

Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 4108 ΤΙΜΗ: 1 ΛΕΠΤΟ • ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΠΛΑΤ. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 4 – 546 23
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ Κ.Τ.Θ. 23 206/Ε/25-11-97 • ISSN 1108-5576 • ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ



73
2019

γράφουν

Φ.Α. Βλάχου,
R. Bradbury, Χ. Δαγρές,
Ι.Θ. Καβαλιώτης, Ι. Καλλιάρκος,
Δ. Καραμήτσος, Δ. Μπάκας,
Λ. Μπούτης, Ν. Νίτσας, G. Orwell,
Α. Παπαγιάννης, R. Srivastava,
Σ.Π. Στυλιανίδου, Δ. Τζάλλας (+), Δ. Χίντζογλου-Αμασλίδου

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο Κ.Κ. Θεσ/νίκης 21
Αριθμός Άδειας 020065



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΠΛ. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 4
546 23 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
Τ 2310 273.755, F 2310 278.880

Ιδιοκτησία

Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης
ΝΠΔΔ

Εκδότης

Νίκος Νίτσας

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου
Θεσσαλονίκης, Πλ. Αριστοτέλους 4

Διευθυντής Σύνταξης

Αντώνης Παπαγιάννης

Γραμματεία Ιατρικού Συλλόγου
Θεσσαλονίκης, Πλ. Αριστοτέλους 4

Συντακτική Επιτροπή

Βαίτση Βιολέττα
Ισσόπουλος Νίκος
Καϊλάρη Σουζάννα
Καρμπόνης Ιωάννης
Κουτελιδάκης Ιωάννης
Λάλλας Αιμίλιος
Λιακόπουλος Νικόλαος
Οικονόμου Δημήτρης
Παραμυθιώτης Δανιήλ
Πίτσας Αντώνιος
Ρίζος Σταύρος
Χατζηπαντελής Μανώλης

Υπεύθυνος Τυπογραφείου

Λεωνίδας Α. Μιχάλης
University Studio Press
Αρμενοπούλου 32
546 35 Θεσσαλονίκη
Τ 2310 209.637, 2310 209.837
F 2310 216.647

Εξώφυλλο

Αρχείο ΙΣΘ

Τα ενυπόγραφα άρθρα και κείμενα απη-
χούν τις απόψεις των αρθρογράφων και
δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη με την άπο-
ψη της συντακτικής επιτροπής του πε-
ριοδικού.

ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΣΗΜΟ
ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ ΙΣΘ. ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΝΤΑΙ
ΣΕ 6.500 ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΚΑΙ 800 ΑΠΟΔΕ-
ΚΤΕΣ (ΝΠΔΔ ΣΩΜΑΤΕΙΑ Κ.ΛΠ.).

ISSN 1108-5576

Ιατρικά θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 73 • 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 3 Το γράμμα του Προέδρου**
Με τη συνεργασία μπορούμε περισσότερα...
Νίκος Νίτσας
- 5 Εντός έδρας: Μη πυροβολείτε τον πιανίστα!**
Δρ Αντώνης Παπαγιάννης

ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ

- 7 Δράσεις του ΙΣΘ**

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- 23** Ενημέρωση για την υποχρέωση εγγραφής
σε Ιατρικό Σύλλογο
Φωτεινή Α. Βλάχου
- 25** Παγκόσμια ημέρα Φυματίωσης, 24 Μαρτίου 2019
- 27** Σωστή χρήση και παράσταση του χρόνου
στη φαρμακολογία και την ογκολογία
Λάζαρος Μπούτης
- 32** Η μακρόχρονη εμπειρία ενός παιδίατρου
στο ιδιωτικό ιατρείο: Αγωνία – Μοναξιά
Δημήτριος Τζάλλας (†)
- 37** Ορίζοντας τον «καλό θάνατο»
Στυλιανή Π. Στυλιανίδου
- 41** Ομφαλοπλακουντιακά μοσχεύματα Βλαστοκύτταρα.
Ενημερωτικό κείμενο για γονείς
- 44** Εμβόλια – Διάρκεια προστασίας
Ιωάννης Θ. Καβαλιώτης

Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 73 • 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 47** Το κοινωνικό κράτος και η κρίση του συνταξιοδοτικού συστήματος
Μπάκας Δημήτριος
- 52** Εκπαίδευση στην Καπαδοκία. Λόγιοι Καπαδόκες
Δέσποινα Χίντζογλου-Αμασλίδου
- 55** Η ιστορία του Νοσοκομείου Γ. Παπανικολάου ως καθρέφτης του μετασχηματισμού του νεοελληνικού κράτους (1920-2019)
Ιωάννης Καλλιάρεκος
- 59** Ιατρικές πληροφορίες & GDPR: επεξεργασία, συναίνεση και προστασία
Χρήστος Δαγρές
- 63** Αιθέρια έλαια αντί χημειοθεραπείας: η ογκολογία απέναντι στην αγυρτεία
Ranjana Srivastava (Μτφρ.: Αντώνης Παπαγιάννης)
- 66** Πολιτική και γλώσσα
George Orwell (Μτφρ.: Αντώνης Παπαγιάννης)

