

Οι μεταναστευτικές-προσφυγικές ροές από τη Μέση –κυρίως- Ανατολή ξεπέρασαν το 2015 κάθε προηγούμενο. Το ΚΕΕΛΠΝΟ, με συντονισμένες δράσεις, φροντίζει για τη θωράκιση της Δημόσιας Υγείας αλλά και για την περίθαλψη των ανθρώπων αυτών.

Σελ. 2, 14, 16

«Το Εθνικό Πρόγραμμα Ασφάλειας στο νερό» ξεκίνησε επίσημα το καλοκαίρι που μας πέρασε υπό την αιγίδα του ΥΥ, και με την υποστήριξη του ΚΕΕΛΠΝΟ, της ΕΣΔΥ αλλά και σημαντικών διεθνών Φορέων

Σελ. 20

Ο Καθηγητής Χρήστος Λιονής γράφει ένα σύντομο και περιεκτικότατο άρθρο για τους Μύθους & Αλήθειες σχετικά με την υγεία στη μεταναστευτική κρίση

Σελ. 21



Περιεχόμενα

Κυρίως θέμα: Μετανάστες και δημόσια υγεία: έλεγχος διαλογής πρώτης υποδοχής 2

Δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης 9

Δραστηριότητες- δράσεις 12

Νέα από τη διεθνή βιβλιογραφία 18

Μύθοι και αλήθειες 20

Επερχόμενα συνέδρια 22

Επιδημίες στον κόσμο 23

Το αίνιγμα του μήνα 24

Μετανάστες & Δημόσια Υγεία

Η διαχείριση του μεταναστευτικού/προσφυγικού ζητήματος και η προστασία της Δημόσιας Υγείας έχει τοποθετηθεί ως ύψιστη προτεραιότητα. Το ΚΕΕΛΠΝΟ, σε αгаσστή συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, έχει προβεί σε μία σειρά παρεμβάσεων σχετικά με τη διαχείριση του αυξημένου μεταναστευτικού/προσφυγικού ρεύματος. Οι συνολικές μεταναστευτικές ροές προς τη χώρα μας το 2015 ξεπερνούν κάθε προηγούμενο και το μεγαλύτερο βάρος της διαχείρισης του προβλήματος παρουσιάζεται στα νησιά του Αιγαίου.

Βασική προτεραιότητά μας αποτέλεσε η εκπόνηση ενός σχεδίου αντιμετώπισης της υγειονομικής και ψυχοκοινωνικής περίθαλψης των μεταναστών/προσφύγων και η συνεννόηση με τις αρμόδιες αρχές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ώστε να χρηματοδοτηθεί. Επιπλέον, κλιμάκια του ΚΕΕΛΠΝΟ επισκέφθηκαν όλους τους χώρους Πρώτης Υποδοχής ανά την Ελλάδα, ώστε να ελέγξουν τις συνθήκες υγιεινής και να ενημερωθούν για ζητήματα που άπτονται της δημόσιας υγείας. Ακόμη, έχει διατεθεί ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του ΚΕΕΛΠΝΟ σε καθημερινή

βάση στα Προαναχωρησιακά Κέντρα Κράτησης Αλλοδαπών στην Π.Ράλλη και στην Αμυγδαλέζα, όπως και στο Ανοιχτό Κέντρο Φιλοξενίας Προσφύγων στον Ελαιώνα. Τέλος, κινητές μονάδες του ΚΕΕΛΠΝΟ έχουν μεταφερθεί σε Μυτιλήνη και Κω, όπως και σε χώρους της Αττικής (Πεδίον του Άρεως, Κλειστό Γυμναστήριο Γαλατσίου και Φαλήρου κλπ.), όπου προσφέρονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στους νοσούντες μετανάστες/προσφυγές.

Στόχο του ΚΕΕΛΠΝΟ αποτελεί η έγκαιρη διάγνωση ενδεχόμενων λοιμωδών νοσημάτων και η διόρθωση οποιωνδήποτε ατελειών των δομών φιλοξενίας των μεταναστών, ώστε να εξασφαλιστούν οι συνθήκες υγιεινής για τους μετανάστες/πρόσφυγες, τους ένστολους και τους λοιπούς εμπλεκόμενους σε συνδυασμό με τις κατάλληλες συνθήκες ασφάλειας για τους πολίτες.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του ΚΕΕΛΠΝΟ,
Αθανάσιος Γιαννόπουλος, Καθηγητής
Χειρουργικής

Μετανάστες και δημόσια υγεία: έλεγχος διαλογής πρώτης υποδοχής

Τους τελευταίους μήνες, η Ελλάδα, μεταξύ μερικών ακόμα ευρωπαϊκών χωρών, δέχεται εξαιρετικά μεγάλα κύματα εισροής μεταναστών και προσφύγων. Η Συρία, το Αφγανιστάν και το Ιράκ καταγράφονται ως οι τρεις πρώτες χώρες προέλευσης, με βάση τον αριθμό των αφικνούμενων, ενώ σταθερή ροή εισερχομένων παρατηρείται από το Πακιστάν και το Μπαγκλαντές (ΚΕΕΛΠΝΟ, αδημοσίευτα στοιχεία). Οι περιοχές αυτές χαρακτηρίζονται από επιδημιολογικό προφίλ λοιμωδών νόσων με σημαντικές αποκλίσεις από αυτό των ευρωπαϊκών χωρών. Η γνώση αυτή έχει βαρύνουσα σημασία τόσο για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση κλινικών συνδρόμων σε μετανάστες και πρόσφυγες όσο και για την πρόληψη της διασποράς μεταδοτικών νόσων στον πληθυσμό των μεταναστών / προσφύγων, καθώς και στο υγειονομικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό που τους εξυπηρετεί, αλλά και στην κοινότητα που τους φιλοξενεί στη χώρα υποδοχής.

Ο πολύ μεγάλος αριθμός των εισερχομένων μεταναστών / προσφύγων καθιστά επιτακτική την οργάνωση των στρατηγικών διαλογής με τρόπο ταχύ, αποτελεσματικό, αλλά παράλληλα εφικτό και βιώσιμο από την άποψη της χρήσης υγειονομικών πόρων. Στην υλοποίηση των στρατηγικών αυτών πρέπει να συνυπολογιστούν και ειδικές παράμετροι που μπορεί να υπεισέρχονται:

- Η χώρα προέλευσης σημειώνεται κατά δήλωση των εισερχομένων, χωρίς δυνατότητα εξακρίβωσης σε πολλές περιπτώσεις.
- Ο κίνδυνος προηγούμενης έκθεσης των εισερχομένων στα νοσήματα τα οποία ενδημούν στις χώρες προέλευσής τους εξαρτάται από τις περιοχές και τις συνθήκες διαβίωσής τους στις χώρες αυτές και μπορεί να παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ προερχομένων από την ίδια χώρα.
- Για χώρες με ασταθές εσωτερικό περιβάλλον, π.χ. λόγω πολεμικών και άλλων συρράξεων, τα επιδημιολογικά δεδομένα μπορεί να παρουσιάσουν ταχεία και σημαντική απόκλιση από το

προηγούμενως γνωστό επιδημιολογικό προφίλ της χώρας.

- Πέρα από τη χώρα και συγκεκριμένη περιοχή προέλευσης, ο κίνδυνος νόσησης των εισερχομένων συναρτάται με τις συνθήκες υγιεινής κατά το ταξίδι τους και μετά την άφιξή τους στη χώρα υποδοχής, πχ για νοσήματα, όπως βακτηριακές και παρασιτικές διάρροιες ή φυματίωση. Παράγοντες, όπως στενός συγχρωτισμός ή ανεπαρκής πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγιεινής, αυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης. Μεγαλύτερος εκτιμάται ο κίνδυνος ευρείας διασποράς των υδατογενώς και τροφιμογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, που παρουσιάζουν και κοπρανοστοματική μετάδοση, όπως οι βακτηριακές και παρασιτικές διάρροιες. Η έμφαση στις συνθήκες και εγκαταστάσεις υγιεινής είναι σημαντική και για την πρόληψη της εισαγωγής στον τοπικό πληθυσμό νοσημάτων για τα οποία δεν υπάρχει συλλογική ανοσία. Παράδειγμα αποτελεί ο τυφοειδής πυρετός, για τον οποίο δεν εφαρμόζεται μαζικός εμβολιασμός στις ευρωπαϊκές χώρες, σε αντιδιαστολή με την ηπατίτιδα Α, για την οποία υπάρχει στην Ελλάδα συλλογική ανοσία σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού (μέσω εμβολιασμού για τα παιδιά και τους νέους ενήλικες, και μέσω φυσικής νόσησης στους ηλικιωμένους).
- Μεταδοτικά νοσήματα με κίνδυνο εξάπλωσης στον πληθυσμό, όπως η ελονοσία από *Plasmodium vivax*, χαρακτηρίζονται από μακρούς χρόνους επώασης και επιπλέον απαιτούν ειδικό εργαστηριακό έλεγχο για τη διάγνωσή τους.
- Νοσήματα, όπως η ηπατίτιδα Β, μπορεί να μεταδίδονται από ασυμπτωματικό χρόνιο φορέα, ενώ για τη διάγνωση χρειάζεται αιματολογικός εργαστηριακός έλεγχος. Για τον Αφγανικό πληθυσμό, συγκεκριμένα, σημαντικό ποσοστό της χρόνιας ηπατίτιδας Β σχετίζεται με πρωτολοίμωξη κατά τη γέννηση (μετάδοση στο νεογνό από μητέρα-φορέα) ή την πρώτη παιδική ηλικία, οπότε και παρατηρούνται και τα υψηλότερα ποσοστά μετάπτωσης σε χρονιότητα, σε σύγκριση με τη μετάδοση στην ενήλικη ζωή μέσω σεξουαλικής

επαφής, ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών ή παραγόντων αίματος.

