό Συμβούλιο. Το ίδιο πράττει και το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. για τις σε αυτό διαβιβαζόμενες καταγγελίες ή εν γένει αναφορές κατά μελών των Διοικητικών ή Πειθαρχικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων, τις οποίες διαβιβάζει στο Α.Π.Σ.Ι.

3. Το Δ.Σ. ορίζει ένα (1) μέλος του Πειθαρχικού Συμβουλίου ως εισηγητή, ο οποίος ενεργεί κάθε αναγκαία εξέταση και δικαιούται να καλεί και εξετάζει μάρτυρες ενόρκως.

Άρθρο 327

Ένορκη διοικητική εξέταση

1. Ο Ιατρικός Σύλλογος μπορεί να διενεργεί ένορκη διοικητική εξέταση (Ε.Δ.Ε.) όταν έχει σοβαρές υπόνοιες ή σαφείς ενδείξεις για τη διάπραξη πειθαρχικού παραπτώματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί στη συλλογή στοιχείων για τη διαπίστωση της τέλεξης πειθαρχικού παραπτώματος και τον προσδιορισμό των προσώπων που ευθύνονται, καθώς και στη διερεύνηση των συνθηκών κάτω από τις οποίες αυτό έχει τελεστεί. Η ένορκη διοικητική εξέταση δεν συνιστά άσκηση πειθαρχικής δίωξης.

2. Η Ε.Δ.Ε. διατάσσεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου, που έχει πειθαρχική αρμοδιότητα, και ενεργ-

γείται από μέλος του Ιατρικού Συλλόγου, που ορίζεται με την ίδια απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου. Η ένορκη διοικητική εξέταση περατώνεται εντός δύο (2) μηνών από την ημερομηνία της ανάθεσής της στο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου. Αυτός που διενεργεί την ένορκη διοικητική εξέταση μπορεί να ζητήσει, με πλήρως αιτιολογημένη αίτησή του, παράταση της προθεσμίας αυτής έως ένα (1) μήνα.

3. Ο ιατρός, στον οποίο αποδίδεται η διάπραξη πειθαρχικού παραπτώματος, καλείται υποχρεωτικά να εξεταστεί ανωμοτί και μπορεί να παρίσταται αυτοπροσώπως ή και με πληρεξούσιο δικηγόρο. Η μη προσέλευσή του ή η άρνησή του να εξεταστεί δεν εμποδίζει την πρόοδο της εξέτασης. Ο ιατρός, στον οποίο αποδίδεται πειθαρχικό παράπτωμα, έχει δικαίωμα κατά τη διάρκεια της ένορκης διοικητικής εξέτασης και μέχρι το πέρας αυτής να προτείνει μάρτυρες προς εξέταση και ο διενεργών την Ε.Δ.Ε. οφείλει να καλέσει τουλάχιστον πέντε (5) εξ αυτών να εξεταστούν.

4. Η ένορκη διοικητική εξέταση ολοκληρώνεται με την υποβολή αιτιολογημένου πορίσματος αυτού που τη διενεργεί. Το πόρισμα υποβάλλεται, με όλα τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, στο Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου, που διέταξε τη διενέργειά της εξέτασης. Εφόσον με το πόρισμα διαπιστώνεται η διάπραξη πειθαρχικού παραπτώματος από συγκεκριμένο ιατρό, το Διοικητικό Συμβούλιο υποχρεούται να παραπέμψει την υπόθεση στο Πειθαρχικό Συμβούλιο για την άσκηση πειθαρχικής δίωξης.

5. Η Ε.Δ.Ε. είναι μυστική, αλλά ο ιατρός, στον οποίον αποδίδεται πειθαρχικό παράπτωμα, έχει δικαίωμα σε κάθε στάδιο της διαδικασίας να λαμβάνει γνώση όλων των εγγράφων και εν γένει στοιχείων που έχουν συγκεντρωθεί και να υποβάλει υπομνήματα.

6. Η Ε.Δ.Ε. μπορεί να επεκταθεί στην έρευνα και άλλων παραπτωμάτων του ίδιου ιατρού, εφόσον προκύπτουν επαρκή στοιχεία. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να δοθεί διαταγή επέκτασης της Ε.Δ.Ε. από το Διοικητικό Συμβούλιο που διέταξε αρχικά τη διενέργειά της.

Άρθρο 328

Ανακριτικές πράξεις

1. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο μπορεί να διενεργεί πειθαρχική ανάκριση. Αυτή διεξάγεται υποχρεωτικά κατά τη διαδικασία ενώπιον του πειθαρχικού συμβουλίου. Κατ' εξαίρεση δεν είναι υποχρεωτική η ανάκριση στις ακόλουθες περιπτώσεις: α) όταν τα πραγματικά περιστατικά που συνιστούν την αντικειμενική υπόσταση του πειθαρχικού παραπτώματος προκύπτουν από το φάκελο κατά τρόπο αναμφισβήτητο, β) όταν ο ιατρός ομολογεί με την απολογία του κατά τρόπο μη επιδεχόμενο αμφισβήτησης ότι διέπραξε το πειθαρχικό παράπτωμα, γ) όταν ο ιατρός συλλημβάνεται επ' αυτοφώρω κατά τη διάπραξη ποινικού αδικήματος που αποτελεί συγχρόνως και πειθαρχικό παράπτωμα, δ) όταν έχει προηγηθεί ανάκριση ή προανάκριση σύμφωνα με τις διατάξεις του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας για ποινικό αδίκημα που αποτελεί και πειθαρχικό παράπτωμα, ε) όταν έχει διενεργηθεί, πριν την έκδοση του παραπεμπτηρίου εγγράφου, Ε.Δ.Ε. ή άλλη ένορκη εξέταση κατά την οποία διαπιστώθηκε διάπραξη πειθαρχικού παραπτώματος από συγκεκριμένο ιατρό. Το ίδιο ισχύει όταν η διάπραξη πειθαρχικού παραπτώματος προκύπτει από έκθεση δικαστικού οργάνου ή άλλου ελεγκτικού οργάνου της διοίκησης.

2. Η πειθαρχική ανάκριση διεξάγεται από ιατρό που ορίζεται από το Πειθαρχικό Συμβούλιο και δεν αποτελεί μέλος αυτού.

3. Δεν ενεργούν πειθαρχική ανάκριση: α) τα πρόσωπα στα οποία αποδίδεται το πειθαρχικό παράπτωμα, β) οι πειθαρχικώς προϊστάμενοι που έχουν εκδώσει την πειθαρχική απόφαση η οποία κρίνεται κατ'ένσταση, γ) τα πρόσωπα που έχουν ενεργήσει ένορκη διοικητική εξέταση και δ) τα πρόσωπα που έχουν ασκήσει την πειθαρχική δίωξη. Ο καθ' ου η πειθαρχική ανάκριση μπορεί να ζητήσει με έγ-

γραφη αίτηση μέσα σε τρεις (3) ημέρες από την κλήση του για εξέταση την εξαίρεση εκείνου που διεξάγει την ανάκριση. Στην αίτηση πρέπει να εκτίθενται κατά τρόπο σαφή και συγκεκριμένο οι λόγοι της εξαίρεσης και να αναφέρονται τα στοιχεία στα οποία θεμελιώνονται οι προβαλλόμενοι ισχυρισμοί. Για την αίτηση εξαίρεσης αποφασίζει το πειθαρχικό συμβούλιο χωρίς τη συμμετοχή εκείνου, του οποίου ζητείται η εξαίρεση, που αναπληρώνεται νομίμως. Αν η αίτηση γίνει δεκτή, οι ανακριτικές πράξεις που στο μεταξύ ενεργήθηκαν, είναι άκυρες και επαναλαμβάνονται εξ αρχής.

4. Όποιος διεξάγει ανάκριση δικαιούται να ενεργήσει ανακριτικές πράξεις και εκτός της έδρας του. Επίσης, δικαιούται να ζητήσει την ενέργεια ανακριτικών πράξεων και εκτός της έδρας του από οποιαδήποτε διοικητική αρχή.

5. Η πειθαρχική ανάκριση είναι μυστική.

6. Η πειθαρχική ανάκριση περατώνεται εντός μηνός από την ημερομηνία κοινοποίησης της σχετικής απόφασης του πειθαρχικού συμβουλίου στον υπάλληλο, που θα τη διενεργήσει, ο οποίος μπορεί να ζητήσει με πλήρως αιτιολογημένη αίτησή του, παράταση της προθεσμίας αυτής. Η παράταση αυτή δεν υπερβαίνει τον ένα (1) μήνα.

7. Η πειθαρχική ανάκριση μπορεί να επεκταθεί στην έρευνα και άλλων παραπτωμάτων του ίδιου προσώπου εφόσον προκύπτουν επαρκή στοιχεία.

8. Καθήκοντα γραμματέα εκτελεί υπάλληλος ο οποίος ορίζεται από τον ενεργούντα την ανάκριση.

9. Ανακριτικές πράξεις είναι:

- α) η αυτοψία,
- β) η εξέταση μαρτύρων,
- γ) η πραγματογνωμοσύνη,
- δ) η εξέταση του διωκόμενου.

10. Δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο ανακριτικής πράξης θέμα που κατά το νόμο καλύπτεται: α) από το απόρρητο της υπηρεσίας, εκτός αν συμφωνεί η αρμόδια Αρχή, ή β) από το κατά νόμο επαγγελματικό ή άλλο απόρρητο.

11. Για την ανακριτική πράξη συντάσσεται έκθεση που υπογράφεται από όσους συνέπραξαν. Αν κάποιος από τους μάρτυρες είναι αναλφάβητος ή αρνείται να υπογράψει ή βρίσκεται σε φυσική αδυναμία να υπογράψει, γίνεται σχετική μνεία στην έκθεση.

12. Αυτοψία. Η αυτοψία διενεργείται αυτοπροσώπως από εκείνον που διεξάγει την πειθαρχική ανάκριση με την παρουσία γραμματέα. Η αυτοψία δημόσιων εγγράφων ή εγγράφων ιδιωτικών που έχουν κατατεθεί σε δημόσια αρχή, διενεργείται στο γραφείο όπου φυλάσσονται. Έγγραφα που κατέχονται από ιδιώτη, παραδίδονται στον ανακριτή και επιστρέφονται υποχρεωτικώς μετά το τέλος της πειθαρχικής διαδικασίας. Ο ανακριτής, ύστερα από αίτηση του ιδιώτη, υποχρεούται να χορηγεί ατελώς απόδειξη παραλαβής και επίσημο αντίγραφο των εγγράφων που παραλήφθηκαν. Κατ' εξαίρεση η αυτοψία ιδιωτικών εγγράφων, τα οποία είναι απολύτως αναγκαία για τη διεκπεραίωση τρέχουσας υπόθεσης του κατόχου τους ή άλλου προσώπου, διενεργείται από τον ανακριτή στον τόπο όπου βρίσκονται.

13. Μάρτυρες. Οι μάρτυρες εξετάζονται ενόρκως σύμφωνα με τις διατάξεις του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Η μη εμφάνιση ή η άρνηση κατάθεσης του μάρτυρα χωρίς εύλογη αιτία αποτελεί πλημμέλημα και αν είναι υπάλληλος και πειθαρχικό παράπτωμα. Εύλογη αιτία θεωρείται και η συγγένεια του διωκόμενου με το μάρτυρα σε ευθεία γραμμή ή έως και το δεύτερο βαθμό σε πλάγια γραμμή. Ο διωκόμενος δικαιούται κατά τη διάρκεια της πειθαρχικής ανάκρισης και της ένορκης διοικητικής εξέτασης και μέχρι το τέλος της εξέτασής του να ζητήσει εγγράφως την εξέταση μαρτύρων. Ο ανακριτής υποχρεούται να εξετάσει πέντε τουλάχιστον από τους προτεινόμενους μάρτυρες. Αν η ένορκη διοικητική εξέταση δεν στρεφόταν

κατά συγκεκριμένου προσώπου, το πειθαρχικό συμβούλιο υποχρεούται να διενεργήσει συμπληρωματική ανάκριση, προκειμένου να παρασχεθεί η δυνατότητα στον διωκόμενο να εξετασθεί ανωμοτί ή να προτείνει την εξέταση μαρτύρων, εκτός εάν αυτός δηλώσει ενώπιον του συμβουλίου ότι δεν επιθυμεί να εξετασθεί ανωμοτί ή να προτείνει την εξέταση μαρτύρων.

13. Πραγματογνωμοσύνη. Ως πραγματογνώμονες ορίζονται ιατροί δημόσιοι υπάλληλοι, άλλοι δημόσιοι λειτουργοί, υπάλληλοι νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και Ο.Τ.Α., καθώς και αξιωματικοί των ενόπλων δυνάμεων, των σωμάτων ασφαλείας και του λιμενικού σώματος. Οι πραγματογνώμονες, πριν από τη διενέργεια της πραγματογνωμοσύνης, ορκίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

14. Εξέταση διωκόμενου. Κατά την πειθαρχική ανάκριση καλείται οποσδήποτε για εξέταση ο διωκόμενος ιατρός. Ο ιατρός εξετάζεται ανωμοτί και μπορεί να παρίσταται μετά δικηγόρου. Η μη προσέλευση του διωκόμενου ή η άρνηση του να εξετασθεί, δεν εμποδίζει την πρόοδο της ανάκρισης.

Άρθρο 329

Απολογία διωκόμενου ιατρού

1. Πειθαρχική ποινή δεν επιβάλλεται, εάν ο διωκόμενος ιατρός δεν κληθεί προηγουμένως σε απολογία. Η εξέταση του διωκόμενου κατά το στάδιο της ένορκης διοικητικής εξέτασης ή της πειθαρχικής ανάκρισης δεν αναπληρώνει την κλήση σε απολογία.

2. Στην κλήση σε απολογία καθορίζεται σαφώς το αποδιδόμενο πειθαρχικό παράπτωμα και τάσσεται εύλογη προθεσμία για απολογία, η οποία δεν μπορεί να είναι μικρότερη από δεκαπέντε (15) ημέρες. Η προθεσμία για απολογία μπορεί να παραταθεί μία (1) μόνο φορά και έως το τριπλάσιο της αρχικής προθεσμίας μετά από αιτιολογημένη έγγραφη αίτηση του διωκόμενου. Εκπρόθεσμα απολογία λαμβάνεται υποχρεωτικά υπόψη, εφόσον υποβάλλεται πριν από την έκδοση της απόφασης. Η παράλειψη της κλήσης σε απολογία καλύπτεται από την υποβολή έγγραφης απολογίας.

3. Όταν μετά την κλήση του διωκόμενου σε απολογία ακολουθεί παραπομπή στο Πειθαρχικό Συμβούλιο, δεν απαιτείται νέα κλήση σε απολογία.

4. Η απολογία υποβάλλεται εγγράφως. Ενώπιον συλλογικού πειθαρχικού οργάνου επιτρέπεται στον διωκόμενο και η προφορική συμπληρωματική απολογία.

5. Η απολογία παραδίδεται με απόδειξη στο όργανο το οποίο καλεί σε απολογία. Μπορεί όμως και να αποσταλεί ταχυδρομικώς με συστημένη επιστολή. Στην περίπτωση του προηγούμενου εδαφίου το εμπρόθεσμο της υποβολής της κρίνεται από το χρόνο της ταχυδρόμησης.

6. Πριν από την απολογία ο διωκόμενος έχει δικαίωμα να λάβει γνώση και αντίγραφο, με δαπάνες του, του φακέλου της πειθαρχικής υπόθεσης. Το γεγονός ότι έλαβε γνώση αποδεικνύεται με πράξη η οποία υπογράφεται από τον υπάλληλο, ο οποίος τηρεί το φάκελο και τον διωκόμενο ή μόνο από τον πρώτο, αν ο δεύτερος αρνηθεί να υπογράψει. Αν ο διωκόμενος ιατρός δεν υπηρετεί στην έδρα του οργάνου που τον καλεί σε απολογία, του χορηγείται σχετική άδεια.

7. Με την απολογία του ο ιατρός έχει δικαίωμα να ζητήσει εύλογη προθεσμία για να υποβάλει έγγραφα στοιχεία. Η παροχή της προθεσμίας και η διάρκεια της εναπόκειται στην κρίση του οργάνου το οποίο τον καλεί σε απολογία.

Άρθρο 330

Διαδικασία ενώπιον του Πειθαρχικού Συμβουλίου

1. Μετά την υποβολή της απολογίας ή την παρέλευση της προ-

θεσμίας υποβολής της, ο πρόεδρος του πειθαρχικού συμβουλίου προσδιορίζει με πράξη του την ημέρα κατά την οποία θα συζητηθεί η υπόθεση. Η ημέρα, η ώρα και ο τόπος της συνεδρίασης κοινοποιούνται με δικαστικό όργανο ή άλλο δημόσιο υπάλληλο στον διωκόμενο πριν από δέκα (10) τουλάχιστον πλήρεις ημέρες.

2. Ο διωκόμενος ιατρός έχει δικαίωμα να παραστεί είτε αυτοπροσώπως είτε διά ή μετά πληρεξουσίου δικηγόρου ενώπιον των πειθαρχικών συμβουλίων. Η μη προσέλευση του διωκόμενου δεν εμποδίζει την πρόοδο της διαδικασίας.

3. Αν το πειθαρχικό συμβούλιο κρίνει ανεπαρκή τα αποδεικτικά στοιχεία, αναβάλλει την κρίση της υπόθεσης και διατάσσει συμπληρωματική ανάκριση.

4. Η υπηρεσία του διωκόμενου υποχρεούται να του χορηγήσει άδεια για να προσέλθει ενώπιον συλλογικού πειθαρχικού οργάνου κατά την κρίση της υπόθεσής του.

5. Μέλη του πειθαρχικού συμβουλίου, που δεν διακρίνονται να διεξάγουν πειθαρχική ανάκριση ή έχουν διενεργήσει πειθαρχική ανάκριση στην κρινόμενη υπόθεση, κωλύονται να μετέσχουν στη σύνοψή του κατά την κρίση της υπόθεσης αυτής.

6. Ο διωκόμενος μπορεί με έγγραφη αίτησή του να ζητήσει την εξαίρεση μελών του πειθαρχικού συμβουλίου με την προϋπόθεση ότι με τα υπόλοιπα μέλη, τακτικά και αναπληρωματικά, υπάρχει απαρτία. Η αίτηση αυτή που υποβάλλεται δύο (2) τουλάχιστον ημέρες πριν από τη συζήτηση της υπόθεσης, πρέπει να περιέχει κατά τρόπο σαφή και συγκεκριμένο τους λόγους της εξαίρεσης και να συνοδεύεται από τα στοιχεία με τα οποία αυτοί αποδεικνύονται. Για την αίτηση εξαίρεσης το πειθαρχικό συμβούλιο αποφασίζει αιτιολογημένα με συμμετοχή των νόμιμων αναπληρωτών των μελών των οποίων ζητείται η εξαίρεση. Τα μέλη που εξαιρούνται αντικαθίστανται από τα αναπληρωματικά τους. Αν εξαιρεθεί το τακτικό και το αναπληρωματικό του μέλους, το συμβούλιο κατ'ελάχιστον έχει υπόλοιπα μέλη του εφόσον έχει απαρτία. Η εξαίρεση αναπληρωματικού μέλους μπορεί να ζητηθεί και την ημέρα της συνεδρίασης. Στην περίπτωση αυτή το συμβούλιο αποφασίζει αμέσως επί της αιτήσεως εξαιρέσεως με τα υπόλοιπα μέλη του.

7. Στην περίπτωση που έχει υπάρξει και πειθαρχική διαδικασία, αποκλείεται με μετάσχεση στο πειθαρχικό συμβούλιο ο ανακριτής ή αυτός που συμμετείχε στο πειθαρχικό συμβούλιο κατά την πρώτη κρίση.

8. Η κλήση σε απολογία και κάθε πρόσκληση ή ειδοποίηση του διωκόμενου επιδίδονται με δικαστικό επιμελητή ή άλλο δημόσιο όργανο στον ίδιο προσωπικά ή στην κατοικία, που έχει δηλώσει στην υπηρεσία του, σε πρόσωπο με το οποίο συνοικεί. Για την επίδοση αυτή συντάσσεται αποδεικτικό. Εάν δεν καταστεί δυνατή η επίδοση για οποιοδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένης και της περιπτώσεως αγνώστου διαμονής του διωκόμενου, το έγγραφο τοιχοκολλείται στο κατάστημα της υπηρεσίας του υπαλλήλου και συντάσσεται πρωτόκολλο που υπογράφεται από έναν μάρτυρα. Σε περίπτωση άρνησης παραλαβής, αυτός που διενεργεί την επίδοση συντάσσει πράξη στην οποία βεβαιώνεται η άρνηση.

9. Το πειθαρχικό όργανο εκτιμά ελεύθερως τις αποδείξεις. Για να μορφώσει την κρίση του, μπορεί να λάβει υπόψη του και αποδεικτικά στοιχεία που δεν προκύπτουν από την πειθαρχική διαδικασία αλλά από άλλη νόμιμη διαδικασία, εφόσον έλαβε γνώση τους ο διωκόμενος.

10. Συναφή πειθαρχικά παραπτώματα, τα οποία διαπιστώνονται κατά την εκτίμηση των αποδείξεων, μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο της ίδιας πειθαρχικής κρίσης μόνον εφόσον ο διωκόμενος κληθεί σε απολογία και για αυτά.

11. Η κρίση πρέπει να στηρίζεται σε αποδεδειγμένα πραγματικά γεγονότα και να είναι ειδικώς αιτιολογημένη.



➡ Άρθρο 331

Η πειθαρχική απόφαση

1. Η πειθαρχική απόφαση διατυπώνεται εγγράφως.
2. Κατά την επιμέτρηση της ποινής το Πειθαρχικό Συμβούλιο λαμβάνει υπόψη:
 - α) τη βαρύτητα του αδικήματος και κυρίως τη βλάβη που προκάλεσε το αδίκημα, τη φύση, το είδος και το αντι κείμενο του αδικήματος, τις περιστάσεις υπό τις οποίες διαπράχθηκε αυτό, την ένταση του δόλου ή το βαθμό αμέλειας του διωκόμενου,
 - β) την προσωπικότητα του ιατρού, την πείρα του, τις ατομικές, κοινωνικές περιστάσεις και την προηγούμενη πορεία του, καθώς και τη διαγωγή του μετά την πράξη, τη μετάνοια που επέδειξε και την προθυμία να επανορθώσει τις συνέπειες αυτής.
3. Στην απόφαση μνημονεύονται:
 - α) ο τόπος και ο χρόνος έκδοσής της,
 - β) το ονοματεπώνυμο, η ιδιότητα και ο βαθμός του μονομελούς πειθαρχικού οργάνου ή των μελών του συλλογικού πειθαρχικού οργάνου,
 - γ) το ονοματεπώνυμο, η ιδιότητα και ο βαθμός του κρινόμενου,
 - δ) τα πραγματικά περιστατικά και στοιχεία που συνιστούν την αντικειμενική και υποκειμενική υπόσταση του πειθαρχικού παραπτώματος, προσδιορισμένα κατά τόπο και χρόνο,
 - ε) η υποβολή ή όχι απολογίας,
 - στ) η αιτιολογία της απόφασης,
 - ζ) η γνώμη των μελών του συλλογικού οργάνου που μειοψήφησαν και
 - η) η απαλλοτρία του κρινόμενου ή η ποινή που του επιβάλλεται.

Αν η πειθαρχική απόφαση περί της ενοχής του διωκόμενου λαμβάνεται κατά πλειοψηφία, όλα τα μέλη του πειθαρχικού συμβουλίου ψηφίζουν για την επιβλητέα ποινή. Λευκή ψήφος ή αποχή από την ψηφοφορία δεν επιτρέπεται. Η παράλειψη των στοιχείων που αναφέρονται στις περιπτώσεις α', β' και γ', εκτός του ονοματεπώνυμου του κρινόμενου, δεν συνεπάγεται ακυρότητα της απόφασης, εφόσον αυτά προκύπτουν από το φάκελο της υπόθεσης.

4. Η πειθαρχική απόφαση υπογράφεται από το όργανο που την εκδίδει. Όταν αυτή εκδίδεται από συλλογικό όργανο, υπογράφεται από τον πρόεδρο και τον γραμματέα.

5. Η πειθαρχική απόφαση κοινοποιείται σε αντίγραφο με τη φροντίδα της υπηρεσίας στον ιατρό και γνωστοποιείται στα όργανα που δικαιούνται να ασκήσουν ένδικα μέσα. Η κοινοποίηση της απόφασης στον ιατρό ενεργείται από τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου στον οποίο είναι εγγεγραμμένος. Στον ιατρό γνωστοποιείται επίσης η τυχόν δυνατότητα ασκήσεως ενδίκων μέσων και η σχετική προθεσμία ασκήσεώς τους.

6. Η πειθαρχική απόφαση δεν ανακαλείται. 7. Ο Ιατρικός Σύλλογος εισπράττει τα πρόστιμα κατά τις διατάξεις του ΚΕΔΕ. Οι αποφάσεις που επιβάλλουν οριστική ή προσωρινή παύση γνωστοποιούνται στον Υπουργό Υγείας.

8. Ο ιατρός που τιμωρήθηκε οφείλει μέσα σε προθεσμία πέντε (5) ημερολογιακών ημερών από τη γνωστοποίηση σε αυτόν της τελεσίδικης καταδικαστικής απόφασης και εφόσον του επιβλήθηκε ποινή οριστικής ή προσωρινής παύσης να προσέλθει στα γραφεία του Συλλόγου, στον οποίο ανήκει, και να παραδώσει το δελτίο της ιατρικής του ταυτότητας. Από την επόμενη ημέρα της παράδοσης του δελτίου αρχίζει η έκταση της ποινής. Αν δεν έχει εφοδιασθεί με δελτίο ταυτότητας, τότε καταθέτει σχετική υπεύθυνη δήλωση και από την επόμενη ημέρα της κατάθεσης της δήλωσης αυτής, αρχίζει η έκταση της ποινής. Αν δεν κατατεθεί το δελτίο της ταυτότητάς του ή η υπεύθυνη δήλωση, η έκταση της ποινής αρχίζει με την παρέλευση της κατά τα άνω πενήνημερης προθεσμίας από τη γνωστοποίηση της τελεσίδικης καταδικαστικής απόφασης. Αν ο ιατρός τιμωρηθεί τελεσίδικα με την ποινή της οριστικής παύσης, αποβάλλει αυτοδίκαια την ιδιότητα του ιατρού.

9. Αν η απόφαση για την οριστική παύση εξαφανισθεί με απόφαση

του Α.Π.Σ.Ι. ή με δικαστική απόφαση, οι ιατρικοί σύλλογοι οφείλουν να συμμορφωθούν αμέσως.

Άρθρο 332

Έφεση

1. Ο τιμωρηθείς ιατρός, ο ασκήσας τη δίωξη Ιατρικός Σύλλογος ή ο αιτήσας αυτήν (ιατρός ή ιδιώτης) δικαιούται εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την επίδοση της απόφασης να εκκαλέσει αυτήν ενώπιον του Ανωτάτου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών.

2. Η έφεση κατατίθεται ενώπιον του Γραμματέα του Πειθαρχικού Συμβουλίου που εξέδωσε την απόφαση, και συντάσσεται σχετική έκθεση που υπογράφεται από τον εκκαλούντα και το Γραμματέα. Ο Γραμματέας υποχρεούται εντός δέκα (10) ημερών να διαβιβάσει αυτή μαζί με όλα τα σχετικά έγγραφα στη Γραμματεία του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ.

3. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο που εκδίδει την καταδικαστική απόφαση αποφαινεται και για το αν η προθεσμία της έφεσης και η άσκηση της έχουν ανασταλτικό αποτέλεσμα. Κατ' εξαίρεση, ανάλογα με τη σοβαρότητα του παραπτώματος, το Πειθαρχικό Συμβούλιο μπορεί να κρίνει, όταν πρόκειται για πειθαρχικά παραπτώματα που αποτελούν και πλημμελήματα ή κακουργήματα κατά τον Ποινικό Κώδικα, με πλήρως αιτιολογημένη απόφασή του, ότι η απόφαση είναι προσωρινώς εκτελεστή.

4. Η έφεση συνοδεύεται από καταβολή προς τη γραμματεία του εκδίδοντος την απόφαση Ιατρικού Συλλόγου παραβόλου εκατό (100) ευρώ, εκτός εάν ο εκκαλών τυγχάνει να είναι ο Ιατρικός Σύλλογος. Η καταβολή του ως άνω ποσού εκδίδεται υπέρ του Ιατρικού Συλλόγου και αποδίδεται στον εκκαλούντα σε περίπτωση αποδοχής της έφεσης.

Άρθρο 333

Α.Π.Σ.Ι. Εκδίκαση έφεσης

1. Το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών, όταν δικάζει σε δεύτερο βαθμό, δικαιούται να διατάξει νέα Ε.Δ.Ε. ή ανάκριση, η οποία ενεργείται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 326 και 327 επ. Καλεί τον τιμωρηθέντα ιατρό να απολογηθεί με τη διαδικασία που ισχύει για τα Πειθαρχικά Συμβούλια των Ιατρικών Συλλόγων. Δύνανται να μεταρρυθμίζει και να εξαφανίζει την εκκαλούμενη απόφαση.

2. Το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών συνεδριάζει με νόμιμη απαρτία κατά τις διατάξεις του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και αποφασίζει με απόλυτη πλειοψηφία. Στη συνεδρίαση τηρούνται πρακτικά, τα οποία είναι μυστικά. Στις συνεδριάσεις του μπορεί να μετέχει χωρίς ψήφο ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. Μπορεί στη συνεδρίαση να μετέχει και ο νομικός ή τεχνικός σύμβουλος, ο οποίος αποχωρεί κατά την ψηφοφορία.

3. Το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών αποφασίζει τελεσίδικα και εκδίδει την απόφασή του το αργότερο εντός τριών (3) μηνών από την εισαγωγή της σχετικής πειθαρχικής διαδικασίας, η δε απόφαση αυτού διαβιβάζεται προς τον Πρόεδρο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, ο οποίος οφείλει αμελλητί να κοινοποιήσει αυτήν στον τιμωρηθέντα.

Άρθρο 334

Εκτέλεση Δημοσίευση αποφάσεων

1. Οι τελεσίδικες αποφάσεις εκτελούνται από τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου.

2. Η επίκληση ανακοινώνεται εγγράφως προς τον τιμωρηθέντα από τον Πρόεδρο του Συλλόγου.

3. Το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών μπορεί να αποφασίσει τη δημοσίευση των αποφάσεών του: α) αν ιατροί καταδικάστηκαν για κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλυστογραφία, απιστία, δωροδοκία, δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση

καθήκοντος, καθ' υποτροπή συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, β) έχει υπάρξει κίνδυνος για την δημόσια υγεία και γ) έχει υπάρξει κίνδυνος για τους ασθενείς.

4. Οι τελειώδικες αποφάσεις των Πειθαρχικών Συμβουλίων εκτελούνται κατά το μέρος που αφορούν σε πρόστιμα και τα έξοδα της διαδικασίας κατά τις διατάξεις του ΚΕΔΕ με επιμέλεια του Προέδρου του Ιατρικού Συλλόγου, όπου εδρεύει το Πειθαρχικό Συμβούλιο. Τα ίδια ισχύουν και για τις αποφάσεις του Α.Π.Σ.Ι. Τα έσοδα από τα πρόστιμα αποδίδονται στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.

Άρθρο 335

Εφαρμογή κανόνων και αρχών ποινικού δικαίου και ποινικής δικονομίας στο πειθαρχικό δίκαιο

Κανόνες και αρχές του ποινικού δικαίου και της ποινικής δικονομίας εφαρμόζονται και στο πειθαρχικό δίκαιο, εφόσον δεν αντίκεινται στις ρυθμίσεις του παρόντος και συνάδουν με τη φύση και στο σκοπό της πειθαρχικής διαδικασίας. Εφαρμόζονται ιδίως οι κανόνες και αρχές που αφορούν: α) τους λόγους αποκλεισμού της υπαιτιότητας και της ικανότητας προς καταλογισμό, β) τις ελαφρυντικές ή επιβαρυντικές περιστάσεις για την επιμέτρηση της πειθαρχικής ποινής, γ) την έμπρακτη μετάνοια, δ) το δικαίωμα σιγής του πειθαρχικώς διωκόμενου, ε) την πραγματική και νομική πλάνη, στ) το τεκμήριο της αθωότητας του διωκόμενου, ζ) την επιείκεια υπέρ του πειθαρχικώς διωκόμενου, η) την προστασία των δικαιολογημένων συμφερόντων ως λόγο που αίρει τον πειθαρχικό χαρακτήρα δυσμενών κρίσεων, εκφράσεων και εκδηλώσεων, εκτός εάν συνιστούν το πειθαρχικό παράπτωμα της αναξιοπρεπούς ή ασυμβίβαστης προς το λειτούργημα του ιατρού διαγωγής και θ) τα δικαιώματα εμφάνισης, εκπροσώπησης και υπεράσπισης του διωκόμενου.

Άρθρο 336

Γενικές διατάξεις για την πειθαρχική διαδικασία

1. Την ιδιότητα του διωκόμενου αποκτά εκείνος εναντίον του οποίου έχει ασκηθεί πειθαρχική δίωξη, και εκείνος στον οποίο, σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας, αποδίδεται πειθαρχικό αδίκημα.

2. Ο διωκόμενος και ο καταγγέλλων έχουν το δικαίωμα σε οποιοδήποτε στάδιο της πειθαρχικής διαδικασίας να αντιπροσωπεύονται ή να συμπαρίστανται με πληρεξούσιο δικηγόρο. Κατά τη συζήτηση στο Πειθαρχικό Συμβούλιο, αν η μία πλευρά προσέλθει χωρίς πληρεξούσιο δικηγόρο, αυτό δεν αφαιρεί από την άλλη πλευρά το δικαίωμα να εκπροσωπείται ή να συμπαρίσταται με πληρεξούσιο δικηγόρο.

Άρθρο 337

Πειθαρχικά παραπτώματα ιατρών στην αλλοδαπή

1. Τα Πειθαρχικά Συμβούλια των Ιατρικών Συλλόγων είναι αρμόδια και για την εκδίκαση παραπτωμάτων, τα οποία τέλεσε ο ιατρός στην αλλοδαπή, εάν στοιχειοθετούν πειθαρχικά αδικήματα κατά την ελληνική ιατρική νομοθεσία, εάν δεν έχει επιβληθεί στον ιατρό από αλλοδαπό Ιατρικό Σύλλογο ποινή για τις συγκεκριμένες πράξεις και παραλείψεις και εάν δεν έχουν παραγραφεί.

2. Ιατρός, ο οποίος, λόγω πειθαρχικής ποινής, καταδικάζεται σε προσωρινή ή οριστική παύση άσκησης επαγγέλματος σε ένα κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο οποίο ασκούσε το ιατρικό επάγγελμα, δεν έχει το δικαίωμα να εγγραφεί σε Ιατρικό Σύλλογο της ημεδαπής μέχρι να εκτίσει το σύνολο της ποινής που του έχει επιβληθεί. Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. οφείλει αμελλητί και το αργότερο εντός τριών (3) εργασίμων ημερών από τη γνωστοποίησή της στον Π.Ι.Σ. να κοινοποιεί σε όλους του Ιατρικούς Συλλόγους κάθε απόφαση επιβολής πειθαρχικής ποινής, που επιβάλλεται σε ιατρό από πειθαρχικό

οργανό κράτους-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

3. Αν η πειθαρχική ποινή έχει επιβληθεί από Ιατρικό Σύλλογο κράτους εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου ο ιατρός ασκούσε τα καθήκοντά του, η εκτέλεση της ποινής και το δικαίωμα της εγγραφής αυτού σε Ιατρικό Σύλλογο της χώρας αποφασίζεται από το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών (Α.Π.Σ.Ι.), το οποίο κρίνει με βάση το αν η πράξη ή η παράλειψη για την οποία επιβλήθηκε η ποινή τιμωρείται σύμφωνα με το ελληνικό πειθαρχικό δίκαιο.

Άρθρο 338

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Οποιαδήποτε απόφαση αντίθετη με τις διατάξεις του ν. 3418/2005 (Α'287) είναι άκυρη. Αν στη λήψη των αποφάσεων αυτών έχουν συμμετάσχει ιατροί, υπέχουν πειθαρχικές ευθύνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Άρθρο 339

Αντιποίηση ιατρικού λειτούργηματος

1. Με φυλάκιση μέχρι ενός (1) έτους και με χρηματική ποινή μέχρι είκοσι χιλιάδες (20.000) ευρώ τιμωρείται όποιος με σκοπό την αποκόμιση παράνομου περιουσιακού οφέλους χρησιμοποιεί τον τίτλο του ιατρού χωρίς να έχει πτυχίο ιατρικής σχολής ημεδαπού πανεπιστημίου ή αναγνωρισμένο πτυχίο αλλοδαπού πανεπιστημίου.

2. Κάθε πρόσωπο, το οποίο, χωρίς να διαθέτει τα προβλεπόμενα προσόντα προς άσκηση της ιατρικής, με σκοπό να αποκομίσει παράνομο περιουσιακό όφελος είτε του ιδίου είτε τρίτου επιλαμβάνεται έστω και με την παρουσία ιατρού της διάγνωσης ή θεραπείας ασθενών είτε με προσωπικές ενέργειες είτε με προφορικές ή γραπτές συμβουλές είτε με αλληλογραφία, τοιχοκόλλητη αγγελιών ή πάσης φύσεως δημοσιεύσεις θεωρείται ότι ασκεί παράνομως την ιατρική και τιμωρείται με τις ποινές της παραγράφου 1.

2. Θεωρείται ως θεραπευτική επέμβαση και τιμωρείται με τις ίδιες ποινές της παρ. 1 κάθε πράξη, η οποία τελείται για αισθητικούς λόγους, όταν για αυτή χρησιμοποιούνται χειρουργικά μέσα ή μηχανήματα, τα οποία με φυσικούς ή χημικούς παράγοντες μπορούν να συντελέσουν στον καθορισμό διαγνώσεως ή εφαρμογή θεραπείας.

3. Με φυλάκιση μέχρι έξι (6) εβδομάδων και χρηματική ποινή μέχρι πέντε χιλιάδων (5.000) ευρώ τιμωρείται εκείνος, ο οποίος, ενώ είναι πτυχιούχος ιατρικής σχολής ημεδαπού Πανεπιστημίου ή άλλης ισότιμης Πανεπιστημιακής Σχολής αλλοδαπού πανεπιστημίου, ασκεί την ιατρική χωρίς την απαιτούμενη κατά τις διατάξεις του νόμου βεβαίωση ή ασκεί την ιατρική, ενώ η χορηγηθείσα σε αυτόν βεβαίωση ανακλήθηκε ή βρίσκεται υπό αναστολή ή αυτός είναι συνταξιούχος.