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΝΑ ΣΑΣ

- 71** Το πλαφόν. Ευθυμογράφημα
Δ. Καραμήτσος

ΛΟΓΟΤΕΧΝΙΑ

- 73** Ο Διαβάτης
Ray Bradbury (Μτφρ.: Αντώνης Παπαγιάννης)

ΝΕΚΡΟΛΟΓΙΑ

- 77** Δημήτριος Τζάλλας (1951-2018)

- 79** ΕΚΘΕΣΗ ΒΙΒΛΙΟΥ

Αποστέλλεται ταχυδρομικά στα ταμειακώς τακτοποιημένα μέλη.
Διατίθεται ηλεκτρονικά (pdf) στην ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου
(www.isth.gr/?page=2693).



Φιλοσοφία του περιοδικού

Τα **Ιατρικά Θέματα** είναι το τριμηνιαίο περιοδικό του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης. Εκτός από την επιστήμη και την ενημέρωση, στόχο έχει να προβάλλει την τέχνη, την ιστορία, τη δεοντολογία και φιλοσοφία της ιατρικής, την εκπαίδευση και την πρακτική της. Η οπτική γωνία με την οποία εξετάζονται τα θέματα αυτά (σοβαρή, ανάλαφρη, ακόμη και σκωπτική) αφήνεται στην κρίση και το γούστο του κάθε συνεργάτη (εξαιρείται η εξύβριση και η συκοφαντία). Ελπίδα και φιλοδοξία του περιοδικού είναι να έχει, κατά το δυνατόν, όχι εφήμερο, αλλά διαχρονικό χαρακτήρα.

Η ποιότητα του περιοδικού καθορίζεται από το σύνολο των συνεργασιών που το απαρτίζουν. Η συντακτική επιτροπή καλεί τους αναγνώστες να γίνουν «ποιηταί λόγου» και να προσφέρουν τα κείμενά τους για δημοσίευση, που πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες (βλ. **Πρόσκληση προς τους αναγνώστες**). Οι παρεμβάσεις των συντακτών περιορίζονται στο ελάχιστο, όπως την ταξινόμηση των κειμένων κατά ενότητες και τη διάταξη της ύλης στο κάθε τεύχος. Ελπίζουμε, με τη βοήθεια όλων, η μέχρι τώρα ανοδική πορεία του περιοδικού να συνεχισθεί και στο μέλλον.

Αν και το ιδανικό θα ήταν να κυκλοφορεί το περιοδικό σε καθορισμένες και τακτικές ημερομηνίες, αυτό συχνά δεν είναι δυνατό για τεχνικούς λόγους. Αν κάποιο δημοσίευμα (π.χ. αναγγελία συνεδρίου) έχει χρονικό περιθώριο που δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από μια τριμηνιαία έκδοση, είναι καλύτερο να αποστέλλεται για ανάρτηση στην ιστοσελίδα του Συλλόγου και όχι για δημοσίευση. Τα τεύχη θα κυκλοφορούν κατά εποχή, ενώ στη δημοσίευση της ύλης θα τηρείται, κατά το δυνατόν, η χρονολογική σειρά υποβολής των κειμένων. Αν κάτι πρέπει να δημοσιευθεί κατά προτεραιότητα, παρακαλούμε να επικοινωνείτε με τη διεύθυνση σύνταξης στην ηλεκτρονική διεύθυνση **antpap56@otenet.gr**. Η συντακτική επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα κατανομής της ύλης κατά την κρίση της, εφόσον υπάρχει πλεόνασμα προφοράς.

Οι **κανόνες συγγραφής** είναι απλοί. Θέλουμε κείμενα δακτυλογραφημένα στη μια όψη του χαρτιού, μήκους 500-2.000 λέξεων (μέχρι 4 σελίδες Α4 με μονό διάστημα και με στοιχεία Times μέγεθος 12), που μπορούν να αποστέλλονται με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ως προσαρτημένα αρχεία Word (attached files) στην παραπάνω διεύθυνση, ή να κατατίθενται προσωπικά ή ταχυδρομικά στα γραφεία του ΙΣΘ, Πλ. Αριστοτέλους 4. Ανώνυμα άρθρα δεν μπορούν να δημοσιευθούν. Οι συγγραφείς κειμένων πάνω σε επιστημονικά θέματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το γενικό αναγνωστικό κοινό και να προσφέρουν γνώσεις προσιτές σε όλους τους γιατρούς, αποφεύγοντας τις πολύ εξειδικευμένες πληροφορίες και τη μακροσκελή βιβλιογραφία.



Το γράμμα του Προέδρου

Με τη συνεργασία μπορούμε περισσότερα...