- Η υπάρχουσα εμπειρία για τον έλεγχο των εισαγόμενων μεταδοτικών νοσημάτων αφορά κατά βάση σε εισερχόμενους πληθυσμούς που προτίθενται να παραμείνουν στη χώρα υποδοχής για ικανό διάστημα, ιδανικά με ενσωμάτωση στην τοπική κοινωνία. Σε αντιδιαστολή, η παρούσα κατάσταση χαρακτηρίζεται από ταχεία και μαζική διέλευση μεταναστών και προσφύγων, οι οποίοι κατά κανόνα διαμένουν σε περιορισμένους χώρους σε συνθήκες υψηλού συγχρωτισμού και ομοίως υψηλών ρυθμών διακίνησης και εναλλαγής επάλληλων κυμάτων εισερχομένων. Οι συνθήκες αυτές δεν επιτρέπουν ούτε ενδελεχή υγειονομικό έλεγχο ούτε συνέχεια των παρεχομένων υπηρεσιών διαλογής, διερεύνησης και φροντίδας. Για παράδειγμα, η διενέργεια της δερμοαντίδρασης Mantoux απαιτεί επαναξιολόγηση σε 48 ώρες, χρόνο κατά τον οποίο μεγάλο μέρος των εισερχομένων μεταναστών έχει ήδη μετακινηθεί. Ομοίως, η διάγνωση και θεραπεία μεταδοτικών νόσων που διαδράμουν χρονίως, καθίσταται προβληματική ή αδύνατη υπό τις τρέχουσες συνθήκες.
- Τέλος, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC), εν παραλλήλω με το όποιο πρόγραμμα διαλογής για λοιμώδη νοσήματα, υπογραμμίζει τη σημασία της εξασφάλισης ικανοποιητικών συνθηκών υγιεινής στα καταλύματα των νεοεισερχομένων πληθυσμών και της πρόληψης του συνωστισμού, ώστε να αποφευχθεί η εξάπλωση νοσημάτων, όπως η ψώρα, οι ρικετσιώσεις και τα νοσήματα που μεταδίδονται με σταγονίδια ή αερογενώς.

Για την περίπτωση των εισερχομένων μεταναστών οι οποίοι προβλέπεται να διαμείνουν για ικανό διάστημα σε μια περιοχή, υφίστανται αποκλίνουσες οδηγίες διαλογής στα διάφορα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και λοιπά κράτη του λεγόμενου Δυτικού Κόσμου.

Οι εναλλακτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται από τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με πρόσφατη (Οκτώβριος 2015) καταγραφή του ECDC, περιλαμβάνουν:

1. Διαλογή για λοιμώδη νοσήματα: Οι περισσότερες χώρες επικεντρώνονται στην ανίχνευση της ενεργούς πνευμονικής φυματίωσης είτε κατά το χρόνο άφιξης των εισερχομένων είτε σε δεύτερο χρόνο στους χώρους φιλοξενίας τους. Μερικές χώρες προβλέπουν πρόσθετο έλεγχο για ιογενείς ηπατίτιδες Β και C, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, νοσήματα προλαμβανόμενα με εμβολιασμό, χολέρα, ελονοσία και άλλα παρασιτικά νοσήματα.
2. Επιδημιολογική επιτήρηση συνδρόμων, όπως αναπνευστικών λοιμώξεων, γαστρεντερίτιδας, εμπύρετου εξανθήματος, εμπύρετης λεμφαδενοπάθειας, οξέος ικτέρου, παρασιτικής δερματοπάθειας και αιφνίδιου θανάτου. Το ECDC βρίσκεται σε διαδικασία διαμόρφωσης πρωτοκόλλων για την επιτήρηση συνδρόμων σε νεοεισερχομένους πληθυσμούς.
3. Μαζικό εμβολιασμό, π.χ. με MMR (ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα), κατά προτεραιότητα σε παιδιά και εφήβους ως 15 ετών και με εμβόλιο πολιομυελίτιδας, σε πληθυσμούς με προέλευση χώρες με συνεχιζόμενη δραστηριότητα της νόσου, όπως το Αφγανιστάν, το Πακιστάν, η Νιγηρία και η Σομαλία.

Θεσμοθετημένες νομικά οδηγίες υπάρχουν στην Ελλάδα για τους μετανάστες οι οποίοι αιτούνται άδεια παραμονής. Σε γενικές γραμμές, για τη βέλτιστη διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας από τα μεταδοτικά νοσήματα, θα ήταν επιθυμητός ο κάτωθι έλεγχος κατά την είσοδο στη χώρα σε μετανάστες/ πρόσφυγες που αιτούνται νομιμοποιητικά έγγραφα, εφόσον διατίθενται οι απαραίτητοι υγειονομικοί πόροι (βλέπε και σύνοψη στον Πίνακα 1):

1. Κλινική εξέταση
2. Ακτινογραφία θώρακος. Επί ύποπτης ακτινογραφίας, ακολουθεί εξέταση πτυέλων για μυκοβακτηρίδια και προσδιορισμός της ανοσοαντίδρασης στη δοκιμασία φυματινής δέρματος (Mantoux) ή δοκιμασία γ-ιντερφερόνης. Το ιστορικό εμβολιασμού με το εμβόλιο BCG (Bacille-Calmette-Guerin) δεν αλλάζει τις απαιτήσεις ελέγχου ή τις απαιτούμενες ενέργειες που βασίζονται στα αποτελέσματα της δερματικής δοκιμασίας φυματινής. Ο Πίνακας

- 2 παρουσιάζει έναν προτεινόμενο αλγόριθμο για τη διάγνωση της φυματίωσης.
3. Έλεγχος για ελονοσία με ταχεία δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνου ή παχεία και λεπτή σταγόνα κατά Laveran. Όλα τα κρούσματα ελονοσίας θα πρέπει να λαμβάνουν επαρκή θεραπευτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένης και της θεραπείας εκκρίζωσης λανθανόντων πλασμοδίων (πριμακίνη).
 4. Παρασιτολογικές εξετάσεις (μικροσκοπική εξέταση κοπράνων) και καλλιέργεια κοπράνων για διερεύνηση γαστρεντερικών λοιμώξεων από παράσιτα και βακτήρια. Η καλλιέργεια κοπράνων διενεργείται με κύριο σκοπό την ανίχνευση πιθανής λοίμωξης από βακτήρια, όπως η *Salmonella typhi* και *Salmonella paratyphi*, που μπορούν να εγκαταστήσουν ασυμπτωματική φορία με διασπορά στο περιβάλλον, ειδικά σε συνθήκες υγειονομικών ελλείψεων και συγχρωτισμού. Στη μικροσκοπική εξέταση κοπράνων αναζητώνται παράσιτα, όπως τα *Ascaris lumbricoides* (ασκαρίδες) και *Trichuris trichuria* (οξύουροι). Σε περίπτωση που υπάρχουν θετικά αποτελέσματα, πρέπει να δίνεται άμεσα κατάλληλη θεραπεία.
 5. Έλεγχος για αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα: ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C και HIV. Όλες οι εξετάσεις πρέπει να γίνονται εν γνώσει και με ενημερωμένη συναίνεση του ατόμου ή του νόμιμου κηδεμόνα τους. Η συζήτηση για τις σχετικές εξετάσεις και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων πρέπει να πραγματοποιείται με απόλυτο σεβασμό για το άτομο όσον αφορά το απόρρητο. Ο ιατρός θα πρέπει να αναφέρει ρητά τις υποχρεώσεις του για την προστασία του απορρήτου, αλλά και την υποχρέωσή του να κοινοποιεί τη διάγνωση στις αρμόδιες αρχές. Από το ECDC τονίζεται, ωστόσο, ότι **κάθε πρόγραμμα διαλογής για λοιμώδη νοσήματα πρέπει να συνδέεται με ένα δομημένο σύστημα παραπομπών για οριστική διάγνωση και θεραπεία**. Επομένως, οι ειδικές εξετάσεις, πχ αιματολογικός εργαστηριακός έλεγχος, είναι σκόπιμο να γίνονται, όταν η ύπαρξη και χωρητικότητα των υποδομών επιτρέπει τη διενέργεια εξειδικευμένων εργαστηριακών εξετάσεων σε μαζική κλίμακα και την παραπομπή για κατάλληλη θεραπεία.
 6. Όπου κρίνεται απαραίτητο, με βάση τις κλινικές ενδείξεις, συνιστάται έλεγχος και για τα εξής σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: ορολογικός έλεγχος για σύφιλη, εξέταση για *Chlamydia trachomatis* και για *Neisseria gonorrhoeae*. Στην περίπτωση διάγνωσης κάποιου από τα ανωτέρω νοσήματα, θα πρέπει να λαμβάνεται άμεση μέριμνα για παραπομπή προς θεραπεία.
 7. Ανασκόπηση ιστορικού εμβολιασμών: Η αξιολόγηση της εμβολιαστικής κάλυψης γίνεται σύμφωνα με το Ελληνικό Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού. Εάν δεν υπάρχει αξιόπιστο ιστορικό εμβολιασμού, πρέπει να υποθέτουμε ότι ο αλλοδαπός δεν είναι εμβολιασμένος και θα πρέπει να εμβολιαστεί σύμφωνα με το Ελληνικό Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού. Εάν ο εμβολιασμός είναι ελλιπής, πρέπει να συνεχιστεί από το σημείο εκείνο έχει σταματήσει, μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των απαιτούμενων δόσεων ανά εμβόλιο (δε συνιστάται να ξαναρχίζει ο εμβολιασμός από την αρχή).
- Από νομικής πλευράς, ο Νόμος 3386 του 2005 («Για την είσοδο, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια») ορίζει ότι οι εισερχόμενοι μετανάστες οι οποίοι υποβάλλουν αίτηση για άδεια παραμονής, πρέπει να μην αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Ως ασθένειες που μπορούν να δικαιολογήσουν την άρνηση εισόδου ή δικαιώματος διαμονής ορίζονται οι εκάστοτε προβλεπόμενες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καθώς και άλλες λοιμώδεις, μεταδοτικές ή παρασιτικές ασθένειες οι οποίες επιβάλλουν τη λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας. Προβλέπεται, ωστόσο, ότι σε περίπτωση που διαπιστωθεί μετά την έκδοση της αρχικής άδειας διαμονής, ότι ο μετανάστης πάσχει από ασθένεια από την οποία προσβλήθηκε μετά την είσοδο του στη Χώρα, η ανανέωση της άδειας διαμονής του δε θα πρέπει να αναστέλλεται για το λόγο αυτό, ούτε θα πρέπει να ζητείται η απομάκρυνσή του από το έδαφος της Χώρας. Παράλληλα, το άρθρο 76 του ίδιου νόμου, προβλέπει τη διοικητική απέλαση αλλοδαπού,

αν η παρουσία του στο ελληνικό έδαφος είναι επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία και αυτός αρνείται να συμμορφωθεί προς τα μέτρα που καθορίζονται από τις αρμόδιες υγειονομικές αρχές, αφού του έχει παρασχεθεί η απαραίτητη πληροφόρηση.