Άρθρο 340

Μεταβατικές διατάξεις

Οι εσωτερικοί κανονισμοί των Ιατρικών Συλλόγων προσαρμόζονται με τις διατάξεις του παρόντος μέσα σε προθεσμία δώδεκα (12) μηνών από την έναρξη ισχύος του.

Άρθρο 341

Καταργούμενες διατάξεις

Από την έναρξη ισχύος του παρόντος καταργούνται ο α.ν. 1565/1939 (Α'16), το β.δ. 11.10/7.11.1957 (Α'228), το ν.δ. 4111/1960 (Α' 163) και ο ν. 727/1977 (Α'308).

Άρθρο 342

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Συνεισφορά \$271 εκ. στο εγχώριο ΑΕΠ από τη Novartis

- Δημιουργία περίπου 2.000 θέσεων εργασίας, άμεσων, έμμεσων και επαγόμενων
- Δημιουργία \$469 εκ. κοινωνικής αξίας μέσα από 43 θεραπείες

Η Novartis Hellas συνεισέφερε \$271 εκ. στο ΑΕΠ της χώρας το 2018 και δημιούργησε περίπου 2.000 άμεσες, έμμεσες και επαγόμενες θέσεις εργασίας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης Αξιολόγησης Επίδρασης (Impact Valuation) της μητρικής εταιρείας στις χώρες δραστηριοποίησής της. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την ισχυρή συμβολή της Novartis στην εγχώρια οικονομία καθώς και τη δέσμευσή της στους Έλληνες ασθενείς και στην ελληνική κοινωνία ευρύτερα.

«Παρά τις προκλήσεις, παραμένουμε προσπωμένοι στο στόχο μας να δημιουργούμε προστιθέμενη αξία στις κοινωνίες όπου δραστηριοποιούμαστε.

Είμαστε υπερήφανοι για το αποτύπωμά μας και με όχημα την καινοτομία δεσμευόμαστε να συνεχίσουμε το έργο μας», δήλωσε η **Πρόεδρος και Διευθύνουσα Σύμβουλος της Novartis Hellas Susanne Kohout**.

Τη σημασία της επιστημονικής καινοτομίας για την δημιουργία αξίας στην Ελλάδα, υπογράμμισε ο Δρ. Γρηγόρης Ρομπόπουλος, Επικεφαλής του Ιατρικού Τμήματος και Ιατρός Ενδοκρινολόγος, εστιάζοντας στη σημαντική συμβολή της εταιρείας στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των Ελλήνων.

Η μελέτη Impact Valuation βασίζεται σε μια μεθοδολογία που έχει πρόσφατα αναπτυχθεί από τη Novartis διεθνώς για την αποτίμηση της επίδρασης της επιχειρηματικής δραστηριότητας στην κοινωνία, συμπεριλαμβανομένων οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων.

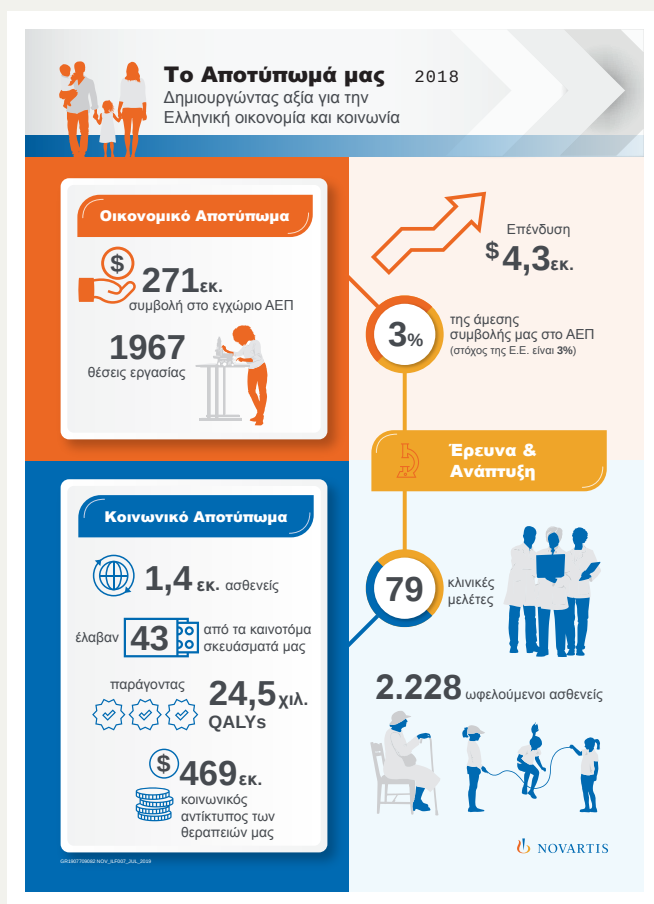
Τα αποτελέσματα έχουν στόχο να αποτυπώσουν την κοινωνική αξία που παράγει η εταιρεία, πέρα από τις οικονομικές της επιδόσεις, λαμβάνοντας υπόψη τη συνολική επίδραση για την κοινωνία σε νομισματικούς όρους.

Οι παράμετροι που διαμορφώνουν την οικονομική επίδραση είναι η συμβολή της στο εγχώριο ΑΕΠ, στην απασχόληση και η δημοσιονομική συνεισφορά.

Η ανάλυση σχετικά με την κοινωνική επίδραση των καινοτόμων θεραπειών της Novartis πραγματοποιήθηκε από το Wifor Institute, έναν ανεξάρτητο φορέα με ειδίκευση στην οικονομική έρευνα και έδρα στη Γερμανία.

Ευθυγραμμισμένη με το παγκόσμιο όραμα του Οργανισμού να βοηθήσει τους ανθρώπους να ζουν περισσότερο και με καλύτερη ποιότητα ζωής, η Novartis Hellas προχώρησε το 2018 σε σημαντικές επενδύσεις στον τομέα Έρευνας και Ανάπτυξης, αξίας \$4,3 εκ.

Η εταιρεία πραγματοποίησε 79 κλινικές μελέτες, με ωφελούμενους περισσότερους από 2.000 Έλληνες ασθενείς. Διέθεσε τουλάχιστον



43 θεραπείες (καθιερωμένες και καινοτόμες) σε 1,4 εκ. ασθενείς, προσθέτοντας 24,5 χιλ. QALYs (Ποιοτικής Σταθμισμένα Έτη Ζωής).

Ο **κοινωνικός αντίκτυπος** αυτών των θεραπειών, μέσω της συνεισφοράς του υγιούς πληθυσμού στο ΑΕΠ της χώρας, έφθασε στα \$469 εκ.

Προσυπογράφοντας το δικαίωμα κάθε ανθρώπου στην υγεία, η εταιρεία υλοποίησε 5 προγράμματα υποστήριξης ασθενών με σημαντικά νοσήματα (ογκολογικά, νευρολογικά και ρευματολογικά νοσήματα) με ωφελούμενους περίπου 1.500 ασθενείς.

Παράλληλα, στήριξε το έργο 18 ενώσεων ασθενών, προχώρησε σε δωρεές φαρμάκων και συνέβαλε στο ερευνητικό έργο σε δημόσια νοσοκομεία, πανεπιστημιακά ιδρύματα και επιστημονικές εταιρείες.

Η Susanne Kohout υπογράμμισε επιπλέον τη δέσμευση της Novartis Hellas στην υπεύθυνη επιχειρηματικότητα δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού και της απασχόλησης.

Μέσω του προγράμματος «Ανοιχτά Φτερά», που υλοποιήθηκε σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Βιομηχανικής και Επιχειρησιακής Επιμόρφωσης & Κατάρτισης (Ι.Β.ΕΠ.Ε.-ΣΕΒ), 200 νέοι άνεργοι πτυχιούχοι, 5 ειδικότητες, είχαν την ευκαιρία να ενισχύσουν τη θέση τους στο εργασιακό περιβάλλον.

Μέσα από αυτή την πρωτοβουλία 152 από τους συμμετέχοντες έλαβαν ειδική πιστοποίηση, ενώ ποσοστό μεγαλύτερο του 17% αποκαταστάθηκε επαγγελματικά.

Η Novartis Hellas προγραμματίζει αντίστοιχες πρωτοβουλίες τη διετία 2019-2020, με έμφαση στην παροχή ίσων ευκαιριών, ανάπτυξης ικανοτήτων και εθελοντισμού των εργαζομένων.



Novartis Hellas

Changing the practice of medicine

Στη Novartis, αξιοποιούμε στο έπακρο τη δύναμη της καινοτομίας στην επιστήμη για να αντιμετωπίσουμε μερικά από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν την κοινωνία στο χώρο της υγείας.

Δεν σταματάμε ποτέ να αναζητούμε με πάθος νέους τρόπους που θα βοηθούν τους ασθενείς να ζουν περισσότερο και καλύτερα.

Νεότεροι αντιδιαβητικοί παράγοντες & καρδιαγγειακά νοσήματα

ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΚΟΛΙΑΣΤΑΣΗΣ, ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΧΑΡΑ ΜΥΣΤΑΚΙΔΗ,
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΣΙΑΣΟΣ, ΕΥΑΝΘΙΑ ΜΠΛΕΤΣΑ,
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Κ. ΣΤΑΜΠΟΥΛΟΓΛΟΥ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΑΤΖΙΑΣ,
ΠΕΤΡΟΣ ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ
Α' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ιπποκράτειο"

Ο σακχαρώδης διαβήτης πολλές φορές συνυπάρχει με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να είναι τόσο μικρο-αγγειακές (νεφροπάθεια, νευροπάθεια και αμφιβληστροειδοπάθεια) όσο και μακρο-αγγειακές οι οποίες καθορίζουν τόσο τη νοσηρότητα όσο και τη θνησιμότητα των ασθενών. Οι σωστή μεταβολική ρύθμιση του σακχάρου αίματος (έλεγχος με HbA1c) επιτυγχάνει βελτίωση των μικρο-αγγειακών επιπλοκών. Μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχαν αποτελεσματικές αντι-διαβητικές θεραπείες που να επιτυγχάνουν όφελος όσον αφορά την εκδήλωση των μακρο-αγγειακών επιπλοκών και ιδιαίτερα της περιφερικής αρτηριακής νόσου και της στεφανιαίας νόσου. Ο σχεδιασμός τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών τα τελευταία χρόνια με σκοπό να αναδείξει τα φάρμακα που μειώνουν όχι μόνο τη γλυκόζη αίματος αλλά που επιτυγχάνουν και επιπρόσθετο καρδιαγγειακό όφελος έχει οδηγήσει στη χρήση νεότερων αντι-διαβητικών παραγόντων. Ιδιαίτερα οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT2) και οι αναστολείς του ομοιοζόντος με τη γλυκαγόνη πεπτιδίου 1 (GLP-1 analogues) μπορούν να μειώσουν όχι μόνο την ολική και καρδιαγγειακή θνησιμότητα αλλά και την εκδήλωση καρδιακής ανεπάρκειας. Αντίθετα οι αναστολείς της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης 4 (DPP-4) πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή ιδιαίτερα σε πάσχοντες από καρδιακή ανεπάρκεια.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια από τις πιο κοινές χρόνιες ασθένειες και αποτελεί σοβαρό πρόβλημα υγείας στον παγκόσμιο πληθυσμό, σήμερα ένας στους έντεκα ενήλικες πάσχει από διαβήτη. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΑΝ) αποτελούν την πρωταρχική αιτία θανάτου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη¹ (Εικόνα 1).

Το ενδοθήλιο των ασθενών με ΣΔ-2 είναι πιο ευαίσθητο στη δημιουργία αθηροσκληρωτικών πλάκων σε σχέση με αυτό των μη διαβητικών². Η υπεργλυκαιμία, τα αυξημένα επίπεδα ελεύθερων λιπα-

ρών οξέων και η ινσουλινοαντίσταση που παρατηρούνται σε διαβητικούς ασθενείς, προκαλούν οξειδωτικό στρες και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία³⁻⁵. Μελέτες δείχνουν μειωμένη ενδοθηλιο-εξαρτώμενη αγγειοδιαστολή των στεφανιαίων και περιφερικών αγγείων σε ασθενείς με ΣΔ⁶⁻⁹. Εκτός από την μειωμένη αγγειοδιασταλτική λειτουργία, ο διαβήτης συνδέεται επίσης με αυξημένα επίπεδα του αναστολέα του ενεργοποιήτη πλάσμινογόνου-1¹⁰⁻¹², αντικατοπτρίζοντας έναν προ-φλεγμονώδη και υπερ-θρομβωτικό φαινότυπο του ενδοθη-

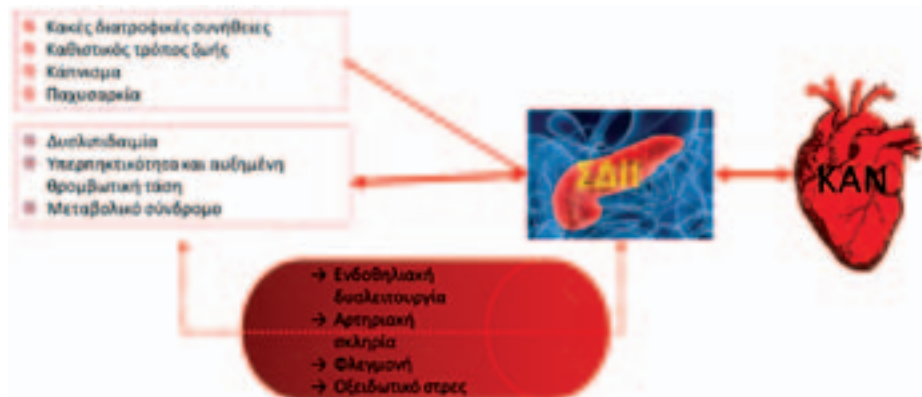
λίου. Επιπλέον, ο σακχαρώδης διαβήτης συσχετίζεται αρνητικά με την ελαστικότητα των μεγάλων αρτηριών έναν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα καρδιαγγειακών συμβαμάτων¹³⁻¹⁹.

Μέχρι πρόσφατα, και παρά την μεγάλη σχέση σακχαρώδη διαβήτη και καρδιαγγειακών νοσημάτων, δεν υπήρχε πληθώρα μεγάλων προοπτικών τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών (randomized clinical trials RCTs), σε διαβητικούς με ΚΑΝ. Η κατάσταση, ωστόσο, άλλαξε μετά από την εντολή του 2008 του οργανισμού τροφίμων και φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA), σύμφωνα με την οποία όλοι οι νέοι υπογλυκαιμικοί παράγοντες πρέπει να αποδειχθούν ασφαλείς για το καρδιαγγειακό προτού γίνει έγκριση της κλινικής τους χρήσης. Επομένως, πολλές νέες αντιδιαβητικές θεραπείες έχουν μελετηθεί σε τυχαιοποιημένες (placebo controlled) έρευνες σχετικά με την επίδραση στο καρδιαγγειακό, δίνοντας βάση σε ασθενείς με προϋπάρχουσα ΚΑΝ ή με υψηλό κίνδυνο για ΚΑΝ. Η ανασκόπηση που ακολουθεί, αναφέρεται συνοπτικά στις μελέτες αυτές.

Παθοφυσιολογικές διαταραχές και αγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη

Οι κύριες παθοφυσιολογικές διαταραχές του σακχαρώδη διαβήτη αφορούν την ανεπαρκή λειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος και την αντίσταση στη δράση ινσουλίνος του μυϊκού ιστού και στο ήπαρ. Σε αυτούς τους τρεις βασικούς μηχανισμούς έρχονται να προστεθούν και νεότερα δεδομένα όπως η διαταραχή στην δράση της ινσουλίνος στον λιπώδη ιστό με αυξημένη λιπόλυση, η αυξημένη έκκριση γλυκαγόνης, η διαταραχή στην έκκριση και στην δράση των ινκρετινών, η αυξημένη επαναρρόφηση γλυκόζης από το νεφρό και διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος. Στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (όπως και στην παχυσαρκία), υπάρχει αντίσταση τόσο του μυϊκού ιστού όσο και του λιπώδους ιστού στην αγγειοδιασταλτική δράση της ινσουλίνος με αποτέλεσμα επιδείνωση του μεταβολισμού της γλυκόζης στους περιφερικούς ιστούς αλλά και διαταραχή των ενζύμων (HSL και LPL) που συμμετέχουν στο μεταβολισμό των λιπιδίων. Πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν ότι η διαταραχή στη ροή του αίματος αποτελεί πολύ πρωίμια διαταραχή στο σακχαρώδη διαβήτη, αφού παρατηρείται ακόμη και σε άτομα με διαταραχή ανοχής

στη γλυκόζη αλλή και σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό διαβήτη. Ο γαστρεντερικός σωλήνας εκκρίνει πολλά πεπτίδια τα οποία ρυθμίζουν την απορρόφηση και μεταβολική διαχείριση των συστατικών της τροφής. Το Glucagon-like peptide 1 (GLP-1) και το Glucose-dependent insulintropic peptide (GIP), γνωστά και ως ινκρετίνες, δρουν στα παγκρεατικά νησίδια. Το GLP-1 είναι το πιο σημαντικό και δρα στα β-κύτταρα όπου διεγείρει την έκκριση ινσουλίνης, αλλή και στα α-κύτταρα όπου καταστέλλει την έκκριση γλυκαγόννης. Οι δράσεις αυτές εξαρτώνται άμεσα από τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Στο διαβήτη η απάντηση των β- και α-κυττάρων στο GLP-1 είναι παθολογική και συμβάλλει, κυρίως μετά το γεύμα, στη δημιουργία υποινσουλιναϊμίας και υπεργλυκαιμίας. Οι νεφροί παίζουν σημαντικό ρόλο στην ομοιοστασία της γλυκόζης. Στα υγιή άτομα, το 99% της γλυκόζης που καθημερινά διηθείται μέσω του σπειράματος, επαναρροφάται και επιστρέφει στην κυκλοφορία του αίματος. Η επαναρρόφηση αυτή γίνεται κυρίως στο εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο, με τη διαμεσοθήληση ειδικών πρωτεϊνών-μεταφορέων, των ηλεγόμενων συνμεταφορέων νατρίου-γλυκόζης (sodiumglucose co-transporters [SGLTs]). Οι SGLT2 είναι μεταφορείς γλυκόζης που βρίσκονται στα εγγύς εσπειραμένα σωληνάρια και είναι υπεύθυνοι για το 90% της επαναρρόφησης γλυκόζης. Πειραματικά δεδομένα σε ζώα αλλή και σε καλλιέργειες αν-



Εικόνα 1: Αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, παραγόντων που σχετίζονται με τις συνήθειες τρόπου ζωής μεταβολικών και αγγειακών παραγόντων για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων σε πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη

θρώπων κυττάρων έχουν δείξει ότι η μέγιστη ικανότητα επαναρρόφησης γλυκόζης από το νεφρό για τη γλυκόζη αυξάνεται περίπου κατά 20% στο σακχαρώδη διαβήτη, λόγω αύξησης της ενεργότητας των SGLT2. Έτσι στα άτομα με ΣΔ2 ο μηχανισμός αυτός της αυξημένης επαναρρόφησης γλυκόζης, αντί να επιτρέψει στο νεφρό να αποβάλει την περίσσεια γλυκόζης στα ούρα, επιδεινώνει περαιτέρω την υπεργλυκαιμία. Επιπλέον το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι σημαντικός ρυθμιστής του μεταβολισμού. Φαίνεται ότι στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπάρχει αντίσταση στην ανορεκτική δράση της ινσουλίνης αλλή και διαταραχή στην έκκριση νευροενδοκρινικών ορμονών

με αποτέλεσμα διαταραχή στη ρύθμιση της όρεξης και του κορεσμού, υπερφαγία και παχυσαρκία. Ο υποθάλαμος συντονίζει τους μηχανισμούς που έχουν να κάνουν με την έκκριση της ινσουλίνης αλλή και την ενδογενή παραγωγή γλυκόζης συντονίζοντας στο ήπαρ τις δράσεις ινσουλίνης - γλυκόζης - ελεύθερων λιπαρών οξέων. Επίσης, μειωμένη δράση ινσουλίνης στον υποθάλαμο μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση πρόσληψης τροφής και παχυσαρκία. Επιπρόσθετα, το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα ρυθμίζουν το μεταβολισμό της γλυκόζης (άμεσα μέσω νευρικών οδών και έμμεσα μέσω της κυκλοφορίας) επηρεάζοντας την έκκριση ινσου-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ SGLT 2

Μελέτη	Χαρακτηριστικά Πληθυσμού Μελέτης	Αριθμός συμμετεχόντων	Διάρκεια παρακολούθησης	Λόγος κινδύνου (HR) Καρδιαγγειακής θνησιμότητας;	Λόγος κινδύνου (HR) Ολικής Θνησιμότητας	Λόγος κινδύνου (HR) Νοσηλείας λόγω ΚΑ
Empagliflozin EMPA-REG [32]	ΕΜ, πολυαγγειακή ΣΝ, ΣΝ με ισχαιμία ή Ασταθή στηθάγχη, ΑΕΕ, ΠΑΝ	7.002	3,1 έτη	↔	↔	↑
Canagliflozin CANVAS [34]	≥30 ετών με ασυμπτωματική αθηροσκληρωτική ΣΝ. ≥50 ετών με ≥2 από τα εξής: διαβήτης για ≥10έτη, κάπνισμα, ΣΑΠ>140mmHg ανυπερτασική αγωγή, μικρο/μακροαλβουμινουρία, HDL<38,7mg/dl	10.142	3,6 έτη	↔	↔	↔
Dapagliflozin [35]	Ασθενείς με ΣΔ2 σε αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο	17.160	4,2 έτη	↔	↔	↓

ΚΑ: Καρδιακή ανεπάρκεια, ΣΝ: Στεφανιαία νόσος, ΑΕΕ: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΠΑΝ: Περιφερική Αρτηριακή νόσος, ΕΜ: Έμφραγμα Μυοκαρδίου, ΣΑΠ: Συστολική Αρτηριακή Πίεση

↑: Αύξηση λόγου κινδύνου

↓: Μείωση λόγου κινδύνου;

↔: Μη στατιστικά σημαντική μεταβολή του λόγου κινδύνου

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ DDP-4

Μελέτη	Χαρακτηριστικά Πληθυσμού Μελέτης	Αριθμός συμμετεχόντων	Διάρκεια παρακολούθησης	Λόγος κινδύνου (HR) Καρδιαγγειακής θνησιμότητας;	Λόγος κινδύνου (HR) Ολικής Θνησιμότητας	Λόγος κινδύνου (HR) Νοσηλείας λόγω ΚΑ
Saxagliptin SAVOR-TIMI53 [39]	Ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο ή αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου	16.492	2.1 έτη	↔	↔	↑
Alogliptin EXAMINE [40]	Ασθενείς με πρόσφατο ΟΣΣ	5.380	1.5 έτη	↔	↔	↔
Sitagliptin TECOS [41]	ΣΝ, ΑΕΕ, ΠΑΝ	14.671	3 έτη	↔	↔	↔

ΚΑ: Καρδιακή ανεπάρκεια, ΟΣΣ: Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο, ΣΝ: Στεφανιαία νόσος, ΑΕΕ: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΠΑΝ: Περιφερική Αρτηριακή νόσος

↑: Αύξηση λόγου κινδύνου

↓: Μείωση λόγου κινδύνου;

↔: Μη στατιστικά σημαντική μεταβολή του λόγου κινδύνου

ρίνης - γλυκαγόνος και την ηπατική παραγωγή γλυκόζης²⁰ (Εικόνα 2).

Σημαντικός είναι ο διαχωρισμός στη μελέτη των μικρο- και μακροαγγειακών επιπτώσεων του διαβήτη, καθώς τα μέχρι τώρα δεδομένα σχετικά με τις παραδοσιακές αντιδιαβητικές θεραπείες αναδεικνύουν θετική επίδραση στις πρώτες, αλλά όχι απαραίτητα στις δεύτερες. Τα υπογλυκαιμικά φάρμακα μέσω ποικίλων μηχανισμών μειώνουν τη γλυκόζη του αίματος και ελαττώνουν αποτελεσματικά τη βλάβη οργάνων στόχων, όπως η νεφροπάθεια, η νευροπάθεια και η αμφωβληντροειδοπάθεια²¹.

²². Δεν υπάρχουν, ωστόσο, σαφή και πειστικά στοιχεία που να αποδεικνύουν σχέση μεταξύ μείωσης γλυκαιμικού φορτίου (όπως καθορίζεται από τις τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης) και της μείωσης του καρδιαγγειακού κινδύνου με τα παραδοσιακά φάρμακα²³⁻²⁶. Κάποιες ωφέλιμες επιδράσεις αυτών, επιπροσθέτως, μετρίζονται από τα επεισόδια υπογλυκαιμίας²⁷.

Σημαντικό είναι ότι κάποια αντιδιαβητικά φάρμακα, ενώ μειώνουν αποτελεσματικά τη γλυκόζη αίματος, παραδόξως αυξάνουν τα καρδιαγγειακά συμβάματα²⁸⁻³⁰. Ο αυξημένος κίνδυνος καρδιακής ανεπάρκειας και ανησυχία σχετικά με εμφράγματα μυοκαρδίου με τη χρήση των θειαζολιδινεδιονών (ροσιγλιταζόνη και πιογλιταζόνη), οδήγησαν σε υψηλή εγρήγορση κατά τη χρήση αυτών των κατά τα άλλα αποτελεσματικών φαρμάκων και σε σημαντική μείωση της χορήγησής τους.

Αναστολείς συµμεταφορών νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT2)

Οι συµμεταφορές νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT2), αποτελούν μικρής συγγένειας, υψηλής δραστηριότητας συµμεταφορές νατρίου-γλυκόζης στα εγγύς νεφρικά σωληνάκια και είναι υπεύθυνοι για την επαναρρόφηση της γλυκόζης. Οι αναστολείς SGLT2 είναι από του στόματος χορηγούμενα φάρμακα που αναστέλλουν τον υποδοχέα και παρεμποδίζουν την επαναρρόφηση της γλυκόζης, αυξάνοντας έτσι την απέκκρισή της με τα ούρα (γλυκοζουρία). Ως αποτέλεσμα, έχουν διουρητικές ιδιότητες, ενισχύουν την απώλεια βάρους και τη μείωση της αρτηριακής πίεσης με την απέκκριση νατρίου και ύδατος³¹ (Πίνακας 1).

Η μελέτη καρδιαγγειακών αποτελεσμάτων/συμβαμάτων στον διαβήτη τύπου II EMPA-REG OUTCOME (Empagliflozin Cardiovascular Outcome Event Trial in Type 2 Diabetes Mellitus Patients), αξιολόγησε τις καρδιαγγειακές επιδράσεις 10mg και 25mg εμπαγλιφλοζίνης προσιθέμενα στην τυπική αγωγή διαβητικών ασθενών με γνωστή ΚΑΝ και επέδειξε εντυπωσιακά αποτελέσματα³². Το πρωτογενές σύνθετο καταληκτικό σημείο καρδιαγγειακού θανάτου, εμφράγματος μυοκαρδίου και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου συνέβη λιγότερο συχνά με την εμπαγλιφλοζίνη (10,5% σε σύγκριση με 12,1% της ομάδας placebo; p=0,04 υπεροχής). Η διαφορά αυτή προέκυψε κυρίως από τη μείωση του καρδιαγγειακού θα-

νάτου (3,7% vs 5,9%; p<0.001), χωρίς ι-διαίτερες διαφορές στα εγκεφαλικά επεισόδια και εμφράγματα. Η ολική θνησιμότητα ήταν, επίσης, μειωμένη με την εμπαγλιφλοζίνη (5,7% vs 8,3%; p<0,001). Το πιο ενδιαφέρον ήταν η μείωση των εισαγωγών λόγω καρδιακής ανεπάρκειας κατά 35% στις ομάδες που έλαβαν εμπαγλιφλοζίνη (2,7% vs 4,1%; p=0.002). Το τελευταίο αποτελεί μια μεγάλη διαφορά σε σχέση με τα κλασικά αντιδιαβητικά φάρμακα που είχαν ουδέτερη ή αυξημένη επίπτωση στις εισαγωγές λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (ροσιγλιταζόνη, σαξαγλιπτίνη). Ως εκ τούτου τα ευεργετικά στο καρδιαγγειακό αποτελέσματα της εμπαγλιφλοζίνης εμφανίστηκαν νωρίτερα σε σύγκριση με τα ανάλογα GLP1 (όπως λιραγλουτίδη), υποδηλώνοντας πολύ περισσότερο αιμοδυναμικές αλλαγές (αυξημένη διούρηση, αύξηση αιματοκρίτη και αύξηση της διαθεσιμότητας οξυγόνου και ενεργειακών υποστρωμάτων στο μυοκάρδιο), παρά αντι-αθηροσκληρωτικές. Η σημαντικότητα των αποτελεσμάτων αυτών στην καρδιακή ανεπάρκεια της μελέτης EMPA-REG OUTCOME, έχουν αμφισβητηθεί λόγω έλλειψης στοιχείων βιοδεικτών της καρδιακής λειτουργίας (όπως κοιλιακό νατριουρητικό πεπτίδιο), τα οποία κατά κανόνα μετρούνται στις άλλες μελέτες καρδιακής ανεπάρκειας. Επιπροσθέτως, σε μια υποανάλυση, οι εισαγωγές ήταν μειωμένες στατιστικώς σημαντικά σε ασθενείς που δεν έπασχαν από καρδιακή ανεπάρκεια και όχι στους ή-

δη πάσχοντες²⁵. Κλινικές δοκιμές που μελετούν συγκεκριμένα επιδράσεις στην καρδιακή ανεπάρκεια βρίσκονται εν εξέλιξη³³.

Η καναγλιφλοζίνη είναι ο δεύτερος αναστολέας SGLT2 που μελετήθηκε σε κλινική δοκιμή καρδιαγγειακής ασφάλειας (CANVAS CANagliflozin cardiovascular Assessment Study)³⁴ και τα αποτελέσματα σχετικά με τη μείωση των νοσηλείων λόγω καρδιακής ανεπάρκειας συνάδουν με αυτά της EMPA-REG OUTCOME (5,5% vs 8,7%). Η καναγλιφλοζίνη φάνηκε ανώτερη από το placebo στη μείωση του πρωτογενούς σύνθετου καταληκτικού σημείου καρδιαγγειακού θανάτου, εμφράγματος μυοκαρδίου και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (26,9% vs 31,5%; $p=0.02$), αλλά δεν έδειξε όφελος σε κάθε ένα σημείο ξεχωριστά. Η μείωση, ωστόσο στην εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας ήταν όμοια με αυτή της εμπαγλιφλοζίνης στην EMPA-REG OUTCOME.

Πρόσφατα ανακοινώθηκαν και τα αποτελέσματα ενός άλλου αναστολέως των SGLT2 της δαφαγλιφλοζίνης (Dapagliflozin) σε 17.000 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο³⁵. Επίσης από τη μελέτη αυτή επιβεβαιώθηκε ότι η δαφαγλιφλοζίνη είναι ασφαλής σε ασθενείς με καρδιαγγειακό κίνδυνο μπορεί δε να μειώσει την καρδιαγγειακή θνησιμότητα και τη νοσηλεία λόγω καρδιακής ανεπάρκειας.

Εκτός από τα καρδιαγγειακά ωφέλη μέ-



Εικόνα 2: Δράσεις των νεότερων αντιδιαβητικών παραγόντων

σω της ωσμωτικής διούρησης, μείωσης του σωματικού βάρους, της αρτηριακής σκληρίας και του μεταφορτίου και μεσω γενικότερης προσαρμογής του καρδιο-νεφρικού άξονα, οι αναστολείς SGLT2 επιβραδύνουν την εξέλιξη της νεφρικής νόσου και καθυστερούν την πορεία προς αιμοκάθαρση^{33, 36}. Αυτό αποτελεί πολύτιμο πλεονέκτημα, καθώς στους διαβητικούς η νεφρική νόσος είναι σημαντικός παράγοντας νοσηρότητας

και θνητότητας.

Οι κλινικοί ιατροί που συταγογραφούν αναστολείς SGLT2, δεν πρέπει να αγνοούν κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Δεδομένης της γλυκοζουρίας που προκαλείται, είναι συχνές μυκητιασικές επιφανειακές δερματικές λοιμώξεις (κυρίως σε γυναίκες και μη περιτομηθέντες άνδρες). Επιπλέον, πιθανόν σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων ουροποιητικού και διαβητικής κετοξέ-

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΑΝΑΛΟΓΑ GLP-1

Μελέτη	Χαρακτηριστικά Πληθυσμού Μελέτης	Αριθμός συμμετεχόντων	Διάρκεια παρακολούθησης	Λόγος κινδύνου (HR) Καρδιαγγειακής θνησιμότητας;	Λόγος κινδύνου (HR) Ολικής Θνησιμότητας	Λόγος κινδύνου (HR) Νοσηλείας λόγω ΚΑ
Lixisenatide ELIXA [42]	ΟΣΣ που απαιτεί νοσηλεία τις τελευταίες 180 ημέρες	6,068	2,1 έτη	↔	↔	↔
Liraglutide LEADER [43]	≥50 ετών με ΣΝ, ΠΑΝ, ΚΑ ή ΧΝΝ σταδίου ≥3, ≥60 ετών με μικροαλβουμινουρία/ηρωτεινουρία, υπέρταση με υπερτροφία ΑΚ, δυσλιπιδαιμία ΑΚ ή ΣΒΔ <0,9	9,340	3,8 έτη	↓	↓	↔
Semaglutide SUSTAIN-6 [44]	≥50 ετών με ΚΑΝ, ΣΝ, ΠΑΝ, ΚΑ ή ΧΝΝ σταδίου ≥3, ≥60 ετών με μικροαλβουμινουρία/ηρωτεινουρία, υπέρταση με υπερτροφία ΑΚ, δυσλιπιδαιμία ΑΚ ή ΣΒΔ <0,9	3,297	2 έτη	↔	↔	↔
Exenatide EXSCEL [45]	ΚΑΝ (73%): ΣΝ, ισχαιμικό ΑΕΕ, ≥50% στένωση καρωτίδων ή ΠΑΝ	14,752	3,2 έτη	↔	↓	↔

ΚΑ: Καρδιακή ανεπάρκεια, ΟΣΣ: Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο, ΣΝ: Στεφανιαία νόσος, ΑΕΕ: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΠΑΝ: Περιφερική Αρτηριακή νόσος, ΧΝΝ: Χρόνια Νεφρική Νόσος, ΑΚ: Αριστερή Κοιλία, ΣΒΔ: Σφυροβραχιόνιος δείκτης

↑: Αύξηση λόγου κινδύνου

↓: Μείωση λόγου κινδύνου;

↔: Μη στατιστικά σημαντική μεταβολή του λόγου κινδύνου

ωσης (σπάνια). Ανησυχητικά ήταν τα αυξημένα επεισόδια καταγμάτων και ακρωτηριασμών στη μελέτη CANVAS. Ο FDA εξέδωσε προειδοποίηση να αποφεύγεται η καναγλιφλοζίνη σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για ακρωτηριασμό³⁷.

Αναστολείς της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης 4 (DPP-4)

Οι αναστολείς της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης 4 (DPP-4) δρουν μέσω επιμήκυνσης της δράσης του ομοιάζοντος με τη γλυκαγόνη πεπτιδίου-1 (GLP-1), του γαστρικού ανασταλτικού πεπτιδίου καθώς και μίας σειράς άλλων ιντεγκρινών αναστέλλοντας την αποδόμησή τους.

Τα αντιδιαβητικά φάρμακα αυτής της κατηγορίας επιτυγχάνουν μικρή μόνο μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) αλλά αποτελούν ελκυστικούς φαρμακευτικούς παράγοντες καθώς δεν προκαλούν υπογλυκαιμία ή αύξηση του σωματικού βάρους³⁸.

Οι αναστολείς DPP-4 που έχουν ελεγ-

χθεί ως προς το καρδιαγγειακό τους αποτέλεσμα είναι η Σαξαγλιπτίνη (Saxagliptin)³⁹, η Αλογλιπτίνη (Alogliptin)⁴⁰ και η Σιταγλιπτίνη (Sitagliptin)⁴¹.

Όπως φάνηκε από τις τρεις μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες που ερευνήσαν τη δράση των φαρμάκων αυτών σε πάνω από 35,000 ασθενείς δεν φάνηκε τα φάρμακα αυτά να αυξάνουν τα καρδιαγγειακά συμβάματα και την καρδιαγγειακή θνησιμότητα ούτε την ολική θνησιμότητα. Παρόλα αυτά δεν φάνηκε να υπάρχει και κάποιο καρδιαγγειακό όφελος (Πίνακας 2).

Ιδιαίτερο προβληματισμό πάντως προκάλεσε η αύξηση της ανάγκης για νοσηλεία ιδιαίτερα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Η μελέτη SAVOR-TIMI 53 (Does Saxagliptin Reduce the Risk of Cardiovascular Events When Used Alone or Added to Other Diabetes Medications) για τη Σαξαγλιπτίνη έδειξε κατά 27% αύξηση της νοσηλείας λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (από 2.8 % για το εικονικό φάρμακο σε 3.5 % για

την ομάδα της Σαξαγλιπτίνης).

Αρχικά η μελέτη EXAMINE (Cardiovascular Outcomes Study of Alogliptin in Patients With Type 2 Diabetes and Acute Coronary Syndrome) για την Αλογλιπτίνη δεν έδειξε ανάλογη αύξηση της νοσηρότητας της καρδιακής ανεπάρκειας.

Μεταγενέστερη υπο-ανάλυση της ίδιας μελέτης έδειξε αύξηση της νοσηρότητας και της ανάγκης νοσηλείας λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (από 1.3% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου σε 2.2% στην ομάδα της Αλογλιπτίνης) σε ασθενείς χωρίς προηγούμενο ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας.

Αντίθετα δεν φάνηκε αντίστοιχη αύξηση σε αυτούς με ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας⁴¹.

Τα δεδομένα αυτά οδήγησαν τον Οργανισμό τροφίμων και φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) να εκδώσει προειδοποίηση για τη Σαξαγλιπτίνη και την Αλογλιπτίνη σχετικά με τον κίνδυνο εκδήλωσης ή επιδείνωσης συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας⁴.