Νίκος Νίτσας

Πρόεδρος ΙΣΘ
Χειρουργός Οφθαλμίατρος & Παιδοφθαλμίατρος

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Αυτή είναι η πρώτη μας επικοινωνία, μέσω του περιοδικού «Ιατρικά Θέματα». Όπως όλοι γνωρίζετε, στις εκλογές που διεξήχθησαν πριν από ένα περίπου χρόνο, η μεγάλη πλειοψηφία των συναδέλφων έδειξε εμπιστοσύνη στην προσπάθεια που κάνουμε τα τελευταία χρόνια. Αυτή η εμπιστοσύνη είναι μεγάλη τιμή για εμάς και θα είναι οδηγός όλων των δράσεων μας στο μέλλον.

Κορωνίδα των προσπαθειών είναι η ανόρθωση του κύρους του ιατρικού λειτουργήματος στην κοινωνία. Σε αυτό το πλαίσιο τον περασμένο Μάιο διοργανώσαμε με μεγάλη επιτυχία, για τρίτη συνεχόμενη χρονιά τη δράση «εμβολιαΖΩ». Η «εκστρατεία Ζωής» του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης συνεχίστηκε με ανάλογες δράσεις όπως «Η πρόληψη σώΖΕΙ» και «Δεν καπνίζΩ». Έτσι για πρώτη χρονιά ολοκληρώθηκε η συμμετοχή του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης στην 84η Διεθνή Έκθεση Θεσσαλονίκης, η οποία ανέδειξε μια ολοκληρωμένη «ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΖΩΗΣ» και επιβραβεύτηκε από τους επισκέπτες της ΔΕΘ καθώς και από το πολιτικό προσωπικό της χώρας σε υψηλότατο επίπεδο.

Οι δράσεις αυτές πραγματοποιήθηκαν σε συνεργασία με τις επιστημονικές εταιρείες της πόλης, αλλά κι ύστερα από τις άοκνες προσπάθειες πολλών συναδέλφων, οι οποίοι όπως ό-

λοι μας, διέθεσαν από το υστέρημα του ελεύθερου χρόνου τους και συμμετείχαν μαζικά και σε αυτήν την προσπάθεια. Θα ήθελα δε σ' αυτό το σημείο να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες καθώς και όλα τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του ΙΣΘ.

Η προσπάθεια συνεχίζεται...

Τα τελευταία τέσσερα χρόνια δυστυχώς το «κοινωνικό πρόσημο» για τους γιατρούς ήταν αρνητικό (υπερφορολόγηση, υποχρηματοδότηση στο ΕΣΥ, χρέη ΕΟΠΥΥ, clawback, υποστέλνωση του συστήματος υγείας σε όλα τα επίπεδα κ.α.), συνδυάστηκε δε με εγχειρήματα προς λάθος κατεύθυνση, τα οποία καθώς ήταν διαποτισμένα με ιδεοληψίες αποδείχτηκαν αναποτελεσματικά (ΤΟΜΥ, οικογενειακός γιατρός). Ελπίζουμε η νέα διακυβέρνηση να μην επαναλάβει τα λάθη του παρελθόντος και σε συνεργασία με τον ΠΙΣ και τους ιατρικούς συλλόγους της χώρας, να επιτύχει την πολυπόθητη αναβάθμιση του επιπέδου της παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα, μία απαίτηση όλης της κοινωνίας. Προς αυτή την κατεύθυνση κινήθηκαν και όλες οι προτάσεις του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης στην πρόσφατη συνάντησή μας με τον Πρωθυπουργό και με την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

Οψόμεθα.

Πρόσκληση προς τους αναγνώστες

Τα **Ιατρικά Θέματα** δέχονται για δημοσίευση, πάντα μετά από έγκριση της συντακτικής επιτροπής, κείμενα που να ενδιαφέρουν το ευρύ ιατρικό κοινό, και που μπορεί να είναι:

Βραχείες παρουσιάσεις ιατρικών θεμάτων γενικού ενδιαφέροντος.

Δεν θα πρέπει να είναι ούτε εξαντλητικές από βιβλιογραφική πλευρά, ούτε πολύ εξειδικευμένες. Η απλή γραφή και η ευχάριστη ανάγνωση είναι κριτήρια πιο σημαντικά από την «τελευταία λέξη» της ερευνητικής δραστηριότητας πάνω στα θέματα αυτά. Οπωσδήποτε όμως οι παρεχόμενες πληροφορίες θα πρέπει να είναι επιστημονικά ορθές.

Προσωπικές εμπειρίες είτε από τον επαγγελματικό χώρο της ιατρικής (δημόσιο και ιδιωτικό), είτε από βιώματα ιατρών ως ασθενών (για να γνωρίζουμε και την «άλλη πλευρά του νομίσματος»). Ακόμη και παράπονα ή κριτικές είναι αποδεκτά, αρκεί να μην έχουν χαρακτήρα ονομαστικής προσβολής ή εξύβρισης προσώπων ή ιδρυμάτων. Τέτοια κείμενα μπορούν να γραφούν και από μη ιατρούς. Θα πρέπει πάντοτε να υποβάλλονται επώνυμα, ωστόσο μπορεί να δημοσιεύονται και ανώνυμα, εφόσον ο συντάκτης τους το επιθυμεί.

Σκέψεις και προβληματισμοί πάνω στη φύση, την τέχνη, την αποστολή, την εκπαίδευση και την άσκηση της ιατρικής.