Για τους εισερχομένους με σκοπό τη σύντομη διαμονή ή τη διέλευση από τη χώρα, όπου απαιτείται θεώρηση εισόδου (Visa), αυτή προβλέπεται να εκδίδεται, αφού ληφθούν υπόψη λόγοι που αφορούν στη δημόσια υγεία, είτε πρόκειται για θεώρηση βραχείας διαμονής (θεώρηση/ Visa «Σένγκεν») είτε για θεώρηση μακράς διαμονής (εθνική θεώρηση / Visa, άρθρο 6). Ακόμη κι αν ο εισερχόμενος διαθέτει έγκυρη θεώρηση εισόδου (Visa), η είσοδος στη χώρα μπορεί να μην του επιτραπεί, αν κριθεί ότι αυτός μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία (άρθρο 8).

Το 2011 θεσμοθετήθηκε ότι το πρόγραμμα ιατρικού ελέγχου, ψυχοκοινωνικής διάγνωσης και παραπομπής αλλοδαπών σε δομές υποστήριξης και φιλοξενίας καθορίζεται σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας (N 3907 / 2011, «Ίδρυση Υπηρεσίας Ασύλου και Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής, προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/ΕΚ «σχετικά με τους κοινούς κανόνες και διαδικασίες στα κράτη – μέλη για την επιστροφή των παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών»). Ο ίδιος νόμος προβλέπει ότι σε περίπτωση απόφασης για απομάκρυνση (επαναπροώθηση) μεταναστών, μπορεί να επιβληθεί απαγόρευση για επανείσοδό του στη χώρα για ως και πέντε χρόνια, σε περίπτωση που από την παρουσία του στην Ελλάδα προκύπτει κίνδυνος για τη δημόσια υγεία (άρθρο 26). Ο νόμος αυτός αναφέρεται τόσο σε πρόσφυγες όσο και σε λοιπούς εισερχομένους μετανάστες.

Οι διατάξεις του ως άνω νόμου εξειδικεύτηκαν το 2013 με την Υπουργική Απόφαση 92490 («Πρόγραμμα ιατρικού ελέγχου, ψυχοκοινωνικής διάγνωσης και υποστήριξης και παραπομπής των εισερχομένων χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα υπηκόων τρίτων χωρών σε δομές πρώτης υποδοχής», ΥΑ Υ1.Γ.Π.οικ. 92490 /4 Οκτ 2013). Προβλέπεται έλεγχος των εισερχομένων στο σημείο εισόδου από υγειονομικό κλιμάκιο, όσον αφορά τυχόν οξείες, αλλά και χρόνιες παθήσεις, και καταγραφή και ηλεκτρονική καταχώρηση του ιατρικού και εμβολιαστικού ιστορικού, εφόσον αυτό τεκμηριώνεται από έγκυρα πιστοποιητικά.

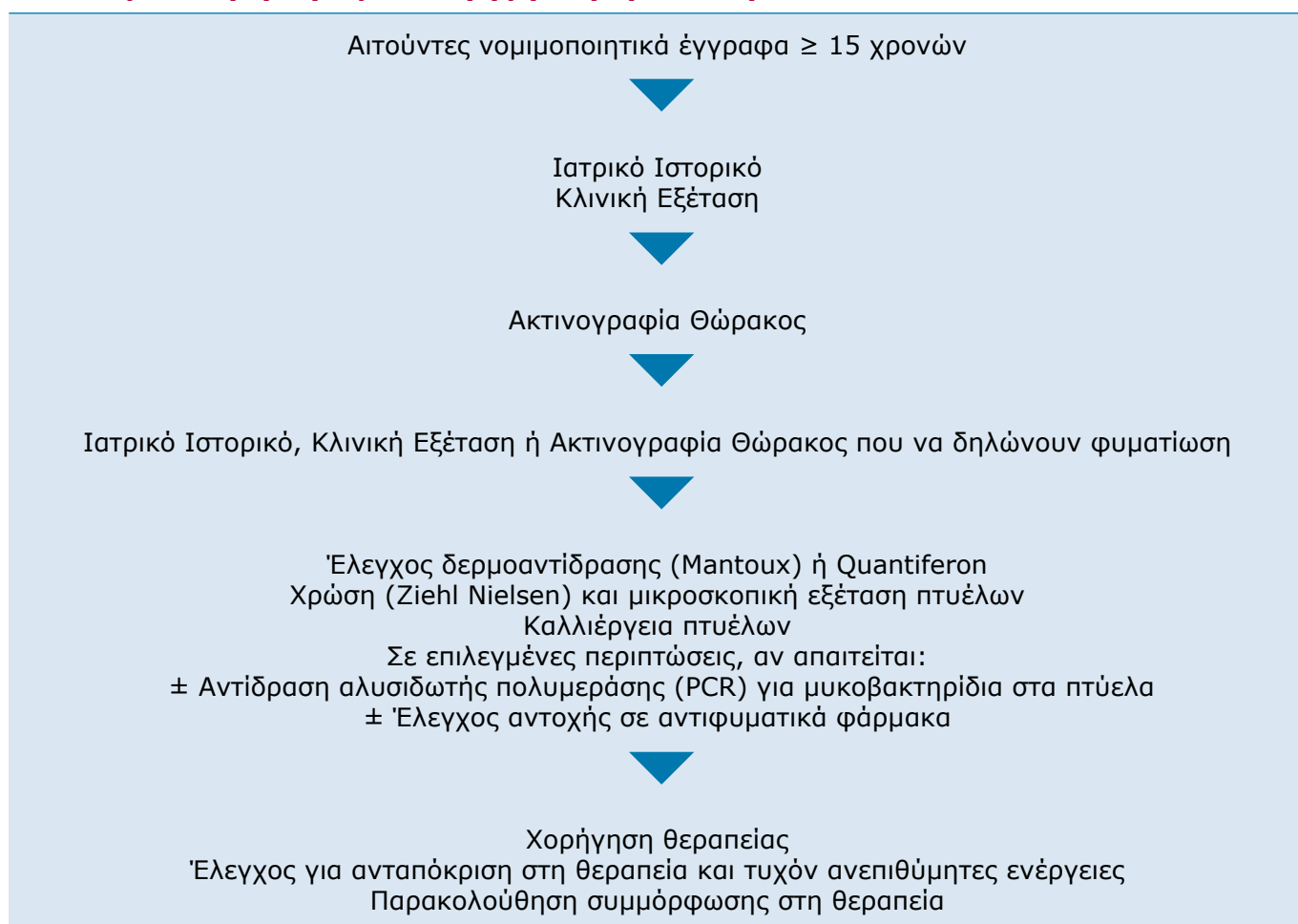
Ανάλογα με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και τα τυχόν συμπτώματα σε συνδυασμό με το ιστορικό και τη χώρα προέλευσης / διέλευσης, προβλέπεται παραπομπή σε δημόσια υγειονομική μονάδα για περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο και θεραπεία, ιδιαιτέρως όπου συντρέχουν λόγοι προστασίας της δημόσιας υγείας, π.χ. επί υποψίας μεταδοτικών νοσημάτων, όπως φυματίωσης, ελονοσίας, σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και λοιμώξεων του αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος (άρθρο 4).

Ειδικότερα, για τη διερεύνηση πιθανών κρουσμάτων φυματίωσης για τους μετανάστες που εισέρχονται σε Κέντρο Πρώτης Υποδοχής, προβλέπεται να συμπληρώνεται από ιατρό εντός 24 ωρών από την άφιξη ειδικό ερωτηματολόγιο (Βλέπε Πίνακα 3). Όσοι πληρούν τα κριτήρια του ερωτηματολογίου, πρέπει να παραπέμπονται σε δημόσια υγειονομική μονάδα για περαιτέρω ιατρικό έλεγχο (ακτινογραφία θώρακος, μικροβιολογική εξέταση πτυέλων κλπ.). Ασθενής με ύποπτη ή επιβεβαιωμένη ενεργό φυματίωση προβλέπεται να νοσηλεύεται σε κατάλληλη υγειονομική μονάδα, μέχρις ότου κριθεί από τους θεράποντες ιατρούς ότι μπορεί να λάβει εξιτήριο προς το χώρο φιλοξενίας του όπου πρέπει να ληφθεί μέριμνα για τη συνέχεια της θεραπείας του και την παρακολούθησή του, για το ενδεικνυόμενο χρονικό διάστημα. Ως την παραπομπή του σε υγειονομική μονάδα, ο ασθενής προβλέπεται να παραμένει σε χώρο μόνωσης μέσα στο κέντρο φιλοξενίας.

Για την περίπτωση κλινικής εικόνας συμβατής με ελονοσία σε άτομα τα οποία προέρχονται από ενδημικές για τη νόσο χώρες, συνιστάται να διενεργείται επί τόπου έλεγχος με ταχεία δοκιμασία (rapid test) σε δείγμα αίματος 5 – 50μL και άμεση παραπομπή για θεραπεία, όπου ενδείκνυται.