Η εταιρία **ΔΕΜΕΡΤΖΗ Μ. & ΣΙΑ Ε.Ε.** ιδρύθηκε το 1998 και διαθέτει εξειδικευμένο προσωπικό με εμπειρία άνω των 20 χρόνων στην κατασκευή ειδών για τον νοσοκομειακό και ιατρικό τομέα καλύπτοντας τις ανάγκες των πελατών μας τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Εξοπλισμένη με τα πιο σύγχρονα μηχανήματα είναι σε θέση να παράγει ιατρικό ανοξείδωτο εξοπλισμό, όπως εξεταστικές κλίνες, εργαλειοδότριες (τύπου mayo), παραβάν, τροχήλατα τραπέζια, σκαλοπάτια κ.ά., καθώς επίσης και ειδικές ανοξείδωτες κατασκευές διαφόρων διαστάσεων κατόπιν παραγγελίας. Όλα τα προϊόντα κατασκευάζονται σύμφωνα με τις απαιτήσεις των επαγγελματιών που τα χρησιμοποιούν καθημερινά, δίνοντας σημασία στο υλικό κατασκευής, την ασφάλεια και την ευκολία στη χρήση. Ταυτόχρονα η εταιρία εφαρμόζει ένα πιστοποιημένο σύστημα διαχείρισης και ποιότητας κατά **ISO 9001:2015, EN ISO 13485:2016** και **ΔΥ/86/Γ.Π. οικ/1348/2004** ενώ παράλληλα διαθέτει **CE MARK**.



ΔΕΜΕΡΤΖΗ Μ. & ΣΙΑ Ε.Ε.

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ

Θεσσαλονίκης 63, Μοσχάτο - 183 46, Αθήνα, Τηλ: 2105770603

www.e-medicalsupplies.gr, email: info@e-medicalsupplies.gr

➡ Ανάλογα του ομοιάζοντος με τη γλυκαγόνη πεπτιδίου 1 (GLP-1 analogues)

Τα ανάλογα του ομοιάζοντος-με-το-γλυκαγόνη-πεπτιδίου 1 (GLP-1 analogues) αποτελούν μια κατηγορία ενέσιμων υπογλυκαιμικών φαρμάκων που ενεργοποιούν τον ενδογενή GLP-1 υποδοχέα. Διεγείρουν την γλυκοζοεξαρτώμενη έκκριση ινσουλίνης, αναστέλλουν την έκκριση γλυκαγόνου και καθυστερούν την γαστρική κένωση⁴².

Η λιξιθενάτιδη, η λιραγλουτίδη, η σεμαγλουτίδη και η προσφάτως η εξενατίδη έχουν ελεγχθεί σε κλινικές δοκιμές καρδιαγγειακής ασφάλειας (**Πίνακας 3**).

Αυτές είναι η ELIXA (Evaluation of Cardiovascular Outcomes in Patients With Type 2 Diabetes After Acute Coronary Syndrome During Treatment With Lixisenatide)⁴², η LEADER (Liraglutide Effect and Action in Diabetes: Evaluation of Cardiovascular Outcome Results)⁴³, η SUSTAIN-6 (Trial To Evaluate Cardiovascular and Other Long-term Outcomes With Semaglutide in Subjects With Type 2 Diabetes)⁴⁴ και η EXSCEL (Exenatide Study of Cardiovascular Event Lowering Trial)⁴⁵, ενώ η ντουλαγλουτίδη εξετάζεται στην τρέχουσα μελέτη REWIND (Researching Cardiovascular Events With a Weekly Incretin in Diabetes)⁴⁶. Οι μελέτες αυτές δείχνουν εμφανώς ότι τα ανάλογα GLP-1 δεν έχουν όμοιες επιδράσεις. Ενώ η LEADER και η SUSTAIN-6 παρουσίασαν ελάττωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων, η ELIXA δεν ήταν τόσο ενθαρρυντική και τα αποτελέσματα της EXSCEL ήταν οριακά⁴⁷.

Σε διαβητικούς με ιστορικό οξέος στεφανιαίου επεισοδίου το τελευταίο εξάμηνο, η ELIXA έδειξε ουδέτερα αποτελέσματα στο καρδιαγγειακό, όταν η βραχείας δράσης λιξιθενάτιδη (ημερήσια ένεση) προστέθηκε στην αντιδιαβητική θεραπεία.

Εκπληξη προκάλεσαν τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα της LEADER. Η ημερήσια ένεση λιραγλουτίδης δεν ήταν μόνο μικτωτέρη του placebo, αλλά ήταν ανώτερη στη μείωση του σύνθετου πρωτογενούς καταληκτικού σημείου καρδιαγγειακού θανάτου, εμφράγματος μυοκαρδίου και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (13% vs 14,9%; $p=0.01$). Η μείωση αυτή αποδίδεται κυρίως στη σημαντικά ελαττωμένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα (4,7% vs 6%; $p=0.007$). Επιπροσθέτως, η λιραγλουτίδη μείωσε την ολική θνησιμότητα (8,2% vs 9,6%; $p=0.02$).

Η παρατηρούμενη μείωση στην εμφά-

νιση εμφράγματος του μυοκαρδίου και εγκεφαλικών επεισοδίων δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η SUSTAIN-6 που παρουσίασε ομοιότητες στα αποτελέσματα με τη LEADER (**Πίνακας 3**), έδειξε μείωση στο σύνθετο πρωτογενές καταληκτικό σημείο (6,6% vs 8,9%; $p=0.02$), με εβδομαδιαία ένεση σεμαγλουτίδης, η οποία αποδίδεται περισσότερο στη σημαντική ελάττωση των εγκεφαλικών επεισοδίων (1.6% vs 2,7%; $p=0.04$), παρά στην ελάττωση θανάτων και εμφραγμάτων.

Καμία εκ των λιραγλουρίδη και σεμαγλουτίδη δεν μείωσε τις εισαγωγές λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, υποδηλώνοντας διαφορετικό μηχανισμό δράσης από τους αναστολείς SGLT2. Αν και δεν είναι πλήρως κατανοητός, έχει προταθεί ως μηχανισμός η αντι-αθηροθρομβωτική δράση. Πιθανότητα να συμβάλλουν και οι λοιπές ευεργετικές επιδράσεις όπως η μείωση της αρτηριακής πίεσης, η ελάττωση του σωματικού βάρους και η αποφυγή υπογλυκαιμικών επεισοδίων.

Όπως έχει ληχθεί, τα καρδιαγγειακά οφέλη των ανάλογων GLP-1 παρουσιάζουν ανομοιογένεια. Η προσφάτως δημοσιευμένη μελέτη EXSCEL που συνέκρινε εξενατίδη (εβδομαδιαία ένεση) με placebo σε διαβητικούς (το 73% με ήδη εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο) δεν έδειξε ωφέλιμα σημεία. Τα αποτελέσματα της REWIND που μελετά τη ντουλαγλουτίδη αναμένονται στο 2019.

Ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό, λόγω της παράτασης της γαστρικής κένωσης, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στη συνταγογράφηση αυτών των φαρμάκων, καθώς αποτελούν αιτία μειωμένης συμμόρφωσης ή εγκατάλειψης της θεραπείας.

Συμπεράσματα και μελλοντικές κατευθύνσεις

Αν και οι μελέτες που παρουσιάστηκαν, σχεδιάστηκαν για να αποδείξουν την καρδιαγγειακή ασφάλεια των νέων αντιδιαβητικών, άνοιξαν νέο ορίζοντα στη θεραπεία και τη δευτερογενή πρόληψη στους διαβητικούς. Νέες θεραπείες, όπως η εμπαγλιφλοζίνη και η λιραγλουτίδη, μειώνουν όχι μόνο την καρδιαγγειακή, αλλά και την ολική θνησιμότητα σε διαβητικούς με καρδιαγγειακή νοσηρότητα. Ο FDA ενέκρινε αυτά τα φάρμακα για συγκεκριμένες ενδείξεις, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος καρδιαγγειακού θανάτου σε διαβητικούς ενήλικες με

καρδιαγγειακή νοσηρότητα.

Σημειωτέων, οι αναστολείς SGLT2 μειώνουν και τις εισαγωγές λόγω καρδιακής ανεπάρκειας και εφόσον τα αποτελέσματα των εν εξελίξει κλινικών δοκιμών επιβεβαιώσουν το όφελος της εμπαγλιφλοζίνης στην καρδιακή ανεπάρκεια, θα μπορούσε να αποτελεί πιθανή πρόσθετη θεραπεία για ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Η επιλογή της αντιδιαβητικής αγωγής μπορεί να ευνοεί τη χρήση από του στόματος αναστολέων SGLT2, έναντι των ενέσιμων ανάλογων GLP-1. Πιθανότητα, όμως, η ενέσιμη μορφή δεν αποτελεί πρόβλημα για τους ήδη λαμβάνοντες ενέσιμη ινσουλίνη. Διαβητικοί σε κίνδυνο για καρδιαγγειακή νοσηρότητα ή σε υψηλό κίνδυνο για καρδιακή ανεπάρκεια, έχουν πιθανά μεγαλύτερο όφελος από τους αναστολείς SGLT2. Μελλοντικές συγκριτικές μελέτες μεταξύ των παραπάνω φαρμάκων, θα δώσουν περισσότερες απαντήσεις.

Η διαχείριση πέραν του διαβήτη έχει ξεφύγει από τα στενά όρια της ρύθμισης και επίβλεψης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και κατευθύνεται στην ταυτόχρονη μείωση της ολικής και καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας.

Είναι επιβεβλημένο, λοιπόν, οι κλινικοί ιατροί να αποδεχθούν και να προσαρμόσουν στις νέες αποδεδειγμένες ωφέλιμες θεραπευτικές κατευθύνσεις. Αυτό θα οδηγήσει σε στροφή από τις παραδοσιακές αντιδιαβητικές θεραπείες, στον συνδυασμό ή/και στην εναλλαγή με σύγχρονες. Το κόστος, ωστόσο, αποτελεί σημαντικό εμπόδιο που μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωση.

Βιβλιογραφία

1. Benjamin, E.J., et al., *Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association*. Circulation, 2017. **135**(10): p. e146-e603.
2. Tousoulis, D., A.M. Kampoli, and C. Stefanadis, *Diabetes mellitus and vascular endothelial dysfunction: current perspectives*. Curr Vasc Pharmacol, 2012. **10**(1): p. 19-32.
3. Tousoulis, D., et al., *The impact of diabetes mellitus on coronary artery disease: new therapeutic approaches*. Curr Pharm Des, 2009. **15**(17): p. 2037-48.
4. Tousoulis, D., et al., *Effects of insulin resistance on endothelial function: possible mechanisms and clinical implications*. Diabetes Obes Metab, 2008. **10**(10): p. 834-42.
5. Tousoulis, D., et al., *The role of nitric oxide on endothelial function*. Curr Vasc Pharma-

- col, 2012. **10**(1): p. 4-18.
6. McVeigh, G.E., et al., *Impaired endothelium-dependent and independent vasodilation in patients with Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus*. *Diabetologia*, 1992. **35**(8): p. 771-776.
 7. Ting, H.H., et al., *Vitamin C improves endothelium-dependent vasodilation in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus*. *J Clin Invest*, 1996. **97**(1): p. 22-8.
 8. Williams, S.B., et al., *Impaired nitric oxide-mediated vasodilation in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus*. *J Am Coll Cardiol*, 1996. **27**(3): p. 567-74.
 9. Steinberg, H.O., et al., *Obesity/insulin resistance is associated with endothelial dysfunction. Implications for the syndrome of insulin resistance*. *J Clin Invest*, 1996. **97**(11): p. 2601-10.
 10. Keaney, J.F., Jr., et al., *Heritability and correlates of intercellular adhesion molecule-1 in the Framingham Offspring Study*. *J Am Coll Cardiol*, 2004. **44**(1): p. 168-73.
 11. Meigs, J.B., et al., *Hyperinsulinemia, hyperglycemia, and impaired hemostasis: the Framingham Offspring Study*. *Jama*, 2000. **283**(2): p. 221-8.
 12. Meigs, J.B., et al., *Biomarkers of endothelial dysfunction and risk of type 2 diabetes mellitus*. *Jama*, 2004. **291**(16): p. 1978-86.
 13. Laurent, S., et al., *Aortic stiffness is an independent predictor of all-cause and cardiovascular mortality in hypertensive patients*. *Hypertension*, 2001. **37**(5): p. 1236-41.
 14. Boutouyrie, P., et al., *Aortic stiffness is an independent predictor of primary coronary events in hypertensive patients: a longitudinal study*. *Hypertension*, 2002. **39**(1): p. 10-5.
 15. Blacher, J., et al., *Aortic pulse wave velocity as a marker of cardiovascular risk in hypertensive patients*. *Hypertension*, 1999. **33**(5): p. 1111-7.
 16. Guerin, A.P., et al., *Impact of aortic stiffness attenuation on survival of patients in end-stage renal failure*. *Circulation*, 2001. **103**(7): p. 987-92.
 17. Stefanadis, C., et al., *Aortic stiffness as a risk factor for recurrent acute coronary events in patients with ischaemic heart disease*. *Eur Heart J*, 2000. **21**(5): p. 390-6.
 18. Cruickshank, K., et al., *Aortic pulse-wave velocity and its relationship to mortality in diabetes and glucose intolerance: an integrated index of vascular function? Circulation*, 2002. **106**(16): p. 2085-90.
 19. Mattace-Raso, F.U., et al., *Arterial stiffness and risk of coronary heart disease and stroke: the Rotterdam Study*. *Circulation*, 2006. **113**(5): p. 657-63.
 20. Dimitriadis, G., et al., *Insulin effects in muscle and adipose tissue*. *Diabetes Res Clin Pract*. **93 Suppl 1**: p. S52-9.
 21. Fowler, P.B., *The UK Prospective Diabetes Study*. *Lancet*, 1998. **352**(9144): p. 1933; author reply 1934.
 22. Wong, M.G., et al., *Long-term Benefits of Intensive Glucose Control for Preventing End-Stage Kidney Disease: ADVANCE-ON*. *Diabetes Care*, 2016. **39**(5): p. 694-700.
 23. Holman, R.R., et al., *10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes*. *N Engl J Med*, 2008. **359**(15): p. 1577-89.
 24. Control, G., et al., *Intensive glucose control and macrovascular outcomes in type 2 diabetes*. *Diabetologia*, 2009. **52**(11): p. 2288-98.
 25. Miller, M.E., et al., *Effects of randomization to intensive glucose control on adverse events, cardiovascular disease, and mortality in older versus younger adults in the ACCORD Trial*. *Diabetes Care*, 2014. **37**(3): p. 634-43.
 26. Hayward, R.A., et al., *Follow-up of glyce-mic control and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes*. *N Engl J Med*, 2015. **372**(23): p. 2197-206.
 27. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study, G., et al., *Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes*. *N Engl J Med*, 2008. **358**(24): p. 2545-59.
 28. Lago, R.M., P.P. Singh, and R.W. Nesto, *Congestive heart failure and cardiovascular death in patients with prediabetes and type 2 diabetes given thiazolidinediones: a meta-analysis of randomised clinical trials*. *Lancet*, 2007. **370**(9593): p. 1129-36.
 29. Home, P.D., et al., *Rosiglitazone evaluated for cardiovascular outcomes—an interim analysis*. *N Engl J Med*, 2007. **357**(1): p. 28-38.
 30. Nissen, S.E. and K. Wolski, *Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes*. *N Engl J Med*, 2007. **356**(24): p. 2457-71.
 31. Zinman, B., et al., *Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes*. *N Engl J Med*, 2015. **373**(22): p. 2117-28.
 32. Fitchett, D., et al., *Heart failure outcomes with empagliflozin in patients with type 2 diabetes at high cardiovascular risk: results of the EMPA-REG OUTCOME(R) trial*. *Eur Heart J*, 2016. **37**(19): p. 1526-34.
 33. Neal, B., V. Perkovic, and D.R. Matthews, *Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes*. *N Engl J Med*, 2017. **377**(21): p. 2099.
 34. Wanner, C., S.E. Inzucchi, and B. Zinman, *Empagliflozin and Progression of Kidney Disease in Type 2 Diabetes*. *N Engl J Med*, 2016. **375**(18): p. 1801-2.
 35. Wiviott, S.D., et al., *Dapagliflozin and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes*. *N Engl J Med*, 2018.
 36. Communication, F.D.S. *FDA confirms increased risk of leg and foot amputations with diabetes medicine canagliflozin (Invokana, Invokamet, Invokamet XR) [news release]*. [cited 2018 Nov 21]; Available from: <https://fda.gov/Drugs/DrugsSafety/ucm557507.htm>.
 37. Gupta, A., H.F. Jelinek, and H. Al-Aubaidy, *Glucagon like peptide-1 and its receptor agonists: Their roles in management of Type 2 diabetes mellitus*. *Diabetes Metab Syndr*, 2017. **11**(3): p. 225-230.
 38. Zhong, J., et al., *DPP4 in cardiometabolic disease: recent insights from the laboratory and clinical trials of DPP4 inhibition*. *Circ Res*, 2015. **116**(8): p. 1491-504.
 39. Scirica, B.M., et al., *Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus*. *N Engl J Med*, 2013. **369**(14): p. 1317-26.
 40. White, W.B., et al., *Alogliptin after acute coronary syndrome in patients with type 2 diabetes*. *N Engl J Med*, 2013. **369**(14): p. 1327-35.
 41. Zannad, F., et al., *Heart failure and mortality outcomes in patients with type 2 diabetes taking alogliptin versus placebo in EXAMINE: a multicentre, randomised, double-blind trial*. *Lancet*, 2015. **385**(9982): p. 2067-76.
 42. Pfeffer, M.A., et al., *Lixisenatide in Patients with Type 2 Diabetes and Acute Coronary Syndrome*. *N Engl J Med*, 2015. **373**(23): p. 2247-57.
 43. Marso, S.P., et al., *Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes*. *N Engl J Med*, 2016. **375**(4): p. 311-22.
 44. Marso, S.P., et al., *Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes*. *N Engl J Med*, 2016. **375**(19): p. 1834-1844.
 45. Holman, R.R., et al., *Effects of Once-Weekly Exenatide on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes*. *N Engl J Med*, 2017. **377**(13): p. 1228-1239.
 46. Gerstein, H.C., et al., *Design and baseline characteristics of participants in the Researching cardiovascular Events with a Weekly INcretin in Diabetes (REWIND) trial on the cardiovascular effects of dulaglutide*. *Diabetes Obes Metab*, 2018. **20**(1): p. 42-49.
 47. Sattar, N., et al., *Novel Diabetes Drugs and the Cardiovascular Specialist*. *J Am Coll Cardiol*, 2017. **69**(21): p. 2646-2656. 

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ Στην διατατική μυοκαρδιοπάθεια

ΤΡΙΚΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, MD, FESC, FACC
Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ ΕΛΠΙΣ

Η διατατική μυοκαρδιοπάθεια (ΔΜΚ) χαρακτηρίζεται από διάταση της μίας ή και των δύο κοιλιών με συνοδό έκπτωση της συστολικής λειτουργίας που συχνά εκδηλώνεται κλινικά ως συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Η διάγνωση απαιτεί την παρουσία κλάσματος εξώθησης <40% ή κλασματικής βράχυνσης <25% απουσία αιτιών φόρτισης όγκου (αρτηριακή υπέρταση ή βαλβιδοπάθειες), συγγενών καρδιοπαθειών ή στεφανιαίας νόσου¹. Η ΔΜΚ αποτελεί την τρίτη συχνότερη αιτία καρδιακής ανεπάρκειας στις ΗΠΑ καθώς το 25% των περιπτώσεων συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας έχουν ως υπόβαθρο τη ΔΜΚ, ενώ αποτελεί και την πρώτη αιτία μεταμόσχευσης καρδιάς²⁻⁴. Η ΔΜΚ έχει επιπολασμό 1:2500 στους ενήλικες, ετήσια επίπτωση 4-8 ανά 100.000 άτομα, εκδηλώνεται συχνότερα στους άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (2.5:1) και στους Αφροαμερικανούς συγκριτικά με τους λευκούς(3:1)⁵. Μπορεί να προσβάλει όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά η συχνότερη ηλικία εκδήλωσης είναι η τρίτη και τέταρτη δεκαετία της ζωής⁴.

ΑΙΤΙΑ

Η ΔΜΚ μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες και να εκδηλώνεται ως αμιγώς καρδιακό νόσημα ή στα πλαίσια ενός συστηματικού νοσήματος. Σύμφωνα με την κατάταξη κατά American

Heart Association η διατατική μυοκαρδιοπάθεια θεωρείται πρωτοπαθής και χαρακτηρίζεται περαιτέρω ως 'μικτής αιτιολογίας' υπογραμμίζοντας την πιθανότητα να είναι γενετικό ή επίκτητο νόσημα.⁴

Η μη οικογενής ΔΜΚ διαχωρίζεται στην

ιδιοπαθή και δευτεροπαθή μορφή.¹ Σε ποσοστό περίπου 50% των ασθενών η ενδελεχής αναζήτηση του αιτιολογικού παράγοντα είναι ανεπιτυχής και η ΔΜΚ χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής. Στο υπόλοιπο 50% των περιπτώσεων υποκρύπτεται κάποιο καρδιολογικό, αυτοάνοσο ή συστηματικό φλεγμονώδες νόσημα (π.χ. συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, σκληρόδερμα) (δευτεροπαθής ΔΜΚ).⁵⁻⁹ Το 30% των ασθενών παρουσιάζουν θετικά αντισώματα (anti-heart antibodies, AHAS) έναντι συγκεκριμένων καρδιακών αντιγόνων, όπως ο αδρενεργικός υποδοχέας βήτα-1, οι άλφα και βήτα βαριές αλυσίδες, καθώς και οι ελαφρές αλυσίδες της μυοσίνης και η τροπονίνη.⁹⁻¹¹ Η κατάχρηση αλκοόλ (συχνότερη αιτία δευτεροπαθούς ΔΜΚ), κοκαΐνης, τα καρδιοτοξικά αντικαρκινικά φάρμακα (πχ ανθρακυκλίνες), καθώς και οι νεότερα μονοκλωνικά αντισώματα, όπως το trastuzumab (herceptin) συσχετίζονται με την εκδήλωση ΔΜΚ. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί στα πλαίσια λοιμωδών νοσημάτων, όπως ιογενείς λοιμώξεις (HIV, Coxsackie B, adenovirus, parvovirus), ρικετσιώσεις, λοίμωξη από μυκοβακτηρίδια, τριχίνωση, τοξοπλάσμωση και νόσος Chagas. Άλλα νοσήματα που μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση ΔΜΚ είναι νευροορμονικές, μεταβολικές, ορμονολογικές (παθήσεις θυροειδούς, διαταραχές αυξητικής ορμόνης) και διατροφικές (ανεπάρκεια Ι-καρνιτίνης) διαταραχές.^{4,5}

Ιδιαίτερη σημασία αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση δίδεται σε ορισμένους υπότυπους μυοκαρδιοπάθειας που εκδηλώνονται με τον φαινότυπο της ΔΜΚ καθώς η πιθανότητα υποστροφής της νόσου είναι σημαντική.

Η μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo αποδίδεται σε αυξημένα επίπεδα κατεχολαμινών, προσβάλλει συνήθως γυναίκες μέσης ηλικίας, εκδηλώνεται ως ΔΜΚ και δύναται να υποστραφεί με την κατάλληλη θεραπεία.¹² Ομοίως και η μυοκαρδιοπάθεια της κύησης, μπορεί να εμφανιστεί με τον φαινότυπο της ΔΜΚ.

Προσβάλλει συνήθως γυναίκες άνω των 30 ετών, τόσο πρωτοτόκες όσο και γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει στο παρελθόν. Εμφανίζεται συνήθως στο τρίτο τρίμηνο της κύησης ή κατά την λοχεία με συχνότητα 1:1300 έως 1:4000 γεννήσεις.¹³ Η πρόγνωση της ΔΜΚ της κύησης είναι καλή εφόσον η νόσος υποστραφεί. Το 30-50% των ασθενών ανακτούν φυσιολογι-



κή καρδιακή λειτουργία εντός του πρώτου εξαμήνου, ωστόσο το ενδεχόμενο υποτροφίας σε μεθιλονική εγκυμοσύνη παραμένει.¹⁻¹³

Η ΔΜΚ μπορεί να εμφανιστεί και στα πλαίσια ταχυκαρδίας με υψηλό ποσοστό υποτροφίας μετά από τον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας. Η ένταση και η διάρκεια της ταχυκαρδίας συσχετίζονται με το βαθμό της μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας.^{14,15} Μία άλλη μορφή δυνητικά αναστρέψιμης ΔΜΚ είναι η αλκοολική, η οποία εμφανίζεται συχνότερα στους άντρες μέσης ηλικίας μετά από παρατεταμένη κατάχρηση αλκοόλ (συνήθως για περισσότερο από δέκα έτη).^{5,16-18}

Η πιθανότητα υποτροφίας της νόσου είναι μεγαλύτερη όταν η απομάκρυνση από το αλκοόλ συμβεί πριν από την εγκατάσταση μυοκαρδιακής ίνωσης.¹⁹⁻²³ Η παρουσία τουλάχιστον δύο μελών της ίδιας οικογένειας με νόσο που αποδίδεται στην ίδια γενετική μετάλλαξη ορίζει την οικογενή μορφή της ΔΜΚ αν και το νόσημα μπορεί να εκδηλωθεί αιφνίδια λόγω μίας de novo μετάλλαξης. Σε μία μελέτη που συμπεριελάβε 445 ασθενείς με ΔΜΚ βρέθηκε ότι το 11% των συγγενών πρώτου και δευτέρου βαθμού διεγνώσθησαν με το ίδιο νόσημα.²⁴ Σε μία άλλη μελέτη 189 ασθενών με ΔΜΚ το 23% των συγγενών έφεραν δομικές ανωμαλίες που συσχετιζόταν με τη νόσο.²⁵

Ο αυτοσωματικός επικρατών τύπος κληρονομικότητας απαντάται συχνότερα σε σχέση με τον φυλοσύνδετο, τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο και τον μιτοχονδριακό τύπο γενετικής μεταβίβασης της νόσου. Μεταλλάξεις που αφορούν πρωτεΐνες των σαρκομεριδίων και απαντώνται στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια έχουν επίσης ενοχοποιηθεί και για τη ΔΜΚ.

Πρόκειται για γονίδια που κωδικοποιούν την ακτίνη, την τροπομυοσίνη, τις τροπονίνες T, I και C, τη βαριά αλυσίδα της μυοσίνης και την δεσμευτική πρωτεΐνη C της μυοσίνης. Άλλες μεταλλάξεις που έχουν ενοχοποιηθεί εντοπίζονται σε γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες του δίσκου Z, όπως η πρωτεΐνη LIM και η τελεθονίνη (titin-cap protein). Επιπλέον, η ΔΜΚ έχει συσχετιστεί και με μεταλλάξεις σε πρωτεΐνες το κυτταροσκελετού (δυστροφίνη, δεσμίνη, μεταβινκουλίνη, επικαρδίνη) και της πυρηνικής μεμβράνης (λαμινίνη α/ς, εμερίνη) Ειδικά η μετάλλαξη στο γονίδιο της λαμινίνης Α/ C θεωρείται η συχνότερη και ενοχοποιεί-

ται επιπλέον και για την εκδήλωση νοσημάτων του συνδετικού ιστού και της μυϊκής δυστροφίας Emery-Dreifuss.⁴

Η κατά τον φυλοσύνδετο τύπο κληρονομούμενη ΔΜΚ συσχετίζεται με μετάλλαξη σε γονίδιο της δυστροφίνης, η οποία ευθύνεται και για την μυϊκή δυστροφία Duchenne.¹

Ένας ιδιαίτερος υπότυπος της γενετικής μορφής της ΔΜΚ είναι η ήπια διατακτική συμφορητική μυοκαρδιοπάθεια (mildly dilated congestive cardiomyopathy, MDCM) που αφορά σε ασθενείς με συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας και ήπια διατεταμένη αριστερή κοιλία με επηρεασμένη συστολική λειτουργία.

Ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια που επιβιώνουν μετά από αρρυθμολογικές επιληπτικές είναι δυνατόν σε σπάνιες περιπτώσεις να μεταπέσουν σε φαινότυπο ΔΜΚ.²⁶ Τέλος, σε ορισμένες περιπτώσεις μη συμπαγούς μυοκαρδίου, μιας σπάνιας μυοκαρδιοπάθειας είναι δυνατόν να συνυπάρχει και ΔΜΚ.²⁷

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εκδήλωση της νόσου ποικίλλει σημαντικά από αργή και σταδιακή εγκατάσταση των συμπτωμάτων έως και οξεία απειλητική για τη ζωή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια που απαιτεί μηχανική παρέμβαση.

Η συμπτωματολογία των ασθενών με ΔΜΚ περιλαμβάνει συμπτώματα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας (δύσπνοια, ορθόπνοια, παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια, περιφερικά οίδημα), κοιλιακές και κοιλιακές αρρυθμίες, διαταραχές αγωγής, θρομβοεμβολικά επεισόδια, ενώ αιφνίδιος καρδιακός θάνατος μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου. Δεδομένα holter και τηλεμετρίας ασθενών με ΔΜΚ δείχνουν ότι κοιλιακή ταχυκαρδία καταγράφεται στο 50% έως 60% των περιπτώσεων και ευθύνεται για το 8% έως 50% των θανάτων.²⁸

Άλλα αίτια αιφνιδίου καρδιακού θανάτου των ασθενών με ΔΜΚ είναι η άσφυγμη ηλεκτρική δραστηριότητα, η βραδυκαρδία, ο κοιλιοκοιλιακός αποκλεισμός και η πνευμονική εμβολή.²⁹

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική προσέγγιση ασθενούς με πιθανή ΔΜΚ έχει ως στόχο την ανεύρεση πιθανών αναστρέψιμων αιτιών. Η λήψη ενδελεχούς ιστορικού με επικέντρωση στην

ύπαρξη συστηματικών νοσημάτων (ρευματικά, ενδοκρινολογικά και κακοήγη νοσήματα), θετικού οικογενειακού ιστορικού, κατάχρησης αλκοόλ και τοξικών ουσιών, ταξιδιών με πιθανή έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες συνεπικουρούν σημαντικά στη διάγνωση.

Η φυσική εξέταση αποκαλύπτει συχνά σημεία καρδιακής ανεπάρκειας, όπως παρουσία τρίτου και τέταρτου καρδιακού τόνου, διάταση σφαγίτιδων, περιφερικά οίδημα, υγροί μη μουσικοί ρόγχοι κατά την ακρόαση των πνευμόνων, ηπατομεγαλία, ενώ δύναται να υπάρχει και φύσημα ανεπάρκειας μιτροειδούς και τριγλώχινας.

Ο αιματολογικός έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει πλήρη βιοχημικό, ορμονολογικό έλεγχο (κυρίως θυρεοειδική λειτουργία και έλεγχο φαιοχρωμοκυτώματος), αντιπυρηνικά αντισώματα, ρευματοειδή παράγοντα, ΤΚΕ, καθώς και έλεγχο για λοιμογόνους παράγοντες (π.χ. νόσος Lyme, H-IV). Ο προσδιορισμός δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης αλβή και των νατριουρητικών πεπτιδίων συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση και στην πρόγνωση.

Από τη μελέτη της ακτινογραφίας θώρακος αναμένεται να ανευρεθούν καρδιομεγαλία, αναστροφή της πνευμονικής αγγείωσης, πνευμονικές συλλογές ή πνευμονικό οίδημα.

Το ΗΚΓ στη ΔΜΚ δεν παρουσιάζει τυπικά ευρήματα. Μπορεί να υπάρχει φλεβοκομβική ταχυκαρδία, πτωχή πρόοδος των R, διαταραχές ενδοκοιλοτικής αγωγής και LBBB. Η διεύρυνση του QRS συσχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση.

Απαντώνται επίσης μη ειδικού τύπου διαταραχές επαναπόλωσης, διαταραχές του κύματος P και T. Η μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία και οι υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες είναι συχνά ευρήματα στην 24ωρη καταγραφή ρυθμού.

Η υπερηχογραφική μελέτη της καρδιάς αποτελεί ακρογωνιαίό λίθο για τη διάγνωση της ΔΜΚ. Χαρακτηριστικά ευρήματα της νόσου είναι η αύξηση των τελοδιαστολικών και τελοσυστολικών διαστάσεων της αριστερής κοιλίας, οι οποίες πρέπει να αξιολογούνται στην επιφάνεια σώματος του ασθενούς. Επιπλέον, η μάζα της αριστεράς κοιλίας αυξάνεται λόγω έκκεντρης υπερτροφίας και η κοιλία τελικά αποκτά σφαιρικό σχήμα.³⁰

Παρατηρείται ακόμη ελάττωση του κλάσματος εξώθησης της αριστεράς κοιλίας λόγω διάχυτης μείωσης της συσπαστικό-

■ της της. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις ΔΜΚ είναι δυνατόν να έχει διατηρηθεί τμηματικά η συστολική λειτουργία, όπως πχ στο βασικό οπισθοπλάγιο τμήμα, δημιουργώντας έτσι πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από την ισχαιμική καρδιακή νόσο.³⁰ Στην περίπτωση αυτή η δυναμική υπερηχογραφική δοκιμασία με δοβουταμίνη μπορεί να διαγνώσει την ύπαρξη υποκείμενης στεφανιαίας νόσου.

Η διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση της ΔΜΚ. Διερευνάται μέσω της διαμित्रοειδικής ροής, του ιστικού Doppler (ταχύτητα κύματος Ε'), του παλμικού Doppler των πνευμονικών φλεβών, καθώς και το μέγεθος του αριστερού κόλπου.

Ασθενείς με περιοριστικό πρότυπο διαστολικής πλήρωσης έχουν χειρότερη πρόγνωση, ενώ το "ψευδοφυσιολογικό" πρότυπο διαμित्रοειδικής ροής έχει συσχετιστεί με αυξημένη συχνότητα νοσηλείων.^{31,32}

Η μελέτη Doppler μπορεί επίσης να αναδείξει βαθμιδοπάθειες, όπως λειτουργική ανεπάρκεια μιτροειδούς λόγω διάτασης του μιτροειδικού δακτυλίου και έλξη των γλωχίνων της μιτροειδούς προς την κορυφή της αριστεράς κοιλίας, καθώς και δυσυγχρονισμό των κοιλιών.

Η δευτεροπαθής ανεπάρκεια της μιτροειδούς συσχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση της ΔΜΚ.³³

Η δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας είναι ένας ακόμη αρνητικός προγνωστικός δείκτης. Υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες με αρνητική προγνωστική αξία είναι ο δείκτης TAPSE (tricuspid annulus proximal systolic excursion, TAPSE) <14mm, η αυξημένη πίεση στην πνευμονική αρτηρία και η αυξημένη ταχύτητα της τριγλωχινικής ανεπάρκειας (>3 m/sec). Άλλα δυσμενή υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα είναι η περικαρδιακή συλλογή, η διάταση του αριστερού κόλπου και ο διακοιλιακός δυσυγχρονισμός λόγω αριστερού ή δεξιού σκελικού αποκλεισμού.

Ειδικά η ανεύρεση του δυσυγχρονισμού έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς αναγνωρίζεται η υποομάδα των ασθενών που θα επωφεληθούν από την θεραπεία επανασυγχρονισμού.³⁰

Η δυναμική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη με δοβουταμίνη σε ασθενείς σε ΔΜΚ μπορεί να αναγνωρίσει την ύπαρξη συστολικής εφεδρείας προμηνύοντας έτσι καλύτερη ανταπόκριση στην θεραπεία και αυξημένο ποσοστό επιβίωσης. Επιπλέον, πα-

ρέχονται σημαντικές πληροφορίες για τον προγραμματισμό του ασθενούς προς μεταμόσχευση. Τέλος, η δυναμική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη με δοβουταμίνη έχει θέση προ της έναρξης καρδιοτοξικών φαρμάκων, όπως είναι οι ανθρακυκλίνες.^{34,35}

Νεότερες υπερηχοκαρδιογραφικές τεχνικές (real time 3D echo, tissue doppler imaging -derived strain and 2D-derived speckle tracking strain analysis) έχουν επίσης επιστρατευτεί για να ενισχύσουν την διαγνωστική ακρίβεια στη ΔΜΚ. Ο δείκτης μυοκαρδιακής παραμόρφωσης που μετρείται μέσω του ιστικού doppler (TDI derived strain) εξαρτάται από τη γωνίωση.

Η δυσδιάστατη μελέτη της παραμόρφωσης της αριστεράς κοιλίας μέσω speckle tracking αναδεικνύει παθολογικά ευρήματα, όπως ανάστροφη περιστροφή (rotation) της κορυφής της αριστεράς κοιλίας σε ασθενείς με ΔΜΚ αλλά δεν μπορεί να αξιολογήσει την κίνηση αυτής όπως η τρισδιάστατη μελέτη παραμόρφωσης της αριστεράς κοιλίας μέσω speckle tracking.

Σε ασθενείς με ΔΜΚ, όλοι οι δείκτες παραμόρφωσης της αριστεράς κοιλίας, δηλαδή το επίμυες, το κυκλωτέρες και το ακτινικό strain είναι ελαττωμένοι σε σχέση με υγιή άτομα, αντικατοπτρίζοντας διαταραγμένη συστολική λειτουργία.³⁶

Επιπλέον, το συνολικό επίμυες strain μπορεί να προβλέψει αρρυθμιολογικές επιπλοκές σε ασθενείς με ΔΜΚ ανεξάρτητα από το κλάσμα εξώθησης της αριστεράς κοιλίας και επομένως να αναγνωρίσει την ομάδα των ασθενών που θα επωφεληθούν από την εμφύτευση απινιδωτή.³⁷

Το σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου μπορεί να βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση μεταξύ διατατικής μυοκαρδιοπάθειας και ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς, καθώς και η αξονική τομογραφία ποληλαπλών τομών παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το υποκείμενο αίτιο δευτεροπαθούς ΔΜΚ, όπως είναι η μυοκαρδίτιδα, η σαρκοειδωση, η μυοκαρδιακή ινοελάσωση, καθώς και διηθητικά και φλεγμονώδη νοσήματα που προσβάλλουν το μυοκάρδιο.³⁸

Η καθυστερημένη ενίσχυση γαδολινίου κατά τη μαγνητική τομογραφία καρδιάς εντοπίζει περιοχές με ίνωση και νέκρωση βοηθώντας στη διαφορική διάγνωση της μυοκαρδιοπάθειας.³⁹ Η ίνωση του μυοκαρδίου τείνει να εντοπίζεται συχνότερα στις μέσες στιβάδες του μυοκαρδίου των βασικών τμημάτων της αριστεράς κοιλίας.