Ιστορικά και λογοτεχνικά κείμενα που αναφέρονται στον ιατρικό χώρο, την υγεία και την αρρώστια.

Όλα τα κείμενα πρέπει να είναι πρωτότυπα και να μην παραβιάζουν πνευματικά δικαιώματα άλλων συγγραφέων ή εκδοτών (copyright).

Τα **Ιατρικά Θέματα** δεν δημοσιεύουν παρουσιάσεις περιστατικών, πρωτότυπες ερευνητικές μελέτες ή πρακτικά συνεδρίων, ούτε κείμενα που να έχουν διαφημιστικό χαρακτήρα. Σκοπός του περιοδικού είναι να αποτελεί ένα βήμα έκφρασης και διαλόγου των γιατρών πάνω στα θέματα που τους απασχολούν στην καθημερινή τους εργασία. Για την προβολή του αμιγώς επιστημονικού έργου υπάρχουν πολλά και πιο κατάλληλα έντυπα. Ελπίζουμε στην κατανόηση των συναδέλφων, ώστε να μην βρισκόμαστε στη δυσάρεστη θέση να απορρίπτουμε κείμενα που μπορεί να έχουν επιστημονική αξία, δεν ανήκουν όμως στα πλαίσια της φιλοσοφίας των **Ιατρικών Θεμάτων**.



Μη πυροβολείτε τον πιανίστα!

Δρ Αντώνης Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος

Είναι γνωστή από τις ταινίες γουέστερν η επιγραφή του τίτλου σε πολλά μπαρ της Αγρίας Δύσης, που προσπαθούσε να προφυλάξει – κατά το δυνατόν– τον συμπαθή οργανοπαίκτη της εποχής εκείνης από τις ανταλλαγές πυρών μεταξύ αντιμαχόμενων ατόμων ή ομάδων. Τι σχέση έχει όμως με την ιατρική και τα θέματά της; Θα φανεί στη συνέχεια.

Εδώ και πολύ καιρό ο υπογραφόμενος γίνεται κάθε τόσο αποδέκτης ερωτημάτων από μέλη του συλλόγου για την ύπαρξη ή όχι του περιοδικού. «*Τι γίνεται με τα Ιατρικά Θέματα; Σταμάτησαν να βγαίνουν;*» και άλλα συναφή. Ακόμη, άνθρωποι που έχουν υποβάλει κείμενα για δημοσίευση, άλλοτε αυθόρμητα και άλλοτε με δική μας πρόσκληση, διερωτώνται φωναχτά για την τύχη τους: «*Τι έγινε εκείνο το άρθρο; Πότε θα δημοσιευθεί;*» Και άλλα σχετικά.

Στην προκειμένη περίπτωση ο υποφαινόμενος παίζει τον ρόλο του... πιανίστα. Να το εξηγήσω. Για να κυκλοφορήσει κάθε τεύχος του περιοδικού χρειάζονται αθροιστικά κάποιες προϋποθέσεις που χωρίζονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη και πολύ βασική είναι να υπάρχει αρκετή ύλη για να καλύψει το τεύχος, κάτι που έχουμε θίξει πολλές φορές στο παρελθόν και που εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσφορά των αναγνωστών του. Η τελευταία είναι καθαρά τεχνική, δηλ. η ύλη αυτή να οργανωθεί, να σελιδοποιηθεί, να συ-

μπληρωθεί με πάγια στοιχεία όπως παρουσιάσεις βιβλίων και επίκαιρα θέματα, να γεμίσουν τα κενά με κατάλληλες φωτογραφίες και γνωμικά, να περάσει από δυο διαφορετικές διορθώσεις και να προχωρήσει σε εκτύπωση, συσκευασία και αποστολή.

Ανάμεσα στις δυο αυτές φάσεις παρεμβάλλεται μια τρίτη, όχι λιγότερο σημαντική. Να λάβει το τεύχος την τελική έγκριση από τον ιδιοκτήτη του, τον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης. Όχι ως προς το περιεχόμενο: δεν υπάρχει κανενός είδους «άνωθεν» έλεγχος ή λογοκρισία ως προς αυτό. Η έγκριση, το «τυπωθήτω», έχει να κάνει με διοικητικά θέματα (π.χ. αν υπάρχουν εκλογές ή άλλες εκδηλώσεις ή τρέχοντα ζητήματα που πρέπει να γνωστοποιηθούν ή να παρουσιασθούν στα μέλη του Συλλόγου), αλλά και με την απαραίτητη δαπάνη του όλου εγχειρήματος.

Από τις φάσεις αυτές, οι δυο πρώτες είναι οι πιο ελαστικές και απρόβλεπτες από χρονικής πλευράς. Πάντα ανακύπτουν καθυστερήσεις της τελευταίας στιγμής. Κι έτσι, από τα θεωρητικά τέσσερα τεύχη που προβλέπονται για κάθε χρόνο φθάνουμε να έχουμε μόνο ένα ή δύο. Στο ερώτημα «*Πότε επιτέλους θα κυκλοφορήσει το περιοδικό;*» μια απάντηση, έστω σατιρική, δίνει ο τίτλος του παρόντος. Πιστεύω όμως ότι τελικά η ανάγνωση του τεύχους αποζημιώνει την υπομονή των αναγνωστών του.