Πίνακας 1: Σύνοψη υγειονομικού ελέγχου σε μετανάστες που αιτούνται νομιμοποιητικά έγγραφα

I. Αξιολόγηση υγείας: Ιατρικό ιστορικό και γενική κλινική εξέταση
II. Έλεγχος για μεταδιδόμενα νοσήματα σημαντικά για τη δημόσια υγεία
1. Έλεγχος για Φυματίωση (δοκιμασία Mantoux, ακτινογραφία θώρακος)
2. Έλεγχος για ελονοσία (RDT, δοκιμασία παχείας και λεπτής σταγόνας κατά Laveran)
3. Έλεγχος για αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα: HIV, ηπατίτιδα B & ηπατίτιδα C
4. Παρασιτολογική εξέταση κοπράνων ($\pm$ ούρων για σχιστόσωμα) και καλλιέργεια κοπράνων
5. Έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (σύφιλη, Chlamydia trachomatis, Neisseriae gonorrhoeae)
III. Αξιολόγηση εμβολιαστικής κάλυψης σύμφωνα με το Ελληνικό Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολισμού και ολοκλήρωσή τους σε περίπτωση που υπάρχουν ελλείψεις (όπως διφθερίτιδα, τέτανος, πολιομυελίτιδα, ηπατίτιδα A και B, ιλαρά -παρωτίτιδα- ερυθρά/ MMR)

Πίνακας 2: Αλγόριθμος διαλογής για φυματίωση

Πίνακας 3: Ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση της φυματίωσης (για εφήβους άνω των 12 ετών και ενήλικες):

Ημερομηνία:.....

Ημερομηνία κράτησης:.....

Ονοματεπώνυμο ασθενούς:.....

Φύλο:.....

1. Έχετε βήχα; Ναι (2 βαθμοί) Όχι (0 βαθμοί)

2. Πρόσφατο ιστορικό αιμόπτυσης; Ναι (2 βαθμοί) Όχι (0 βαθμοί)

3. Έχετε χάσει περισσότερο από 2 κιλά τους τελευταίους 2 μήνες; Ναι (1 βαθμός) Όχι (0 βαθμοί)

4. Έχετε συχνά πυρετό τον τελευταίο μήνα; Ναι (1 βαθμός) Όχι (0 βαθμοί)

5. Έχετε ασυνήθιστες εφιδρώσεις, κυρίως το βράδυ; Ναι (1 βαθμός) Όχι (0 βαθμοί)

6. Διογκωμένοι λεμφαδένες Ναι (1 βαθμός) Όχι (0 βαθμοί)

Διάρκεια συμπτωμάτων:.....

Έχει χορηγηθεί αντι-TB θεραπεία τα τελευταία 5 χρόνια; Ναι Όχι

Πότε ; Έτος:..... Διάρκεια: Μήνες:.....

Φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν: INH, RIF, STR, EMB, PZM, άλλο

BMI kg/m²:.....Εντοπισμός ασθενών για παραπομπή σε νοσοκομείο (ύποπτοι για φυματίωση)Σκορ ≥ 5 από τα αναφερόμενα συμπτώματα + TB θεραπεία πριν 5 χρόνια + BMI < 20 +

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:.....

Βιβλιογραφία

1. Semenza JC et al: Expert Opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's southern and south-eastern borders. ECDC Scientific Advice, 1st Oct 2015. http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1377#sthash.yzOL5WR2.dpuf (τελευταία προσπέλαση 22/10/2015)
2. Osters G R. et al. Immigrant Populations: Global Health in our Backyard. Annals of Global Health, Volume 80 , Issue 6 , 429 - 431
3. Lee, Deborah, et al. «Disease surveillance among newly arriving refugees and immigrants—Electronic Disease Notification System, United States, 2009.» MMWR Surveill Summ 62.62 (2013): 1-20.
4. Fedele, Pasquale L., et al. «Immunochromatographic antigen testing alone is sufficient to identify asymptomatic refugees at risk of severe malaria presenting to a single health service in Victoria.» Pathology-Journal of the RCPA 46.6 (2014): 551-554.
5. Jazwa, Amelia, et al. «Cost-benefit comparison of two proposed overseas programs for reducing chronic Hepatitis B infection among refugees: Is screening essential?.» Vaccine 33.11 (2015): 1393-1399.
6. Richter, C., et al. "Screening for chronic hepatitis B and C in migrants from Afghanistan, Iran, Iraq, the former Soviet Republics, and Vietnam in the Arnhem region, The Netherlands." Epidemiology and infection 142.10 (2014): 2140-2146.
7. Pourhossein, Behzad, Amin Doosti Irani, and Ehsan Mostafavi. "Major Infectious Diseases Affecting the Afghan Immigrant Population of Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis." Epidemiology and Health 37 (2015): e2015002. PMC. Web. 28 Sept. 2015.
8. Alefiyah Rajabali. "Communicable disease among displaced Afghans: refuge without shelter" Nature Reviews Microbiology 7, 609-614 (August 2009) | doi:10.1038/nrmicro2176
9. Mark R. W. et al. Endemic Infectious Diseases of Afghanistan. Clin Infect Dis. (2002) 34 (Supplement 5): S171-S207
10. Taleb, ZB et al. "Syria: health in a country undergoing tragic transition" International Journal of Public Health (2015), Volume 60, Issue 1, pp 63-72
11. Beldjebel, I. "Infectious diseases in refugees coming from Syria and Iraq to Lebanon" International Journal of Infectious Diseases (2014), Volume 21, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.465>
12. Κωδικοποίηση Νομοθεσίας για την είσοδο, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια, στον ιστότοπο του Υπουργείου Εξωτερικών (τελευταία προσπέλαση 28/9/2015) http://www.mfa.gr/images/docs/ethnikes_theoriseis/kodikopioish_n3386_mexri%20kai%20n_3907_2011.pdf
13. International Health Regulations (2005) στο <http://www.who.int/ihr/en/> (τελευταία προσπέλαση 28/9/2015)

**Σοφία Χατζηαναστασίου, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Γραφείο
Ταξιδιωτικής Ιατρικής
Ανδριάννα Παυλή, Ιατρός Γενικής Ιατρικής, Γραφείο Ταξιδιωτικής
Ιατρικής,
Έλενα Μαλτέζου, Παιδίατρος, Λοιμωξιολόγος, Τμήμα Παρεμβάσεων
σε Χώρους Παροχής Υγείας**

Σεπτέμβριος 2015

Πίνακας 1. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) στο σύνολο της χώρας με ημερομηνία δήλωσης 01/09/2015 – 30/09/2015 και διάμεση τιμή δηλωθέντων κρουσμάτων Σεπτέμβριος 2004–2014 και εύρος τιμών.

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων			
	Σεπτέμβριος 2015	Διάμεση τιμή Σεπτέμβριος 2004–2014	Ελάχιστη τιμή Σεπτέμβριος 2004-2014	Μέγιστη τιμή Σεπτέμβριος 2004-2014
Αλλαντίαση	0	0	0	0
Ανεμευλογιά με επιπλοκές	0	0	0	2
Άνθρακας	0	0	0	1
Βρουκέλλωση	10	9	6	15
Διφθερίτιδα	0	0	0	0
Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	0	0	0	0
Ελονοσία (*)	16 (*)	3	2	33
Ερυθρά	0	0	0	0
Ευλογιά	0	0	0	0
Εχίνοκοκκίαση	3	2	0	5
Ηπατίτιδα Α	4	9	2	37
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	1	4	0	18
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	2	2	0	5
Ιλαρά	1	0	0	3
Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	0	0	0	1
Κοκκύτης	5	1	0	9
Λεγιονέλλωση	4	2	1	7
Λείσμανίαση	8	4	2	12
Λεπτοσπείρωση	4	2	1	6
Λιστερίωση	2	0	0	3
Λοίμωξη από εντεροαιμορραγικό κολοβακτηρίδιο (EHEC)	0	0	0	1
Λύσσα	0	0	0	0
Μελιοειδωση-Μάλη	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα				
Άσηπτη	9	24	11	64
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	5	11	8	28
αγνώστου αιτιολογίας	0	1	0	7
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	2	3	0	7
Πανώλη	0	0	0	0
Παρωτίτιδα	0	0	0	5
Πολιομυελίτιδα	0	0	0	0
Πυρετός Q	3	0	0	3
Σαλμονέλλωση (μη τυφο – παρατυφική)	68	65	45	241
Σιγκέλλωση	15	8	1	12
Σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS)	0	0	0	0
Συγγενής ερυθρά	0	0	0	0
Συγγενής σύφιλη	0	0	0	0
Συγγενής τοξοπλάσμωση	0	0	0	0
Συρροή κρουσμάτων τροφιμογενούς - υδατογενούς νοσήματος	0	3	0	17
Τέτανος / Τέτανος νεογνικός	0	1	0	3

Τουλαραιμία	0	0	0	0
Τριχίνωση	0	0	0	0
Τυφοειδής πυρετός / παράτυφος	0	1	0	4
Φυματίωση	26	48	29	80
Χολέρα	0	0	0	0

(*) Τα 16 κρούσματα ελονοσίας διακρίνονται σε 13 «εισαγόμενα» (imported) και 3 σε «δευτερογενή εισαγόμενα» με ενδείξεις εγχώριας μετάδοσης (introduced) σε αγροτικές περιοχές της χώρας.

Πίνακας 2. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) ανά περιφέρεια της χώρας με ημερομηνία δήλωσης 01/09/2015 – 30/09/2015 (Η περιφέρεια ορίζεται με βάση τη διεύθυνση κατοικίας του κρούσματος).

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων													
	Αν. Μακεδονίας και Θράκης	Κεντρικής Μακεδονίας	Δυτικής Μακεδονίας	Ηπείρου	Θεσσαλίας	Ιονίων Νήσων	Δυτικής Ελλάδας	Στερεάς Ελλάδας	Αττικής	Πελοποννήσου	(*) Βορείου Αιγαίου	(*) Νοτίου Αιγαίου	Κρήτης	Άγνωστο
Βρουκέλλωση	0	0	0	0	1	0	5	3	1	0	0	0	0	0
Ελονοσία	0	0	0	0	1	0	2	2	2	2	1	5	1	0
Εχينوκοκκίαση	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Α	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ιλαρά	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Κοκκύτης	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0
Λεγιονέλλωση	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Λεϊσμανίαση	1	1	0	0	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Λεπτοσπείρωση	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Λιστερίωση	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα														
Άσηπτη	0	0	0	0	2	0	5	0	1	0	0	0	1	0
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Πυρετός Q	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σαλμονέλλωση (μη τυφο – παρατυφική)	3	3	0	3	11	5	5	6	25	2	1	2	2	0
Σιγκέλλωση	3	0	0	0	1	0	0	0	11	0	0	0	0	0
Φυματίωση	2	5	0	2	5	0	3	1	7	1	0	0	0	0

(*) Οι συγκεκριμένες περιοχές αποτελούν πύλες εισόδου μεταναστών από ενδημικές χώρες. Στις περιοχές του Βόρειου και Νοτίου Αιγαίου είναι ενισχυμένη η επιτήρηση για την έγκαιρη διάγνωση κρουσμάτων ελονοσίας.