Το ποσοστό του μυοκαρδιακού τοιχώματος που έχει παρουσιάζει ίνωση είναι ανεξάρτητος παράγοντας που συσχετίζεται με την πρόκληση κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά την προγραμματισμένη ηλεκτρική διέγερση των κοιλιών.⁴⁰

Ο στεφανιογραφικός έλεγχος θεωρείται απαραίτητος για να αποκλειστεί υποκείμενη στεφανιαία νόσος. Κατά τη διάρκεια του καθετηριασμού είναι δυνατόν να ελεγχθούν αιμοδυναμικές παράμετροι όπως αυξημένη τελωδιαστική πίεση και αυξημένη πίεση ενσφηνωσης.

Ο ρόλος της μυοκαρδιακής βιοψίας στη διάγνωση της ΔΜΚ είναι διφορούμενος. Στοχεύει κυρίως στη διάγνωση υποκείμενων νοσημάτων που εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα μπορεί να είναι απειλητικά για τη ζωή, όπως η λεμφοκυτταρική και η γιγαντοκυτταρική μυοκαρδίτιδα. Επιπλέον, η μυοκαρδιακή βιοψία μπορεί να αναδείξει την βαρύτητα της μυοκαρδιακής αμυλοείδωσης και της μυοκαρδιοπάθειας οφειλόμενης σε ανθρακυκλίνες.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, η απόφαση για να διενεργηθεί βιοψία πρέπει να εξατομικεύεται λαμβάνοντας υπόψη κατά περίπτωση τα οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους.

Σε περίπτωση κεραυνοβόλου καρδιακής ανεπάρκειας, ο ρόλος της βιοψίας ισχυροποιείται, ώστε η ανεύρεση του υποκείμενου αιτίου να οδηγήσει σε άμεση εξατομικευμένη θεραπεία, όπως μηχανική υποστήριξη, ανοσοκατασταλτική θεραπεία ή μεταμόσχευση.^{7,41}

Η διάγνωση της οικογενούς ΔΜΚ τεκμηριώνεται όταν ανευρίσκεται ιδιοπαθής ΔΜΚ σε τουλάχιστον δύο άτομα της ίδιας οικογένειας.^{42,43} Εκτεταμένη έρευνα έχει αποκαλύψει την ύπαρξη 40 γενετικών τόπων που συσχετίζονται με την εκδήλωση ΔΜΚ.^{44,45}

Οι οικογένειες στις οποίες έχει διαγνωσθεί το νόσημα πρέπει να απευθύνονται σε εξειδικευμένα κέντρα για παρακολούθηση και γενετικό έλεγχο.

Συγκεκριμένα, πρέπει να λαμβάνεται οικογενειακό ιστορικό σε βάθος τουλάχιστον τριών γενών και να αναζητείται η ύπαρξη συστηματικών νοσημάτων, όπως μυϊκή δυστροφία ή άγνωστη αιτιολογία καρδιακής ανεπάρκειας ή αιφνιδίου θανάτου σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών.

Οι ασυμπτωματικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με ΔΜΚ πρέπει να ελέγχονται με λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερη-

■ χοκαδιογράφημα και μέτρηση του κλάσματος CK-MM της κρεατινικής φωσφοκινάσης ανεξάρτητα από το αν θα υποβληθούν τελικά σε γενετικό έλεγχο. Εφόσον ο ανωτέρω έλεγχος είναι αρνητικός οι συγγενείς των ασθενών με ΔΜΚ πρέπει να επανελεγχονται με το συγκεκριμένο πρωτόκολλο κάθε τρία έως πέντε έτη.

Αν όμως ο έλεγχος αναδείξει παθολογικά ευρήματα που συσχετίζονται με ΔΜΚ τότε η παρακολούθηση πρέπει να είναι ετήσια. Η διενέργεια γενετικού ελέγχου συστήνεται στα σοβαρά προσβεβλημένα από τη νόσο μέλη της οικογένειας ώστε να είναι αυξημένες οι πιθανότητες ανεύρεσης του παθολογικού γονιδίου.⁴⁶

Επιπρόσθετα, σε ασθενείς με ΔΜΚ που επιπλέκεται με διαταραχές αγωγής και οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίου θανάτου πρέπει να γίνεται έλεγχος για συγκεκριμένες μεταλλάξεις σε γονίδια που κωδικοποιούν τον δίαυλο νατρίου SCN5A και την πρωτεΐνη της πυρηνικής μεμβράνης λαμινίνη (LMNA).⁴⁷

Η ανάπτυξη νεότερων μεθόδων γενετικού ελέγχου (next generation sequencing, NGS) επιτρέπει τον έλεγχο περισσότερων μεταλλάξεων, καθώς και τη μελέτη των εξωνίων, δηλαδή του τμήματος του γονιδιώματος που μεταφράζεται σε πρωτεΐνες με ευαισθησία 15 - 25%.^{42,43}

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα μακροσκοπικά ευρήματα μίας καρδιάς που έχει προσβληθεί από ΔΜΚ είναι η αύξηση των διαστάσεων των κοιλιών με συνοδό πάχυνση του μυοκαρδίου προκειμένου να ελπιωθεί η διατοξωματική τάση και να προληφθεί η περαιτέρω αναδιαμόρφωση.

Η δομή των βαλβίδων δεν βλάπτεται, αλλά λόγω της διάταξης των κοιλιών δύναται να εγκατασταθεί λειτουργική ανεπάρκεια μιτροειδούς και τριγλώχινας.

Το στεφανιαίο δίκτυο παρουσιάζεται φυσιολογικό ή με βλάβες που δεν προκαλούν σημαντικά στενωτικά φαινόμενα τα οποία να δικαιολογούν την έκταση της μυοκαρδιοπάθειας.

Κατά την ιστολογική εξέταση προεξάρχει η ποικίλου βαθμού υπερτροφία των μυοκαρδιακών κυττάρων και η διέσχυση ίνωσης, η οποία απαντάται υπερχωρικά ή ακολουθεί πορεία πέριξ των αγγείων.⁴⁸

ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η εξέλιξη της νόσου ποικίλλει σημαντικά, όπως και η ετήσια θνητότητα, η οποία κυμαίνεται από 10-50%.⁴⁹ Η θνητότητα των ασθενών με ΔΜΚ και κλινικά έκδηλη καρδιακή ανεπάρκεια είναι 25% στο πρώτο έτος και 50% στα πέντε έτη.⁵⁰

Εκτός από τη συμβολή των β-αναστολέων στη βελτίωση της επιβίωσης σημαντικό σημαντικό ρόλο στην επίτευξη ανάστροφης αναδιαμόρφωσης της αριστεράς κοιλίας παίζουν οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις που ανταγωνίζονται το νευροορμονικό σύστημα. Σε ποσοστό έως και 33% των ασθενών με νεοεμφανιζόμενη ΔΜΚ μπορεί να συμβεί πλήρης ίαση της νόσου.⁴⁸

Ασθενείς ωστόσο που παρουσιάζουν συμπτώματα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας για περισσότερο από τρεις μήνες έχουν μικρότερη πιθανότητα ίασης.

Η πρόγνωση της ΔΜΚ ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με το υποκείμενο αίτιο Α-κόμην και στην περίπτωση της ιδιοπαθούς μορφής που συνοδεύεται από καλύτερη πρόγνωση η φυσική πορεία της νόσου ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ασθενών.⁵¹ Ενώ λοιπόν ορισμένοι υπότυποι της νόσου συσχετίζονται ακόμη και με πλήρη ύφεση, άλλες μορφές αυτής, όπως η ΔΜΚ που οφείλεται σε αμυλοείδωση ή λήϊμωξη από τον ιό HIV έχουν δυσμενέστερη πρόγνωση και συχνά απαιτείται μηχανική υποβοήθηση ή μεταμόσχευση της καρδιάς. Η οικογενής μορφή της ΔΜΚ παρουσιάζει επίσης κακή πρόγνωση λόγω της μη αναστρέψιμης αιτιολογίας της.⁵²

Οικολογικοεργαστηριακοί παράγοντες που συσχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση είναι το λειτουργικό στάδιο Class III/IV κατά NYHA, η μεγάλη ηλικία, η μειωμένη μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου, η παρουσία τρίτου καρδιακού τόνου, η αυξημένη τιμή των νατριουρητικών πεπτιδίων, το αυξημένο ουρικό οξύ, η αυξημένη ρενίνη και νορεπινεφρίνη και η υπονατριαιμία.⁵³ Οι υπερηχογραφικοί δείκτες που προβλέπουν δυσμενή έκβαση της νόσου είναι το χαμηλό κλάσμα εξώθησης, η διαστολική δυσλειτουργία, η αυξημένη πίεση πλήρωσης και η διάταση της αριστεράς κοιλίας, καθώς και η διάταση και η δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας.^{48,54} Επεμβατικά καθοριζόμενοι προγνωστικοί δείκτες είναι η πίεση ενσφύωσης των πνευμονικών τριχοειδών, ο καρδιακός δείκτης, ο δείκτης έργου παλμού, ο όγκος παλμού και η πίεση

του δεξιού κόλπου.²⁸

Η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη δεν συνεισφέρει σημαντικά στην διαστρωμάτωση κινδύνου και στη διαχείριση των ασθενών με ΔΜΚ.⁵⁵

Η έγκαιρη εμφύτευση ενός απινιδωτή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη του αιφνιδίου θανάτου. Διάφορες μη επεμβατικές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση του αρρυθμολογικού κινδύνου του ασθενούς.⁵⁶ Το κλάσμα εξώθησης της αριστεράς κοιλίας, το λειτουργικό στάδιο κατά NYHA και το ιστορικό συγκοπής θεωρούνται αξιόπιστοι παράγοντες κινδύνου. Ασθενείς με κλάσμα εξώθησης αριστεράς κοιλίας λιγότερο από 40% και καταγεγραμμένη σε holter μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία έχουν 8 φορές αυξημένο κίνδυνο για αρρυθμολογικές επιπλοκές.^{57,58}

Επιπλέον, η ανίχνευση εναλλασσών του κύματος T και η παρουσία ίνωσης στα μεσαία τμήματα της αριστεράς κοιλίας στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς έχουν δυσμενή προγνωστική αξία.^{59,60} Η έκταση δεν της ίνωσης, όπως αυτή αναδεικνύεται από την καθυστερημένη ενίσχυση με γαδολίνιο έχει συσχετιστεί ανεξάρτητα με αυξημένη θνητότητα αλλά και με πτωχή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή.^{60,61} Άλλες μη επεμβατικές τεχνικές, όπως ηλεκτροκαρδιογραφικοί δείκτες, η μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας, ο στροβιλισμός του καρδιακού ρυθμού, η ευαισθησία των τασεοϋποδοχέων, το ηλεκτροκαρδιογράφημα συσκευασμού, η ικανότητα επιβράδυνσης του καρδιακού ρυθμού δεν αποδείχθηκε να παρουσιάζουν προγνωστική αξία σε ασθενείς με ΔΜΚ.^{58,62}

Τέλος, η ανεύρεση μεταλλάξεων σε γονίδια που κωδικοποιούν τον δίαυλο νατρίου SCN5A και την λαμινίνη (LMNA) έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου. Η μελλοτική διαμόρφωση σύνθετων προγνωστικών εργαλείων είναι επιτακτική για την αποτελεσματικότερη διαστρωμάτωση κινδύνου στους ασθενείς με ΔΜΚ.⁶³

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με ΔΜΚ είναι ουσιαστικά αυτή της καρδιακής ανεπάρκειας με έμφαση στους ανταγωνιστές του νευροορμονικού συστήματος που αναστέλλουν την πρόοδο της νόσου αλλά και τα διουρητικά για τη διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών.

➡ Το όφελος των β-αδρενεργικών αγωνιστών στην βελτίωση της λειτουργίας της αριστεράς κοιλίας και στην αντοχή στην άσκηση σε ασθενείς με ΔΜΚ σχολιάστηκε πρώτη φορά το 1975 από τους Waagstein et al και ακολούθως αποδείχθηκε σε πολλές μελέτες.^{53,64}

Σε ό,τι αφορά την χρήση της αντιαρρυθμικής αγωγής, το συχνότερα χρησιμοποιούμενο φάρμακο σε ασθενείς με ΔΜΚ είναι η αμιωδαρόνη. Ωστόσο, λόγω της προαρρυθμίας, της επίπτωσης της στη συσταλτικότητα της αριστεράς κοιλίας και των λοιπών ανεπιθύμητων ενεργειών της και δεδομένου ότι απέτυχε να επιδείξει όφελος επιβίωσης με ασθενείς με ισχαιμική και ΔΜΚ έναντι της εμφύτευσης απινιδωτή (Sudden Cardiac Death Heart Failure Trial, SCD-HeFT), δεν συστήνεται η συστηματική χορήγησή της σε ασθενείς με ΔΜΚ εκτός εάν υπάρχει συγκεκριμένη αρρυθμολογική ένδειξη.^{53,65}

Εξειδικευμένη ανοσοκατασταλτική θεραπεία ενδείκνυται σε ορισμένες μορφές δευτεροπαθούς ΔΜΚ. Έντονο ερευνητική δραστηριότητα συγκεντρώνει η γονιδιακή θεραπεία, καθώς και ο ρόλος της εμφύτευσης βηλαιοκυττάρων στην αναγέννηση του μυοκαρδίου.⁶⁶

Εκτός από την φαρμακευτική αγωγή, οι ασθενείς με ΔΜΚ μπορούν να ωφεληθούν υπό συγκεκριμένες συνθήκες και από την εμφύτευση απινιδωτών και αμφικοιλιακών βηματοδοτών.^{65,67,68}

Βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών η εμφύτευση απινιδωτή για πρωτογενή πρόληψη των αρρυθμιών σε ασθενείς με μη ισχαιμική καρδιοπάθεια ενδείκνυται όταν το κλάσμα εξώθησης της αριστεράς κοιλίας είναι κάτω από 30-35%, έχουν λειτουργικό στάδιο II ή III κατά NYHA, λαμβάνουν την βέλτιστη θεραπευτική αγωγή και έχουν προσδόκιμο επιβίωσης τουλάχιστον ένα έτος.

Δεδομένου ότι ορισμένες μορφές ΔΜΚ υποστρέφουν και ότι η βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς από τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή απαιτεί ένα χρονικό διάστημα μηνών είναι ιδιαίτερη σημαντική η απόφαση για την χρονική στιγμή της εμφύτευσης του απινιδωτή. Βάσει των οδηγιών λοιπόν, η εμφύτευση δεν πρέπει να γίνεται συντομότερα από τους τρεις μήνες από τη διάγνωση και ιδανικά θα πρέπει να επιδιώκεται εννέα μήνες μετά από αυτήν εκτός αν έχει καταγραφεί κοιλιακή ταχυαρρυθμία εμμένουσα ή συνοδευόμενη

από αιμοδυναμική αστάθεια ή έχει συμβεί συγκοπτικό επεισόδιο που αποδίδεται σε κοιλιακή ταχυαρρυθμία.

Επίσης, η εμφύτευση απινιδωτή ενδείκνυται για δευτερογενή πρόληψη σε ασθενείς με μη ισχαιμική καρδιοπάθεια μετά από κοιλιακή μαρμαρυγή ή κοιλιακή ταχυκαρδία, δεδομένου ότι έχουν ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης, λαμβάνουν χρονίως τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή και έχουν προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από 1 έτος.^{55,69}

Το 30-50% των ασθενών με ΔΜΚ παρουσιάζουν καθυστέρηση της ενδοκοιλιακής αγωγής με αποτέλεσμα ενδοκοιλιακό δυσσυγχρονισμό που οδηγεί σε ελάττωση του όγκου παλμού και εκδήλωση λειτουργικής ανεπάρκειας μιτροειδούς.

Οι ασθενείς αυτοί αναμένεται να ωφεληθούν από την θεραπεία επανασυγχρονισμού με εμφύτευση αμφικοιλιακού βηματοδότη-απινιδωτή.⁵³

Η χρήση της κατάλυσης με υψίσυχνο ρεύμα σε ασθενείς με ΔΜΚ έχει θέση για την αντιμετώπιση εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας που ανθίσταται στην αντιαρρυθμική αγωγή ή όταν αυτή αντενδίδνυται, της ηλεκτρικής θύελλας και της κοιλιακής ταχυκαρδίας λόγω κυκλώματος επανεισόδου.^{53,70}

Η χειρουργική αντιμετώπιση της ΔΜΚ περιλαμβάνει την χειρουργική αναδόμηση της αριστεράς κοιλίας, την εμφύτευση συσκευών μηχανικής υποβοήθησης της αριστεράς κοιλίας, καθώς και τη μεταμόσχευση καρδιάς.

Σημαντικός είναι ο προμεταμοσχευτικός καρδιοαναπνευστικός έλεγχος με έλεγχο της μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου κατά τη μέγιστη άσκηση, η οποία αντανάκλα με ακρίβεια το λειτουργικό στάδιο του ασθενούς και αναγνωρίζει τους ασθενείς που θα επωφεληθούν από επείγουσα μεταμόσχευση καρδιάς.^{71,72}

Η διάγνωση της οικογενούς μορφής της ΔΜΚ δεν αλλοιάζει την θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών.

Από ορισμένους υποστηρίζεται η γρήγορη έναρξη φαρμακευτικής αγωγής, π.χ. αναστολές του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, σε ασθενείς με διατεταμένη αριστερά κοιλία πριν ακόμη παρουσιαστεί ελάττωση του κλάσματος εξώθησης.⁷³

Επίσης, η έναρξη της ανωτέρω αγωγής ή β-αναστολίων είναι πιθανόν να ωφεληθεί και μέλη οικογενειών με ΔΜΚ που παρουσιάζουν έκπτωση του κλάσματος εξώθη-

σης της αριστεράς κοιλίας με ή χωρίς διάταση αυτής, η θέση αυτή ωστόσο δεν περιγράφεται στις κατευθυντήριες οδηγίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Elliott P, Andersson B, Arbustini E, et al. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European society of cardiology working group on myocardial and pericardial diseases. *European Heart Journal* (2008) 29, 270-276.
2. Hare JM: The etiologic basis of congestive heart failure. In: Colucci WS, ed. *Atlas of Heart Failure*, 5th ed. Philadelphia: Springer, Current Medicine Group; 2008:29-56.
3. Brown CA, O'Connell JB. Myocarditis and idiopathic dilated cardiomyopathy. *Am J Med*. 1995 Sep;99(3):309-14.
4. Maron BJ, Towbin JA, Thiene G et al. Contemporary Definitions and Classification of the Cardiomyopathies: An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation*. 2006;113:1807-1816.
5. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B et al; 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(16):e147-239.
6. Felker GM, Thompson RE, Hare JM, et al: Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2000; 342:1077.
7. Ardehali H, Qasim A, Cappola T, et al: Endomyocardial biopsy plays a role in diagnosing patients with unexplained cardiomyopathy. *Am Heart J* 2004; 147:919.
8. Lappé JM, CM, Tang WH. Recent insights into the role of autoimmunity in idiopathic dilated cardiomyopathy. *Card Fail*. 2008;14(6):521-30.
9. Yoshikawa T, Baba A, Nagatomo Y. Autoimmune mechanisms underlying ➡

- dilated cardiomyopathy. *Circ J* 2009; 73:602.
10. Iwata M, Yoshikawa T, Baba A, et al. Autoantibodies against the second extracellular loop of beta1-adrenergic receptors predict ventricular tachycardia and sudden death in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37:418.
 11. Dandel M, Wallukat G, Potapov E, Hetzer R. Role of β -adrenoceptor autoantibodies in the pathogenesis of dilated cardiomyopathy. *Immunobiology* 2012; 217(5):511-20.
 12. Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JA, et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *N Engl J Med* 2005; 352:539.
 13. Elkayam U., Tummala P.P., Rao K., et al. Maternal and fetal outcomes of subsequent pregnancies in women with Peripartum Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2001; 344:1567-1571.
 14. Fishberger SB, Colan SD, Saul JP, et al. Myocardial mechanics before and after ablation of chronic tachycardia. *Pacing Clin Electrophysiol* 1996; 19:42.
 15. Spinale FG, Holzgrefe HH, Mukherjee R, et al. LV and myocyte structure and function after early recovery from tachycardia-induced cardiomyopathy. *Am J Physiol* 1995; 268:H836.
 16. Ren J, Wold LE. Mechanisms of alcoholic heart disease. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2008;2(6):497.
 17. Kloner RA, Rezkalla SH. To drink or not to drink? That is the question. *Circulation.* 2007;116(11):1306.
 18. George A, Figueredo VM. Alcoholic cardiomyopathy: a review. *J Card Fail.* 2011;17(10):844-9.
 19. Regan TJ. Alcoholic cardiomyopathy. *Prog Cardiovasc Dis* 1984;27:141-52.
 20. Guillo P, Mansourati J, Maheu B, et al. Long-term prognosis in patients with alcoholic cardiomyopathy and severe heart failure after total abstinence. *Am J Cardiol* 1997;79:1276-8.
 21. Renault A, Mansourati J, Genet L, Blanc JJ. Dilated cardiomyopathies in severe cardiac failure in chronic alcoholics: Clinical course after complete withdrawal. *Rev Med Interne* 1993;14:942.
 22. Nethala V, Brown EJ Jr, Timson CR, Patcha R. Reversal of alcoholic cardiomyopathy in a patient with severe coronary artery disease. *Chest* 1993;104:626.
 23. Mahmoud S, Beauchesne LM, Davis DR, Glover C. Acute reversible left ventricular dysfunction secondary to alcohol. *Can J Cardiol* 2007;23(6):475-477.
 24. Grünig E, Tasman JA, Kücherer H, et al. Frequency and phenotypes of familial dilated cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 1998; 31:186.
 25. Mahon NG, Murphy RT, MacRae CA, et al. Echocardiographic evaluation in asymptomatic relatives of patients with dilated cardiomyopathy reveals preclinical disease. *Ann Intern Med* 2005; 143:108.
 26. Biagini E, Coccolo F, Ferlito M, et al. Dilated-hypokinetic evolution of hypertrophic cardiomyopathy: prevalence, incidence, risk factors, and prognostic implications in pediatric and adult patients. *J Am Coll Cardiol.* 2005;46(8):1543.
 27. Biagini E, Ragni L, Ferlito M, et al. Different types of cardiomyopathy associated with isolated ventricular noncompaction. *Am J Cardiol.* 2006;98(6):821.
 28. Tamburro P, Wilber D: Sudden death in idiopathic dilated cardiomyopathy. *Am Heart J* 124:1035-1045, 1992.
 29. Luu M, Stevenson WG, Stevenson LW, et al: Diverse mechanisms of unexpected cardiac arrest in advanced heart failure. *Circulation* 80:1675-1680, 1989.
 30. Thomas DE, Wheeler R, Yousef ZR, Masani ND. The role of echocardiography in guiding management in dilated cardiomyopathy. *Eur J Echocardiogr.* 2009;10(8):15-21.
 31. Vanoverschelde JL, Raphael DA, Robert AR, Cosyns JR. Left ventricular filling in dilated cardiomyopathy: relation to functional class and hemodynamics. *J Am Coll Cardiol* 1990;15:1288-95.
 32. Whalley GA, Doughty RN, Gamble GD, et al. Pseudonormal mitral filling pattern predicts hospital re-admission in patients with congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2002;39: 1787-95.
 33. Donal E, DePlace C, Kervio G, et al. Mitral regurgitation in dilated cardiomyopathy: value of both regional left ventricular contractility and dyssynchrony. *Eur J Echocardiogr* 2009;10: 133-8.
 34. Costanzo MR, Augustine S, Bourge R, et al. Selection and treatment of candidates for heart transplantation. *Circulation* 1995;92:3593-612.
 35. Klewer SE, Goldberg SJ, Donnerstein RL, Berg RA, Hutter JJ Jr. Dobutamine stress echocardiography: a sensitive indicator of diminished myocardial function in asymptomatic doxorubicin-treated long-term survivors of childhood cancer. *J Am Coll Cardiol* 1992;19:394-401.
 36. Duan F, Xie M, Wang X, et al. Preliminary clinical study of left ventricular myocardial strain in patients with non-ischemic dilated cardiomyopathy by three-dimensional speckle tracking imaging. *Cardiovasc Ultrasound.* 2012;10:8.
 37. Haugaa KH, Goebel B, Dahlslett T, et al. Risk assessment of ventricular arrhythmias in patients with nonischemic dilated cardiomyopathy by strain echocardiography. *J Am Soc* 2012;25(6):667-73.
 38. McCrohon JA, Moon JC, Prasad SK, et al. Differentiation of heart failure related to dilated cardiomyopathy and coronary artery disease using gadolinium-enhanced cardiovascular magnetic resonance. *Circulation.* 2003; 108:54 -59.
 39. Raman SV, Basso C, Tandri H, Taylor MR. Imaging phenotype vs genotype in nonhypertrophic heritable cardiomyopathies: dilated cardiomyopathy and arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy. *Circ Cardiovasc Imaging.* 2010;3(6):753-65.
 40. Nazarian S, Bluemke DA, Lardo AC, et al: Magnetic resonance assessment of the substrate for inducible ventricular tachycardia in nonischemic cardiomyopathy. *Circulation* 112:2821-2825, 2005.
 41. Cooper LT, Baughman KL, Feldman AM, et al: The role of endomyocardial biopsy in the management of cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the European Society of Cardiology. *Circulation* 2007; 116:2216.
 42. Hershberger RE, Siegfried JD. Update 2011: clinical and genetic issues in familial dilated cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57:1641.
 43. Hershberger RE, Morales A, Siegfried JD. Clinical and genetic issues in dilated cardiomyopathy: a review for genetics professionals. *Genet Med* 2010; 12:655.
 44. Fatkin D; members of the CSANZ

- Cardiac Genetic Diseases Council Writing Group. Guidelines for the diagnosis and management of familial dilated cardiomyopathy. *Heart Lung Circ.* 2011;20(11):691-3.
45. McNally EM, Golbus JR, Puckelwartz MJ. Genetic mutations and mechanisms in dilated cardiomyopathy. *J Clin Invest.* 2013;123(1):19-26.
 46. Hershberger RE, Lindenfeld J, Mestroni L, et al. Genetic evaluation of cardiomyopathy - a Heart Failure Society of America practice guideline. *J Card Fail* 2009; 15:83.
 47. Ackerman MJ, Priori SG, Willems S, et al. HRS/EHRA expert consensus statement on the state of genetic testing for the channelopathies and cardiomyopathies - this document was developed as a partnership between the Heart Rhythm Society (HRS) and the European Heart Rhythm Association (EHRA). *Heart Rhythm* 2011; 8:1308.
 48. Braunwald's Heart Disease. A textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. Elsevier Saunders. 2012. The dilated, Restrictive, and Infiltrative Cardiomyopathies. Vol 2, chapter 68, p 1561-1581.
 49. Levy WC, Mozaffarian D, Linker DT, et al: The Seattle Heart Failure Model: Prediction of survival in heart failure. *Circulation* 2006; 113:1424.
 50. Dec G.W., and Fuster V.: Idiopathic dilated cardiomyopathy. *N Engl J Med* 1994; 331: pp. 1564-1575.
 51. Ehlert F.A., Cannom D.S., Renfroe E.G., et al: Comparison of dilated cardiomyopathy and coronary artery disease in patients with life-threatening ventricular arrhythmias: differences in presentation and outcome in the AVID registry. *Am Heart J* 2001; 142: pp. 816-822.
 52. Arad M, Dov Freimark D. Predicting Prognosis in Dilated Cardiomyopathy. *IMAJ* 2012; 14: 687-689.
 53. Barrett CD, Altman RK, Ruskin JN. Ventricular Tachycardia in Patients With Dilated Cardiomyopathy. *Cardiac Electrophysiology: From cell to bedside.* Sixth Edition. 85, 859-871.
 54. Gulati A, Jabbour A, Ismail TF, et al. Association of fibrosis with mortality and sudden cardiac death in patients with nonischemic dilated cardiomyopathy. *JAMA.* 2013; 309(9):896-908.
 55. Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for Management of Patients With ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Europace* (2006) 8,746-837.
 56. Bardy GH, Lee KL, Mark DB, et al; Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT Investigators) Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *N Engl J Med.* 2005 Jan 20;352(3):225-37.
 57. Grimm W, Christ M, Bach J, Müller HH, Maisch B. Noninvasive arrhythmia risk stratification in idiopathic dilated cardiomyopathy: results of the Marburg Cardiomyopathy Study. *Circulation.* 2003;108(23):2883-91
 58. Koutalas E, Kanoupakis E, Vardas P. Sudden cardiac death in non-ischemic dilated cardiomyopathy: a critical appraisal of existing and potential risk stratification tools. *Int J Cardiol.* 2013; 167(2):335-41.
 59. Disertori M, Quintarelli S, Mazzola S, et al. The need to modify patient selection to improve the benefits of implantable cardioverter-defibrillator for primary prevention of sudden death in non-ischaemic dilated cardiomyopathy. *Europace.* 2013;15(12):1693-701.
 60. Gulati A, Jabbour A, Ismail TF, et al. Association of fibrosis with mortality and sudden cardiac death in patients with nonischemic dilated cardiomyopathy. *JAMA.* 2013;309:896-908
 61. Leong DP, Chakraborty A, Shipp N, et al. Effects of myocardial fibrosis and ventricular dyssynchrony on response to therapy in new-presentation idiopathic dilated cardiomyopathy: insights from cardiovascular magnetic resonance and echocardiography. *Eur Heart J.* 2012;33(5):640-8.
 62. Goldberger JJ, Subačius H, Patel T et al. Sudden cardiac death risk stratification in patients with nonischemic dilated cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63(18):1879-89.
 63. Tateishi E, Noguchi T, Goto Y et al. Prognostic impact of blood pressure response plus gadolinium enhancement in dilated cardiomyopathy. *Heart* 2015; 101 (10); 774-80.
 64. Waagstein F, Hjalmarson A, Varnauskas E, et al: Effect of chronic beta-adrenergic receptor blockade in congestive cardiomyopathy. *Br Heart J* 1975; 37: pp. 1022-1036.
 65. Bardy GH, Lee KL, Mark DB, et al: Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *N Engl J Med* 2005; 352: pp. 225-237
 66. Vrtovec B, Poglajen G, Lezaic L et al. Comparison of transendocardial and intracoronary CD34+ cell transplantation in patients with nonischemic dilated cardiomyopathy. *Circulation.* 2013;128(11):S42-9.
 67. Grimm W. Prophylactic implantable defibrillators in dilated cardiomyopathy. *Herz.* 2012;37(8):859-66
 68. Grimm W, Timmesfeld N, Efimova E. Left ventricular function improvement after prophylactic implantable cardioverter-defibrillator implantation in patients with non- ischaemic dilated cardiomyopathy. *Europace.* 2013;15(11):1594-600.
 69. Kusumoto FM, Calkins H, Boehmer J et al. Expert Consensus Statement on the Use of Implantable Cardioverter-Defibrillator Therapy in Patients Who Are Not Included or Not Well Represented in Clinical Trials. *Circulation.* 2014; 130: 94-125.
 70. Dinov B, Fiedler L, Schönbauer R et al. Outcomes in catheter ablation of ventricular tachycardia in dilated nonischemic cardiomyopathy compared with ischemic cardiomyopathy: results from the Prospective Heart Centre of Leipzig VT (HELP-VT) Study. *Circulation.* 2014;129(7):728-36.
 71. Mancini DM, Eisen H, Kussmaul W, Mull R, Edmunds LH Jr, Wilson JR. Value of peak exercise oxygen consumption for optimal timing of cardiac transplantation in ambulatory patients with heart failure. *Circulation* 1991; 83: 778 – 786.
 72. Kato TS, Collado E, Khawaja T, et al. Value of peak exercise oxygen consumption combined with B-type natriuretic peptide levels for optimal timing of cardiac transplantation. *Circ Heart Fail.* 2013; 6(1):6-14.
 73. Burkett EL, Hershberger RE. Clinical and genetic issues in familial dilated cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45:969.



Επενδύσεις και αύξηση προσωπικού ήταν η αντίδραση της RAFARM στην κρίση, επενδύσεις και αύξηση προσωπικού παραμένει και η απάντηση που δίνει η εταιρεία για το μέλλον. Ήδη από το 2ο εξάμηνο του 2018, η RAFARM βρίσκεται σε νέα φάση δυναμικής ανάπτυξης, καθώς υλοποιείται επενδυτικό σχέδιο ύψους 20 εκατ. ευρώ, το οποίο αναμένεται να ολοκληρωθεί το 2022.



Σε εξέλιξη το νέο 4ετές επενδυτικό πλάνο 20 εκατ. €

Το νέο αυτό επενδυτικό πλάνο διαδέχεται τις επενδύσεις των προηγούμενων ετών, συνολικού ύψους 35 εκατ. ευρώ, προκειμένου να δημιουργηθούν μεταξύ άλλων νέες γραμμές παραγωγής, νέο κέντρο έρευνας και ανάπτυξης, καθώς και κτιριακές εγκαταστάσεις.

Τα επιχειρησιακά οφέλη και οι δυνατότητες που θα προκύψουν από την νέα επένδυση θα επιτρέψουν στη φαρμακοβιομηχανία να ενισχύσει περαιτέρω την **ανάπτυξη καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων, να δημιουργήσει νέες θέσεις εργασίας και να επεκτείνει την εξαγωγική της δραστηριότητα.**

Όπως σημειώνει ο Αντιπρόεδρος της εταιρείας Άρης Μητσόπουλος: «*Η στρατηγική μας προσέγγιση απέδωσε εντυπωσιακά αποτελέσματα και ήδη η RAFARM κατέχει ηγετική θέση στην ανάπτυξη στείρων οφθαλμικών και ενέσιμων προϊόντων στην Ευρώπη και πλέον μια ελληνική φαρμακοβιομηχανία αναγνωρίζεται παγκοσμίως.*»

Το επενδυτικό πλάνο

Με την ολοκλήρωσή τους, οι νέες υπερσύγχρονες μονάδες παραγωγής στείρων προϊόντων, θα επιφέρουν **τριπλάσιασμό της παραγωγικής δυναμικής της εταιρείας**, ενώ το νέο κέντρο έρευνας και ανάπτυξης (R&D Center) θα περιλαμβάνει εργαστήρια υψηλής τεχνολογίας για την ανάπτυξη πολύπλοκων φαρμακοτεχνικών μορφών (complex drugs), ικανότητα την οποία διαθέτουν πολύ λίγα κέντρα έρευνας και ανάπτυξης, παγκοσμίως.

Ως αποτέλεσμα, στο νέο R&D κέντρο της RAFARM θα μπορεί να αναπτυχθεί σημαντικός αριθμός νέων προϊόντων ετησίως, τα οποία θα στοχεύουν κυρίως στις αγορές της Ευρώπης, της Κίνας και των ΗΠΑ.

Το σημαντικότερο είναι όμως ότι το νέο κέντρο θα μπορεί να φιλοξενεί πάνω από

100 ερευνητές, μια πολύ σημαντική εξέλιξη για την απορρόφηση κυρίως Ελλήνων επιστημόνων.

Η εταιρεία απασχολεί ήδη 550 εργαζόμενους και με το νέο πλάνο επενδύσεων προβλέπεται η **δημιουργία 80 επιπλέον θέσεων εργασίας στην επόμενη διετία, οι οποίες έρχονται να προστεθούν στις 150 θέσεις που έχουν δημιουργηθεί την τελευταία τριετία**, αποδεικνύοντας την έμφαση που δίνει στο ανθρώπινο δυναμικό της, ως πυρήνα ανάπτυξης της επιχειρησιακής της δραστηριότητας.

Παρουσία και δραστηριότητα στην Ελλάδα

Εδώ και 49 χρόνια, η RAFARM «δεν φαίνεται αλλιώς είναι δίπλα» στην ελληνική οικογένεια προσφέροντας μια μεγάλη αγκαλιά φροντίδας στο σύνολο της κοινωνίας. Η εταιρεία κατέχει ηγετική θέση στην εγχώρια φαρμακευτική αγορά και κατατάσσεται ανάμεσα στις **5 μεγαλύτερες ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες.**

Παρά τις αντίξοες συνθήκες που επικράτησαν για πάνω από μια 10ετία στη χώρα, η RAFARM **συνεχίζει απρόσκοπτα να επενδύει στην Ελλάδα**, παράγοντας υψηλής ποιότητας φαρμακευτικά προϊόντα, δημιουργώντας νέες θέσεις απασχόλησης και συμβάλλοντας στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Άλλωστε η εταιρεία επενδύει το **8% του συνολικού κύκλου εργασιών της στην έρευνα και την ανάπτυξη**, ενώ και οι διεθνείς διακρίσεις και πιστοποιήσεις που έχει λάβει, έρχονται να συμβάλλουν θετικά στην συνολική εικόνα της χώρας, τόσο σε τοπικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Σήμερα, ο κύκλος εργασιών του ομίλου ξεπερνά τα 100 εκατ. ευρώ και οι εξαγωγές, από το 25% των πωλήσεων το 2018, αναμένεται να φτάσουν το

40% το 2021, δείγμα της έντονης εξωστρέφειάς της.

Η εταιρεία διαθέτει ένα εκτεταμένο δίκτυο με εξειδικευμένους επιστημονικούς συνεργάτες, σε όλη την Ελλάδα, δραστηριοποιείται στις περισσότερες θεραπευτικές κατηγορίες και έχει κερδίσει την **αναγνώριση της ελληνικής ιατροφαρμακευτικής κοινότητας.**

Παγκόσμια εμβέλεια με έμφαση στις ΗΠΑ

Η RAFARM έχει εδραιώσει τη διεθνή της παρουσία μέσα από την ανάπτυξη, παραγωγή και διάθεση αξιόπιστων φαρμακευτικών προϊόντων, με δυναμική παρουσία σε 75 χώρες και στις πέντε ηπείρους και δραστηριότητα στην πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών. Σημαντική στιγμή στην εξέλιξη της εταιρείας, ως **η πρώτη ελληνική φαρμακοβιομηχανία που έλαβε πιστοποίηση από τον US FDA**, ήταν η **είσοδος της στις ΗΠΑ, τη μεγαλύτερη φαρμακευτική αγορά του κόσμου, στις αρχές του 2018** με το λανσάρισμα ενέσιμου ογκολογικού προϊόντος, το οποίο αναπτύχθηκε και παράγεται στην Ελλάδα.

Η περαιτέρω διείσδυση της εταιρείας στις αγορές του εξωτερικού, με έμφαση στην αγορά των ΗΠΑ, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη νέων καινοτόμων τεχνολογιών, είναι **στρατηγικός στόχος της επιχειρηματικής της δραστηριότητας.**

Συγκεκριμένα, πέρα από το προϊόν που ήδη διατίθεται στις ΗΠΑ και μετά και την απόλυτα επιτυχημένη δεύτερη επιθεώρηση της εταιρείας τον Ιούλιο, **ετοιμάζεται νέο λανσάρισμα προϊόντος μέχρι τέλος του έτους.** Επιπλέον, έχουν κατατεθεί στον FDA προς έγκριση, φάκελοι για τρία νέα προϊόντα και **στόχος της εταιρείας είναι η έγκριση και κυκλοφορία τριών έως πέντε προϊόντων το χρόνο** στη συγκεκριμένη αγορά.