Δράσεις του ΙΣΘ

Ημέρες ΔΕΘ

Ο ΙΣΘ στη φετινή 84η διοργάνωση

«Η νέα #εκστρατείαΖΩΗΣ με το #δεν_καπνίζΩ και #η_πρόληψη_σωΖΕΙ του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης αγκαλιάστηκε από τους περισσότερους εκπροσώπους της κοινωνίας» επισήμανε ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας μιλώντας σε ΜΜΕ με αφορμή τη συμμετοχή του ΙΣΘ, για πρώτη φορά φέτος, στην 84η ΔΕΘ. Η ενημέρωση και η στήριξη του πρωθυπουργού Κυριάκου Μητσοτάκη, τα εγκαίνια του επιστημονικού stand από τον υπουργό υγείας Β. Κικιλία και στη συνέχεια η σύσκεψη των μελών του ΔΣ του ΙΣΘ –υπό την προεδρία του– στα γραφεία του συλλόγου, κυριάρχησαν την ημέρα των εγκαινίων του θεσμοθετημένου εθνικού εκθεσιακού φορέα της χώρας. Ο κ. Νίτσας κατά την καθιερωμένη επίσκεψη του πρωθυπουργού σε επιλεγμένα περίπτερα της ΔΕΘ, υποδέχθηκε και ενημέρωσε τον κ. Μητσοτάκη που εξέφρασε από την πρώτη στιγμή την υποστήριξη του στις νέες προσπάθειες του ΙΣΘ. Να θυμίσουμε ότι στη σύσκεψη των επιστημονικών φορέων της Θεσσαλονίκης στο υπουργείο Μακεδονίας Θράκης, μια εβδομάδα νωρίτερα, ο πρωθυπουργός είχε αναλυτική ενημέρωση των προτάσεων και των δράσεων

του ΙΣΘ (#εμβολιαζΩ, #δεν_καπνίζΩ κ.α)

Ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης εκτιμά ότι η νέα ολοκληρωμένη καμπάνια πρόληψης είναι ένα ακόμη βήμα στην ενημέρωση των πολιτών για τη δημόσια υγεία αλλά και στην προσπάθεια ανόρθωσης του κύρους του ιατρικού λειτουργήματος στην κοινωνία. Όπως επισήμανε ο πρόεδρος Νίκος Νίτσας «Διευρύνουμε την «εκστρατεία ΖΩής» που έχει ξεκι-



Επίσκεψη πρωθυπουργού στο stand του ΙΣΘ, εγκαίνια της συμμετοχής του συλλόγου από τον υπουργό υγείας και στη συνέχεια σύσκεψη για όλα τα ιατρικά ζητήματα της Θεσσαλονίκης.

νήσει με το #εμβολιαΖΩ (#emvoliaZO - #emvoliaZOUME) με το #δεν_καπνιΖΩ και με το #η_προληψη_σωΖΕΙ. Στο stand 13 της ΔΕΘ εγκαινιάζεται μια πιο συνεκτική σχέση με την κοινωνία και τους γιατρούς-μέλη του ΙΣΘ. Ταυτόχρονα και στην ιστοσελίδα του ΙΣΘ θα συμπεριληφθεί μια μεγάλη ενότητα για όλα τα θέματα πρόληψης ώστε να υπάρχει ΑΜΕΣΗ ενημέρωση για όλα τα φλέγοντα θέματα της υγείας»

Οι προσπάθειες και οι δράσεις των 8.700 συναδέλφων του ΙΣΘ για τη βελτίωση της ζωής των πολιτών, ενισχύθηκαν με την παρουσία του πρωθυπουργού Κυριάκου Μητσοτάκη στο stand του ΙΣΘ καθώς και με τα εγκαίνια του stand από τον υπουργό υγείας Β. Κικίλια. Η δε σύσκεψη του κ. Κικίλια με τα μέλη του ΔΣ του ΙΣΘ στα γραφεία του συλλόγου... εγκαινίασαν μια νέα σχέση του ιατρικού κόσμου της Θεσσαλονίκης με την πολιτική ηγεσία του υπουργείου το οποίο τα τελευταία χρόνια αρνούνταν το διάλογο και τη συζήτηση των προτάσεων του επιστημονικού κόσμου (ΙΣΘ κι άλλων ιατρικών συλλόγων). Ο κ. Νίτσας ταυτόχρονα με επιστολή του προς τα μέλη του συλλόγου επισήμανε ότι «προτεραιότητα της νέας διοίκησης του ΙΣΘ είναι να ενισχύσουμε τις προσπάθειες μας για την ανόρθωση του κύρους του ιατρικού λειτουργήματος στην κοινωνία. Αυτή η αναγκαιότητα προκύπτει και από την πρό-

σφατη έρευνα, που διενεργήθηκε από την εταιρεία *To the point* μεταξύ των μελών του ΙΣΘ. Ο στόχος είναι δύσκολος, η προσπάθεια πρέπει να είναι συνεχής και αφορά όλους μας στην καθημερινή επαφή μας με τους ασθενείς. Η επιτέλεση των στόχων αυτών επιτυγχάνεται και διαμέσου της βασικής υποχρέωσης του ΙΣΘ ως ΝΠΔΔ, που είναι η ενημέρωση των πολιτών στα φλέγοντα θέματα δημόσιας υγείας.»