Πίνακας 3. Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων στο σύστημα Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΥΔΝ) ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, για το σύνολο της χώρας, με ημερομηνία δήλωσης 01/09/2015 – 30/09/2015 (Α: άνδρας, Γ: γυναίκα).

Νόσημα	Αριθμός δηλωθέντων κρουσμάτων ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο																			
	<1		1-4		5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65+		Άγν.	
	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ	A	Γ
Βρουκέλλωση	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1	2	0	0	1	0	0	2	0	0	0
Ελονοσία	0	0	0	0	0	0	10	0	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Εχινόκοκκίαση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
Ηπατίτιδα Α	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα Β, οξεία & HBsAg(+) σε βρέφη < 12 μηνών	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ηπατίτιδα C, οξεία & επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Ιλαρά	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Κοκκύτης	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Λεγιονέλλωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0
Λείσμανίαση	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0
Λεπτοσπείρωση	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0
Λιστερίωση	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα																				
Άσηπτη	1	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0
βακτηριακή (εκτός μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Πυρετός Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Σαλμονέλλωση (μη τυφο – παρατυφική)	4	4	9	6	11	7	0	3	0	0	3	1	0	1	1	3	7	6	1	1
Σιγκέλλωση	0	1	4	4	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Φυματίωση	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	3	0	2	1	10	3	0	0

Τα δελτία δήλωσης και οι ορισμοί κρούσματος των παραπάνω νοσημάτων βρίσκονται στην ιστοσελίδα του ΚΕΕΛΠΝΟ (www.keelpno.gr).

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα που παρουσιάζονται για τον Σεπτέμβριο 2015 είναι προσωρινά, μπορεί δηλαδή να υποστούν μικρές τροποποιήσεις και ότι η ερμηνεία τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς υπάρχουν ενδείξεις υποδήλωσης στο σύστημα. Το σύστημα ΥΔΝ βασίζεται στους γιατρούς που παρά το φόρτο εργασίας τους, αντιλαμβάνονται τη σημασία της συστηματικής δήλωσης των κρουσμάτων των λοιμωδών νοσημάτων και τους οποίους ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία τους.

Εκπαίδευση Εκπαιδευτών

Μετά από πρόσκληση του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης των Βρυξελλών, στο πλαίσιο του προγράμματος Equi Health, ο υπεύθυνος του Γραφείου Ψυχοκοινωνικής Στήριξης και Ψυχοθεραπευτικών Παρεμβάσεων, κος Π. Δαμάσκος, συμμετείχε ως εκπαιδευτής στο διήμερο σεμινάριο εκπαίδευσης εκπαιδευτών με θέμα «Μετανάστευση και Υγεία, Δημόσια Υγεία και Υγεία και Ασφάλεια σε χώρους εργασίας», που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Το σεμινάριο απευθύνθηκε σε επαγγελματίες στο χώρο υποδοχής και φροντίδας μεταναστών και έλαβε χώρα στις 7 – 8/9/2015. Θέματα στα οποία εστιάστηκε ο κ. Δαμάσκος ήταν ζητήματα διαπολιτισμικής επικοινωνίας στην εργασία επαγγελματιών υγείας με μετανάστες και θέματα διαπολιτισμικής μεσολάβησης.

***Γραφείο Ψυχοκοινωνικής Στήριξης και Ψυχοθεραπευτικών Παρεμβάσεων
του Τμήματος Παρεμβάσεων στην Κοινότητα***

**ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ**
από ΓΓΔΥ-Υπ. Υγείας,
ΚΕΕΛΠΝΟ, ΕΣΔΥ και
Οργανισμούς Κύρους

Στις 30.6.2015 ξεκίνησε το «Εθνικό Πρόγραμμα Ασφάλειας στο Νερό» από τη Γεν. Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας (ΓΓΔΥΥ). Το ΚΕΕΛΠΝΟ, η ΕΣΔΥ, το A Chance for Children Foundation, που ίδρυσε ο Σκηνοθέτης του Baywatch Greg Bonann, το International Swimming Hall of Fame, το Princess Charlene of Monaco Foundation, τα Διεθνή Βραβεία Giuseppe Sciacca, η ΕΟΥΔΑ, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, η ΠΕΝΕΛΦΑ και ο ΣΕΕΔΑ, στηρίζουν το πρόγραμμα ευαισθητοποίησης ατυχημάτων στο νερό -αθλητικής ναυαγοσωστικής για να προστατευτεί η Δημόσια Υγεία.

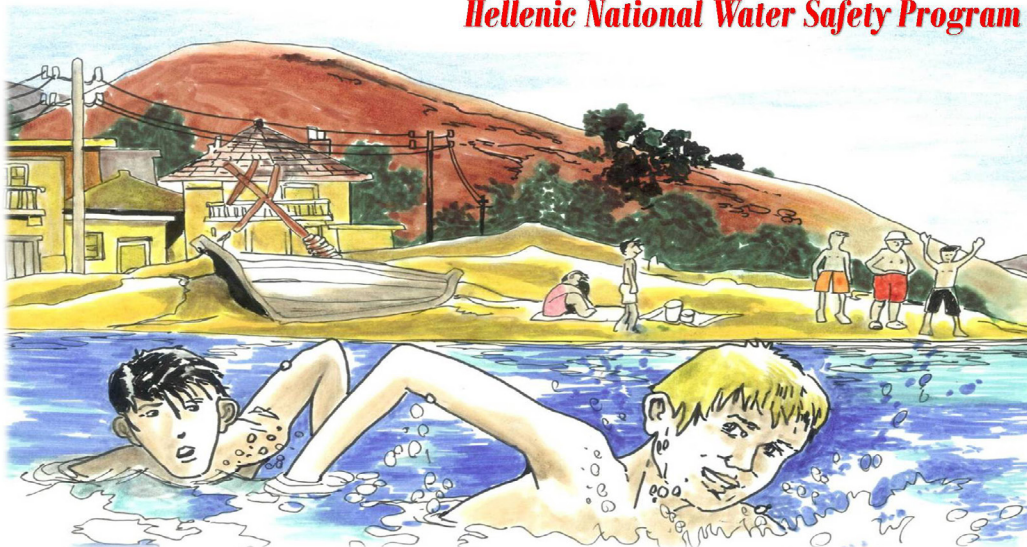
Ο Δρ. **Γιάννης Μπασκόζος** (ΓΓΔΥΥ), δήλωσε: «*Η Ελλάδα οργανώνει ένα εθνικό πρό-*

γραμμα καταπολέμησης των ατυχημάτων στο νερό με μηδενικό κόστος, διεθνείς συνεργασίες και διαχρονικό ορίζοντα υλοποίησης με σκοπό την πρόληψη των ατυχημάτων». Ο Δρ. **Θανάσης Γιαννόπουλος** (Πρόεδρος του ΚΕΕΛΠΝΟ), σχολίασε: «Είναι μέρος της αποστολής του ΚΕΕΛΠΝΟ να είναι παρόν σε ό,τι αφορά τα ατυχήματα και πιστεύω ότι το πρόγραμμα θα δημιουργήσει προϋποθέσεις μείωσης των πνιγμών. Το πλήθος δράσεων του προγράμματος θα ευαισθητοποιήσει σημαντικά τους πολίτες». Ο Καθ. **Αλκιβιάδης Βατόπουλος** (Κοσμήτορας ΕΣΔΥ) επισήμανε: «Δεν νοείται μια τουριστική και θαλασσινή χώρα, όπως η Ελλάδα, να μην έχει Εθνικό Πρόγραμμα. Οι δράσεις θα συμβάλουν στην προστασία της Δημόσιας Υγείας».

Το πρόγραμμα διατίθεται **εδώ**. Δημιουργός είναι ο **Στάθης Αβραμίδης**, τον οποίο φέτος το **World Open Water Swimming Association** τον έβαλε στη λίστα “**The Greatest Watermen in Open Water Swimming History**” ανάμεσα σε **Ολυμπιονίκες και αστέρια του Χόλγουντ** για το έργο του στην πρόληψη πνιγμών.



ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ
Hellenic National Water Safety Program



Στάθης Αβραμίδης, PhD, Σύμβουλος Αγωγής Υγείας-Ατυχημάτων, ΓΓΔΥΥΥ, Υπάλληλος ΚΕΕΛΠΝΟ, Διευθυντής Αθλητικής Ναυαγοσωστικής, ΕΟΥΔΑ

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΗΝ ΚΩ, 04/09/2015

Η κρίσιμότητα του μεταναστευτικού/προσφυγικού ζητήματος, με τις συνολικές ροές προς τη χώρα μας να ξεπερνούν κάθε προηγούμενο στο πρώτο οκτάμηνο του έτους, συντέλεσε στην άμεση ενεργοποίηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Την Παρασκευή, 4 Σεπτεμβρίου 2015, πραγματοποιήθηκε διευρυμένη σύ-

σκεψη στο Δημαρχείο της Κω, ένα νησί που πλήττεται από τα συνεχή κύματα προσφύγων. Στη σύσκεψη αυτή, αποτυπώθηκε η σημερινή κατάσταση στο νησί, αλλά και γενικότερα στα νησιά του Αιγαίου, που έχουν δεχτεί την πλειοψηφία των μεταναστών/προσφύγων, συζητήθηκαν τα αιτήματα των τοπικών αρχών και προσδιορίστηκε τόσο ο σχεδιασμός των προσεχών κινήσεων όσο και ο προγραμματισμός των άμεσων δράσεων, που αφορούν στην αντιμετώπιση του οξυμένου προβλήματος.