Δεν φαινόμαστε,
αλλά είμαστε δίπλα σας



ADV/RAFARM/BANNER/03.2018



RAFARM A.E.B.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό, Αθήνα

Τηλ.: 210 67 76 550/1 Fax: 210 67 76 552 info@rafarm.gr

www.rafarm.gr

Ψωρίαση

ΘΕΟΔΩΡΑ ΔΟΥΒΑΛΗ¹, ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΧΑΣΑΠΗ²

¹Επιμελήτρια Β¹, ²Διευθύντρια Δερματολογικής Κλινικής ΕΣΥ, Νοσ. «Α. Συγγρός»

Η ψωρίαση είναι μια συχνή, χρόνια, υποτροπιάζουσα ανοσο-μεσολαβούμενη δερματοπάθεια με ποικίλη κλινική έκφραση, με συχνότερη μορφή την ψωρίαση κατά πλάκας. Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να πυροδοτήσουν τη νόσο σε προδιατεθειμένα άτομα. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση καλά περιγεγραμμένων ερυθματωδών πλακών, που καλύπτονται από παχιά αργυρόχρσα λέπια με κύρια εντόπιση σε εκτατικές επιφάνειες άκρων, αγκώνες - γόνατα, κορμό και τριχωτό κεφαλής. Ιστολογικά, παρατηρείται παρακεράτωση, υπερακάνθωση της επιδερμίδας με συνοδό θηλωμάτωση και φλεγμονώδη διήθηση (κυρίως λεμφοκυτταρική) του χορίου. Η ψωρίαση σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα αποτελεί συστηματική νόσο, συνδέεται έως και 20-30% με ψωριασική αρθρίτιδα, ενώ υπάρχει αυξημένη συσχέτιση της νόσου με άλλες φλεγμονώδεις παθήσεις. Έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών και από τις μελέτες αποδεικνύεται πως οι ασθενείς θεωρούν ότι οι υπάρχουσες θεραπείες, αν και συχνά αποτελεσματικές, δεν παρέχουν ικανοποιητική μακροπρόθεσμη λύση. Το γεγονός αυτό συχνά δυσχεραίνει τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία.

Επιδημιολογία και Γενετική

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα, ο επιπολασμός της ψωρίασης, υπολογίζεται στο 2% του παγκόσμιου πληθυσμού. Ωστόσο, στις Η.Π.Α. και τον Καναδά αναφέρεται υψηλός επιπολασμός της τάξης του 4,6% και 4,7% αντίστοιχα, σε αντίθεση με τον επιπολασμό των Αφρικανών, Αφρο-Αμερικανών, Νορβηγών και των Ασιατών που κυμαίνεται μεταξύ 0,4% και 0,7%. Στην Ευρώπη, ο επιπολασμός της ψωρίασης των νέων κυμαίνεται από 0,7%, σε ηλικίες έως 9 ετών μέχρι και 1,01-1,37% σε ηλικίες 10-19 ετών. Η ψωρίαση μπορεί να εμφανιστεί για πρώτη φορά σε οποιαδήποτε ηλικία, από τη βρεφική ηλικία έως την όγδοη δεκαετία της ζωής. Έχουν αναφερθεί δύο ηλικιακές κορυφές: Η πρώτη (75%) αποτελεί την πρώτη εμφάνιση και αφορά άτομα ηλικίας 20-30 ετών, ενώ η δεύτερη αφορά σε άτομα 50-60 ετών. Προσβάλλει εξίσου συχνά και τα δύο φύλα.

Παθογένεια- Εκλυτικοί παράγοντες

Η ψωρίαση είναι πολυπαραγοντική νόσος και η παθογένειά της αποτελεί συνάρτηση γενετικών, περιβαλλοντικών παραγόντων καθώς και μιας ιδιαίτερης ανοσολογικής απάντησης του οργανισμού, που συνεπάγεται τη διαταραχή κερατινοποίησης, την υπερπλησία των τριχοειδών και τη φλεγμονώδη διήθηση του χορίου. Μελέτες σε οικογένειες ψωριασικών ασθενών έχουν αναδείξει τον κληρονομικό χαρακτήρα της νόσου. Έχουν βρεθεί 9 γονιδιακοί επιτόποι που σχετίζονται με τη νόσο και ονομάζονται PSORS1 έως PSORS9. Ο πιο σημαντικός θεωρείται ο PSORS1, που είναι υπεύθυνος για την έκφραση μορίων του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας

κλάσης I (MHC I). Τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας που σχετίζονται με τη νόσο είναι τα HLA-B13,-B17,-BW57,-CW6, με το τελευταίο να είναι το ισχυρότερα συσχετιζόμενο και να απαντάται στο 90% των ασθενών με πρώιμη έναρξη της νόσου.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το τραύμα, οι λοιμώξεις, τα φάρμακα, ο ήλιος, διάφοροι μεταβολικοί ή ορμονικοί παράγοντες, το stress, το αλκοόλ και το κάπνισμα δρουν ως εκλυτικοί αίτια εμφάνισης της ψωρίασης, σε ασθενείς με γενετική προδιάθεση. Ο κύκλος ζωής του επιδερμικού κυττάρου μειώνεται από 28 ημέρες (φυσιολογικό δέρμα) σε μόλις 5-7 ημέρες (ψωρίαση) με αποτέλεσμα την ατελή ωρίμανσή του. Κύτταρα εμπλεκόμενα τόσο στην αυτοανοσία όσο και στην αυτοφλεγμονή (T λεμφοκύτταρα, μακροφάγα, NKT λεμφοκύτταρα, αντιγονοπαρουσιαστικά, πολυμορφοπύρρηνα ουδετερόφιλα, κ.α) συμμετέχουν στον γενικότερο παθογενετικό μηχανισμό της ψωρίασης, συνδέοντας τη φυσική με την επίκτητη ανοσιακή απάντηση.



Εικόνα 1. Ψωριασικές πλάκες με αργυρά λέπια

Κλινική εικόνα

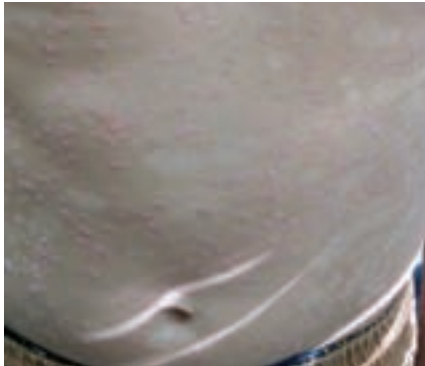
Από κλινική άποψη, η ψωρίαση παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα δερματικών εκδηλώσεων. Οι κύριες μορφές της νόσου είναι οι ακόλουθες:

- Κοινή κατά πλάκας ψωρίαση
- Σταγονοειδής ψωρίαση
- Ερυθροδερμική ψωρίαση ή ψωριασική ερυθροδερμία
- Φλυκταινώδης ψωρίαση

Η Κοινή κατά πλάκας ψωρίαση απαντάται στο 80-90% των περιπτώσεων και χαρακτηρίζεται από καλά περιγραφόμενες ερυθματολεπιδώδεις πλάκες με χαλαρά προσφυόμενα αργυρόχρσα λέπια, συχνά συμμετρικά κατανεμημένες με ποικίλη συμμετοχή της σωματικής επιφάνειας (Εικ. 1). Οι κύριες θέσεις προτίμησης είναι οι αγκώνες, τα γόνατα, το τριχωτό κεφαλής, τα χέρια και τα πόδια.

Η σταγονοειδής ψωρίαση παρατηρείται συχνότερα σε παιδιά και εφήβους και συχνά μετά από λοίμωξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού (Εικ. 2). Χαρακτηρίζεται από πολλαπλές ρόδινες σταγονοειδείς βλατίδες σε κορμό και εγγύς άκρα. Η πρόγνωση είναι εξαιρετική. Το 1/3 μόνο των περιπτώσεων συνήθως μεταπίπτει σε χρόνια κατά πλάκας ψωρίαση.

Η Ερυθροδερμική ψωρίαση αποτελεί την πιο σοβαρή μορφή της νόσου και χαρακτηρίζεται από γενικευμένο ερύθημα, καθολική φλεγμονή του δέρματος και ποικίλη απολέπιση με εμφάνιση σταδιακή ή οξεία, με πιθανά συνοδά συστηματικά συμπτώματα. Απαντάται σε ποσοστό 2% των περιπτώσεων. Προδιαθετικοί παράγοντες της νόσου θεωρούνται οι λοιμώξεις, η υπασβεσταιμία, οι ερεθιστικές τοπικές θεραπείες και η απότομη διακοπή συστηματικών κορτικοστεροειδών. Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν διαταραχές θερμορρύθμισης, υπολευκωματιναιμία, αναιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καρδιακή ανεπάρκεια και κάμψη.



Εικ.2. Σταγονοειδής ψωρίαση

Η Φλυκταινώδης ψωρίαση χαρακτηρίζεται από ουδετεροφιλική διήθηση σε ιστολογικό επίπεδο, ενώ το ερύθημα και η εμφάνιση άσπρων φλυκταινών κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Υπάρχουν διαφορετικά πρότυπα γενικευμένης φλυκταινώδους ψωρίασης: Η Γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση (von

Zumbusch), η Ακροφλυκταίνωση παλαμών – πελμάτων και η Συνεχής ακροδερματίτιδα του Halloraeu. Στις λοιπές μορφές φλυκταινώδους ψωρίασης συμπεριλαμβάνεται το Ερπητοειδές κηρίο, όταν συσχετίζεται με την κύηση και η Βρεφική και νεανική φλυκταινώδης ψωρίαση, όταν εμφανίζεται στην αντίστοιχη ηλικία.

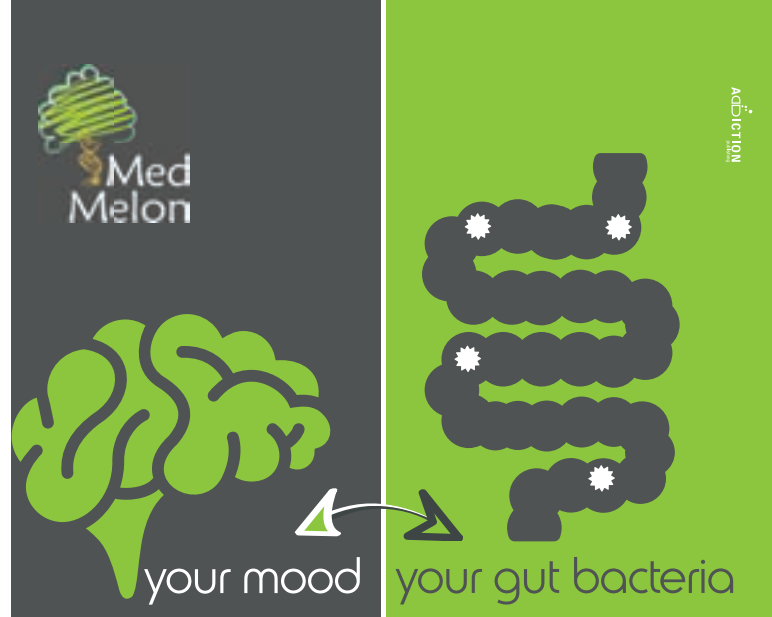
Ανάλογα με την ανατομική εντόπιση διακρίνουμε τις ακόλουθες μορφές:

- Ψωρίαση του τριχωτού κεφαλής
- Ψωρίαση των πτυχών ή ανάστροφη ψωρίαση
- Ψωριασική ονυχία
- Ψωρίαση παλαμών - πελμάτων
- Ψωρίαση γεννητικών οργάνων και βλεννογόνων
- Ψωριασική αρθρίτιδα

Η Ψωρίαση Τριχωτού κεφαλής χαρακτηρίζεται από παχιές πλάκες που καλύπτονται από ήλπι, με συχνότερη εντόπιση κυρίως στην ινιακή, οπισθοωτιαία, μετωπιαία χώρα χωρίς να αποκλείεται η κατανομή των πλάκων σε όλο το τριχωτό. Η ανάστροφη ψωρίαση προσβάλλει πτυχές και χαρακτηρίζεται από σαφώς αφοριζόμενες ερυθρηματώδεις πλάκες, διαβρώσεις ή ρωγμές με λίγο ή καθόλου ήλπι σε μασχαλιαίες, υπομαζικές, μηροβουβινικές πτυχές, οπισθοωτιαία καθώς και μεσογλουτιαία περιοχή. Η ψωριασική ονυχία απαντάται στο 25–50% των ασθενών με ψωρίαση και σχετίζεται σε υψηλό ποσοστό 80-90% με ψωριασική αρθρίτιδα με ποσοστό 57% να παρουσιάζεται στα άνω και κάτω άκρα, ενώ στα κάτω άκρα εμφανίζεται σε ποσοστό 16%. Η ψωρίαση παλαμών – πελμάτων χαρακτηρίζονται από σαφώς αφοριζόμενες, ερυθρηματολεπιδώδεις, συμμετρικές πλάκες με αργυρόχροα ή κιτρινωπά ήλπια που δεν αποκοιλιώνονται εύκολα σε περιοχές πίεσης. Συχνά συνυπάρχουν ρωγμές, πόνος και ευαισθησία. Η ψωρίαση των γεννητικών οργάνων και βλεννογόνων εκδηλώνεται με σαφώς ερυθρηματώδεις πλάκες, μονήρεις ή πολλαπλές, με ή χωρίς ήλπια σε σώμα πέους, βάλλανο, όσχεο, χείλη αιδοίου. Η ψωριασική αρθρίτιδα εμφανίζεται σε ηλικίες >40 ετών απαντά σε ποσοστό 30% και σύμφωνα με τους Moll&Wright διακρίνονται 5 τύποι αρθρίτιδας: Η περιφερική μονοαρθρίτιδα ή ασύμμετρη ολιγοαρθρίτιδα, η άπω μεσοφαλαγγική αρθρίτιδα, η συμμετρική πολυαρθρίτιδα, η ακρωτηριασική- παραμorfωτική αρθρίτιδα και η σπονδυλίτιδα.

Διαγνωστική προσέλαση

Η διάγνωση του νοσήματος είναι εύκολη, βασίζεται στην κλινική εικόνα και σε αμφίβολες περιπτώσεις επιβεβαιώνεται με βιοψία δέρματος. Ιστολογικά, παρατηρείται στην επιδερμίδα υπερ-



Ζωντανά Προβιοτικά ...για κάθε ανάγκη & ηλικία

- **ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**
- **ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ**
- **ΚΑΛΗ ΠΕΨΗ**

- ▶ Ενισχύουν το **ανοσοποιητικό**
- ▶ Μειώνουν τη **δυσκοιλιότητα** και τη **διάρροια**
- ▶ Αποκαθιστούν την εντερική χλωρίδα μετά από **αντιβίωση**
- ▶ Προστατεύουν από **μολύνσεις & βακτήρια** (E. Coli, Candida κ.ά.)
- ▶ Αυξάνουν την **απορρόφηση βιταμινών, μετάλλων, αμινοξέων**
- ▶ Συμμετέχουν στη μείωση της **χοληστερόλης**
- ▶ Βελτιώνουν την ανοχή στη **λακτόζη**

▶ **Εγγυημένος** πληθυσμός & δραστηριότητα από την παραγωγή μέχρι τη λήξη

▶ **Διασφαλισμένη** αντοχή στο όξινο περιβάλλον του στομάχου

▶ Καλλιέργειες που εγκαθίστανται & **αποικίζουν** τις βλεννογόνους

▶ **Πιστοποιημένη** διαδικασία παρασκευής (Lyophilization)



Στοματική υγεία (2 δισ)

Μωρά 1-3 ετών (3 δισ)

Παιδιά 4-15 ετών (5 δισ)

Ενήλικες έως 54 ετών (17 δισ)

Ενήλικες 55+ (34 δισ)

Ουροποιητικό-Μύκτες (42 δισ)

Χρόνια εντερικά προβλήματα (102 δισ)

Εισάγονται από τον Καναδά



www.florahealth.com

From seed to bottle

Χωρίς γλουτένη • Ανεπεξέργαστα
Κατάλληλα για χορτοφάγους



Αποκλειστική διανομή για Ελλάδα & Κύπρο
Τ: 2310 449 441 • www.medmelon.gr



■ κεράτωση, παρακεράτωση, ακάνθωση, μείωση κοκκώδους στιβάδας, μικροαποστημάτια του Munro στην κεράτινη στιβάδα, ενώ φλύκταινες του Kogoj απαντώνται στις φλύκταινώδεις μορφές. Στο χόριο παρατηρείται φλεγμονώδης διήθηση από λεμφοκύτταρα και μονοκύτταρα, επιμήκυνση των θηλών, αγγειοδιαστολή και υπερπλάσια των μετατριοειδικών φλεβιδίων του επιπολής χορίου.

Ψωρίαση και συννοσηρότητες

Η ψωρίαση αν και φλεγμονώδης νόσος συχνά συσχετίζεται με άλλες φλεγμονώδεις παθήσεις επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών, επιβαρύνοντας την πρόγνυσή τους. Η ψωριασική αρθρίτιδα συνυπάρχει σε ποσοστό έως 30% των ασθενών με ψωρίαση, τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα), παρατηρούνται συχνότερα σε ψωριασικούς ασθενείς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ στο 10% των ασθενών εμφανίζονται οφθαλμικές διαταραχές όπως είναι ραγοειδίτιδα, ιρίτιδα, επιπεφυκίτιδα. Αυξημένη επίσης συσχέτιση της νόσου καταγράφεται με το μεταβολικό σύνδρομο (Σ/Δ, ΑΥ, παχυσαρκία) και άλλες αυτοάνοσες νοσολογικές οντότητες (ερυθηματώδης λύκος, πομφολυγώδες πεμφιγοειδές, θυρεοειδίτιδα Hashimoto, λεικήν, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.α.)

Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση ποικίλει ανάλογα με τη μορφή της νόσου και περιλαμβάνει τη σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, τον ομαλό λειχήνα, το έκζεμα, τον ερυθηματώδη λύκο, την καντιντίαση, τη δερματοφυτία, τη ροδόχρου πιτυρίαση, τη σπογγοειδή μυκητίαση, την ερυθρά ιόνθιο πιτυρίαση, τα φαρμακευτικά εξανθήματα, την ονυχομυκητίαση, τη θυλακίτιδα, την παραψωρίαση κατά μικρές πλάκες, τη δευτερογόνο σύφιλη.

Θεραπευτική Προσέγγιση

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια ασθένεια που φαίνεται να ασκεί σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής. Επομένως, η αντιμετώπισή της πρέπει να περιλαμβάνει την αντιμετώπιση τόσο των ψυχοκοινωνικών όσο και των σωματικών επιπτώσεων της νόσου. Η θεραπεία εξατομικεύεται με βάση τη σοβαρότητα της νόσου, τις σχετικές συννοσηρότητες, την πρόληψη των ασθενών (συμπεριλαμβανομένου του κόστους και της ευκολίας), την αποτελεσματικότητα και την αξιολόγηση της ανταπόκρισης του κάθε ασθενούς. Πολλές τοπικές και συστηματικές θεραπείες είναι διαθέσιμες για τη θεραπεία των δερματικών εκδηλώσεων της ψωρίασης.

Τοπική Θεραπεία

Τα τοπικά κορτικοστεροειδή παραμένουν ο βασικός πυρήνας της τοπικής θεραπείας ασκώντας αντιφλεγμονώδη, αντιμυτωτική και ανοσοκατασταλτική δράση επηρεάζοντας τη γονιδιακή μεταγραφή. Τα *ανάλογα βιταμίνης D3* παρόλο που είναι αποτελεσματικά ως μονοθεραπεία, είναι πιο αποτελεσματικά όταν συνδυάζονται με ένα τοπικό κορτικοστεροειδές. Δρουν ρυθμίζοντας τον πολλαπλασιασμό των κερατινοκυττάρων. Τα τοπικά ρετινοειδή, με κύριο εκπρόσωπο την ταζαροτένη, είναι ασφαλή και αποτελεσματικά, με τις ανεπιθύμητες ενέργειες να μειώνονται με την ταυτόχρονη θεραπεία με τοπικό κορτικοστεροειδές. Οι τοπικοί αναστολείς καλσινευρίνης (τακρόλιμους 0,1%, πιμεκρόλιμους 1%) θεωρούνται αποτελεσματικοί στη θεραπεία της ψωρίασης. Συμπληρωματικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν πίσσα, ανθρακίνη ή διθρανόλη, κε-

ρατολιτυκοί, ενυδατικοί, μαλακτικοί παράγοντες, σαλικυλικό οξύ, ουρία >10% ή γαλακτικό οξύ.

Φωτοθεραπεία

Η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία (UV) θεωρείται ευεργετική και αποτελεσματική στη θεραπεία της ψωρίασης, παρά τη φωτογήρανση και τον αυξημένο κίνδυνο δερματικής κακοήθειας. Η δράση της συνίσταται στην αντιμυτωτική και στην αντιφλεγμονώδη επίδραση στα κερατινοκύτταρα. Υπάρχουν δυο τύποι φωτοθεραπείας η UVB και η PUVA. Η φωτοθεραπεία με υπεριώδη ακτινοβολία UVB διακρίνεται σε bb- (UVB) (290 έως 320 nm), όπου χρησιμοποιείται σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο, μόνη της ή σε συνδυασμό με τοπική πίσσα και σε nb- UVB (311 nm). Η φωτοχημειοθεραπεία (PUVA) συνίσταται στην από του στόματος χορήγηση ή τοπική εφαρμογή ψωραλενίων ακολουθούμενη από υπεριώδη ακτινοβολία A (UVA) (320 έως 400 nm). Η φωτοχημειοθεραπεία συνδυάζεται άριστα με ρετινοειδή (Re-PUVA).

Για τη θεραπεία της ψωρίασης χρησιμοποιείται μια ποικιλία συστηματικών φαρμάκων. Οι επιλογές για τη συστηματική θεραπεία περιλαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά ή ανοσορρυθμιστικά φάρμακα όπως είναι η μεθοτρεξάτη, η κυκλοσπορίνη, συστηματικά ρετινοειδή, η απρεμιλλάστη και οι βιολογικοί παράγοντες.

Συστηματική Θεραπεία

Η *Κυκλοσπορίνη*, ως αναστολέας καλσινευρίνης καταστέλλει τα T κυττάρους και ενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή ψωρίαση. Οι συνήθεις δόσεις κυμαίνονται από 3- 5 mg / kg / ημέρα από το στόμα. Βελτίωση παρατηρείται εντός τεσσάρων εβδομάδων. Η *Μεθοτρεξάτη* αποτελεί ανταγωνιστή του φυλλικού οξέος με καλή αποτελεσματικότητα στη ψωρίαση κατά πλάκας με ή χωρίς ψωριασική αρθρίτιδα ή ονυχία. Η μεθοτρεξάτη χορηγείται μία φορά την εβδομάδα με δόση που κυμαίνεται μεταξύ 7,5 mg και 25 mg την εβδομάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Κατά τη διάρκεια της λήψης μεθοτρεξάτης συστήνεται η λήψη φυλλικού οξέος για να μειωθεί ο κίνδυνος παρενεργειών. Κλινική ανταπόκριση αναμένεται μετά από 4-12 εβδομάδες θεραπείας.

Τα *Συστηματικά Ρετινοειδή*, όπως είναι η ασιτρετίνη χρησιμοποιείται με πολύ καλή ανταπόκριση στην ερυθροδερμική και φλύκταινώδη μορφή της νόσου καθώς και σε ασθενείς με ψωρίαση HIV θητικού. Η αρχική δόση συνίσταται στα 0.3-0.5mg/kg/ημέρα και μετά τις τέσσερις εβδομάδες αυξάνεται έως 0.8mg/kg/ημέρα. Ανταπόκριση αναμένεται μετά τις 4-8 εβδομάδες θεραπείας. Η *Απρεμιλλάστη* ως αναστολέας φωσφοδιεστεράσης 4, δρα μειώνοντας την παραγωγή πολλαπλών κυτοκινών που εμπλέκονται στον παθογενετικό μηχανισμό της ψωρίασης. Ενδείκνυται για τη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής ψωρίασης κατά πλάκας. Το 30% των ασθενών θα επιτύχουν PASI 75. Μετά το συνιστώμενο πρόγραμμα τιτλοποίησης ακολουθεί δόση χορήγησης 30 mg δυο φορές την ημέρα.

Οι *Βιολογικοί Παράγοντες* αποτελούν σημαντικές θεραπευτικές επιλογές για τη μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας. Τα διαθέσιμα βιολογικά φάρμακα για την ψωρίαση έχουν εξαιρετική βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα και καλή ανοχή. Οι κυριότερες βιολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν τα : etanercept, infliximab, adalimumab, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, brodalumab και guselkumab. Ασθενείς με σοβαρή ψωρίαση (PASI>10 ή DLQI>10 ή BSA>10) για τουλάχιστον 6 μήνες, μη ανταποκρινόμενοι στις συμβατικές θεραπείες μπορεί να εί-

■ ναι υποψήφιοι για βιολογική θεραπεία.

Το *Etanercept* είναι ένας TNF- α αναστολέας και συστήνεται για ενήλικες με ψωριασική αρθρίτιδα και για ασθενείς άνω της ηλικίας των τεσσάρων ετών με χρόνια έως σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας. Χορηγείται σε ενήλικες υποδορίως 50 mg δύο φορές την εβδομάδα για τους αρχικούς τρεις μήνες της θεραπείας και ακολούθως συστήνεται εβδομαδιαία χορήγηση των 50 mg ως θεραπεία συντήρησης. Η δοσολογία για τα παιδιά είναι 0,8 mg / kg εβδομαδιαίως, με μέγιστη δόση 50 mg την εβδομάδα. Το *Infliximab* αποτελεί έναν αναστολέα TNF- α και συνιστάται σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας με ταχεία έναρξη δράσης σε σύγκριση άλλους βιολογικούς παράγοντες. Η δοσολογία είναι 5 mg / kg IV τις εβδομάδες 0, 2 και 6, ακολουθούμενη μετά κάθε οκτώ εβδομάδες.

Το *Adalimumab* ως ένα ανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα με δραστικότητα κατά του TNF- α χορηγείται υποδορίως σε δόση έναρξης 80 mg ακολουθούμενη από 40 mg την εβδομάδα 1 και εν συνεχεία κάθε δυο εβδομάδες. Στα παιδιά χορηγείται σε ηλικία άνω των τεσσάρων ετών και σε δοσολογία 0.8 mg/kg τα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα.

Το *Ustekinumab* είναι ένα ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα που στοχεύει την ιντερλευκίνη IL -12 / IL-23 και ενδείκνυται για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών ή ασθενών άνω των δώδεκα ετών με μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας. Η δοσολογία του *ustekinumab* βασίζεται στο σωματικό βάρος. Για ενήλικες με ΒΣ $\leq$ 100 kg η δόση είναι 45 mg υποδορίως χορηγούμενη τις εβδομάδες 0, 4 και έπειτα κάθε 12 εβδομάδες. Μια δόση 90 mg που χορηγείται στο ίδιο σχήμα συστήνεται σε ενήλικες άνω των 100 kg.

Το *Secukinumab* είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα αντι-IL-17A και ενδείκνυται για τη μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας και για την ψωριασική αρθρίτιδα. Η τυπική δοσολογία για την ψωρίαση κατά πλάκας είναι 300 mg /υποδορίως μια φορά την εβδομάδα τις εβδομάδες 0, 1, 2, 3 και 4 ακολουθούμενες από 300 mg κάθε τέσσερις εβδομάδες. Το *Brodalumab* είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα αντι-IL-17 υποδοχέα με υψηλή αποτελεσματικότητα για την ψωρίαση. Το Φεβρουάριο του 2017 και τον Ιούλιο του 2017, ο FDA και ο EMA ενέκριναν αντίστοιχα το *brodalumab* για τη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής ψωρίασης κατά πλάκας σε ενήλικες ασθενείς. Το σχήμα χορήγησης είναι 210 mg υποδορίως τις εβδομάδες 0,1,2 και στη συνέχεια 210mg κάθε 2 εβδομάδες. Άλλοι βιολογικοί παράγοντες είναι το *Ixekizumab*, το *Guselkumab* και το *Itolizumab*. Άλλοι ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες, όπως είναι η υδροξυουρία, η 6-θειογουανίνη και η αζαθειοπρίνη, οι εστέρες φουμαρικού οξέος έχουν χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις σοβαρής ψωρίασης.

Η θεραπεία της ψωρίασης αποτελεί πεδίο συνεχούς έρευνας. Νέοι θεραπευτικοί παράγοντες που στοχεύουν τη διαδρομή Th17, θεραπείες με αντι-TNF παράγοντες, JAK αναστολές, αναστολές πρωτεϊνικής κινάσης C βρίσκονται υπό μελέτη. Αναμένονται περισσότερες μελέτες προκειμένου να ανακαλυφθούν στοχευμένες θεραπείες για την ψωρίαση που θα συνδυάζουν μέγιστη αποτελεσματικότητα και αποδεκτό προφίλ ασφάλειας.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Menter A, Griffiths CE. Current and future management of psoriasis. *Lancet* 2007; 370:272.
2. Armstrong AW, Robertson AD, Wu J, et al. Undertreatment, treatment trends, and treatment dissatisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis in the United States: findings

from the National Psoriasis Foundation surveys, 2003-2011. *JAMA Dermatol* 2013; 149:1180.

3. Van de Kerkhof PC, Reich K, Kavanaugh A, et al. Physician perspectives in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29:2002.
4. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, et al. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology* 2006; 212:123.
5. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol* 2010; 146:891.
6. Perrott SB, Murray AH, Lowe J, Mathieson CM. The psychosocial impact of psoriasis: physical severity, quality of life, and stigmatization. *Physiol Behav* 2000; 70:567.
7. Thomas CL, Finlay AY. The 'handprint' approximates to 1% of the total body surface area whereas the 'palm minus the fingers' does not. *Br J Dermatol* 2007; 157:1080.
8. Alinia H, Moradi Tuchayi S, Smith JA, et al. Long-term adherence to topical psoriasis treatment can be abysmal: a 1-year randomized intervention study using objective electronic adherence monitoring. *Br J Dermatol* 2017; 176:759.
9. Kalb RE, Bagel J, Korman NJ, et al. Treatment of intertriginous psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60:120.
10. American Academy of Dermatology Work Group, Menter A, Korman NJ, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65:137.
11. Chan CS, Van Voorhees AS, Lebwohl MG, et al. Treatment of severe scalp psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60:962.
12. Schlager JG, Rossumeck S, Werner RN, et al. Topical treatments for scalp psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2:CD009687.
13. Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62:655.
14. Esposito M, Mazzotta A, de Felice C, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis with etanercept. *Br J Dermatol* 2006; 155:156.
15. Richetta AG, Maiani E, Carlomagno V, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis in HCV+ patient with adalimumab. *Dermatol Ther* 2009; 22 Suppl 1:S16.
16. Santos-Juanes J, Coto-Segura P, Mas-Vidal A, Galache Osuna C. Ustekinumab induces rapid clearing of erythrodermic psoriasis after failure of antitumour necrosis factor therapies. *Br J Dermatol* 2010; 162:1144.
17. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60:643.
18. Samarasekera EJ, Sawyer L, Wonderling D, et al. Topical therapies for the treatment of plaque psoriasis: systematic review and network meta-analyses. *Br J Dermatol* 2013; 168:954.
19. Reisfeld PL. How high is up? generic prices rise. *Cutis* 2014; 93:6.
20. Franz TJ, Parsell DA, Halualani RM, et al. Betamethasone valerate foam 0.12%: a novel vehicle with enhanced delivery and efficacy. *Int J Dermatol* 1999; 38:628.



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΠΙΠΛΑ
ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ
ΕΙΔΗ Α' ΒΟΗΘΕΙΑΣ



www.digas.gr το πιο ενημερωμένο e-shop στην Ελλάδα

SINCE
1947

Αθήνα:
Λεωφόρος Κηφισίας 354
152 33 - Χαλάνδρι
Τηλ.: 210 682 5000 - 210 682 6000
e-mail: athens@digas.gr

Θεσσαλονίκη:
Τέρμα Καραολή & Δημητρίου - 57 001
Θέρμη Θεσσαλονίκη
Τ.Θ. 601 54 Θέρμη - Τηλ.: 2310 272462 - 2310 270425
Fax: 2310 267516 - e-mail: info@digas.gr

Θεσσαλονίκη Κέντρο:
Τσιμισκή 137
Περιοχή ΧΑΝΘ
Τηλ: 2310 225 005 - 2310 225 025
E-mail: tsimiski@digas.gr

Η επίδραση της επιληψίας κατά την διάρκεια της κύησης

**ΧΑΝΤΖΗΣΑΛΑΤΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ, MD, MSC, PHD
ΡΟΔΩ ΧΙΡΜΠΑΚΗ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ MD**

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ).

Η επιληψία είναι γνωστή από τα χρόνια του Ιπποκράτη και μέχρι και στις μέρες μας το άκουσμά της και μόνο προκαλεί φόβο. Η γνωστοποίηση σε νεαρή γυναίκα ότι πάσχει από την συγκεκριμένη νόσο και οι δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει, καθιστούν δυσχερή την συμμόρφωση στη φαρμακευτική θεραπεία αλλά και τις όποιες αλλαγές στο τρόπο ζωής πόσο μάλλον όταν η συμμόρφωση αυτή αφορά ένα λεπτό θέμα όπως η εγκυμοσύνη. Πολλές γυναίκες παραβλέπουν την συμβουλευτική των θεραπόντων νευρολόγων και με την αποκάλυψη της εγκυμοσύνης διακόπτουν αυθαιρέτως την αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή (ΑΕΦ), δημιουργώντας αυξημένο κίνδυνο τόσο για το έμβρυο όσο και για τη ίδια τους τη ζωή. Στις μέρες μας, με τα όπλα που διαθέτουμε μπορούμε να παρέχουμε σχετικά ασφαλή περίοδο εγκυμοσύνης και λοχείας στη υποψήφια μητέρα, με τους λιγότερους δυνατούς κινδύνους αρκεί να υπάρχει σωστή επικοινωνία και κατανόηση μεταξύ της ασθενούς, του νευρολόγου και του γυναικολόγου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση της επίδρασης της επιληψίας και των αντιεπιληπτικών φαρμάκων πριν, κατά την διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** αποτέλεσε η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω Medline.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: μας έδειξαν ότι η προγραμματισμένη κύηση μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα, έτσι ώστε ο θηράπων να μειώσει τις κρίσεις στο ελάχιστο με την κατάλληλη αγωγή, είναι ο καλύτερος δείκτης όσον αφορά τις επιπλοκές κατά την κύηση και την περίοδο μετά από αυτήν. Επίσης, δημιουργεί ένα δίκτυο προστασίας για το έμβρυο / νεογνό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: στις μέρες μας οι γυναίκες που πάσχουν από επιληψία μπορούν να τεκνοποιήσουν με μεγαλύτερη ασφάλεια απ' ό,τι στο παρελθόν, αρκεί να υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ της ασθενούς, του θηράποντα μαιευτήρα-γυναικολόγου και του θηράποντα νευρολόγου.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Ο έλεγχος των κρίσεων με τη μικρότερη ΑΕΦ αγωγή –έως και μονοθεραπεία όπου αυτό είναι εφικτό– και με τη μικρότερη δο-

σολογία είναι η απαρχή μιας όσο το δυνατόν γίνεται ασφαλούς κύησης. Για το λόγο αυτό συστήνεται στην ασθενή αποφυγή της εγκυμοσύνης και καθότι η αλληλεπίδραση φαρμάκων είναι γνωστή, ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (WHO) και το κέντρο ελέγχου λοιμώξεων των Ηνωμένων Πολιτειών (CDC) έχουν εκδώσει ειδικές συστάσεις για την αντισύλληψη στην επιληψία.

Α. Ενδομήτριες συσκευές - IUD (σπирάλη):

Παρέχουν την καλύτερη ασφάλεια για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και θεωρείται αυτή τη στιγμή το gold standard.

Ενώ παλιά θεωρούνταν ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γυναίκες που έχουν ήδη τεκνοποιήσει, τώρα πια αυτή η άποψη έχει καταρριφθεί.

Στην αγορά κυκλοφορούν 2 ειδών σκεύασμα, το κλασικό (Cooper IUD) και το ορμονικό.

Τα επίπεδα της ορμόνης που ελευθερώνονται από το σπирάλη εξαντλούν την δράση τους στη περιοχή της πυέλου και η συγκέντρωσή της στο αίμα δεν ξεπερνά τα 200 pg/ml καθιστώντας την αλληλεπίδραση με τα ΑΕΦ αδύνατη.

Β. Συνδυασμένη ορμονική αντισύλληψη:

Τα ΑΕΦ που επάγουν το σύστημα P450 (φαίνυντοϊν, φαινοβαρβιτάλη, καρβαμαζεπίνη και οξκαρβαμαζεπίνη) μειώνουν την ενεργότητα της προγεστερόνης και εστραδιόλης που λαμβάνεται per os καθιστώντας ανασφαλή το συγκεκριμένο τρόπο αντισύλληψης. Σε κάποιες μελέτες χορηγήθηκαν αυξημένες δόσεις χωρίς όμως καλὰ αποτελέσματα. Για το λόγο αυτό, σύμφωνα με τον WHO και το CDC, ο συνδυασμός ΑΕΦ που επάγουν το P450 με την από του στόματος αντισυλληπτική αγωγή δεν θεωρείται ενδεδειγμένη. Λόγω της προαναφερθείσας αλληλεπίδρασης, πρέπει να αποφεύγεται και ο συνδυασμός ΑΕΦ με το κολλητικό δακτύλιο και το επιδερμικό αυτοκόλλητο.

Γ. Αντισύλληψη αποκλειστικά με προγεστερόνη:

Η ενέσιμη μορφή προγεστερόνης 150mg ανά 12 εβδομάδες φαίνεται να παρέχει καλή ασφάλεια (6%) σε αντίθεση με την από του στόματος λήψη προγεστερόνης (9%) παρόλο που δεν έχει εξετασθεί ο συνδυασμός ΑΕΦ που επάγουν το P450 με το συγκεκριμένο σκεύασμα.