Να σημειωθεί ότι εδώ και τρία χρόνια ο ΙΣΘ διαβλέποντας τη διάδοση του αντιεμβολιαστικού κινήματος ξεκίνησε τη δράση ΕΜΒΟΛΙΑΖΩ (#εμβολιαΖΩ) η οποία υλοποιήθηκε με τις άοκνες προσπάθειες όλων των μελών του συλλόγου. «Φέτος αποφασίσαμε να κάνουμε ένα βήμα παραπάνω και για πρώτη χρονιά ο ΙΣΘ θα έχει παρουσία με δικό του χώρο στο περίπτερο 15 της ΔΕΘ. Η καμπάνια μας με τίτλο «Εκστρατεία Ζωής - Στη μάχη για την Υγεία είμαστε στην πρώτη γραμμή» θα περιλαμβάνει τις εξής δράσεις: Ενημέρωση για θέματα πρόληψης (Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΩΖΕΙ). Ενημέρωση για την αναγκαιότητα και ασφάλεια των εμβολιασμών (ΕΜΒΟΛΙΑΖΩ). Ενημέρωση για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος και όλων των καπνικών προϊόντων καθώς και συμβουλές για την διακοπή τους (ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ).

Στο δε ενημερωτικό έντυπο που διανεμήθηκε σε επισκέπτες της φετινής διοργάνωσης της ΔΕΘ ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας επισημαίνει: «Η ευχή για καλή υγεία είναι στοιχείο του πολιτισμού μας. Δε θα την ακούσετε σε κανένα άλλο μέρος του κόσμου. Πρώτα η υγεία, ευχόμαστε σε κάθε άκουσμα. Και είναι αλήθεια. Όλα τα μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης είμαστε εδώ για να «πιάσει» αυτή η ευχή τόπο. Πρώτο μας βήμα, η πρόληψη. Εκεί που πρέπει να δοθεί η μεγάλη μάχη της δημόσιας υγείας. Η προσπάθεια να περάσει σε κάθε πολίτη η ανάγκη να ελέγχεται προληπτικά, να μιλά τακτικά με τον γιατρό του, να προλαβαίνει. Ο ΙΣΘ «οργώνει» την κοινωνία με εκστρατείες ενημέρωσης. Το εμβολιάΖΩ, το δεν καπνιΖΩ,



Η ενημέρωση του πρωθυπουργού από τον πρόεδρο του ΙΣΘ

οι θεματικές εκδηλώσεις για άλλα νοσήματα είναι μια πραγματική ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΖΩΗΣ από χιλιάδες γιατρούς και από τον σύλλογο που είναι στην πρώτη γραμμή αυτού του αγώνα. Ο ΙΣΘ έχει αποφασίσει να κρατήσει στο κέντρο της δημόσιας συζήτησης το αγαθό της υγείας. Να το προβάλλει και να το προωθεί. Σας προ-σκαλεί να το προστατεύσετε και φροντίζει να το προφυλάξετε. Αυτή τη φορά για πρώτη φορά στη ΔΕΘ με δικό του περίπτερο, ενώνει γιατρούς και κοινωνία κάτω από τη στέγη της πρόληψης. Εκεί που ξεκινά η ιατρική. Κάντε check in στο περίπτερο 15 και πάρτε μέρος στην εκστρατεία ζωής. Μιλήστε με το γιατρό σας! Ακολουθήστε τις πρωτοβουλίες του ΙΣΘ. Γιατί αποστολή μας είναι, είναι η υγεία σας»

Τα διπλά εγκαίνια του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης (ΙΣΘ)

«Ο υπουργός υγείας Β. Κικίλιας εγκαίνιασε τη συμμετοχή του συλλόγου στη ΔΕΘ, για πρώτη φορά φέτος, αλλά και μια στενότερη συνερ-