Η σύσκεψη πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή του Αντιπρόεδρου της Κομισιόν κ. Frans Timmermans, του Επιτρόπου Εσωτερικών Υποθέσεων, Μεταναστευτικής Πολιτικής και Ιθαγένειας, κ. Δ. Αβραμόπουλου, των Υπουργών Υγείας, Μεταναστευτικής Πολιτικής και Ναυτιλίας, κ.κ. Α. Δημόπουλου, Ι. Μουζάλα και Χ. Ζώη αντίστοιχα, του Προέδρου του ΚΕΕΛΠΝΟ Καθηγητή Χειρουργικής κ. Α. Γιαννόπουλου, του Περιφερειάρχη Ν. Αιγαίου κ. Γ. Χατζημάρκου, του Δημάρχου Κω κ. Γ. Κυρίτση και λοιπών υπηρεσιακών παραγόντων.

Ο Υπουργός Υγείας, στην τοποθέτησή του, εξήρε το έργο του ΚΕΕΛΠΝΟ, ενώ τόνισε ότι γίνονται υπεράνθρωπες προσπάθειες να καλυφθούν τα κενά χωρίς επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. Μεταξύ άλλων, ο Υπουργός Υγείας αναφέρθηκε στην κινητή μονάδα του ΚΕΕΛΠΝΟ, που έχει εγκατασταθεί στο λιμάνι της Κω, προκειμένου να αναπτύξει δράσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

στους τομείς της πρόληψης, της διάγνωσης, της συμβουλευτικής και κοινωνικής υγείας, καθώς και της παραγωγής υγείας στο ακριτικό νησί, το οποίο δοκιμάζεται από τα έντονα μεταναστευτικά ρεύματα εν μέσω τουριστικής περιόδου. Ειδικότερα, αναφέρθηκε στην ιδιαίτερα σημαντική συμβολή του κ. Α. Γιαννόπουλου στη διασφάλιση των συνθηκών υγιεινής και διαβίωσης των προσφύγων και εν γένει της προστασίας του πληθυσμού με τις άοκνες προσπάθειες και την εμπειρία του.

Ο Πρόεδρος του ΚΕΕΛΠΝΟ μετά το πέρας της συσκέψης είχε την ευκαιρία κατ' ιδίαν συνομιλιών, τόσο με τον κ. Τίμερμανς όσο και με τον κ. Αβραμόπουλο, καθώς και με τους εκπροσώπους της Ελληνικής Κυβέρνησης και τους εκπροσώπους της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Ο κ. Γιαννόπουλος ενημέρωσε για τις συνεχείς δράσεις του ΚΕΕΛΠΝΟ και το ρόλο που διαδραματίζει υπό τις παρούσες συνθήκες στο μεταναστευτικό ζήτημα.



Τέλος, ο Επίτροπος Εσωτερικών Υποθέσεων, Μεταναστευτικής Πολιτικής και Ιθαγένειας, κ. Δ. Αβραμόπουλος, τόνισε, μεταξύ άλλων, την ανάγκη προώθησης της συνεργασίας κυβέρνησης και τοπικής αυτοδιοίκησης στη διαχεί-

ριση της προσφυγικής κρίσης και ανέφερε ότι έχουν ήδη εγκριθεί Ευρωπαϊκοί πόροι, ύψους 445 εκατ. Ευρώ για την Ελλάδα, που αφορούν δράσεις εξομάλυνσης του μεταναστευτικού/προσφυγικού ζητήματος, τα έτη 2014-2020.

**Γιώργος Κ. Αναστόπουλος, Οικονομολόγος Υγείας, PhD, Υπεύθυνος
Γραφείου Διεκπεραίωσης Ειδικών Θεμάτων Οικονομίας & Διοίκησης,
ΚΕΕΛΠΝΟ**

Επιδημία γαστρεντερίτιδας στο Ανοικτό Κέντρο Φιλοξενίας Προσφύγων στον Ελαιώνα, Σεπτέμβριος 2015

Από τις αρχές Αυγούστου 2015 λειτουργεί στην περιοχή του Ελαιώνα Αττικής το «Ανοικτό Κέντρο Φιλοξενίας Προσφύγων» (ΑΚΦΠ). Στο Κέντρο καταλήγουν μετανάστες, οι οποίοι εισέρχονται στη χώρα μας, συνήθως διαμένουν για λίγες ημέρες στα νησιά που βρίσκονται κοντά στα σύνορα με την Τουρκία (Κω, Λέσβο κ.α.) και μετά μεταφέρονται στο ΑΚΦΠ στον Ελαιώνα για ολιγοήμερη φιλοξενία.

Σύμφωνα με πληροφορίες από τη διοίκηση του Κέντρου, ο αριθμός των προσφύγων που φιλοξενούνται ανέρχεται περίπου σε 500 την ημέρα. Εκτιμάται ότι μέχρι τις 30/9 πέρασαν από το ΑΚΦΠ περίπου 7000 μετανάστες, στη συντριπτική τους πλειοψηφία Αφγανικής καταγωγής, ενώ οι υπόλοιποι από Συρία, Ιράν και Σομαλία.

Από τις 16/8/2015 κλιμάκιο του ΚΕΕΛΠΝΟ αποτελούμενο από ιατρούς και νοσηλευτές παρέχει ιατρονοσηλευτική υποστήριξη στο ΑΚΦΠ. Το κλιμάκιο μεταξύ άλλων καταγράφει τους ασθενείς με συμπτώματα γαστρεντερίτιδας και τους δηλώνει στο Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕΕΛΠΝΟ. Σύμφωνα με τα δελτία καταγραφής ασθενών, παρατηρήθηκε αυξημένη προσέλευση ασθενών με συμπτώματα γαστρεντερίτιδας από τα τέλη Αυγούστου 2015.

Συγκεκριμένα, το σύνολο των καταγεγραμμένων κρουσμάτων γαστρεντερίτιδας με έναρξη συμπτωμάτων από τις 20/8/2015 έως και 30/9/2015 ήταν 132, εκ των οποίων τα 90 κρούσματα παρουσιάστηκαν το διάστημα 31/8/2015 - 15/9/2015.

Το ηλικιακό εύρος κυμάνθηκε από 0-69 ετών, με διάμεση ηλικία τα 8 έτη. Από τα κρούσματα, 75 ήταν άρρενες και 57 θήλεα. Αναφορικά με τις κλινικές εκδηλώσεις, το προεξάρχον σύμπτωμα ήταν οι διαρροϊκές κενώσεις (92,6%), ενώ ακολουθούσαν οι έμετοι και ο πυρετός. Ορισμένα περιστατικά ανέφεραν αιμορραγικές κενώσεις.

Ελήφθησαν συνολικά 12 δείγματα κοπράνων. Σε 11 από τα 12 δείγματα (που προέρχονταν από παιδιά αφγανικής καταγωγής και νοσηλεύθηκαν ή επισκέφθηκαν τα ΤΕΠ του ΓΝΠ.

Παιδών Αγία Σοφία και ΓΝΠ. Παιδών Αγλαΐα Κυριακού) απομονώθηκε *Shigella spp.* Τα 8 ταυτοποιήθηκαν ως *Shigella flexneri*. Τα υπόλοιπα 3 ταυτοποιήθηκαν ως *Shigella sonnei*. Τα καλλιεργήματα εστάλησαν στο ΚΕΔΥ Βάρης, στο Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Σαλμονελλών - Σιγκελλών (ΕΚΑΣΣ) της ΕΣΔΥ, όπου και τυποποιήθηκαν ως *Shigella flexneri* 2b (το συγκεκριμένο στέλεχος απομονώνεται σε χαμηλή συχνότητα στην Ελλάδα) και *Shigella sonnei* I, αντιστοίχως. Αναμένεται περαιτέρω τυποποίηση, καθώς και μοριακή τυποποίηση με PFGE.



Ένα δείγμα κοπράνων εστάλη στο Εργαστήριο Μικροβιολογίας του Τμήματος Ιατρικής ΕΚΠΑ και ήταν αρνητικό για Νοροϊό.

Προσωπικό του ΚΕΔΥ στις 14/9/2015 προέβη, επίσης, σε δειγματοληψία νερού και τροφίμων για εργαστηριακό έλεγχο. Συγκεκριμένα, ελήφθησαν 16 δείγματα ποτίσιμου νερού και 2 δείγματα τροφίμων για μικροβιολογικό έλεγχο, τα οποία εξετάστηκαν για τον τυπικό μικροβιολογικό έλεγχο σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και για την παρουσία *Salmonella spp.* και *Shigella spp.* Τα αποτελέσματα του μικροβιολογικού ελέγχου των δειγμάτων ήταν αρνητικά. Με βάση το γεγονός ότι πολλά κρούσματα είχαν έναρξη συμπτωμάτων πριν την άφιξή τους στο Κέντρο, τη μορφή της επιδημικής καμπύλης και τον ορότυπο του απομονωθέντος στελέχους που απαντάται με αυξανόμενο ρυθμό σε αναπτυσσόμενες χώρες προκύπτει ότι πρόκειται για επιδημία σιγκέλλωσης από εισαγόμενο στέλεχος σιγκέλλας, ενώ ακολουθεί δευτερογενής μετάδοση από άτομο σε άτομο.

Στο πλαίσιο αυτό, το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης προέβη σε:

1. Ενίσχυση της ενεργητικής επιτήρησης κρουσμάτων με βάση ειδικό linelisting και ειδικό ερωτηματολόγιο που συνέταξε.
2. Ενίσχυση της συλλογής δειγμάτων κοπράνων από τους πάσχοντες και αποστολή τους για εργαστηριακό έλεγχο
3. Σύσταση για χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής σε περιστατικά με αιμορραγικές κενώσεις.
4. Διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων και αφισών με οδηγίες για εφαρμογή των κανόνων ατομικής υγιεινής, σχολαστικό πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και νερό, χορήγηση αντισηπτικού διαλύματος.
5. Εξασφάλιση της τήρησης των κανόνων υγιεινής για το πόσιμο νερό, την παρασκευή των τροφίμων και τη διάθεση των απορριμμάτων.
6. Τονίζεται ότι η λοιμογόνος δόση (infective dose) της σιγκέλλας είναι

εξαιρετικά μικρή , ιδιαίτερα σε άτομα ταλαιπωρημένα και υποσιτισμένα (από 10 – 100 βακτηριακά κύτταρα μπορούν να προκαλέσουν λοίμωξη και συνεπώς απαιτείται σχολαστική καθαριότητα χεριών, αντικειμένων κλπ. ώστε να προληφθεί η μετάδοσή της .