Δ. Μέθοδοι φραγής:

Τα προφυλακτικά, τόσο το αντρικό όσο και το γυναικείο παρέχουν 18% και 21% αντίστοιχα προστασία έναντι ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και ως εκ τούτου δεν θεωρούνται ασφαλή τρόπο πρόληψης. Τα θετικά στο συγκεκριμένο τρόπο αντισύλληψης είναι ότι δεν υπάρχει καμία αλληλεπίδραση με την οποιαδήποτε ΑΕΦ αγωγή και η αποφυγή μετάδοσης λοιμώξεων.

ΤΟΠΙΡΑΜΑΤΗ/ΛΑΜΟΤΡΙΓΙΝΗ

Ειδική μνεία γίνεται για την τοπιραμάτη και τη λαμοτριγίνη λόγω της ιδιαιτερότητας τους στη φαρμακοκινητική. Η τοπιραμάτη είναι ένας ασθενής απαγωγέας του P450, που όταν χρησιμοποιείται σε χαμηλές δόσεις (<200mg/d) δεν μειώνει την ενεργότητα των από του στόματος αντισυλληπτικών. Η λαμοτριγίνη από την άλλη, έχει το αντίθετο αποτέλεσμα: η εστραδιόλη ως αντισυλληπτικό επάγει το μονοπάτι της γλυκουρονιδίωσης με αποτέλεσμα να μειώνει τα επίπεδα της λαμοτριγίνης έως και 50%. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επανεμφάνιση των κρίσεων και στη περίπτωση που διακοπεί η χορήγηση της εστραδι-

Progress in Mind Resource Center (RC) Greece: Το Ελληνικό Κέντρο Επιστημονικής Ενημέρωσης για τον Ψυχίατρο και τον Νευρολόγο

Στο πλαίσιο της συνεχούς επιστημονικής ενημέρωσης των Επαγγελματιών Υγείας, η Lundbeck Hellas σε συνεργασία με την Μητρική Εταιρεία δημιούργησε το Progress in Mind RC Greece, ένα κεντρο πληροφοριών με θεματολογία που αφορά τα Ψυχιατρικά και Νευρολογικά νοσήματα.

Είναι ένας δυναμικός ιστότοπος που δημιουργήθηκε από μια αφοσιωμένη ομάδα συγγραφέων που ανήκει στον χώρο της υγείας, με στόχο την εκπαίδευση.

Η πλατφόρμα αυτή περιλαμβάνει συνεντεύξεις, βίντεο και διαδικτυακά σεμινάρια από ειδικούς στον χώρο της Ψυχιατρικής και Νευρολογίας καθώς επίσης και πρόσφατες αναφορές από Ελληνικά και Διεθνή συνέδρια.

Στην ιστοσελίδα διατίθεται επίσης αποκλειστικό υλικό από το

Ινστιτούτο της Lundbeck, συμπεριλαμβανομένων εικόνων και διαφανειών για δική σας χρήση.

Με την συνεχή ανανέωση του ιστότοπου, επιδιώκουμε το Progress in Mind RC Greece να αποτελέσει πηγή ενημέρωσης για τον πολυσύχολο ιατρό.

Επισκεφτείτε το Progress in Mind RC Greece στη διεύθυνση:
<https://greece.progress.im>



➡ όλης, αυξάνονται απότομα τα επίπεδα της λαμοτριγίνης στο αίμα προκαλώντας τοξικότητα (δερματικό εξάνθημα, επιδείνωση κρίσεων, ταχυκαρδία)

ΚΥΗΣΗ

Αφού έχει προηγηθεί μια περίοδο 9 μηνών όπου έχουν ελεγχθεί οι κρίσεις με την κατάλληλη αγωγή, μπορούμε να προχωρήσουμε στην κύηση. Υπάρχουν παράγοντες «πρόγνωσης» που θα δώσουν σημεία για την πορεία της εγκυμοσύνης όπως η καταμηνιαία επιληψία όπου λόγω των ορμονικών αλλαγών, μειώνονται οι κρίσεις και ο έλεγχος των κρίσεων πριν την κύηση (ελευθερία κρίσεων προ εγκυμοσύνης ισχυραίνεται με 84-92% πιθανότητα ελευθερίας κατά την εγκυμοσύνη). Οι ασθενείς με γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς φαίνεται να έχουν μικρότερη πιθανότητα κρίσεων κατά την κύηση απ' ότι αυτοί με εστιακές κρίσεις.

A. Επίπτωση των κρίσεων

Η πλέον σημαντική παρενέργεια των επιληπτικών κρίσεων είναι η πρόκληση τραύματος κυρίως όταν αυτές συνοδεύονται από απώλεια συνείδησης. Δεν υπάρχουν μελέτες για την επίδραση των κρίσεων στο κύημα λόγω των ηθικών διλημάτων οπότε οι πληροφορίες που έχουμε μέχρι σήμερα είναι από τυχαίες καταγραφές. Έτσι, γνωρίζουμε ότι κατά τις εστιακές κρίσεις χωρίς διαταραχές στο επίπεδο συνείδησης δεν προκαλούνται προβλήματα στο κύημα. Όταν όμως συνοδεύονται από διαταραχές συνείδησης προκαλείται βραδυκαρδία στο έμβρυο και συσπάσεις της μήτρας που διαρκούν λίγα λεπτά περισσότερο από την ίδια την κρίση. Στους γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς, η κατάσταση είναι πιο κρίσιμη δεδομένης της διαταραχής στην αρτηριακή πίεση, στους ηλεκτρολύτες αλλά και στην οξυγόνωση, καταστάσεις που επηρεάζουν άμεσα το έμβρυο και κυρίως των ανώριμο εγκέφαλο αυτού. Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί αρχικά βραδυκαρδία κατά τη διάρκεια της κρίσης που ακολουθείται από ταχυκαρδία με το πέρας αυτής. Σε μοντέλα ζώων που υποβλήθηκαν σε υποξεία λόγω κρίσεως κατά την ενδομήτριο ζωή, παρουσίασαν μειωμένη κινητικότητα και αυξημένο άγχος ενώ σε μια μελέτη (Cummings and coworkers) παιδιών επιληπτικών μητέρων, υποστηρίζεται ότι >5 επεισόδια γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών προκαλούν νευροαναπτυξιακές δια-

ταραχές. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί σε γενικευμένες κρίσεις πρόωρος τερματισμός της κύησης, μικρότερη ηλικία κύησης, και μειωμένο βάρος γέννησης στους άρρενες. Υπάρχει και μια αναφορά ενδομήτριο θανάτου. Από την άλλη, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου της μητέρας 10 φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό και αυτό οφείλεται στο σύνδρομο SUDEP (sudden unexplained death in epilepsy). Όλα τα παραπάνω καταδεικνύουν την αναγκαιότητα του ελέγχου των κρίσεων.

B. Φαρμακευτική αγωγή

Η έκθεση του εμβρύου στα ΑΕΦ κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης αυξάνει την πιθανότητα συγγενών διαμαρτιών (τερατογένεση) όπως καθυστερημένη σύγκληση νωτιαίου σωλήνα, σκελετικές δυσμορφίες, λαγόχειλο, υποσπαδίας, η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων έχει ήδη συντελεστεί τις πρώτες 8-10 εβδομάδες. Από όλα τα, το βαλπροϊκό είναι το πλέον τερατογόνο με ποσοστό που ποικίλει από 4.7-13.8% ανάλογα τη μελέτη, κατατάσσοντάς το στη κατηγορία Χ. Η λαμοτριγίνη και η καρβαμαζεπίνη έχουν χαμηλότερα ποσοστά συγγενών διαμαρτιών με ποσοστά 2.0-2.9% και 3.0-5.6% αντίστοιχα ενώ η φαινυτοΐνη βρίσκεται στη μέση περίπου με ποσοστό 2.9-6.7%. Μικρές μελέτες με τη λεβετερακετάμη δεν έχουν αποκαλύψει αυξημένο κίνδυνο τερατογένεσης αλλά πρέπει να γίνουν πιο μεγάλες μελέτες και να συμπεριληφθούν και τα νεότερα ΑΕΦ για τα οποία επίσης δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα. Εκτός από τις δομικές ανωμαλίες τα ΑΕΦ έχουν ενοχοποιηθεί και για νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως μειωμένο IQ, διαταραχές συμπεριφοράς αλλά και με αυτισμό και το σύνδρομο Asberger με το βαλπροϊκό να καταλαμβάνει πάλι την πρώτη θέση και τα υπόλοιπα να ακολουθούν. Σημαντικό ρόλο στη παρουσία των παραπάνω διαταραχών παίζει η ημερήσια δόσολογία αλλά και ο συνδυασμός περισσότερων του ενός ΑΕΦ, καταστάσεις που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης των παρενεργειών. Για το λόγο αυτό συστήνεται υπέρηχος Β επιπέδου στις 18-20 εβδομάδες για την πιθανή αποκάλυψη δομικών διαταραχών.

B1. Λαμοτριγίνη και καρβαμαζεπίνη: πρόκειται για δυο ουσίες των οποίων ο μεταβολισμός γίνεται μέσω της γλυκουρονίδωσης και επηρεάζεται άμεσα από

τα οιστρογόνα, μειώνοντας την δραστηριότητα του φαρμάκου έως και 50%. Έτσι, συστήνεται η παρακολούθηση των επιπέδων πριν την κύηση για τον προσδιορισμό των επιπέδων στα οποία είναι ελεύθερη κρίσεων η ασθενής, και ανά μήνα κατά την κύηση και όταν χρειάζεται να αυξάνεται η ημερήσια δόσολογία.

B2. Βαλπροϊκό: είναι μια από τις θεραπείες εκλογής στους γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς με πολύ καλό έλεγχο κρίσεων. Εάν πρέπει να συνεχιστεί η χορήγηση του κατά την εγκυμοσύνη, αυτό πρέπει να γίνει στη χαμηλότερη δυνατή δόση, να αποφευχθεί ο συνδυασμός με άλλα ΑΕΦ έτσι ώστε να μειωθεί η πιθανότητα επιπλοκών.

B3. Λαμοτριγίνη και λεβετερακετάμη: με τα μέχρι στιγμής δεδομένα, είναι τα πιο ασφαλή ΑΕΦ για το έμβρυο και την μετέπειτα ζωή του. Χρειάζεται παρακολούθηση των επιπέδων όπως αναφέρεται παραπάνω για την λαμοτριγίνη.

B4. Φυλλικό οξύ: αφενός οι γυναίκες υπό αντιεπιληπτική αγωγή έχουν χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέος, αφετέρου, στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τα επίπεδα του φυλλικού είναι μειωμένα οπότε η πιθανότητα για συγγενής ανωμαλίες είναι αυξημένη. Επιπλέον, μελέτες έδειξαν την πιθανότητα μείωσης χαμηλού IQ. Για τους λόγους αυτούς συστήνεται η χορήγηση συμπληρώματος φυλλικού οξέος 0.4-4.0 mg/d.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Στη βιβλιογραφία μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα και ποσοστά για την επίδραση της νόσου ή/και της αντιεπιληπτικής αγωγής στην εμφάνιση των επιπλοκών της κύησης. Σαφές είναι ο κίνδυνος υπέρτασης και προεκλαμψίας αλλά και η αιμορραγία κατά τον τοκετό (κυρίως στο φυσιολογικό) χωρίς όμως να δίνονται πιο σαφείς πληροφορίες. Επίσης, αναφέρονται ο πρόωρος τοκετός, η καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη και μικρά έμβρυα για την ενδομήτρια ζωή.

ΤΟΚΕΤΟΣ

Η νόσος αυτή κάθε αυτή ή η χρήση ΑΕΦ δεν αποτελούν ένδειξη για καισαρική τομή εκτός συμβαίνει κρίση κατά τον τοκετό λίγο πριν. Εάν υπάρχει μια εγκυμοσύνη με καλό έλεγχο των κρίσεων ενθαρρύνεται ο φυσιολογικός τοκετός σε εξειδικευμένο κέντρο.

ΛΟΧΕΙΑ

Η κούραση και ο μειωμένος ύπνος είναι και το στρες αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες κρίσεων. Πρέπει να τονίζεται στο περιβάλλον πόσο σημαντικός είναι ο ύπνος (6-8 συνεχόμενες ώρες) και η βοήθεια που πρέπει να παρέχεται στη νέα μητέρα στη φροντίδα του νεογνού. Οι οδηγίες που δίνονται είναι περισσότερο πρακτικού χαρακτήρα όπως η αποφυγή χρήσης σκάφιας, να είναι κάποιος παρόν όταν περιποιείται ή θηλάζει το μωρό. Τέλος, οι γυναίκες με επιληψία έχουν αυξημένο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης, κάτι που πρέπει να συζητείται με την ασθενή και το περιβάλλον της πριν και μετά την εγκυμοσύνη.

ΓΑΛΟΥΧΙΑ

Η χρήση ΑΕΦ ή η νόσος δεν αποτελούν αιτία αποτροπής από το θηλασμό.

Παρόλο που δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες για την μεταφορά των ΑΕΦ στο μητρικό γάλα και την επίδραση αυτών στο νεογνό, τα μέχρι τώρα στοιχεία που έχουμε δεν είναι αποθαρρυντικά. Σε μια μελέτη που έλαβε μέρος στη Νορβηγία, τα παιδιά που θηλάσαν και οι μητέρες τους λάμβαναν καρβαμαζεπίνη, λαμοτριγίνη, φαινυτοΐνη ή βαλπροϊκό είχαν μεγαλύτερο IQ και λεκτικά σκορ από παιδιά των οποίων οι μητέρες λάμβαναν ΑΕΦ αλλά δεν τα θηλάσαν. Σε κάθε περίπτωση, αναγκασία είναι η περαιτέρω διερεύνηση με μεγαλύτερες πολυκεντρικές μελέτες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η γυναίκες με επιληψία που είναι σε αναπαραγωγική ηλικία πρέπει να ενημερώνονται από την αρχή της νόσου για την πιθανότητα της κύησης και το πόσο σημαντικό είναι αυτή να λάβει χώρα μετά τον έλεγχο της νόσου. Για την αντισύλληψη ο ενδεδειγμένος τρόπος θεωρείται το σπινάκι (απλό ή εμπλουτισμένο). Η κατάλληλη χορήγηση αγωγής περιλαμβάνει την ουσία εκείνη που αφενός θα ελαχιστοποιήσει τις κρίσεις με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και θα παρέχει ασφαλή προφίλ στο έμβρυο. Οι επιπλοκές κατά την κύηση θα πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη και για το λόγο απαιτείται πιο στενή παρακολούθηση τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου. Ο θηλασμός δεν θα πρέπει να αποθαρρύνεται αν και περισσότερες μελέτες πρέπει να γίνουν πάνω σε αυτό το θέμα. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται κατά την λοχεία καθώς λόγω της αλλαγής του τρόπου

ζωής αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης κρίσης αλλά και της αυξημένης πιθανότητας επιλόχειας κατάθλιψης.

THE IMPACT OF EPILEPSY DURING PREGNANCY

Purpose:

The effect of epilepsy and the antiepileptic drug before, during and after the pregnancy

Methods:

Review of currently published literature was undertaken the article

Results:

A planned pregnancy, can offer the best so the clinician can minimize the risk of convulsion with the appropriate antiepileptic drug in the minimum dose, is a good predictor for the pregnancy and postpartum period as for the complications. It also makes a safety net for the offspring.

Conclusion:

Nowadays women with epilepsy can carry a child with more safety than the past, as long there is compliance with the treating doctors.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Elizabeth E. Gerard, MD; Kimford J. Meador, MD, FAAN. Managing Epilepsy in Women. Continuum 2016: 204-223
2. Rebecca L. Bromley, Gus A. Baker. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes. Elsevier 2017:44 225-231
3. Line Sveberg, Sigrid Svalheim, Erik Tauboll. The impact of seizure on pregnancy and delivery. Elsevier 2015:28 35-38
4. Luz Viale, John Allotey, Fiona Cheong-See, David Arroyo-Manzano, Dougall McCorry, Manny Bagary, Luciano Mignini, Khalid S Khan, Javier Zanora, Shakilav Thangaratinam. Epilepsy in pregnancy and reproductive outcomes: a systemic review and meta-analysis. The Lancet 2015:1845-52
5. Michael Owen Kinney, James Morrow. Epilepsy in pregnancy. BMJ 2016: 353
6. Ali A. asadi-Pooya. High dose folic acid supplementation in women with epilepsy: are we sure it is safe?
7. J.P. Leach, P.E. Smith, J. Craig, M. Bagary, D. Cavanagh, S. Duncan, A.R.C. Kelso, A.G. Marson, D. McCorry, L. Nashef, C. Nelson-Piercy, R. Northridge, K.

Sieradzan, S. Thangaratinam, M. Walker, J. Winterbottom, M. Reuber. Epilepsy and Pregnancy: For healthy pregnancies and happy outcomes. Suggestions for service improvements from the Multispecialty UK Epilepsy Mortality Group. Elsevier 2017:50 67-72

8. M.O. Kinney, J.J. Craig. Pregnancy and epilepsy; meeting the challenges over the last 25 years: The rise of the pregnancy registries. Elsevier 2017 162-168
9. E. Campbell, F. Kennedy, A. Russell, W. H. Smithson, L. Parsons, P. J. Morrison, B. Liggan, B. Irwin, N. Delanty, S. J. Hunt, J. Craig, J. Morrow. Malformation risk of antiepileptic drug monotherapies in pregnancy: update results from the UK and the Ireland Epilepsy and Registers. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014: 1029-34
10. Ingrid Borthen. Obstetrical complications in women with epilepsy. Elsevier 2017:50 32-34
11. Cynthia L. Harden, Gary S Gronseth, Jacquelin A. French, Samuel Wiebe, David Thurman, Barbara Koppel, Peter W. Kaplan, Julian N. Robinson, Jennofer Hopp, Tricia Y. Ting, Barry Gidal, Collin A. Hovinga, Andrew n. Wilner, Lewis Holmes, Allan Krumholz, Richard Finnell, Deborah Hirtz, Claire Le Guen. Management issues for women with epilepsy – Focus on pregnancy (an evidence – based review): II. Teratogenesis and perinatal outcomes. Epilepsia 2009:1237-1246
12. Neda Razaz, Tobjörn Tomson, Anna-Karin Wikström. Association between pregnancy and perinatal outcomes among women with epilepsy. JAMA Neurology 2017: 983-991
13. Polepally AR, Pennell PB, Brundage RC. Model-based lamotrigine clearance changes during pregnancy: clinical complication. Ann Clin Transl Neurol 2014:99-106
14. Reimers A, Brodtkorb E, Sabers A. interactions between hormonal contraception and antiepileptic drugs: clinical and mechanistic considerations. Seizure 2015:66-70
15. Practice Parameter update: Management issues for women with Epilepsy - Focus on pregnancy (an evidence-based review): Obstetrical complications and change in seizure frequency. Neurology 2009: 126-132

Υλοποίηση δράσεων δημόσιας υγείας στην περιφέρεια Νότιου Αιγαίου: Προτεραιότητες & πρόοδος

Θ. ΤΣΟΛΕΡΙΔΗΣ, MD, MA^{1,2,3}, Κ. ΡΟΔΙΤΗΣ, MD, MSc^{3,4}

¹Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου "Ανδρέας Παπανδρέου", Ρόδος,

²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,

Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, ³Αγγειοχειρουργική Κλινική, "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο" Νοσοκομείο Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, Αθήνα, ⁴Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας (JDN-Hellas), Αθήνα.

Είναι κοινώς αποδεκτή η άποψη ότι η δημόσια υγεία διαφοροποιείται από τη συνήθη, εξατομικευμένη προσέγγιση της υγείας και της νόσου, καθώς στοχεύει στη μελέτη, διαχρονική παρακολούθηση και στοχευμένη παρέμβαση για τη βελτίωση της υγείας ολόκληρου του πληθυσμού. Η Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας και είναι το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας. Με βάση τις ισχύουσες διατάξεις, οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας χωρίζονται σε Κεντρικές, Περιφερειακές, Νομαρχιακές και Εθνικές. Σε αυτήν την εργασία, γίνεται μια προσπάθεια περιγραφής των ιδιαιτεροτήτων των κυρίων προκλήσεων και των προτεραιοτήτων της Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, των στρατηγικών που έχουν καταστρωθεί για την επίλυση των προβλημάτων όπως και μια προσπάθεια αξιολόγησής τους. Συμπεραίνεται πως τα αποτελέσματα δεν είναι ενθαρρυντικά και θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην εύρεση αιτιών της μη ύπαρξης ικανοποιητικών αποτελεσμάτων προκειμένου να εξασφαλιστεί η ακεραιότητα του σημαντικού αγαθού της Δημόσιας Υγείας στους κατοίκους της νησιωτικής Ελλάδας.

Λέξεις-Κλειδιά (MESH): public health, health policy, delivery of health care, health personnel, rural health

Εισαγωγή

Είναι κοινώς αποδεκτή η άποψη ότι η δημόσια υγεία *διαφοροποιείται* από τη συνήθη, εξατομικευμένη προσέγγιση της υγείας και της νόσου, όπως τυπικά διδάσκεται στις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και εφαρμόζεται από τους αντίστοιχους λειτουργούς, καθώς στοχεύει στη μελέτη, στη διαχρονική παρακολούθηση και στοχευμένη παρέμβαση για τη βελτίωση της υγείας ολόκληρου του πληθυσμού.

Με την έννοια αυτή, ξεπερνά τα συμβατικά όρια της παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς εμπλέκει παρεμβάσεις που αφορούν επίσης το χώρο και τις συνθήκες εργασίας, το οικιακό και ευρύτερο οικιστικό περιβάλλον, το μορφωτικό και πολιτιστικό πλαίσιο, τα δίκτυα κοινής ωφέλειας και, τελικά, κάθε εκδήλωση της ζωής μας που μπορεί να έχει σημασία για τη διατήρηση της υγείας ή την πρόκληση νόσου σε μας ή σε τρίτα άτομα, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα.

Σε αυτήν την εργασία γίνεται αναφορά στον ορισμό της Δημόσιας Υγείας, στους φορείς που επεμβαίνουν στο σχεδιασμό της, ενώ γίνεται μια προσπάθεια περιγραφής των ιδιαιτεροτήτων των κυρίων προκλήσεων και των προτεραιοτήτων της Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, των στρατηγικών που έχουν καταστρωθεί για την επίλυση των προβλημάτων όπως και μια προσπάθεια αξιολόγησής τους.

Ορισμός της Δημόσιας Υγείας

Η Δημόσια Υγεία είναι *επένδυση* για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως Δημόσια Υγεία λοιπόν, ορίζεται το *σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην*^[1-3].

- πρόληψη νοσημάτων
- προστασία και προαγωγή υγείας του πληθυσμού
- αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης
- βελτίωση της ποιότητας ζωής

Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι οι έννοιες της^[1-3]:

- ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας
- εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων
- διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία
- βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών



και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία.

Στην ευρύτερη έννοια της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνονται επίσης, ο *σχεδιασμός* και η *αποτίμηση* των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η *κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση* των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Σε γενικές γραμμές, η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην «υγεία του πληθυσμού» και η εφαρμογή της είναι θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής».^[1-3]

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται ότι το αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας συνίσταται στην *ολιστική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού*. Αποτελεί ένα σύνολο γνώσεων και πρακτικών που τοποθετείται ανάμεσα στο διοικητικό μηχανισμό και την άσκηση των επαγγελματιών υγείας. Το αντικείμενό της αφορά επίσης στην κατάκτηση της γνώσης μέσω της έρευνας.^[1-3]

Η Δημόσια Υγεία *στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες* και τεχνικές όπως η ιατρική, η επιδημιολογία και η βιο-στατιστική, η δημογραφία και οι κοινωνικές επιστήμες, οι οποίες συντελούν στο να διερευνηθεί το επίπεδο υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να παραχθούν και να αξιολογηθούν μέτρα που προτείνονται από τους ειδικούς, με σκοπό την πρόαση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.^[1-3]

Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνίστανται ιδίως^[1-3]:

- Στην *παρακολούθηση* της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην *προστασία* και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στο *σχεδιασμό* και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Στην *πρόαση* των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον *έλεγχο* των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

Τέλος, οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας επικεντρώνονται^[1-3]:

- Στην *εκτίμηση* και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής.
- Στους *κοινωνικούς περιβαλλοντικούς και οικονομικούς* παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.



- Στις *ανάγκες* των ευπαθών πληθυσμών και στους τρόπους ζωής και τις συνθήκες που τις επηρεάζουν.
- Στην *αποτελεσματική αντιμετώπιση* επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και γεγονότων.
- Στη *διαμόρφωση* πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα.
- Στη *διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη* του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

Δομές και Υπηρεσίες στο Σχεδιασμό της Δημόσιας Υγείας

Με βάση τις ισχύουσες διατάξεις, οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας χωρίζονται σε Κεντρικές, Περιφερειακές, Νομαρχιακές και Εθνικές.^[2-10]

Πιο συγκεκριμένα^[2,10]

i) Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

- Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Υ.Δ.Υ.),
- Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Οι Εθνικοί Οργανισμοί που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

ii). Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

- Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας

- Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας

iii). Νομαρχιακές Υπηρεσίες

iv). Άλλες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε Τοπικό Επίπεδο

- Η ύδρευση και διαχείριση των υγρών αποβλήτων.
- Η δημόσια καθαριότητα και αποκομιδή και διάθεση των απορριμμάτων.
- Οι βρεφονηπιακοί, παιδικοί σταθμοί και γηροκομεία και τα Κέντρα Περίθαλψης Ηλικιωμένων.
- Η διενέργεια προγραμμάτων μυοκτονίας και εντομοκτονίας.

Τέλος, σε τοπικό επίπεδο, δραστηριότητα, αναπτύσσουν τα Κέντρα Υγείας και τα υποκαταστήματα του Ιδρύματος Κοινωνι-

κής Ασφάλισης.

ν) Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας

- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)
- Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας και Κέντρα Αναφοράς
- Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας Κέντρα Αναφοράς διάφορων νόσων ή λοιμογόνων παραγόντων
- Άλλα Εργαστήρια (Γενικό Χημείο του Κράτους, κεντρικό και περιφερειακά κτηνιατρικά εργαστήρια, εργαστήρια ιατρικών σχολών).
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
- Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.)
- Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.)
- Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών
- Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος»
- Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)
- Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών (Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ.)
- Εθνικό Κέντρο Διαβήτη (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)

Η Δημόσια Υγεία στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

Η Περιφέρεια του Νότιου Αιγαίου, αποτελεί μια περιοχή η οποία διέπεται από ορισμένα *ιδιαίτερα χαρακτηριστικά*, έχοντας ως κύριο εκπρόσωπο αυτών την *πληθώρα νησιών* τα οποία βρίσκονται είτε σε εγγύτητα, είτε σε απόσταση μεταξύ τους.^[11]

Γίνεται λοιπόν άμεσα αντιληπτό, ότι η εφαρμογή των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε αυτήν την περιοχή πέρα από τις όποιες δυσκολίες παρουσιάζει, είναι πέρα από *σημαντική* για τους κατοίκους καθώς η *έλλειψη* ή η *ανεπάρκεια*, των σχετικών υποδομών στα μικρά νησιά και στους απομακρυσμένους οικισμούς, οδηγεί στην *πληθυσμιακή εγκατάλειψη*, με συνέπεια την *ερήμωση* και την περαιτέρω *απομόνωσή* τους.^[11]

Ένα ακόμη ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της περιοχής, αποτελεί το έντονο φαινόμενο του *τουρισμού*, καθώς το καλοκαίρι ο πληθυ-

► σμός σχεδόν σε κάποια νησιά *πολλοπλησιάζεται* δημιουργώντας επιπλέον ανάγκη για ιατρικό και μη ιατρικό προσωπικό.^[11]

Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η διάκριση των ιδιοτελετήτων της περιοχής προκειμένου να εφαρμοστεί ένα *επαρκές σχέδιο εφαρμογής*, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι *υγειονομικές της ανάγκες*. Δεδομένου ότι η υγεία επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από εξωτερικούς παράγοντες μία αποτελεσματική πολιτική υγείας πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλους τους σχετικούς τομείς πολιτικής όπως^[11]:

- η κοινωνική και περιφερειακή πολιτική
- το περιβάλλον
- την εκπαίδευση

Είναι λοιπόν δυνατόν να διακριθούν οι προκλήσεις τις οποίες το κράτος καλείται να αντιμετωπίσει. Κατ'αρχάς, όπως προαναφέρθηκε, η περιοχή χαρακτηρίζεται από *Γεωγραφική Ασυνέχεια* (νησιωτικότητα) καθώς διαθέτει το μεγαλύτερο αριθμό, διασπορά και ποικιλία νησιών της Ελλάδας, και εκφράζεται με τη συνδυασμένη *επίπτωση* των τριών θεμελιωδών παραγόντων της (απομόνωση, απόσταση, μέγεθος). Επίσης, παρατηρείται «*Διπλή νησιωτικότητα*», εξαιτίας του μικρού (σε έκταση και πληθυσμό) μεγέθους των νησιών, της δυσκολίας ενδο-νησιωτικής επικοινωνίας και της απόστασης όχι μόνο από την ηπειρωτική χώρα, αλλά και από τα μεγαλύτερα νησιά της περιφέρειας.

Γίνεται άμεσα αντιληπτό έτσι πως υπάρχει μεγάλη *απόσταση* από την ηπειρωτική χώρα και τις μεγάλες αγορές της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο σε συνδυασμό με το *υψηλό κόστος μεταφορών, την ανεπάρκεια* οργάνωσης των ακτοπλοϊκών και αεροπορικών συνδέσεων, το *χαμηλό επίπεδο εξυπηρέτησης* σε πολλά νησιά και την *απουσία συνδυασμένων μεταφορών*, πλήττουν άμεσα την *ισότητα* και την *προσβασιμότητα* στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.^[11]

Επίσης, όπως προαναφέρθηκε, παρατηρείται *χωρική υπερσυγκέντρωση* της τουριστικής κίνησης και δραστηριότητας η οποία σε συνδυασμό με την *έλλειψη οργάνωσης* και *εξοπλισμού* χερσαίων ζώνων λιμένων, την *αδυναμία ανάπτυξης* συνεκτικών οικιστικών δικτύων και της *διάχυσης* των θετικών αναπτυξιακών επιδράσεων εξ' αιτίας της ασυνέχειας του χώρου, προκαλεί σοβαρά προβλήματα κυκλοφορίας όπως και ρύπανσης στα αστικά -και μη- κέντρα και έντονο *περιβαλλοντολογικό πλήγμα*, το οποίο μεταφράζεται σε *Υγειονομική ασθένεια* του τόπου.^[11]

ΥΠΕΙΧΟΝΟΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΜΕ ΑΓΡΟΤΙΚΟ	ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟ ΣΤΙΜΩΝΑ	* ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ
ΡΟΔΟΣ	114	115.290	1.198.053	860.373	8940.604
ΣΥΜΗ	2	2.580	10.379	1290	5189.5
ΚΑΛΥΜΝΟΣ	31	16.411	29.400	529.357	651.8032
ΑΓΑΘΟΝΗΣΙ	1	185	785	185	785
ΑΣΤΥΠΛΑΑΙΑ	1	1.310	6.310	1310	6310
ΔΕΛΦΟΙ	1	785	2.785	785	2785
ΔΕΡΟΣ	9	8.207	23.207	911.8889	2878.556
ΠΑΤΜΟΣ	2	3.044	10.944	1522	5022
ΚΑΡΠΑΘΟΣ	14	6.160	29.379	440	1455.643
ΚΩΣ	40	33.300	446.087	832.5	13674.68

* Τα πληθυσμιακά στοιχεία αφορούν έναντεςεπίσης τουριστών

Πίνακας 1: Πληθυσμός Χειμώνα-Καλοκαίρι σε αναλογία με τις υπάρχουσες Ιατρικές Θέσεις^[12]

Γίνεται έτσι άμεσα αντιληπτό, ότι η *κάλυψη της περιθαλψης* των κατοίκων και των επισκεπτών των νησιών και η *επίλυση του προβλήματος πρόσβασης* σε οργανωμένα νοσοκομεία, είναι δύο από τα σημαντικότερα προβλήματα που πλήττουν την Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου και δη το Νομό Δωδεκανήσου.^[11]

Τίθενται λοιπόν έτσι οι προτεραιότητες της Δημόσιας Υγείας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από τον *Κεντρικό Στόχο*, που προβλέπει στη *βελτίωση* της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περιθαλψης προς τους πολίτες και επισκέπτες του νησιωτικού συμπλέγματος της Περιφέρειας Ν. Αιγαίου και τους *επιμέρους στόχους*, οι οποίοι αποσκοπούν στην^[11]:

- *ελαχιστοποίηση* των περιφερειακών ανισοτήτων σε ότι αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.
- *παροχή* ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.
- *αναδιάρθρωση* των μηχανισμών διοίκησης με στόχο αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας προς τους πολίτες της νησιωτικής Ελλάδας.

Στρατηγικός Σχεδιασμός Για Το Νότιο Αιγαίο

Όπως προαναφέρθηκε, η πολιτική πάντων στην οποία θα πρέπει να βασιστεί η πολιτεία με σκοπό την *προαγωγή* και την *αντιμετώπιση των προβλημάτων* της Δημόσιας Υγείας, πρέπει να περιλαμβάνει τομείς πολιτικής, όπως το περιβάλλον, η *εκπαίδευση των πολιτών* και την *κοινωνική και περιφερειακή πολιτική*. Με βάση τα βασικά Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των νησιών λοιπόν, καθώς επίσης και με βάση τις κατευθύνσεις της «Στρατηγικής για την Ευρώπη 2020» ως βασικοί Στρατηγικοί Στό-

χοι του Αιγαίου Χώρου μπορούν να τεθούν οι ακόλουθοι:^[11]

- Η *Ενιδότηση* των Μεταφορών του Νησιωτικού χώρου
- Η *βελτίωση* λιμανιών και αεροδρομίων
- Ο *εξσυγχρονισμός* του Επιβατικού Στόλου
- Η *βελτίωση* των συνδέσεων μεταξύ των νησιών. Με τους παραπάνω τρόπους θα καταστεί δυνατή η δημιουργία ΚΟΜΒΩΝ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ η οποία θα συμβάλει στη μείωση της Διπλής Νησιωτικότητας, αλλά και στην ενίσχυση των νησιωτικών Πόλεων Ανάπτυξης
- Η *Ενίσχυση* των Τηλεπικοινωνιών και η γενικότερη ενίσχυση του Τομέα Τεχνολογιών Πληροφορικής Επικοινωνίας
- Η *ενίσχυση* των δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού
- Η *στοχευμένη κατάρτιση* σε θέματα επιχειρηματικότητας και Τεχνολογιών Πληροφορικής Επικοινωνίας
- Η *ενίσχυση* των νησιωτικών Πανεπιστημίων και ΤΕΙ
- Ένα σύστημα επιδοτήσεων για την *στήριξη* των υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης
- *Ανάπτυξη* και *υιοθέτηση* Νέων Τεχνολογιών και Τεχνολογιών Πληροφορικής Επικοινωνίας όπως Τηλεϊατρική, Τηλεδιάσκεψη, Τηλεκπαίδευση
- Η *βελτίωση* των Τηλεπικοινωνιακών Δικτύων και Υπηρεσιών στον νησιωτικό χώρο
- Η *Εκπαίδευση* και *Κατάρτιση* του νησιωτικού ανθρώπινου δυναμικού
- Η *στελέχωση* των μονάδων υγείας με ανθρώπινο δυναμικό
- Η *διάχυση* της χρήσης Η/Υ και Διαδικτύου στον νησιωτικό χώρο
- Η *εξειδίκευση* του Αναπτυξιακού Νόμου με την πρόβλεψη ενισχυμένων κινήτρων επέκτασης – ίδρυσης επιχειρήσεων Τε-

Κλινικά Μελετημένη



IN TOUCH HEALTH Ν. Α. Φικιώρης & ΣΙΑ Ε.Π.Ε.

Διεύθυνση: Μέρλιν 11 & Κανάρη, 10671 Κολωνάκι, Αθήνα
Τηλέφωνα Επικοινωνίας: 210 3388 229 & 210 3406 223

www.doctorsformulas.com

ΛΙΠΟΣΩΜΙΑΚΗ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΕΝΕΡΓΗ ΜΟΡΦΗ B12

**ΜΕΘΥΛΚΟΒΑΛΑΜΙΝΗ
SPRAY 30 ML**

■ νοολογιών Πληροφορικής Επικοινωνιών στον νησιωτικό χώρο. Με τους παραπάνω τρόπους θα καταστεί δυνατή η εκπαίδευση, η στελέχωση όπως και η βελτίωση των υπάρχουσων δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού με σκοπό να ανταπεξέλθουν στις ιδιαιτερότητες της νησιωτικής Δημόσιας Υγείας.

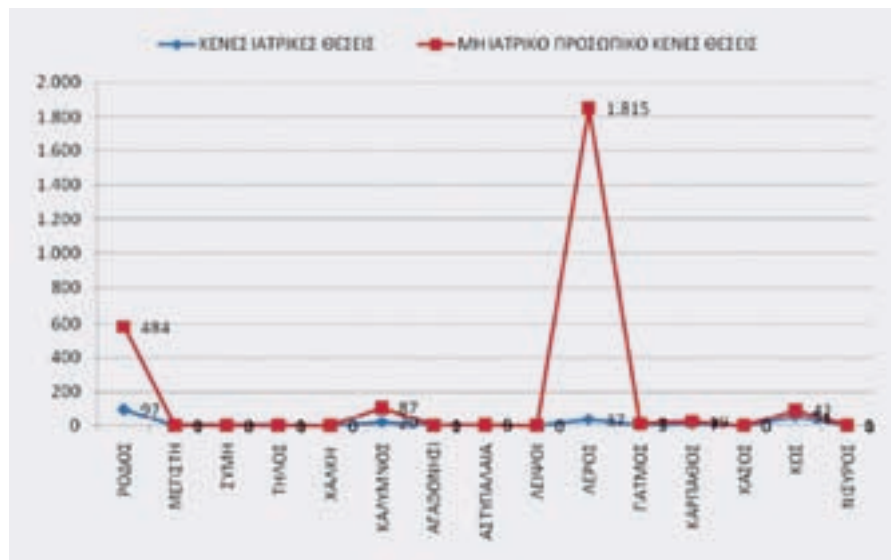
- Η *Αξιοποίηση* Ανανεώσιμων Πηγών Ενέργειας
- Η *διαχείριση* απορριμμάτων με την ανάπτυξη πρόσφορων μεθόδων και την δημιουργία των κατάλληλων υποδομών
- Η ορθολογική *διαχείριση* υδάτων και η (ορθολογική) *αξιοποίηση* της αφαλάτωσης. Με τους προαναφερόμενους τρόπους θα αντιμετωπιστούν υγειονομικά προβλήματα περιβαλλοντολογικού ενδιαφέροντος.