γασία της ηγεσίας του υπουργείου με τους εκπροσώπους του ιατρικού κόσμου της Θεσσαλονίκης» δήλωσε κατά τα εγκαίνια του επιστημονικού stand ο κ. Νίτσας. Μεταξύ άλλων ο πρόεδρος του ΙΣΘ στο σύντομο χαιρετισμό του επισήμανε: «Τα σημερινά εγκαίνια στο πλαίσιο της φετινής διοργάνωσης της ΔΕΘ είναι... διπλά. Ταυτόχρονα με τη συμμετοχή του ΙΣΘ στην Έκθεση εγκαινιάζεται μια στενότερη συνεργασία με το υπουργείο υγείας. Να θυμίσουμε ότι η προηγούμενη ηγεσία του υπουργείου, δεν ήθελε ούτε διάλογο με τον ιατρικό κόσμο της Θεσσαλονίκης, ο οποίος είχε καταθέσει συγκεκριμένες προτάσεις και λύσεις σε καίρια ζητήματα των θεμάτων υγείας. Εμείς στον ΙΣΘ, χωρίς την υποστήριξη του υπουργείου, εδώ και τρία χρόνια με την καμπάνια μας “εμβολιαζΩ”, ξεκινήσαμε... εμβολιαστικό κίνημα. Με συνεχείς δράσεις εντός κι εκτός συλλόγου, σε πλατείες και σχολεία, μιλήσαμε για την ασφάλεια και την αναγκαιότητα των εμβολίων. Σήμερα κάνουμε ένα βήμα παραπάνω έχοντας στο πλευρό μας το υπουργείο υγείας. Μαζί με το εμβολιάζΩ προσθέτουμε





νέες δράσεις πρόληψης καθώς και την ενημέρωση σχετικά με τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος κι όλων των προϊόντων καπνού».

Ο πρόεδρος του ΙΣΘ μιλώντας στον υπουργό κ. Κικίλια τόνισε «Είμαστε εδώ για τους 8.700 συναδέλφους - μέλη του ΙΣΘ, αλλά και δίπλα στο Υπ. Υγείας. Είμαστε εδώ όλοι κυρίως για την κοινωνία. Εμείς οι γιατροί, το γνωρίζετε πολύ καλά κι εσείς, κύριε υπουργέ, ως γιατρός, βρισκόμαστε στην πρώτη γραμμή της μάχης για την υγεία. Είμαστε και θα είμαστε στη διάθεση σας ώστε να σας παρουσιάσουμε τα χρόνια προβλήματα και κυρίως τις προτάσεις μας για ΑΜΕΣΕΣ παρεμβάσεις στην άρση αδιεξόδων. Θα ήθελα να σας ευχαριστήσω που αγκαλιάσατε από την πρώτη στιγμή τη νέα μας πρωτοβουλία. Βεβαίως ΚΑΙ ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης θα σταθεί αρωγός στο δικό σας έργο κι είμαστε σίγουροι ότι θα εξετάσετε και θα συμπεριλάβετε τις προτάσεις μας στα θέματα της υγείας προς το συμφέρον της κοινωνίας και του Ιατρικού κόσμου»

Τι ειπώθηκε στη σύσκεψη των μελών του ΔΣ του ΙΣΘ με τον Υπουργό Υγείας Β. Κικίλια – Οι προτάσεις του συλλόγου τέθηκαν στο τραπέζι της συνάντησης

Τα καίρια ζητήματα που αφορούν στην Υγεία, τόσο τοπικού όσο και γενικότερου ενδιαφέροντος, έθεσε ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης στον Υπουργό Υγείας Β. Κικίλια σε σχετική σύσκεψη που έγινε στα γραφεία του συλλόγου στην Καλαμαριά. Ο πρόεδρος και τα μέλη του ΔΣ του ΙΣΘ έθεσαν μεταξύ άλλων στο κ. υπουργό θέματα που αφορούν στη βελτίωση των υποδομών των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, τα χρέη ΕΟΠΥΥ προς το νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» ύψους 300.000.000 ευρώ, την επιτάχυνση της αποπληρωμής των χρεών των ταμείων ΤΣΜΕΔΕ-ΤΣΑΥ-ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ-ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΩΝ 2010-11-12 από τον ΕΦΚΑ. Επίσης συζητήθηκαν θέματα όπως:

- ▶ Χρέη – ληξιπρόθεσμα ΤΑΠ-ΟΤΕ (αφορά ΜΟΝΟ στη Θεσσαλονίκη) από ΕΟΠΥΥ - ΠΡΟΤΑΣΗ ΙΣΘ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ



- ▶ Πιλοτική εφαρμογή μοντέλου δωρεάς οργάνων στη Θεσσαλονίκη. (ΠΡΟΤΑΣΗ του καθηγητή ΦΟΥΖΑ ΓΙΑ ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ Β. ΕΛΛΑΔΑ ΜΕΣΑ ΣΕ... 6 ΜΗΝΕΣ)
- ▶ Δημιουργία κοινού φορέα Υπουργείου Υγείας-Περιφέρειας κεντρικής Μακεδονίας και ΙΣΘ για δημιουργία HUB καινοτομίας και ιατρικού τουρισμού στη Θεσσαλονίκη.
- ▶ Ιατρική σχολή ΑΠΘ υποστελέχωση-Αρ. ειδικτήτων ανάλογος με τις ανάγκες της χώρας – Άρση απαγόρευσης ιατρικών πράξεων πανεπιστημιακών γιατρών σε ιδιωτικά ιδρύματα.
- ▶ ΕΚΕΠΥ Β. ΕΛΛΑΔΟΣ συνέχιση λειτουργίας του μετά τη συγχώνευση στο ΕΚΑΒ.
- ▶ Προβλήματα που αφορούν στη λειτουργία των 3 Κέντρων Αναφοράς για λοιμώδη νοσήματα που φιλοξενεί το Α.Π.Θ. (AIDS, αιμορραγικών πυρετών, γρίπης)
- ▶ Αίτημα του ΙΣΘ για χορήγηση μιας άδειας φαρμακείου για την εξυπηρέτηση των μελών του ΙΣΘ.