Θεανώ Γεωργακοπούλου, Παιδίατρος- Λοιμωξιολόγος PhD, Υπεύθυνη Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

Ανθή Χρυσοστόμου, Νοσηλεύτρια ΠΕ, Γραφείο Τροφιμογενών Νοσημάτων, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

Ελένη Λυλλάκου, Διοικητικός ΤΕ , Γραφείο Τροφιμογενών Νοσημάτων, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

Γεωργία Μανδηλαρά, Βιολόγος PhD, Επιστημονική Υπεύθυνη Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Σαλμονελλών-Σιγκελλών- ΕΣΔΥ-ΚΕΔΥ

Αλκιβιάδης Βατόπουλος, Καθηγητής Τομέα Μικροβιολογίας ΕΣΔΥ- Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ- Διευθυντής ΕΚΑΣΣ

'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants

Faustine K. Nkulu Kalengayi, Anna-Karin Hurtig, Annika Nordstrand, Clas Ahlm, Beth M. Ahlberg
Glob Health Action 2015, 8: 27903

Ο υγειονομικός έλεγχος των πρόσφατα αφιχθέντων μεταναστών από χώρες με υψηλό κίνδυνο μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων, σημαντικών για τη δημόσια υγεία, αποτελεί κομμάτι της εθνικής στρατηγικής της Σουηδίας κατά της μετάδοσης των νοσημάτων αυτών. Ωστόσο, ελάχιστα είναι γνωστά για την εφαρμογή του.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις εμπειρίες των νοσηλευτών στον έλεγχο των πρόσφατα αφιχθέντων μεταναστών, ώστε να προκύψουν νέα δεδομένα, τα οποία θα μπορούσαν να διαμορφώσουν τον στρατηγικό σχεδιασμό και την κλινική πρακτική.

Χρησιμοποιώντας ένα πλαίσιο ερμηνευτικής ανάλυσης, πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις από το Νοέμβριο έως το Δεκέμβριο του 2011 σε 4 νομούς στη Σουηδία, όπου συμμετείχαν 15 νοσηλευτές με εμπειρία στον υγειονομικό έλεγχο των μεταναστών. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με θεματική ανάλυση περιεχομένου.

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ένα εύρος προκλήσεων, όπως οι διαφορετικές απόψεις μεταξύ μεταναστών και νοσηλευτών για τον υγειονομικό έλεγχο, οι αντιφάσεις στους κανόνες και τις πρακτικές και οι αντικρουόμενες πολιτικές. Οι συμμετέχοντες υπέδειξαν ότι οι κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές οδήγησαν σε αποκλίνουσες προσδοκίες, με τους μετανάστες να αντιμετωπίζουν τους συμμετέχοντες ως υπαλλήλους των μεταναστευτικών αρχών. Επίσης, εξέφρασαν την ανησυχία ότι τους ανατέθηκε ένα νέο αντικείμενο χωρίς να έχουν την αντίστοιχη κατάρτιση και ότι χρειάστηκε να μοιραστούν ευθύνες με το προσωπικό άλλων υπηρεσιών χωρίς επαρκή συντονισμό.

Τέλος, ανέφεραν ότι οι υπάρχουσες πολιτικές μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση και να εγείρουν ηθικά ζητήματα. Όλα αυτά, σε συνδυασμό με το εμπόδιο της διαφορετικής γλώσσας, καθιστούσαν το περιβάλλον εργασίας τους εξαιρετικά πολύπλοκο και αγχωτικό.

Τα αποτελέσματα αυτά φωτίζουν περίπλοκες προκλήσεις που θα μπορούσαν να περιορίσουν την πρόσβαση, την κατανόηση και την παροχή του υγειονομικού ελέγχου υπονομεύοντας έτσι τους στόχους της δημόσιας υγείας και να τονίσουν την ανάγκη για μια πολυεπίπεδη προσέγγιση. Αυτό προϋποθέτει την αποφυγή του συνδυασμού της μεταναστευτικής στρατηγικής με την υγειονομική, την εναρμόνιση των υφιστάμενων πολιτικών, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να γίνουν πιο προσιτές και αποδεκτές για τους μετανάστες, τη διευκόλυνση του έργου των επαγγελματιών υγείας στην προάσπιση της δημόσιας υγείας, τη βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών και την κατάρτιση όλων των υπαλλήλων, ώστε να διευκολυνθεί η κατανόηση των αναγκών των μεταναστών και να υπάρχει αποτελεσματική ανταπόκριση, και την αγωγή υγείας των μεταναστών μέσω παρεμβάσεων στην κοινότητα.

Engaging new migrants in infectious disease screening: a qualitative semi-structured interview study of UK migrant community health-care leads.

Seedat F, Hargreaves S, Friedland JS
PLoS One. 2014 Oct 15;9(10):e108261.

Η μετανάστευση στην Ευρώπη - και ειδικότερα στο Ηνωμένο Βασίλειο - έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες, προκαλώντας επιπτώσεις στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Οι μετανάστες είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στα λοιμώδη νοσήματα (70 % των περιστατικών φυματίωσης και 60 % των περιπτώσεων HIV αφορούν σε μετανάστες) και αντιμετωπίζουν πολλαπλά

εμπόδια στην υγειονομική περίθαλψη. Επί του παρόντος γίνεται μεγάλη συζήτηση με στόχο τη βέλτιστη προσέγγιση στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων στους μετανάστες και προκύπτει επείγουσα ανάγκη για καινοτόμες προσεγγίσεις. Η έρευνα που εστιάζει στην εμπειρία των νέων μεταναστών είναι περιορισμένη και δεν αναδεικνύει τη μελλοντική προοπτική.

Διενεργήθηκε ποιοτική έρευνα ημιδομημένων συνεντεύξεων σε εκπροσώπους σε θέματα υγείας της κοινότητας των μεταναστών, αντιπροσωπεύοντας κυρίως ομάδες νέων μεταναστών στο Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο, ώστε να διερευνηθούν οι απόψεις τους σχετικά με τα εμπόδια που προκύπτουν στον υγειονομικό έλεγχο, την αποδοχή του ελέγχου, καθώς και καινοτόμες προσεγγίσεις στον έλεγχο τεσσάρων βασικών νοσημάτων (HIV, φυματίωση, ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C).

Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ομόφωνα ότι τα τρέχοντα μοντέλα υγειονομικού ελέγχου δεν είναι εύκολα προσβάσιμα στις νέες κοινότητες μεταναστών. Κυρίαρχα εμπόδια που αποθαρρύνουν την αναζήτηση του ελέγχου περιλαμβάνουν το στιγματισμό που σχετίζεται με συγκεκριμένες ασθένειες στις κοινότητες των μεταναστών και τις υπηρεσίες που δεν είναι φιλικές για τους μετανάστες.

Οι νέοι μετανάστες είναι πιθανό να επηρεάζονται δυσανάλογα σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό από αυτά τα εμπόδια, με συνέπειες στην κατάσταση της υγείας τους. Ο υγειονομικός έλεγχος είναι αποδεκτός στους νέους μετανάστες, ωστόσο χρειάζεται να αναπτυχθούν οι υπηρεσίες, ώστε να στηρίζονται περισσότερο στις ανάγκες της κοινότητας, να είναι πιο ενεργητικές και να συνεργάζονται στενότερα με οργανισμούς της κοινότητας, ευρήματα που απεικονίζουν τις απόψεις των μεταναστών και των επαγγελματιών υγείας στην Ευρώπη και διεθνώς. Είναι πολύ σημαντική η ευαισθητοποίηση σχετικά με τα οφέλη του υγειονομικού ελέγχου εντός των νέων κοινοτήτων μεταναστών. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα πρότειναν την εφαρμογή ενός προγράμματος υγειονομικού ελέγχου που θα έχει έδρα στην κοινότητα και στον προληπτικό έλεγχο υγείας θα συμπεριλαμβάνει τον έλεγχο των νοσημάτων που αποφέρουν κοινωνικό στίγμα.

Βέβαια, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα, ώστε να αναπτυχθούν τεκμηριωμένα προγράμματα υγειονομικού ελέγχου που θα εστιάζουν στις ανάγκες της κοινότητας- αξιοποιώντας τα μοντέλα που εφαρμόζονται από άλλες χώρες που έχουν μεγάλη εισροή μεταναστών.

***Παυλή Ανδριάννα, Ιατρός Γενικής Ιατρικής,
Μαλτεζου Ελενα, Παιδίατρος, Λοιμωξιολόγος, Τμήμα Παρεμβάσεων
σε Χώρους Παροχής Υγείας
Σμέτη Παρασκευή, Νοσηλεύτρια ΠΕ, ΜΡΗ,
Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, Τμήμα Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής
Υπηρεσιών Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ***

Μύθοι και αλήθειες σχετικές με την υγεία στη μεταναστευτική κρίση

Η χώρα μας βρέθηκε στο επίκεντρο της μεταναστευτικής κρίσης, που ήλθε κυρίως ως αποτέλεσμα του πολέμου στη Συρία. Αρκετές συζητήσεις γίνονται ακόμη στα μέσα επικοινωνίας για τις επιπτώσεις στην υγεία και το σύντομο αυτό γράμμα έρχεται να συμβάλει στη συζήτηση αυτή.

Η Nasar Meer και η Daniela Sime στο άρθρο τους με τίτλο: «Μεταναστευτική κρίση, η απομυθοποίηση των μύθων», που δημοσιεύθηκε στις 11 Οκτωβρίου 2015 [1], απευθύνθηκε στους επικρατούντες μύθους στο Ηνωμένο Βασίλειο, συμπεριλαμβανομένων των παρακάτω:

- «Οι πρόσφυγες έρχονται για τα οφέλη, και δε συνεισφέρουν»
- «Περισσότεροι πρόσφυγες θα προσθέσουν πίεση στις υπηρεσίες -Πώς θα αντεπεξέλθουν τα σχολεία και τα νοσοκομεία;»
- «Οι πρόσφυγες υπονομεύουν την εθνική μας κουλτούρα, ιδιαίτερα αν είναι μουσουλμάνοι»

Ο Alexander Betts διερωτήθηκε και προσπάθησε να απαντήσει στη Guardian (στις 20 Σεπτεμβρίου, 2015) στο ερώτημα «κατά πόσον η σημερινή κρίση αποτελεί μια προσωρινή κορύφωση μετακίνησης ή προμηνύει μια νέα και μακροπρόθεσμη τάση» [2]. Διατηρώντας αυτήν την τελευταία υπόθεση και με βάση τις συνεχείς συγκρούσεις στη λεκάνη της ανατολικής Μεσογείου και τους πολέμους που οδηγούν σε συνεχείς παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η κοινωνία μας πρέπει να είναι προετοιμασμένη να αντιμετωπίσει μαζί με τόσα άλλα και αυτό το ανθρωπιστικό ζήτημα. Για να αντιμετωπιστεί όμως το θέμα αυτό αποτελεσματικά, οι μύθοι που εξαπλώνουν ατεκμηρίωτους φόβους και πανικό θα πρέπει να καταρριφθούν.