Αξιολόγηση

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η νησιωτικότητα και βάσει αυτής, η γεωγραφική ιδιομορφία του ελληνικού νησιωτικού χώρου, δημιουργεί *απαιτήσεις* για την ανάπτυξη ενός ιδιαίτερα σύνθετου και καλά οργανωμένου συστήματος μεταφορών.^[11]

Ως προς τις υποδομές, εξαιτίας της φυσιογνωμίας του νησιωτικού χώρου και κατ' επέκταση, του δυσανάλογα μεγάλου, σε σχέση με το μέγεθος των νησιών, αριθμού υποδομών μεταφορών, παρατηρούνται *αρκετά προβλήματα*. Οι υποδομές θαλασσίων μεταφορών σε αρκετά νησιά παρουσιάζουν *ελλείψεις* (μικρή χωρητικότητα, μικροί λιμενοβραχίονες, ανάγκη βυθοκόρυσης κ.α.). Οι βασικές αερολιμενικές υποδομές (αίθουσες επιβίβασης, αεροδιάδρομοι, ραδιοτηλεοπτικές υποδομές) των κύριων αεροδρομίων της περιφέρειας είναι σχετικά επαρκείς, ωστόσο, κάποιοι από τους μικρότερους αερολιμένες βρίσκονται στα «όρια» της αεροπορικής αγοράς εξαιτίας της διεθνούς τάσης ναύλωσης μεγαλύτερων σκαφών σε μικρότερες περιφερειακές αγορές. Σε κάποια αεροδρόμια, ακόμα και σχετικά νέα, δημιουργούνται *ανάγκες επέκτασης*. *Ελλείψη* υπάρχει και στις *ενδοπεριφερειακές συνδέσεις*, αφού οι συνδέσεις του νομού Δωδεκανήσου με το νομό Κυκλάδων είναι σπάνιες. Το γεγονός αυτό δημιουργεί μεγάλα προβλήματα στην *ενδοπεριφερειακή επικοινωνία*, στη *συννοχή* και *ενίσχυση* του τοπικού παραγωγικού συστήματος, στην *ομαλή εξυπηρέτηση* των χρηστών από τις παρεχόμενες *κοινωνικές υπηρεσίες* κ.λπ.^[11]

Όπως είναι γνωστό, ο πληθυσμός των νησιών κατά τους θερινούς μήνες σε γενι-



Διάγραμμα 1: Σύνοψη Κενών Θέσεων^[12]

κές γραμμές, *υπερποληθιασιάζεται*, όπως *ποληθιασιάζονται* και οι *λόγοι κατοίκων ανά γιατρό* σε κάθε νησί (Πίνακας Ι). Η ανάγκη αυτή από *στελέχωση* των μονάδων παροχής υγείας και η *στратηγική* η οποία έχει καταστρωθεί από τις Αρχές, *δεν συνοδεύονται από ικανοποιητικά αποτελέσματα* καθώς όπως μπορεί να διαπιστωθεί, υπάρχουν σοβαρότατες *ελλείψεις στις θέσεις τόσο ιατρικού όσο και μη ιατρικού προσωπικού*, με χαρακτηριστικότατο παράδειγμα τη Λέρο, όπου οι κενές θέσεις μη ιατρικού προσωπικού ανέρχονται στις 1815. (Διάγραμμα Ι).^[11]

Η Περιφερειακή ενότητα Δωδεκανήσου παρουσιάζει λοιπόν σημαντικές ελλείψεις σε ιατρικό και μη ιατρικό προσωπικό. Συνοπτικά με βάση το οργανόγραμμα προβλέπονται 456 θέσεις ιατρών από τις οποίες είναι καλυμμένες οι 232 οι οποίες μαζί με τους αγροτικούς ιατρούς ανέρχονται στις 265 θέσεις. Συνεπώς ως κενές παρουσιάζονται 202 θέσεις ιατρικού προσωπικού. Σε ότι αφορά το μη ιατρικό προσωπικό υπηρετούν 1502 ενώ υπάρχουν συνολικά 2458 κενά.^[11]

Όσον αφορά τον Περιβαλλοντολογικό τομέα, η *αξιοποίηση των ανανεώσιμων πηγών ενέργειας* (αιολική, ηλιακή, γεωθερμική) είναι ένα θέμα που έχει τεθεί σε πρώτη προτεραιότητα τα τελευταία χρόνια, ειδικά στον αιγιακό νησιωτικό χώρο, που διαθέτει όλες τις δυνατότητες προς την κατεύθυνση αυτή.^[11]

Στην Περιφέρεια, όσον αφορά τους *ατμοηλεκτρικούς* σταθμούς παραγωγής, που είναι και οι πιο οικονομικές μονάδες, υπάρχουν αρκετές και χρησιμοποιούν *πετρέλαιο και μαζούτ*. *Υδροηλεκτρικοί* σταθμοί πα-

ραγωγής, *δεν υπάρχουν* όπως και *δεν υπάρχουν ηλιακά πάρκα*.^[11]

Γενικά στην Περιφέρεια, η *αξιοποίηση της αιολικής ενέργειας γίνεται σε περιορισμένο βαθμό*, παρά την ύπαρξη ικανοποιητικής ταχύτητας του ανέμου στις περισσότερες περιοχές. Ειδικότερα, στα μη διασυνδεδεμένα νησιά του Αιγαίου, οι περιορισμοί που τίθενται σήμερα από τα τοπικά δίκτυα αντιστοιχούν σε δυνατότητα απορρόφησης αιολικής ενέργειας σε ποσοστό 30% της ζήτησης αιχμής ισχύος, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη δυνατότητες αποθήκευσης μέσω υβριδικών συστημάτων.^[11]

Βέβαια, σε αυτό το σημείο, πρέπει να τονιστεί η *δυσκολία αξιοποίησης* εναλλακτικών μορφών ενέργειας λόγω της *γεωγραφικής ασυνέχειας* και των *υπερβολικά μεγάλων πόρων* σε σύγκριση με τις ωφέλειες.^[11]

Σήμερα, όλα σχεδόν τα ελληνικά νησιά αντιμετωπίζουν *αυξημένες ανάγκες* σε νερό. Η κατανάλωση νερού ποικίλλει μεταξύ των νησιών ανάλογα με τη σημασία της βιομηχανίας, της γεωργικής άρδευσης, της έντασης της τουριστικής δραστηριότητας, του πληθυσμού και του κλίματος. Η γεωργική δραστηριότητα χρησιμοποιεί τις μεγαλύτερες ποσότητες ύδατος γενικά, αλλά στα ελληνικά νησιά οι ανάγκες σε νερό για οικιακή χρήση είναι σαφώς μεγαλύτερες, ενώ η άρδευση είναι περιορισμένη, με τάση περαιτέρω μείωσης.^[11]

Οι αυξημένες ανάγκες της περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου σε νερό καλύπτονται σήμερα εν μέρει από γεωτρήσεις εκμετάλλευσης του υπόγειου δυναμικού, πηγές

αποστράγγισης των υπογείων υδροφορέων, λιμνοδεξαμενές, φράγματα και εγκαταστάσεις αφαλάτωσης.^[11]

Η πολιτική διαχείρισης των υδατικών πόρων πρέπει να λάβει υπόψη το *περιορισμένο δυναμικό, τον μεγάλο κίνδυνο υπαλημύρινσης* των υπογείων υδάτων, την *υψηλή ζήτηση* σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο και το *μεγάλο κόστος* των απαιτούμενων έργων ειδικού τύπου. Το πρόβλημα της *περιορισμένης παροχής* υδατινών πόρων, αλλά και της *εξάντλησής* τους, κυρίως κατά την τουριστική περίοδο, μπορεί να αντιμετωπισθεί με διαφόρους τρόπους *καλύτερης διαχείρισης*. όπως αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του αποθέματος και αύξηση της απόδοσης των φυσικών πόρων, δι-αμέσου της βελτίωσης της τεχνολογίας.^[11]

Υιοθετούμενες δράσεις που οδηγούν σε τέτοια αποτελέσματα είναι για παράδειγμα τα φράγματα, οι λιμνοδεξαμενές και οι σύγχρονες μονάδες αφαλάτωσης, που αξιοποιούν καλύτερα το απόθεμα των υδατινών πόρων. Για το σκοπό αυτό *απαιτούνται ειδικές μελέτες και παρεμβάσεις* τόσο στη συλλογή και αποθήκευση του νερού όσο και στη διανομή και χρήση του που δυστυχώς ακόμη *δεν έχουν υλοποιηθεί*.^[11]

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα στοιχεία, γίνεται άμεσα αντιληπτό ότι ο τομέας της Δημόσιας Υγείας καλείται να αντιμετωπίσει σημαντικές προκλήσεις στην Περιφέρεια του Νότιου Αιγαίου καθώς αυτός διέπεται από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που καθιστούν δύσκολη την εφαρμογή των διάφορων πολιτικών.

Ειδικότερα, έχει τονιστεί ήδη η γεωγραφική ιδιομορφία του ελληνικού νησιωτικού χώρου, η οποία δημιουργεί απαιτήσεις για την ανάπτυξη ενός ιδιαίτερα σύνθετου και καλά οργανωμένου συστήματος μεταφορών. *Παρά τη θεμελίωση στρατηγικής* από πλευρά της πολιτείας για την αντιμετώπιση του προβλήματος της νησιωτικότητας (απομόνωση, απόσταση, μέγεθος) και την προσπάθεια της για εκμείνιση των αποστάσεων, *παρατηρούνται σοβαρές ελλείψεις και προβλήματα στις μεταφορές και τη σύνδεση των νησιών μεταξύ τους*.

Το ίδιο είναι δυνατό να σημειωθεί και στην *προσπάθεια στελέχωσης* των περιφερειακών μονάδων υγείας με ανθρώπινο δυναμικό. Παρά τον στρατηγικό σχεδιασμό της Πολιτείας, συνεχίζουν να *παρατηρούνται σοβαρότατες ελλείψεις* σε ιατρι-

κό και μη ιατρικό προσωπικό, θέτοντας σε σοβαρό κίνδυνο τη Δημόσια Υγεία των μόνιμων κατοίκων και επισκεπτών.

Τέλος όσον αφορά τον τομέα του περιβάλλοντος όπως έχει τονιστεί, *παρόλη την Υγειονομική του σημαντικότητα* και την προσπάθεια κατάστροφης και εφαρμογής των προαναφερόμενων στρατηγικών που αφορά την αυτονομία λύση προβλημάτων ενέργειας και διαχείρισης ύδατος *διαπιστώνονται σοβαρές ελλείψεις*, οι οποίες δυσχεραίνονται λόγω της γεωγραφικής ασυνέχειας και των υπερβολικά μεγάλων πόρων σε σύγκριση με τις ωφέλειες.

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι, τα προβλήματα της Δημόσιας Υγείας στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου *έχουν εντοπιστεί* και έχουν *καταστροφεί ειδικές στρατηγικές* στην προσπάθεια επίλυσης και εξάλειψής τους. Εντούτοις, ακόμη τα αποτελέσματα *δεν είναι ενθαρρυντικά* και θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην *εύρεση αιτιών* της μη ύπαρξης ικανοποιητικών αποτελεσμάτων ή ακόμη και κατάστροφή νέων στρατηγικών προκειμένου να εξασφαλιστεί η *ακεραιότητα* του σημαντικού αγαθού της Δημόσιας Υγείας στους κατοίκους της νησιωτικής Ελλάδας.

T. TSOLERIDIS, K. RODITIS Implementation of public health policies in South Aegean: priorities and progress

SUMMARY Background:

It is commonly accepted that public health is perceived differently from the ordinary, personalized approach to health and disease, as it aims to studying, monitoring and targeted intervention for improving the health of the entire population. Public health is an investment for the maintenance and improvement of the human capital of each country and all organized activities of the State and society.

Methods:

Under the current provisions of the Greek State, public health services in Greece are divided into central, regional, prefectural and national. The present study is an attempt to describe the peculiarities of the main challenges and priorities of public health in the region of South Aegean, to present strategies that have been devised so far to solve the existing problems, as well as an attempt to evaluate them.

Results/Conclusion:

In conclusion, the results presented are rather discouraging. Particular attention is needed in order to find the underlying causes of the lack of satisfactory results in order to ensure the integrity of public health services as one very important asset available to Greek islanders.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τ. Κρεμαστινού - Κουρέα. Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές. Αθήνα: Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, 2007.
2. Ελληνική Δημοκρατία. Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις. Αθήνα, ΦΕΚ 196Α/2005, Ν. 3370/2005.
3. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Αθήνα, 2008.
4. Ελληνική Δημοκρατία. Διοίκηση, Οργάνωση, στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις. Αθήνα, ΦΕΚ 107Α/1997, Ν. 2503/1997.
5. Ελληνική Δημοκρατία. Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις. Αθήνα, ΦΕΚ 90Α/1994, Ν. 2218/1994.
6. Ελληνική Δημοκρατία. Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις. Αθήνα, ΦΕΚ 197Α/2003, Ν. 3172/2003.
7. Ελληνική Δημοκρατία. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας. Αθήνα, ΦΕΚ 123Α/1992, Ν. 2071/1992.
8. Ελληνική Δημοκρατία. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις. Αθήνα, ΦΕΚ 165Α/1997, Ν. 2519/1997.
9. Ελληνική Δημοκρατία. Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων. Αθήνα, ΦΕΚ 199/28.09.1999, Ν. 2741/1999.
10. Ελληνική Δημοκρατία. Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του Ν. 1729/1987 Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις. Αθήνα, ΦΕΚ 119Α/1993, Ν. 2161/1993.
11. Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου- Στρατηγικός Σχεδιασμός. Αναθεωρημένο Τεύχος VI, Αθήνα, 2012.
12. Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου. Έγγραφο Γενικής Διεύθυνσης Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου. Α.Π. 3390/11-5-2012, Αθήνα, 2012.

Μέσα κοινωνικής δικτύωσης: Κίνδυνοι & ευκαιρίες στο χώρο της ιατρικής

Σ. ΝΑΟΥΜ

Στρατιωτικός Ιατρός, Υγειονομική Υπηρεσία 1 16 Πτέρυγα μάχης, Αραξος

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης για να ωφεληθούν οι ασθενείς τους, να ενισχύσουν τα επαγγελματικά δίκτυα και να προωθήσουν την κατανόηση των επιμέρους και παραμελημένων παραγόντων που επηρεάζουν τη δημόσια υγεία.

Ωστόσο, η συζήτηση σχετικά με τους κινδύνους αυτών των τεχνολογιών στην ιατρική έχει κατακλύσει την εξέταση των θετικών ευκαιριών αυτών των εφαρμογών.

Αυτό το άρθρο συνοψίζει τους κινδύνους των μέσων κοινωνικής δικτύωσης-κοινωνικών μέσων στην ιατρική και διερευνά πώς οι αλλαγές στη λειτουργικότητα σε ιστότοπους όπως το Facebook μπορούν να κάνουν αυτές τις τεχνολογίες λιγότερο επικίνδυνες για τους επαγγελματίες υγείας.

Τέλος, περιγράφει τις πιο ελπιδοφόρες κατευθύνσεις μέσω των οποίων οι επαγγελματίες μπορούν να χρησιμοποιούν τα κοινωνικά μέσα στην ιατρική, βελτιώνοντας την επικοινωνία με τους ασθενείς, ενισχύοντας την επαγγελματική ανάπτυξη και συμβάλλοντας στην έρευνα και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: μέσα κοινωνικής δικτύωσης, social media, τεχνολογία, σχέση ασθενούς-ιατρού, επικοινωνία, δημόσια υγεία.

Εισαγωγή

Οι ιστότοποι μέσων κοινωνικής δικτύωσης-ΜΚΔ ή κοινωνικών μέσων (ενημέρω-

σης) (Social Media) όπως το Facebook, το Twitter και το YouTube είναι ισχυρά σύμβολα μιας νέας γενιάς ηλεκτρονικών εργαλείων και εφαρμογών που ενθαρρύνουν το περιεχόμενο που δημιουργείται από το χρήστη, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη συνεργασία σε πραγματικό

χρόνο. Αυτές οι τεχνολογίες περιλαμβάνουν ιστολόγια, κοινωνικά δίκτυα, ιστότοπους κοινής χρήσης βίντεο και φωτογραφιών, wikis και πολλά άλλα μέσα ενημέρωσης και είναι διαδεδομένα σε όλο τον κόσμο. Το 2012, το Facebook ξεπέρασε το ένα δισεκατομμύριο χρήστες παγκοσμίως ή σχεδόν το 1/7 της ανθρωπότητας. Σε κάθε περίπτωση, τα κοινωνικά μέσα δεν διαμορφώνουν μόνο την προσωπική ζωή των ανθρώπων, καθώς επηρεάζονται το επαγγελματικό περιβάλλον. Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, οι πρόσφατες εκτιμήσεις σχετικά με τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης από τους γιατρούς αυξήθηκαν δραματικά από 41% το 2010¹ σε 90% το 2011², ενώ τα ποσοστά χρήσης βρέθηκαν να υπερβαίνουν το 90% για τους φοιτητές ιατρικής^{1,3}. Επιπλέον, η αυξανόμενη πλειοψηφία των σύγχρονων ασθενών -ιδίως εκείνων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις- επιζητούν να βρουν ΜΚΔ και άλλες πηγές στο διαδίκτυο για να αποκτήσουν πληροφορίες για την υγεία, να συνδεθούν με άλλους που έχουν παρόμοια προβλήματα⁴⁻⁶ και να διαδραματίσουν πιο ενεργό ρόλο στις αποφάσεις της υγειονομικής τους περίθαλψης.

Η σχεδόν απανταχού παρούσα χρήση ΜΚΔ από επαγγελματίες ιατρούς και εκπαιδευόμενους τα τελευταία χρόνια μαζί με την ισχυρή παρουσία των ασθενών σε αυτές τις πλατφόρμες, υποδηλώνουν ότι αυτές οι τεχνολογίες θα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του τοπίου της σύγχρονης ιατρικής. Ωστόσο, δεδομένης της διαφορετικής ιατρικής κοινότητας, η οποία αποτιμά την προστασία της ιδιωτικής ζωής, την εμπιστευτικότητα, τις αλληλεπιδράσεις ένας προς ένα (one-on-one) και την επίσημη συμπεριφορά, σε σχέση με τα ΜΚΔ που αποδίδουν αξία στην κοινή χρήση, το «άνοιγμα», τη σύνδεση, τη διαφάνεια και το ανεπίσημο, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι αυτές οι αλλαγές έχουν προκαλέσει προβλήματα στον ιατρικό τομέα. Πράγματι, τα ΜΚΔ εισήγαγαν βαθιές αμφιβολίες-ερωτήσεις σχετικά με την εμπιστευτικότητα, τη συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, τα δημόσια/ιδιωτικά όρια, τον επαγγελματισμό και άλλα ζητήματα ηθικής για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας.

Παρόλο που υπάρχουν ενδείξεις ότι οι τεχνολογίες αυτές χρησιμοποιούνται εκτάκτως για την ενίσχυση της αυτοκατευθυνόμενης δια βίου μάθησης, της επαγγελματικής δικτύωσης και της επικοινωνίας και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της



αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας⁷⁻¹⁰, η συζήτηση για τους κινδύνους των ΜΚΔ στην ιατρική έχει σε μεγάλο βαθμό επηρεάσει την εξέταση των δυνητικά θετικών εφαρμογών της¹¹. Ωστόσο, οι τεχνολογίες των ΜΚΔ εξελίσσονται ταχύτατα για να ενθαρρύνουν μεγαλύτερους ελέγχους απορρήτου και υπάρχουν νέα στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι ιατροί επαγγελματίες βρίσκουν τρόπους για την ασφαλή και παραγωγική ενσωμάτωση των ΜΚΔ στην υγειονομική περίθαλψη¹². Επιπρόσθετα σημειώνεται, ότι λόγω των πρόσφατων αλλαγών στην πολιτική υγειονομικής περίθαλψης-στις ΗΠΑ-που θεσπίστηκαν περί προσίτης υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει μεγαλύτερη σχετική έμφαση στην επέκταση της περίθαλψης στην κοινότητα, στην καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς και στις οικογένειες και στην προαγωγή της προληπτικής φροντίδας με βάση την ομάδα¹³. Αυτές οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις πρέπει τουλάχιστον να προκαλέσουν τον προβληματισμό σχετικά με το πώς τα ΜΚΔ-που μπορεί να προσφέρουν πρωτοφανείς ευκαιρίες για οικονομικά αποτελεσματική αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών του τομέα της υγείας και ασθενών-μπορεί να συμπληρώσουν τη σύγχρονη ιατρική πρακτική.

Αυτό το άρθρο ασχολείται αρχικά με τους καθιερωμένους κινδύνους των κοινωνικών μέσων ενημέρωσης στην ιατρική, πριν διερευνήσει πώς συγκεκριμένες αλληλίες στη λειτουργικότητα σε δημοφιλείς τοποθεσίες όπως το Facebook μπορεί να κάνουν τα ΜΚΔ ένα λιγότερο επικίνδυνο περιβάλλον για επαγγελματίες υγείας. Τέλος, παρέχει ενδεικτικά παραδείγματα τριών υποσχόμενων δρόμων μέσω των οποίων τα ΜΚΔ μπορούν να συμβάλουν περισσότερο στην ιατρική, βελτιώνοντας την επικοινωνία με τους ασθενείς, ενισχύοντας την επαγγελματική ανάπτυξη και συμβάλλοντας στην έρευνα και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Οι κίνδυνοι των κοινωνικών μέσων ενημέρωσης

Γενικά, τα δημοφιλή μέσα μαζικής ενημέρωσης έσπευσαν να ανακαλύψουν στον ιατρικό κόσμο ιστορίες κακομεταχείρισης και κακής εκτίμησης που αφορούν στα ΜΚΔ. Πρόσφατα άρθρα παρουσίασαν τέτοιες εντυπωσιακές επικεφαλίδες όπως: «Οι φωτογραφίες με πτώματα από φοιτητές ιατρικής εξετάζονται μετά την εμφάνιση των εικόνων στο διαδίκτυο», «οι φοιτητές που

φοιτούν σε νοσοκομείο αποβλήθηκαν-διώχθηκαν από το πανεπιστήμιο μετά την κοινοποίηση εικόνων να ποζάρουν με ανθρωπινό πλάκουντα στο Facebook», «απολύθηκε λόγω Facebook: Το προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών έχασε τη δουλειά του για δημοσιεύσεις (posts) στο Facebook», κλπ. Ιστορίες που επικαλούνται τους «κινδύνους» των ΜΚΔ είναι ιδιαίτερα καταδικαστικές για τις εσφαλμένες εκτιμήσεις των επαπειλούμενων επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, συχνά εμπλέκονται και τα προβλήματα ελέγχου του απορρήτου που έχουν επιδείξει ιστοσελίδες ΜΚΔ όπως το Facebook και έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα επικίνδυνα για τους χρήστες από τα επαγγέλματα υγείας.

Ομοίως, η ακαδημαϊκή βιβλιογραφία είναι γεμάτη με νοουθεσίες για το πώς τα ΜΚΔ παραβιάζουν επικίνδυνα τους παλιούς «οριακούς δείκτες (boundary markers)» της ιατρικής: καθιστώντας δυνατή την δημοσίευση κάθε είδους δυσάρεστου περιεχομένου από φοιτητές ιατρικής, κατόικους και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης^{7,14-17} παραβιάζοντας την ιερότητα της σχέσης ασθενούς-ιατρού, διευκολύνοντας τις «φιλίες» στο διαδίκτυο^{18,19} και μειώνοντας την ιδιωτικότητα¹¹. Απαντώντας σε αυτές τις ανησυχίες, επαγγελματικές οργανώσεις όπως η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία (American Medical Association-AMA) δημοσίευσε κατευθυντήριες γραμμές για τη δεοντολογική χρήση των κοινωνικών μέσων²⁰, υπογραμμίζοντας την ανάγκη διατήρησης της εμπιστευτικότητας των ασθενών, να είναι ενήμεροι οι επαγγελματίες ιατροί για τις ρυθμίσεις απορρήτου, να διατηρούνται τα κατάλληλα όρια για τον ασθενή, να παρέχουν ακριβείς και ειλικρινείς πληροφορίες, να ενεργούν με συλλογικότητα, να αποφεύγουν την ανωνυμία, να δηλώνουν συγκρούσεις συμφερόντων και να διατηρούν ξεχωριστά προσωπικά και επαγγελματικά προφίλ. Η αποδοχή αιτημάτων φιλίας από ασθενείς σε ιστοτόπους όπως το Facebook γενικά δεν συνιστάται, παρόλο που υπάρχουν αναρτησικά επιχειρήματα υπέρ της αξίας της διαδικτυακής επικοινωνίας με ασθενείς μέσω ΜΚΔ²¹. Συνολικά, ο τόνος και το περιεχόμενο των υφιστάμενων κατευθυντήριων γραμμών επικεντρώνεται δυσανάλογα στους κινδύνους και όχι στα οφέλη των ΜΚΔ και υποστηρίζει την προσδοκία για κακή χρήση και όχι για τον θετικό τρόπο χρήσης των τεχνολογιών¹¹.

Οι ανησυχίες σχετικά με την ευθύνη, τη

δικαστική δίωξη, την ιδιωτική ζωή, την έλλειψη χρόνου/αποζημίωσης ισχύουν και μοιράζονται σε όλο το φάσμα των επαγγελματιών του τομέα της υγείας² και οι επαγγελματίες του τομέα της ιατρικής καλό είναι να είναι εξαιρετικά προσεκτικοί σχετικά με τυχόν εισβολή στα ΜΚΔ. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για τους επαγγελματίες να χρησιμοποιούν τεράστια κοινωνικά δίκτυα για να βελτιώσουν την ευημερία των ασθενών και να συμβάλουν στη δημόσια υγεία μέσω της παροχής υψηλής ποιότητας πληροφοριών για την υγεία. Τα τελευταία χρόνια, οι ρυθμίσεις απορρήτου σε ιστοτόπους κοινωνικής δικτύωσης έχουν αρχίσει να εξελίσσονται προς όφελος μεγαλύτερης ασφάλειας για τους γιατρούς ώστε να διευκολυνθεί η ανταλλαγή πληροφοριών. Ίσως ο βασικός κανόνας για κάθε γιατρό που ενδιαφέρεται να ελαχιστοποιήσει τους κινδύνους των ΜΚΔ είναι να παραμείνει ενήμερο για τις μεταβαλλόμενες ρυθμίσεις απορρήτου που παρέχουν οι ιστοτόποι έτσι ώστε οι χρήστες να μπορούν να προστατεύουν τις προσωπικές τους πληροφορίες.

Αλληλαγή λειτουργικότητας των ρυθμίσεων απορρήτου

Το πεδίο των ρυθμίσεων απορρήτου των ΜΚΔ έχει εξελιχθεί γρήγορα τα τελευταία χρόνια και έχει να κάνει με την εμφάνιση του κοινωνικού δικτύου της Google, το Google+. Το καλοκαίρι του 2011, το Google+ είχε ως στόχο να καταστήσει την κοινοποίηση στο διαδίκτυο πιο κοινή σε σχέση με την πραγματική ζωή. Σε αντίθεση με την αδιάκριτη συσσώρευση φίλων στο Facebook, το Google+ επιτρέπει στους χρήστες να κατανέμουν το δίκτυό τους σε «κύκλους» (π.χ. «οικογενειακούς», «φίλους», «συναδέλφους εργασίας» κλπ.) και να μοιράζονται συγκεκριμένες πληροφορίες με τη σχετική υποομάδα στο δίκτυο. Για παράδειγμα, μια ανάρτηση για ένα προσωπικό θέμα θα μπορούσε να μοιραστεί με κύκλους «οικογένειας» και «φίλων», αλλά θα καθίσταται άσχετος σε έναν κύκλο «συναδέλφους εργασίας». Το Google+ επιτρέπει επίσης στους χρήστες να προσαρμόζουν τις πληροφορίες του προφίλ τους για διαφορετικούς κύκλους. Για παράδειγμα, τα προσωπικά στοιχεία επικοινωνίας, η σημερινή τοποθεσία και οι πληροφορίες σχετικά με τη σχέση μπορούν να γίνουν ορατά μόνο στον κύκλο «φίλων» τους, ενώ το ιστορικό απασχόλησης και εκπαίδευσης μπορεί να είναι ορατό μόνο στους «ε- ➔

► παγγελματίες συναδέλφους» του. Αυτό εξουσιοδοτεί τον χρήστη να ελέγχει τις προσωπικές και δημόσιες πληροφορίες του με τρόπους που μέχρι τώρα δεν υπήρχαν (ή δεν ήταν κατανοητοί για τον μέσο χρήστη) στη διεπαφή του με το Facebook¹².

Σαν απάντηση, το Facebook άλλαξε τη λειτουργικότητά του, επιτρέποντας στους χρήστες να ομαδοποιούν εύκολα τους υπάρχοντες φίλους σε μικρότερες «λίστες» παρόμοιες με τους κύκλους του Google+. Στην πραγματικότητα, όταν προσθέτουν νέους φίλους, οι χρήστες καθορίζονται αυτόματα να ταξινομήσουν το άτομο σε μια συγκεκριμένη «λίστα». Το Facebook δημιούργησε επίσης έναν «επιλογέα κοινού» σε όλη τη προφίλ που επιτρέπει στους χρήστες να διαχειρίζονται το απόρρητο των ενημερώσεων κατάστασης, των φωτογραφιών και των πληροφοριών χρησιμοποιώντας τις λίστες. Οι χρήστες που δημοσιεύουν ενημερώσεις κατάστασης μπορούν απλά να χρησιμοποιήσουν το αναπτυσσόμενο μενού επιλογών κάτω από το πλαίσιο ενημέρωσης κατάστασης για να επιλέξουν αν οι αναρτήσεις θα είναι «δημόσιες» (σε οποιονδήποτε στο Διαδίκτυο), σε φίλους (σε οποιονδήποτε στο δίκτυο κάποιου), σε φίλους εκτός «γνωστών» (μόνο σε όσους βρίσκονται στο δίκτυο ενός ατόμου που χαρακτηρίζονται ως «στενοί φίλοι») ή σε άλλες «προσαρμοσμένες λίστες» συγκεκριμένων φίλων που μπορείτε να επισημάνετε στην ανάρτηση. Οι χρήστες μπορούν επίσης να επιλέξουν άτομα που θέλουν να αποκρύψουν συγκεκριμένες θέσεις, εξαλείφοντας τη σύγχυση σχετικά με το σε ποιους από τους φίλους που το περιεχόμενό τους θα είναι ορατό. Το Facebook έχει επίσης ξεπεράσει πρόσφατα συντομεύσεις προστασίας προσωπικών δεδομένων που εμφανίζονται σε κάθε προφίλ χρηστών, προσφέροντας στο χρήστη απλές πληροφορίες σχετικά με: «ποιος μπορεί να δει τις αναρτήσεις μου;», «ποιος μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μου;» και «πώς μπορώ να σταματήσω κάποιον να με ενοχλεί;». Έτσι, οι ρυθμίσεις απορρήτου είναι ευκολότερες στην πρόσβαση και εξηγούνται σε απλά αγγλικά.

Αυτές οι τεκτονικές ρυθμίσεις υπέρ των βελτιωμένων ελέγχων απορρήτου των ΜΚΔ προκαλούν το ερώτημα κατά πόσο δημοφιλείς ιστοσελίδες όπως το Facebook και το Google+ θα μπορούσαν σύντομα να επιτρέψουν στους επαγγελματίες υγείας να αισθάνονται μεγαλύτερη άνεση να δέχονται συναδέλφους και ασθενείς στα δί-

κτυά τους, ένα θέμα που αποτελεί, ως επί το πλείστον, ταμπού στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη για τους προαναφερθέντες λόγους. Σε τελική ανάλυση, εάν κάποιος μπορεί να ελέγξει επιλεκτικά τα δεδομένα στα οποία έχουν πρόσβαση κάποιοι φίλοι του διαδικτύου, μπορεί να μειώσει (αν δεν εξαλείψει εντελώς) μερικές από τις ανησυχίες για την προστασία της ιδιωτικής ζωής που είναι τόσο αγχωτικές για τα ιατρικά επαγγέλματα, παρά τις σαφείς ενδείξεις ότι αυτές οι τεχνολογίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ενίσχυση της αυτοκατευθυνόμενης διά βίου μάθησης, της επαγγελματικής δικτύωσης και της επικοινωνίας με τους ασθενείς. Αυτές οι συστημικές αλλαγές μπορεί επίσης να καταστήσουν πιο εφικτό για τους επαγγελματίες του ιατρικού τομέα να στρατολογήσουν ασθενείς στο προσωπικό τους δίκτυο με τρόπους που μπορούν να προσθέσουν στην τέχνη της ιατρικής και να ενισχύσουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, όπως θα συζητηθεί περαιτέρω παρακάτω.

Είναι αρκετά κατανοητό ότι, η αναμενόμενη ανταπόκριση των περισσότερων επαγγελματιών στον τομέα της υγείας που ασκούν τη μακρά το επάγγελμα στη σκιά που ρίχνεται από τους νόμους περί προστασίας των ασθενών, θα ήταν ότι τα κοινωνικά μέσα εξακολουθούν να αποτελούν υπερβολικά επικίνδυνο περιβάλλον για την κατανόηση των εξελισσόμενων αποχρώσεων των ρυθμίσεων απορρήτου των ΜΚΔ¹². Πράγματι, οι κίνδυνοι που τίθενται από τα κοινωνικά μέσα είναι πολλοί. Αν χρησιμοποιηθούν απερίσκεπτα, η τεχνολογία μπορεί να θολώσει τα επαγγελματικά όρια, να χρησιμεύσει ως αγωγός για την προβολή της αντιεπαγγελματικής συμπεριφοράς, να συμβάλει στην οικοδόμηση μιας μη αναστρέψιμης διαδικτυακής εικόνας, να ανοίξει την πόρτα για πρόστιμα, δικαστικές διαφορές έως και φυλάκιση²⁰.

Ωστόσο, σε μια εποχή κατά την οποία τα απολιταρχικά καθεστώτα έχουν μειωθεί εν μέρει χάρη στα κοινωνικά μέσα και όταν ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι (οι περισσότεροι από τους οποίους είναι πιθανώς και ασθενείς) βρίσκονται στο Facebook, μπορεί να τεθεί δίκαια το ερώτημα εάν αυτά τα ισχυρά εργαλεία της εποχής μας, βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας της κοινωνίας να χτίσουν βαθύτερες και πιο σταθερές σχέσεις με τους ασθενείς τους. Περαιτέρω, επικοινωνώντας ταυτόχρονα με πολλή απλότητα ασθενείς, τα ΜΚΔ μπορούν να συμβάλουν

στην επίτευξη μεγαλύτερης προόδου όσον αφορά τους στόχους δημόσιας υγείας, όπως η μείωση της επιβάρυνσης των χρόνιων και μολυσματικών ασθενειών, η βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών, η αποφυγή επειγόντων επισκέψεων και η μείωση του συνολικού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Οι αλλαγές που έχουν τεθεί στην κίνηση από το Google+ και επιταχύνθηκαν από το Facebook, μπορεί να είναι ένας προάγγελος ενός πεδίου ΜΚΔ στο οποίο οι επαγγελματίες του τομέα υγείας μπορούν να προστατεύσουν πιο προσεκτικά το ιδιωτικό περιεχόμενό τους, οικοδομώντας αποτελεσματικότερες θεραπευτικές σχέσεις με σύγχρονους ασθενείς, μια αυξανόμενη πληοψηφία των οποίων ασθενών που χρησιμοποιούν τα κοινωνικά δίκτυα και άλλες πηγές στο διαδίκτυο για να αναζητήσουν πληροφορίες για την υγεία.

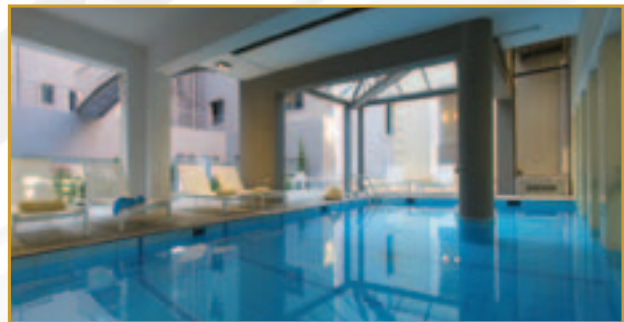
Ευκαιρίες για τα ΜΚΔ στην ιατρική Βελτίωση της επικοινωνίας με τους ασθενείς

Τα κοινωνικά μέσα ενημέρωσης δημιούργησαν τεράστια παγκόσμια δίκτυα με μεγάλη δύναμη για την ταχεία διάδοση των πληροφοριών, την κινητοποίηση μεγάλου αριθμού ανθρώπων πίσω από μια αιτία ή ακόμη και την υποκίνηση πολιτικών αλλαγών (όπως παρατηρήθηκε στα γεγονότα της Αραβικής Άνοιξης και των πρόσφατων προεδρικών εκστρατειών). Ως εκ τούτου, δεν είναι υπερβολή να προταθεί ότι αυτή η τεχνολογία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί από τους επαγγελματίες υγείας για να: βελτιώσει τις αλληλεπιδράσεις των ασθενών με τους γιατρούς, να ενισχύσει το κίνητρο των ασθενών, να αυξήσει την ευαισθητοποίηση, να παράσχει ακριβείς πληροφορίες, να θέσει έγκαιρα ζητήματα, να διευκολύνει την ανταλλαγή ιδεών που συνδέονται με μια μεγαλύτερη κοινότητα και τελικά να παράγουν βελτιωμένα αποτελέσματα σε όλα τα συστήματα υγείας²². Για παράδειγμα, δεδομένων των πρόσφατων αλλαγών στη λειτουργικότητα των ρυθμίσεων απορρήτου του Facebook, μπορεί κανείς να φανταστεί έναν οικογενειακό γιατρό που έχει κατανοήσει τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης δημιουργώντας μια λίστα στο Facebook ή έναν κύκλο στο Google+ ειδικά για τους «ασθενείς» και να τη χρησιμοποιεί για τη διάδοση γενικών πληροφοριών όπως: οδηγίες για τη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε χαμηλά επίπεδα, υπενθυμίσεις για το πώς να προετοιμαστούν οι ασθενείς για

AQUILA ATLANTIS HOTEL

★ ★ ★ ★ ★

*Moments of
business and pleasure*



Στην καρδιά της πόλης του Ηρακλείου δεσπόζει ένα μεγαλοπρεπές και σύγχρονο ξενοδοχείο ιδανικό για κάθε επαγγελματική δραστηριότητα συνδυάζοντας εξαιρετική φιλοξενία με άψογη εξυπηρέτηση σε ένα περιβάλλον μοντέρνας αισθητικής και πολυτέλειας.