Έτσι, έχει γίνει πολλή συζήτηση όσον αφορά σε ποιο βαθμό μπορούν αν εξαπλωθούν ασθένειες που απειλούν την ανθρώπινη ζωή. Αληθεύει το γεγονός ότι υπάρχει κίνδυνος να αναπτυχθούν ανάμεσα στους πρόσφυγες ορισμένα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων του τύφου, της σοβαρής διάρροιας, της χολέρας, της ηπατίτιδας, της φυματίωσης, της πολιομυελίτιδας και της λοίμωξης από MERS-COV κορωνοϊό. Ωστόσο, η ανάπτυξη των εστιών αυτών απαιτεί και συγκεκριμένες προϋποθέσεις και συνθήκες, που καθιστούν έτσι τη δήλωση «οι πρόσφυγες είναι πηγή εστιών μόλυνσης» αναληθή στη γενίκευσή της και εγκυμονούσα δημιουργίας γενικευμένου φόβου, ακόμη και πανικού στον πληθυσμό.

Ποια όμως είναι τα βασικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται σε καταυλισμούς προσφύγων, ώστε να τους προστατεύσει από μολύνσεις και να εξαλείφει την πιθανότητα εμφάνισης εστιών μόλυνσης; Η απλή απάντηση στο παραπάνω ερώτημα είναι: ασφαλείς συνθήκες υγειονομικής ασφάλειας, συμπεριλαμβανομένου του πόσιμου και τρέχοντος νερού και της προσφοράς τροφίμων, καθώς και επαρκείς υποδομές δημόσιας υγείας.

Υπάρχουν στοχευμένες πρωτοβουλίες ή οι παρεμβάσεις που μπορούν να αποτρέψουν την εξάπλωση μιας νόσου; Ο Τομέας του Global Migration Quarantine Accomplishment προτείνει μια πρωτοβουλία επιτήρησης για την ανάπτυξη συστημάτων έγκαιρης προειδοποίησης ώστε να διευκολύνεται η έγκαιρη ανίχνευση, καθώς και πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση, σχεδίαση και εφαρμογή ταχέων και στοχευμένων παρεμβάσεων για την πρόληψη της εξάπλωσης των νοσημάτων που αναφέρθηκαν παραπάνω [3].

Ολοκληρώνοντας αυτό το μικρό γράμμα παραθέτω ως επίλογο το καταληκτικό μήνυμα από ένα άρθρο σύνταξης του BMJ [4]: «Χωρίς ηθική ηγεσία από τους πολιτικούς, τα δεινά και ο θάνατος των ευάλωτων ατόμων θα παραμείνουν ντροπή για όλους μας». Ίσως έφθασε και η περίοδος για την έκδοση κατευθυντηρίων οδηγιών για τη φροντίδα υγείας μεταναστών και προσφύγων κατά το παράδειγμα των Καναδών [5].

Παραπομπές

1. <http://researchtheheadlines.org/2015/09/11the-refugee-orisis-debunking-the-myths/>
2. <http://www.theguardian.com/commentisfree/2015/sep/20/migrants-refugees-asylum-seekers-21st-century-trend>
3. Division of Global Migration and Quarantine Accomplishments (October 2012 – September 2013)
4. Abbasi K, Patel K. Godlee F. BMJ 2015;351:h4833doi
5. Pottle et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ 2011. DOI:10.1503/cmaj.090313

*Χρήστος Λιονής Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης*

Νοέμβριος 2015

Νοέμβριος 2-3, 2015

Τίτλος: Σύγχρονες Μάστιγες : Διδάγματα από την κρίση Έμπολα

Χώρα: Ιρλανδία

Πόλη: Δουβλίνο

Τόπος Διεξαγωγής: University College Dublin

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +1 609 258 8909

Ιστοσελίδα: <http://fungforum.princeton.edu/>

Νοέμβριος 12-14, 2015

Τίτλος: 26ο Πανελλήνιο Αιματολογικό Συνέδριο

Χώρα: Ελλάδα

Πόλη: Αθήνα

Τόπος Διεξαγωγής: Ξενοδοχείο Χίλτον

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +30 210 72 54 360

Ιστοσελίδα: http://www.vitacongress.gr/categories/16/%CE%B5%CF%80%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B1_%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%AD%CE%B4%CF%81%CE%B9%CE%B1

Νοέμβριος 30- Δεκέμβριος 2, 2015

Τίτλος: 3ο Διεθνές Συνέδριο για το HIV/AIDS, τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα & τις Σεξουαλικές Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις- 2015

Χώρα: ΗΠΑ

Πόλη: Ατλάντα

Τόπος Διεξαγωγής: Hilton Atlanta Airport

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: +1-888-843-8169

Ιστοσελίδα: <http://hiv-aids-std.conferenceseries.com/>

Γραφείο διεθνών σχέσεων, ΚΕΕΛΠΝΟ

Σεπτέμβριος 2015



Αιμορραγικός πυρετός Ebola [1]

Έως τις 7 Οκτωβρίου 2015 αναφέρθηκαν συνολικά 28457 κρούσματα (επιβεβαιωμένα, πιθανά, ύποπτα), συμπεριλαμβανομένων 11312 θανάτων, στη Γουινέα, στη Σιέρα Λεόνε, στη Λιβερία, στην Ιταλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο (Γλασκώβη, Σκωτία), στο Μάλι, στην Ισπανία, στις ΗΠΑ, στη Νιγηρία, στη Σενεγάλη.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν περιορισμοί σε σχέση με το εμπόριο ή τα ταξίδια, εκτός αν πρόκειται για επιβεβαιωμένο ή ύποπτο κρούσμα ή επαφή κρούσματος (στις επαφές δεν περιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας και το προσωπικό του εργαστηρίου που έλαβε τα κατάλληλα μέτρα προστασίας).

MERS κοροναϊός [1]

Από το Σεπτέμβριο 2012 έως τις 30 Σεπτεμβρίου 2015, αναφέρθηκαν 1589 εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα με λοίμωξη από MERS-CoV, συμπεριλαμβανομένων 567 θανάτων, στις χώρες: Σαουδική Αραβία, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, Κατάρ, Ιορδανία, Ομάν, Κουβέιτ, Αίγυπτος, Υεμένη, Λίβανος, Ιράν, Τουρκία, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Ελλάδα, Ολλανδία, Τυνησία, Αλγερία, Μαλαισία, Φιλιππίνες, Νότια Κορέα, Κίνα και ΗΠΑ. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν συστάσεις για έλεγχο στις πύλες εισόδου ή περιορισμοί σε σχέση με το εμπόριο ή τα ταξίδια.

Χολέρα [1]

Έως τις 23 Σεπτεμβρίου 2015, αναφέρθηκαν συνολικά 120 εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα (*Vibrio cholerae* 01 Inaba) σε τουλάχιστον πέντε επαρχίες στο Ιράκ- Baghdad, Babylon, Najaf, Qadisiyyah και Muthanna. Η αρχική διερεύνηση υπέδειξε ότι πηγή της επιδημίας είναι μολυσμένο νερό.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, δεν υπάρχουν συστάσεις για έλεγχο στις πύλες εισόδου ή περιορισμοί σε καμία χώρα με επιδημία χολέρας.

Χρήσιμοι σύνδεσμοι

1. World Health Organization (WHO). Global Alert and Response (GAR). Στο: <http://www.who.int/csr/don/> [προσπέλαση 1 Οκτωβρίου 2015]

**Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής
Τμήμα Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

Ποια κριτήρια πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά την ιατρική εξέταση προσφύγων;

1. Εμβολιαστική κάλυψη
2. Ενδιάμεσοι σταθμοί
3. Ηλικία
4. Τη χώρα προέλευσής τους
5. Όλα τα παραπάνω

Οι απαντήσεις θα αποστέλλονται στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση:
info-quiz@keelpno.gr

Η απάντηση στο αίνιγμα του προηγούμενου Τεύχους: **A**

Απάντησαν σωστά: 32 άτομα

**Επιστημονικός Υπεύθυνος
Έκδοσης:**

Χ. Χατζηχριστοδούλου

Επιστημονική Επιτροπή:

Ν. Βακάλης
Ε. Βογιατζάκης
Π. Γαργαλιάνος- Κακολύρης
Μ. Δαιμονάκου- Βατοπούλου
Β. Καραούλη
Χ. Λιονής
Γ. Πάνος
Β. Παπαευαγγέλου
Γ. Σαρόγλου
Α. Τσακρής

Συντονισμός ύλης:

Μ. Γάτση
Φ. Κουκουριτάκης

Συντακτική ομάδα:

Ρ. Βώρου
Μ. Γάτση
Θ. Γεωργακοπούλου
Φ. Κουκουριτάκης
Σ. Μπαλτσιώτης
Τ. Όντρια
Τ. Πατουχέας
Β. Ρουμελιώτη
Β. Σμέτη

Γραφιστική επιμέλεια:

Ε. Λαζανά

Επιμέλεια κειμένων:

Ρ. Βώρου
Μ. Γάτση
Φ. Κουκουριτάκης
Γ. Μελιγκώνης

Υπεύθυνοι έκδοσης:

Α. Γιαννόπουλος
Πρόεδρος ΚΕΕΛΠΝΟ
Θ. Παπαδημητρίου
Διευθυντής ΚΕΕΛΠΝΟ