Το **Atlantis Hotel** έχει επάξια εδραιωθεί ως ένα από τα καλύτερα ξενοδοχεία σε επίπεδο διαμονής, με πολυτελή δωμάτια και σουίτες, καθώς και άρτια εξοπλισμένους συνεδριακούς χώρους που φιλοξενούν κάθε χρόνο μεγάλα ιατρικά ή φαρμακευτικά συνέδρια αλλά και επαγγελματικές εκδηλώσεις κάθε τύπου.

AQUILA ATLANTIS HOTEL

Υγείας 2, Ηράκλειο, 71 202 Κρήτη

Τηλ: +30 2818 100100 Fax: +30 2810 226265 E-mail: info.at@aquilahotels.com

AQUILA
HOTELS & RESORTS

www.aquilahotels.com

■ τις ιατρικές επισκέψεις, δημοσιεύσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα εποχιακών εμβολίων ή ακόμη και συνδέσεις με σημαντικές ιατρικές έρευνες, αρχεία υγιεινών οδηγιών ή ενημερώσεις για καινοτόμα προγράμματα άσκησης. Επιπλέον, ο γιατρός θα μπορούσε να δημοσιεύσει σύντομα βίντεο κινητών τηλεφώνων που επιβεβαιώνουν τις αξίες που φέρνουν στην εργασία τους, παρουσιάζοντας μια πιο ανθρώπινη πλευρά της κλινικής και των εργαζομένων της ή ενθαρρύνοντας τους ασθενείς που προσπαθούν να χάσουν βάρος. Θα μπορούσαν επίσης να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να μοιράζονται τους φόβους, τις ελπίδες και τα κίνητρά τους, δημιουργώντας έτσι μια «κοινότητα» και ίσως ενισχύοντας μια υγιή και αμοιβαία σχέση. Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές συμβουλές για την υγεία, ένας ασθενής μπορεί να συναντήσει διαδικτυακά γιατρούς, οι οποίοι γνωρίζοντας την βάση των ασθενών τους, θα μπορούσαν να αναπτύξουν μηνύματα που θα ήταν συγκριτικά περισσότερο πολιτιστικά ικανά και «τοπικά» και επομένως πιο πιθανό να αντηχούν και να πραγματοποιηθούν.

Ενώ οι γιατροί μπορεί να αναφέρουν την έλλειψη χρόνου και προσωπικού ως εμπόδια για τη διατήρηση των ιστοσελίδων στα ΜΚΔ, για να πιστοποιούνται οι ιατρικές πρακτικές ως «Ιατρικοί Χώροι με Επίκεντρο τον Ασθενή» (Patient Centered Medical Homes), θα πρέπει να «παρέχουν εκπαιδευτικούς πόρους» και «να συμβουλεύουν τουλάχιστον το 50% των ασθενών να υιοθετούν υγιεινούς τρόπους ζωής»²³. Επιπλέον, υπάρχει μια αυξανόμενη κίνηση για την επιστροφή των ιατρικών πρακτικών για την παροχή εκπαιδευτικών πόρων και συμβουλών υγείας, δεδομένης της δυνατότητας μακροπρόθεσμης εξοικονόμησης της υγειονομικής περίθαλψης²⁴. Επειδή τα κοινωνικά δίκτυα είναι δημιουργημένα για αποδοτικότητα και έχουν κανόνες μεστή-δυνατής επικοινωνίας, θα μπορούσαν να συμβάλουν στο να βοηθήσουν τις ιατρικές πρακτικές να πιστοποιούνται ως «Ιατρικοί Χώροι με Επίκεντρο τον Ασθενή» και να μειώσουν το χρόνο που απαιτείται για μια πιο εντατική συμβουλευτική για σωστό τρόπο ζωής. Ένας γιατρός, ένα μέλος του προσωπικού ή ένας φοιτητής θα μπορούσε να δημοσιεύσει το περιεχόμενο αυτό καθημερινά, εβδομαδιαίως ή μηνιαία σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα, ενισχύοντας έτσι τις κλινικές οδηγίες με δεκάδες -αν όχι εκατοντάδες- ασθενών και μελών της οικο-

γένειας που μπορούν να μοιραστούν περαιτέρω αυτό το περιεχόμενο με τα εκτεταμένα online δίκτυα τους. Οι θεραπευτικές σχέσεις που ξεκινούν από την κλινική θα μπορούσαν να συνεχίσουν να αυξάνονται στους διαδικτυακούς χώρους σε μορφή που είναι μάλλον λιγότερο προσωπική από μια επίσκεψη γραφείου αλλά πιο προσωπική από ότι να μην υπάρχει καμία επαφή μέχρι την επόμενη επίσκεψη.

Επιπλέον, σε μια αναδυόμενη εποχή της ομαδικής περίθαλψης, πολλοί επαγγελματίες υγείας -ιδιαίτερα εκείνοι που ασχολούνται με την οικογενειακή πρακτική και την πρωτοβάθμια φροντίδα- θα μπορούσαν να διατηρήσουν μια συλλογική ιστοσελίδα ΜΚΔ όπως μια σελίδα/ομάδα του Google ή κύκλο Google+ που να επιτρέπει σε γιατρούς, νοσηλευτές ή το διοικητικό προσωπικό να επικοινωνούν απευθείας με ασθενείς εκτός της κλινικής. Μια τέτοια συνεργασία θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί αποτελεσματικά σε smartphones ή tablet, και η αρμοδιότητα της προσθήκης περιεχομένου-επαφών να διανεμηθεί σε πολλούς επαγγελματίες (ή στους διοικητικούς βοηθούς τους). Θα μπορούσαμε να φανταστούμε ομάδες επαγγελματιών που χρησιμοποιούν μια κοινή σελίδα Facebook για να οργανώνουν λήσες περπατήματος, τρεξίματος, λήσες απώλειας βάρους ή να χρησιμοποιούν ενημερώσεις κατάστασης (status updates) για την ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών σχετικά με τις τοπικές εκδηλώσεις (δηλαδή λαϊκές αγορές, αγώνες 5 χιλιομέτρων, συμβουλές καιρού κ.λπ.), ή ακόμα και να ενθαρρύνουν την προβολή υγείας ή να κινητοποιήσουν την κοινότητα γύρω από τοπικά μέτρα υποστήριξης όπως η κατασκευή πεζοδρομίων, η μείωση των εκπομπών ρύπων για τη βελτίωση της ποιότητας του αέρα, την αύξηση της χρηματοδότησης για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας κλπ.

Τέτοια παραδείγματα δείχνουν πως τα ΜΚΔ μπορούν να συμβάλουν στην επέκταση της περίθαλψης στην κοινότητα και να προωθήσουν την πρόληψη χωρίς μαζική δέσμευση χρόνου από τους επαγγελματίες του τομέα της ιατρικής. Πράγματι, οι πρώτοι που υιοθέτησαν τα ΜΚΔ απέδειξαν ότι οι ιστοσελίδες όπως η σελίδα Facebook μπορεί να είναι ένα ασφαλές και αποτελεσματικό μέσο για τη βελτίωση της επικοινωνίας των επαγγελματιών του τομέα της υγείας με τους ασθενείς, ιδιαίτερα σε μικρότερες αγροτικές κοινότητες^{12,25}. Αντί να

θεωρείται ως υποκατάστατο των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων του ιατρού με τους ασθενείς, τα ΜΚΔ θα πρέπει να θεωρούνται ως πόροι που θα μπορούσαν να ενισχύσουν αυτές τις αλληλεπιδράσεις²⁶.

Υπάρχουν ακόμα πολλά να γνωστοποιηθούν για τις βέλτιστες πρακτικές για τις εφαρμογές ΜΚΔ από τους επαγγελματίες υγείας. Οι ερευνητές μπορούν να δημοσιεύουν λεπτομερείς ποιοτικούς λογαριασμούς επιτυχημένων στρατηγικών κοινωνικής δικτύωσης από τους επαγγελματίες υγείας, ορίζοντας τα δυνατά σημεία και τους περιορισμούς των υφιστάμενων προσεγγίσεων και εξερευνώντας κριτικά την εξελισσόμενη φύση των ηλεκτρονικών σχέσεων. Οι στρατηγικές μπορούν επίσης να αξιολογηθούν ποσοτικά με βάση το εάν βελτιώνουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

Για παράδειγμα, μπορεί η συνδεσιμότητα μέσω ΜΚΔ να βοηθήσει τους επαγγελματίες της υγείας στην οικοδόμηση καλύτερης σχέσης με τους ασθενείς πριν μπει στο εξεταστήριο-γραφείο καθώς και μεταξύ των επισκέψεων; Μπορούν αυτές οι συνεχιζόμενες ηλεκτρονικές σχέσεις να κατευθύνουν τους ασθενείς σε περισσότερες επιστημονικά έγκυρες πηγές ηλεκτρονικών πληροφοριών και δικτύων υποστήριξης; Μπορούν να ενισχύσουν τα μετρήσιμα οφέλη, όπως αποδεικνύεται από λιγότερες επισκέψεις στο νοσοκομείο ή επανεισαγωγές, βελτίωση στα ζωτικά σημεία, χαμηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης ή αυξημένη βαθμολογία ικανοποίησης ασθενών¹²;

Σε επίπεδο πολιτικής, όσοι αναπτύσσουν επαγγελματικές και θεσμικές κατευθυντήριες γραμμές θα πρέπει να φροντίσουν να νομιμοποιήσουν τους κανόνες όχι μόνο με τις προσδοκίες για κακή χρήση αλλά με τη διεύρυνση στη μεταβαλλόμενη φύση της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών και την ευαισθητοποίηση σχετικά με τον αναδυόμενο πολιτισμό της κοινωνικής εκπαίδευσης και ανταλλαγής στην ιατρική. Οι διαχειριστές μπορούν να διασκεδάσουν ακόμη και με τον τρόπο αποζημίωσης των επαγγελματιών των κοινωνικών δικτύων (και των βοηθών τους) για το χρόνο τους ή με την προσπάθεια προώθησης και κατοχής -ιδιαίτερα για όσους χρησιμοποιούν δίκτυα στο διαδίκτυο για να προσελκύσουν νέους ασθενείς- ή να παρέχουν θετική δημοσιότητα για το ίδρυμά τους, συγκεντρώνοντας μεγάλα δίκτυα ασθενών και

επαγγελματιών ακόλουθων (followers) και παρέχοντας ευρεία καθοδήγηση.

Ενίσχυση της επαγγελματικής ανάπτυξης

Εκτός από τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ασθενείς, οι ιστότοποι των ΜΚΔ έχουν εξυπηρετήσει με το να συνδέουν τους συναδέλφους και να επικοινωνούν μεταξύ τους, μέσω ηλεκτρονικών onlineδικτύων όπως το Facebook, το Twitter και πιο επαγγελματικά προσανατολισμένες πλατφόρμες, όπως το LinkedIn και το ResearchGate. Υπάρχει επίσης μια ποικιλία συγκεκριμένων ιατρικών δικτύων - όπως το QuantiaMD, το Sermo, το Doximity και το iMed Exchange, που έχουν προκύψει τα τελευταία χρόνια για να λειτουργήσουν ως ένας τόπος συγκέντρωσης για τους γιατρούς για να μάθουν από συνομήλικους, να συζητήσουν κλινικά θέματα και προκλήσεις διαχείρισης όσον αφορά συγκεκριμένους ασθενείς ή ακόμη και το συντονισμό των αλληλεπιδράσεων της ομάδας φροντίδας. Σχεδόν το 1/3 των για-

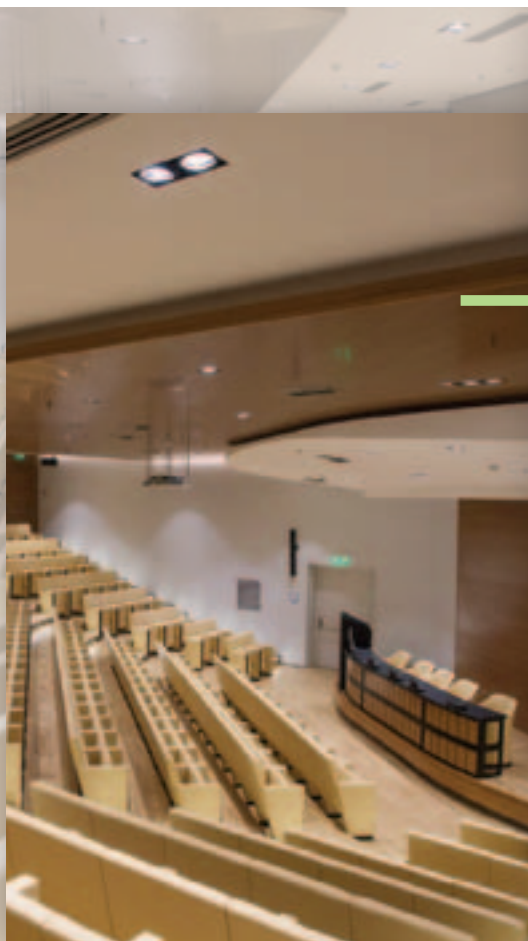
τρών αναφέρουν ότι είναι παρόντες σε αυτά τα δίκτυα². Αυτές οι κλειστές πλατφόρμες μπορούν με τη σειρά τους να αυξήσουν τη μεταφορά ιδεών, πρακτικών και στρατηγικών σταδιοδρομίας. Εκείνοι που εφαρμόζουν επιτυχώς τα ΜΚΔ στην επαγγελματική τους ζωή μπορούν να βοηθήσουν τους συναδέλφους να επαναλάβουν τις βέλτιστες πρακτικές και να δίνουν οδηγίες για την ερμηνεία των αλληλαγών στις ρυθμίσεις απορρήτου και στις εφαρμογές νέων τεχνολογιών, οι οποίες θα συνεχίσουν να εξελίσσονται.

Εκείνοι που συμμετέχουν τυπικά στην ακαδημαϊκή και επαγγελματική ανάπτυξη, μπορούν να θεωρήσουν όλο και περισσότερο απαραίτητο το γεγονός να δημιουργήσουν θεσμικές στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα κοινωνικά μέσα για την ενίσχυση της σταδιοδρομίας των επαγγελματιών υγείας. Για παράδειγμα, τα ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα μπορεί να θεωρήσουν χρήσιμη την ανάπτυξη εργαστηρίων κατάρτισης για επιτυχημένες στρατηγικές κοινωνικών μέσων ενημέρωσης στην υγειονομική

περίθαλψη ως αναπόσπαστο στοιχείο του νέου προσανατολισμού των εργαζομένων.

Επιπλέον, όπως αποδείχτηκε στο Penn State College of Medicine²⁷, τα προγράμματα ανάπτυξης των πανεπιστημίων θα μπορούσαν να είναι ωφέλιμα να προσεγγίσουν μη ιατρικούς κλάδους (π.χ. τμήματα επικοινωνίας, μάρκετινγκ, τεχνολογίας πληροφοριών, ιατρικές ανθρωπιστικές επιστήμες κ.λπ.) ώστε να προσδίδουν χρήσιμες γνώσεις, ικανότητες, πόρους, στρατηγικές, συμβουλές (βιο)ηθικής και επαγγελματική καθοδήγηση.

Τέτοιες δεξιότητες μπορεί να είναι ιδιαίτερα επωφελείς για την καλλιέργεια ευεργετικού κλίματος μεταξύ των καθιερωμένων επαγγελματιών που μπορεί να έχουν λιγότερη εμπειρία με τα κοινωνικά μέσα από τις νεότερες γενιές ιατρικών επαγγελματιών. Για να δοθεί κίνητρο σε τέτοιου είδους διεπιστημονική (και ίσως και σε διαγενεακή) εκπαίδευση, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν πιστώσεις συνεχούς ιατρικής εκπαίδευσης για την ενθάρρυνση της συμμετοχής. ➡



KASTRI

CONTEMPORARY HOTEL

DOMOTEL
ATHENS

Meeting & Conferences Facilities

A modern Conference center as Domotel Kastri is the ultimate business destination combining city comfort with professional services. The conference center offers a modern auditorium with comfortable designer chairs and built-in simultaneous interpretation booths hosting up to 200 people. Moreover, the venue complies with ICCA standards. A naturally lighted, multi-functional conference hall with high-tech audiovisual equipment hosting up to 550 people. 16 practical, creative and functional meeting rooms with free Wi-Fi as well as equipped with PC's, projectors, microphones and flipcharts. A lot of choices in outdoor spaces for all kinds of events. Complimenting the historical Domotel Kastri Hotel which are ideal for you to present, train, inspire, motivate and negotiate.



➡ Δεδομένου του χρόνου που διαθέτουν-ξοδεύουν πολλοί επαγγελματίες στο Facebook καθημερινά, οι διευθυντές προγραμμάτων θα μπορούσαν επίσης να δημιουργήσουν ομάδες για τη «Καθηγητική Σώμα και Επαγγελματική Ανάπτυξη (Faculty and Professional Development)» στο Facebook ως συμπληρωματική πλατφόρμα για τη διάδοση πληροφοριών σε κατώτερες και ανώτερες σχολές σχετικά με τον καθορισμό στόχων σταδιοδρομίας, την επίτευξη προαγωγής ή θητείας, επίλυσης συγκρούσεων, επιχορήγησης και γραφής χειρόγραφων κλπ.

Επιπλέον, σύμφωνα με τις αυξανόμενες τάσεις στην ακαδημαϊκή ιατρική²⁸, τα ΜΚΔ θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για την ενίσχυση των σχέσεων μέντορ-καθοδηγούμενο (mentor-mentee) -ιδιαίτερα για μέντορες που είναι εξοικειωμένοι με τα social media και μπορεί να επικοινωνήσει και να «συνδεθεί» με τους νεότερους επαγγελματίες πιο αποτελεσματικά σε αυτήν την πλατφόρμα παρά με τη χρήση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail).

Συμβολή στην έρευνα και την υπηρεσία δημόσιας υγείας

Η ευρεία χρήση των ιστότοπων των ΜΚΔ από τους κλινικούς επαγγελματίες υγείας και από το ευρύ κοινό έχει άμεση σημασία για τη δημόσια υγεία, καθώς τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν καθορισμένους παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές και τα αποτελέσματα της υγείας μέσω μοντέλων και κοινωνικών κανόνων, μιμητικής συμπεριφοράς και κοινωνικής ενίσχυσης^{29,30}. Πράγματι, η έρευνα έχει αποδείξει ότι τα κοινωνικά δίκτυα συμβάλλουν

σε θέματα δημόσιας υγείας όπως η παχυσαρκία, η διακοπή του καπνίσματος, οι διατροφικές συμπεριφορές, οι επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές και πολλά άλλα φαινόμενα^{30,31}. Ως κοινωνικό είδος, οι άνθρωποι επηρεάζονται όχι μόνο από τους κοντινούς και πιο μακρινούς φίλους αλληλά και από τους φίλους των φίλων τους. Στα μεγάλα προσωπικά (in-person) και σε απευθείας σύνδεση (online) δίκτυα, η συμπεριφορά μας στην υγεία επηρεάζεται και επηρεάζεται από τις συμπεριφορές της υγείας και τα αποτελέσματα και των άλλων.

Ως εκ τούτου, οι ιατροί επαγγελματίες δεν πρέπει απλώς να δουν τα κοινωνικά δίκτυα ως μέσο βελτίωσης της επικοινωνίας και των αποτελεσμάτων με μεμονωμένους ασθενείς όπως περιγράφηκε παραπάνω, αλλά επίσης να προκαλέσουν αλληλαγές συμπεριφοράς σε τεράστια δίκτυα ανθρώπων. Ένα παράδειγμα αυτού του ισχυρού αποτελέσματος «δικτύωσης» μπορεί να διαπιστωθεί στην πρόσφατη απόφαση του Facebook να επιτρέψει στους χρήστες να δηλώσουν την πρόθεσή τους να είναι «δωρητές οργάνων» στα ατομικά τους ημερολόγια (Timelines).

Αυτή η πρωτοβουλία αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός ευρέως (viral) αποτελέσματος «κανονικοποίησης» μέσω του οποίου οι φίλοι στο δίκτυο ενός ατόμου θα μπορούσαν να δουν τη δωρεά οργάνων ως μια πιο ρεαλιστική επιλογή για τον εαυτό τους. Τελικά, το φαινόμενο δικτύωσης στο Facebook που δημιουργήθηκε με γρήγορη απόκριση στις Η.Π.Α. και τα ηλεκτρονικά μητρώα δωρητών του κράτους παρουσίασαν 23 φορές αύξηση των δεσμεύσεων των χορηγών

μέσα σε μία εβδομάδα από την κυκλοφορία της απόφασης αυτής, σύμφωνα με την Donate Life America³². Οι παρατηρήσιμες συμπεριφορικές αλλαγές μέσα σε ένα κοινωνικό δίκτυο, τόσο από τους επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου όσο και από το ευρύ κοινό, μπορούν να έχουν μεγαλύτερα και πιο βαθιά αποτελέσματα.

Σε άλλα επίπεδα δημόσιας υγείας, οι οργανισμοί χρησιμοποιούν το περιεχόμενο λέξεων-κλειδίων από κοινωνικά δίκτυα-ιδίως το γρήγορο ιστολόγιο micro-blogging Twitter και άλλες τεχνολογίες βάσει τοποθεσίας-για την παρακολούθηση της υγείας και της ευημερίας, τη γρήγορη διάδοση πληροφοριών και την αντιμετώπιση καταστροφών. Για παράδειγμα, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων στις Η.Π.Α (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) παρακολουθεί τα Tweets για πληροφορίες σχετικά με τις εστίες της γρίπης, διατηρώντας παράλληλα μια ενεργή παρουσία στο Twitter και το Facebook, για να μοιράζονται συχνές ενημερώσεις σχετικά με τη γρίπη.

Επιπλέον, οργανώσεις όπως ο Ερυθρός Σταυρός παρακολουθούν τις αναρτήσεις του Twitter κατά τη διάρκεια σεισμών, τυφώνων και άλλων φυσικών καταστροφών που απειλούν τη δημόσια υγεία για να συγκεντρώσουν πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες που είναι πιο έντονες¹⁰. Με αυτό τον τρόπο, η τεχνολογία σε πραγματικό χρόνο παρέχει μεγαλύτερη ευελιξία για την αντιμετώπιση καταστροφών, ενώ παράλληλα ενισχύει την ετοιμότητα για έκτακτες ανάγκες δημόσιας υγείας και δημιουργεί ανθεκτικότητα στην κοινότητα και στο κοινωνικό κεφάλαιο.

Επιπλέον, τα ιατρικά κέντρα και τα νοσοκομεία έχουν αρχίσει να αξιοποιούν άμεσα την ευρεία και άμεση δύναμη των ΜΚΔ (viral power) για να μεταδώσουν μηνύματα υγείας σε όλες τις περιοχές υπηρεσίας τους. Η κλινική Mayo είναι διεθνής ηγέτης, δημιουργώντας ένα Κέντρο Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Center for Social Media) που αφιερώνεται στην καλλιέργεια παρουσιών στο Facebook, στο YouTube και στο Twitter προσφέροντας στους ασθενείς μια τεράστια βιβλιοθήκη από podcasts και blogposts επαγγελματιών υγείας.

Η εκστρατεία "Know Your Numbers" που κυκλοφόρησε στο YouTube το 2011 έχει λάβει σήμερα 72.000 εμφανίσεις (views) και βοήθησε να ενημερωθεί το ευρύ κοινό για τη σημασία της γνώσης του προβλήμα-

τος της αρτηριακής πίεσης, των λιπιδίων και του δείκτη μάζας σώματος για την πρόληψη καρδιακών παθήσεων. Μέσα από αυτά τα κανάλια, τα ιατρικά κέντρα μπορούν να επεκτείνουν την αποστολή τους για να προωθήσουν την πρόληψη σε κοινότητες με ελάχιστες επενδύσεις χρόνου και πόρων.

Οι ιστότοποι κοινωνικών μέσων παρέχουν επίσης ένα αναδυόμενο -και συναρπαστικό- χώρο για την πρόσληψη ερευνητικών υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Οι δημοφιλείς πλατφόρμες MKΔ, όπως το Facebook, προσφέρουν τη δυνατότητα πρόσληψης συμμετεχόντων (με συγκεκριμένα προφίλ) απευθείας μέσω της επιλεγμένης διαδικτυακής πλατφόρμας μέσω διαφημίσεων που δημοσιεύουν οι ιστότοποι στις σελίδες χρηστών που ταιριάζουν με το επιθυμητό δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το Facebook έχει αποδείξει τη χρησιμότητα ως μια αποτελεσματική ως προς το κόστος μέθοδος προσλήψεων για να προσεγγίσει τους νέους ενήλικες, καθώς και τους δύσκολα προσεγγίσιμους πληθυσμούς με σπάνιες συνθήκες υγείας³³. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που προσλαμβάνονται για παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας μέσω των ιστοτόπων MKΔ μπορούν να συμμετέχουν με επιτυχία στην πρόσληψη άλλων συμμετεχόντων³⁴. Παρά τους προφανείς προβληματισμούς, οι ερευνητές έχουν κατορθώσει να αναπτύξουν μεθόδους για την προστασία της εμπιστευτικότητας σε πλατφόρμες MKΔ που είναι σύμφωνες με τις κατευθυντήριες γραμμές της Ανεξάρτητης Επιτροπής Διαδικασιών και Δεοντολογίας (ΑΕΔΔ).

Με τη σειρά τους, οι ιστότοποι όπως το Facebook και το Google+ παρέχουν εξελιγμένες αλλά φιλικές προς το χρήστη λειτουργίες (π.χ. δυνατότητα δημοσίευσης συνδέσμων, εικόνων, βίντεο και εγγράφων, δημιουργία εκδηλώσεων, διεξαγωγή ερευνών, κρατήσεις ομάδων σε πραγματικό χρόνο κ.λπ.) και να αναπτύξουν σύνθετες παρεμβάσεις σε πλατφόρμες με τους οποίους οι συμμετέχοντες είναι ήδη ευπρόσδεκτοι. Για παράδειγμα, δύο πρόσφατες μελέτες που υπογράμμισαν την απώλεια βάρους³⁵ και την προώθηση της σωματικής δραστηριότητας³⁶ κατέδειξαν τη σκοπιμότητα της παράδοσης μιας παρέμβασης με βάση το Facebook με παράλληλες στρατηγικές αλληλαγής συμπεριφοράς, αν και δεν ήταν σαφές εάν το Facebook έκανε μια αυξητική συμβολή στα θετικά αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν και στις δύο παρεμβάσεις.

Στο Penn State College of Medicine χρη-

σιμοποιήθηκαν οι ομάδες Facebook για να αναπτυχθεί μια παρέμβαση για τον περιορισμό του στρες για τους πρωτοετείς φοιτητές ιατρικής³⁷ και επί του παρόντος αξιολογείται μια παρέμβαση για την ενθάρρυνση βελτιωμένης-σωστής διατροφής και της αυξημένης άσκησης στους συμμετέχοντες της κοινότητας, καθώς και ένα πρόγραμμα-project στο οποίο οι τριτοετείς φοιτητές ιατρικής χρησιμοποιούν ένα Φόρουμ στο Facebook για να μοιραστούν τις εμπειρίες τους στο μοντέλο «Ιατρικοί Χώροι με Επίκεντρο τον Ασθενή» κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης τους. Για τέτοιες παρεμβάσεις, το γεγονός ότι ένας ιστότοπος MKΔ όπως το Facebook είναι δωρεάν, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα να παραμείνει το έργο/κοινότητα μετά και τη λήξη της επιχορήγησης.

Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να προσδιοριστεί το πώς οι διαφορές στο εύρος των χώρων πρόσληψης και οι ρυθμίσεις ασφαλείας μπορούν να επηρεάσουν την πρόσληψη των συμμετεχόντων στις παρεμβάσεις υγείας που βασίζονται στο κοινωνικό δίκτυο. Η επίτευξη μεγαλύτερης συνεργασίας μεταξύ των υπεύθυνων για την ανάπτυξη ιστοσελίδων και των ερευνητών στον τομέα της υγείας θα απαιτήσει πιθανότατα περισσότερες ευκαιρίες και κίνητρα για την ανάπτυξη συνεργειών και ερευνών στον τομέα της υγείας. Διάφοροι οργανισμοί χρηματοδότησης μπορούν να υποστηρίξουν ερευνητικά έργα που απαιτούν συμμετοχή από τους υπεύθυνους ανάπτυξης ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης και την ερευνητική κοινότητα για να προωθήσουν την ποιότητα και τη δυνατότητα διάδοσης των πλατφορμών κοινωνικής δικτύωσης διαθέσιμων για έρευνα.

Υπάρχουν επίσης πολλά αναπάντητα ερωτήματα σχετικά με τον τρόπο βελτιστοποίησης της δημιουργίας κοινωνικών δικτύων για την ενίσχυση της υγείας των ασθενών και της κοινότητας. Για παράδειγμα, ορισμένα στοιχεία υποδεικνύουν ότι τα διαδικτυακά κοινωνικά δίκτυα μπορούν να ασκήσουν μεγαλύτερη επίδραση στις συμπεριφορές της υγείας όταν οι συμμετέχοντες γνωρίζουν ο ένας τον άλλο και όταν υπάρχει επαρκής αριθμός ατόμων που δημοσιεύουν σε ιστότοπους MKΔ για να ενθαρρύνουν την εμπλοκή άλλων^{38,39}.

Ωστόσο, είναι ασαφές ποιος βαθμός φιλικότητας ή ποιο μέγεθος δικτύου είναι απαραίτητο για τη βελτιστοποίηση των αλληλεπιδράσεων με βάση τα MKΔ για την προαγωγή της υγείας. Επιπλέον, υπάρχουν

διάφορες στρατηγικές για την αλληλαγία των πρακτικών υγείας σε διαδικτυακά δίκτυα, όπως η σύνδεση ασθενών με ειδικούς στον τομέα της υγείας ή ομάδες που μπορούν να προωθήσουν τη θετική αλληλαγία συμπεριφοράς και στοχεύουν σε ηγέτες του γενικού πληθυσμού σε δίκτυα που ενδέχεται να επηρεάσουν άλλα μέλη του δικτύου³¹.

Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αλληλεπιδρούν οι διαφορετικές στρατηγικές δικτύωσης με διάφορους πληθυσμούς, υγεία ή/και ιατρικά περιβάλλοντα καθώς και οι συμπεριφορές για την υγεία είναι σημαντικοί τομείς για περαιτέρω έρευνα.

Συμπεράσματα

Στις αρχές του 21ου αιώνα, η ισχυρή σύνδεση που επιτυγχάνουν τα σύγχρονα ψηφιακά εργαλεία έχει οδηγήσει σε αξιοσημείωτα ανθρώπινα επιτεύγματα σε ολόκληρο τον κόσμο, από ανατροπή αυτοκρατορικών καθεστώτων μέσω δημόσιων εξεγέρσεων που συντονίζονται στο Facebook και το Twitter μέχρι τη συλλογική λύση πολύπλοκων μαθηματικών προβλημάτων σε wikis. Η ενδυνάμωση των χρηστών για δημόσιες κοινοποιήσεις, ταχείας ευρετηρίασης και αναζήτησης στο παγκόσμιο ακροατήριο έχει σοβαρές συνέπειες για την ατομική προστασία του ιδιωτικού απορρήτου και οι κίνδυνοι που αυτές οι τεχνολογίες δημιουργούν στους επαγγελματίες υγείας, είναι τεράστιες. Ωστόσο, η εξελισσόμενη φύση των λειτουργιών των MKΔ και της προστασίας της ιδιωτικής ζωής σε συνδυασμό με το μεταβαλλόμενο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες απαιτούν από τους επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου να εξετάσουν με σθένος πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα ισχυρά εργαλεία της εποχής μας για την ανάπτυξη και προώθηση της ατομικής και δημόσιας υγείας.

Abstract

Health professionals have begun to use social media to benefit their patients, strengthen professional networks and promote understanding of individual and neglected factors affecting public health. However, discussing the dangers of these technologies in medicine has overwhelmed the consideration of the positive opportunities of these applications. This article summarizes the difficulties of social media-social media tools in medicine and explores how changes in functionality on sites like Facebook can make these technologies less dan-

gerous for health professionals.

Finally, it describes the most promising directions through which professionals can use the means of social care in medicine, improving communication with patients, enhancing professional development and contributing to public health research and services.

Key words: *social media, social media, technology, patient-doctor relationship, communication, public health.*

Βιβλιογραφία

- Bosslet G, Torke A, Hickman S, Terry C, Helft P. The Patient-Doctor Relationship and Online Social Networks: Results of a National Survey. *J Gen Intern Med.* 2011;1-7.
- Modahl, M.; Tompsett, L.; Moorhead, T. Doctors, Patients & Social Media. 2011. Available at: <http://www.quantiamd.com/q-qcp/DoctorsPatientSocialMedia.pdf>
- George DR, Green M, Navarro A, Stazyk K, Clark M. Social media in medicine re-examined: Results from a national survey on medical students' use of Facebook and other networking technologies. *Am J Bioethics.* In press.
- Fox S, Jones S. The Social Life of Health Information. Pew Internet & American Life Project. 2009
- Fox S, Purcell K. Chronic Disease and the Internet. Pew Internet and American Life Project. 2009
- Shrank WH, Choudhry NK, Swanton K, et al. Variations in Structure and Content of Online Social Networks for Patients With Diabetes. *Arch Intern Med.* 2011; 171:1589-1591.
- Chretien KC, Greysen SR, Chretien JP, Kind T. Online Posting of Unprofessional Content by Medical Students. *JAMA.* 2009; 302:1309-1315.
- Atherton H, Majeed A. Social networking and health. *Lancet.* 2011; 377:2083.
- Thaker SI, Nowacki AS, Mehta NB, Edwards AR. How U.S. Hospitals Use Social Media. *Ann of Intern Med.* 2011; 154:707-708.
- Merchant RM, Elmer S, Lurie N. Integrating Social Media into Emergency Preparedness Efforts. *NEJM.* 2011; 365:289-291.
- George DR, Green MJ. Beyond Good and Evil: Exploring Medical Trainee Use of Social Media. *Teach Learn Med;* 24(2):155-157.
- George DR. Making 'Social' Safer: Are Facebook and Other Online Networks Becoming Less Hazardous for Health Professionals? *J Clin Ethics.* 2012; 23:348-352
- Barnes KA, Kroening-Roche JC, Comfort BW. 2012. The Developing Vision of Primary Care. *NEngl J Med.* 2012; 367:891-893.
- Thompson L, Dawson K, Ferdig R, et al. The Intersection of Online Social Networking with Medical Professionalism. *J Gen Intern Med.* 2008; 23:954-957.
- Farnan JM, Paro JAM, Higa JT, et al. Commentary: The Relationship Status of Digital Media and Professionalism: It's Complicated. *Acad Med.* 2009; 84:1479-1481.
- Lagu T, Kaufman E, Asch D, Armstrong K. Content of Weblogs Written by Health Professionals. *J Gen Intern Med.* 2008; 23:1642-1646.
- Greysen S, Kind T, Chretien K. Online Professionalism and the Mirror of Social Media. *J Gen Intern Med.* 2010; 25:1227-1229.
- Jain SH. Practicing medicine in the age of Facebook. *NEJM.* 2009; 361:649-651.
- Moubarak G, Guiot AI, Benhamou Y, Benhamou A, Hariri S. Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor-patient relationship. *J Med Ethics.* 2011; 37(2):101-104.
- Shore R, Halsey J, Shah K, et al. Report of the AMA Council on Ethical and Judicial Affairs: Professionalism in the Use of Social Media. *J Clin Ethics.* 2011; 22(2):165-172.
- Lamas, D. Friend Request. *NY Times.* Mar 11. 2010 Available at: http://www.nytimes.com/2010/03/14/magazine/14lives-t.html?_r=0
- Fine, A. Igniting social change and the connected age. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.
- National Committee for Quality Assurance. Patient Centered Medical Home Standards Workshop. 2011. Available at: http://www.ncqa.org/Portals/0/Programs/Recognition/RPtraining/PCMH%202011%20standards%204-6%20%20workshop_2.3.12.pdf
- Nocon RS, Sharma R, Birnberg JM, Ngo-Metzger Q, Lee SM, Chin MH. Association between patient-centered medical home rating and operating cost at federally funded health centers. *JAMA.* 2012; 308(1):60-66.
- Lewis M. Getting patients to 'Like' your practice. *Medical Economics.* 2010 3:22-30.
- Department of Health & Human Services. Principles of Community Engagement. 2011. NIH Publication No. 11-7782
- George DR. Friending Facebook?: A mini-course explores what the "Social Media" era means for the health professions. *J Contin Educ Health Prof.* 2011; 31(3):216-220.
- Chretien K, Farnan J, Greysen S, Kind T. To Friend or Not to Friend? Social Networking and Faculty Perceptions of Online Professionalism. *Acad Med.* 2011; 86(12):1545-1550.
- Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *NEJM.* 2007; 357(4):370-379.
- Christakis, NA.; Fowler, JH. Connected: The Surprising Power of Our Social Networks and How They Shape Our Lives. New York: Little Brown; 2009.
- Valente TW. Network Interventions. *Science.* 2012; 337(6090):49-53.
- Donate Life For America, Facebook Post. May 4. 2012 Available at: http://m.facebook.com/story.php_story_fbid=10151623291505371&id=132791080370&ft_fbid=240390469409935
- Ramo DE, Prochaska JJ. Broad reach and targeted recruitment using Facebook for an online survey of young adult substance use. *J Med Internet Res.* 2012; 14(1):28.
- Bull SS, Levine DK, Black SR, Schmiede SJ, Santelli J. Social media-delivered sexual health intervention: A cluster randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2012; 43(5):467-474.
- Napolitano MA, Hayes S, Bennett GG, Ives A, Foster GD. Using Facebook and text messaging to deliver a weight loss program to college students. *Obesity.* 2012;23:25-31.
- Cavallo DN, Tate DF, Ries AV, Brown JD, DeVellis RF, Ammerman AS. A social media-based physical activity intervention: A randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2012; 43(5):527-532.
- George DR, Dellasega C, Whitehead M, Bordon A. A Facebook stress management group for firstyear medical students. *Comput Human Behav.* 2013; 29:559-562.
- Cobb NK, Graham AL. Health behavior interventions in the age of Facebook. *Am J Prev Med.* 2012; 43(5):571-572.
- Resnick PJ, Janney AW, Buis LR, Richardson CR. 25. Adding an online community to an internet mediated walking program. Part 2: strategies for encouraging community participation. *J Med Internet Res.* 2010; 12(4):72.