Στα θέματα γενικότερου ενδιαφέροντος η ηγεσία του ΙΣΘ μίλησε στον υπουργό υγείας Β. Κικίλια για:

- ▶ Υποστελέχωση ΕΣΥ - ΑΜΟΙΒΕΣ-ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (BURN OUT)
- ▶ Αναμόρφωση του συστήματος προσλήψεων – συμβάσεων των επικουρικών γιατρών (Π/Δ. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ)
- ▶ Άνοιγμα νοσοκομείων σε ιδιώτες γιατρούς
- ▶ Πρόταση του ΙΣΘ κι άλλων ιατρικών συλλόγων της Μακεδονίας για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με σύζευξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.
- ▶ Ενίσχυση δημοσίων δομών ΠΦΥ (ΑΛΛΟΓΙΣΤΗ ΣΠΑΤΑΛΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΕΣΠΑ ΓΙΑ ΤΟΜΥ)

Σε ότι αφορά εργαστηριακούς και κλινικοεργαστηριακούς γιατρούς:

- ▶ Κατάργηση του καταστροφικού clawback και rebate που δημεύει το 70% των εσόδων με αποτέλεσμα τα διαγνωστικά εργαστήρια να οδηγούνται στο λουκέτο.
- ▶ Αύξηση του προϋπολογισμού για τις δια-

γνωστικές εξετάσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- ▶ Σύναψη συλλογικών συμβάσεων με διαπραγμάτευση από τον ΠΙΣ στην οποία να προβλέπεται αμοιβή εργαστηριακού γιατρού ιδιωτικά και δυνατότητα συνταγογράφησης για προληπτικές εξετάσεις
- ▶ Επίλυση των προβλημάτων στη βάση δηλαδή στην θέσπιση ελεγκτικών μηχανισμών και στη συνταγογράφηση
- ▶ Δημιουργία πλαφόν στις εξετάσεις ανά ασθενή.

Ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας και η Γενική Γραμματέας κ. Μαρία Χατζηδημητρίου ευχαρίστησαν τον υπουργό υγείας Β. Κικίλια για την ιδιαίτερη προσοχή και το ενδιαφέρον που έδειξε –από την αρχή της ανάληψης των καθηκόντων του– στις προτάσεις και στις δράσεις του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης. Ταυτόχρονα εξέφρασαν τη βεβαιότητα ότι θα συνεχιστεί ο εποικοδομητικός διάλογος ανάμεσα στην ηγεσία του υπουργείου υγείας και των εκπροσώπων του ιατρικού κόσμου της δεύτερης μεγαλύτερης πόλης της χώρας.

Αντίθετος ο ΙΣΘ στη μετακίνηση του Κέντρου Υγείας Πύλης Αξιού

Ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης και ο πρόεδρος Νίκος Νίτσας ζήτησαν από την ηγεσία του υπουργείου υγείας να μη μετακινηθεί το Κέντρο Υγείας Πύλης Αξιού όπως πρότείνει ο Δικηγορικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης. Με επιστολή ο ΙΣΘ τονίζει: «Σχετικά με την πρόταση του Δικηγορικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης για μετακίνηση του Κέντρου Υγείας της Πύλης Αξιού, ώστε οι χώροι του να δοθούν προς χρήση στις υπηρεσίες του Δικαστικού Μεγάρου, θα ήθελα να σας γνωστοποιήσω την αρνητική θέση του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης επί του ζητήματος και να σας παρουσιάσω τους λόγους αυτούς: Το Κ.Υ. της Πύλης Αξιού βρί-

σκεται στη δυτική είσοδο της πόλης της Θεσσαλονίκης. Είναι άμεση η πρόσβαση σε αυτό από την ΠΑΘΕ. Είναι δε ένα από τα δύο Κ.Υ. της Θεσσαλονίκης, που λειτουργούν σε 2 βάρδιες και το μόνο που λειτουργεί με εργαστήρια. Στεγάζεται σε ένα εξώωρο κτίριο της Πύλης Αξιού με την εξής κατανομή:

Στο ισόγειο του κτιρίου λειτουργεί το Κέντρο Εκπαίδευσης Β. Ελλάδος, αλλά και το τηλεφωνικό κέντρο του Κέντρου Υγείας, στο οποίο κλείνονται ραντεβού για τους γιατρούς του Κ.Υ., με φυσική παρουσία του ασθενούς (όχι μόνο τηλεφωνικά) και με σύστημα προτεραιότητας. Στον 1ο και 2ο όροφο λειτουργεί το Ζ' υποκατάστημα του ΕΦΚΑ Θεσσαλονίκης. Στον 3ο όροφο στεγάζονται τα γραφεία Διοίκησης του Κ.Υ., η νοσηλευτική υπηρεσία, οι ελεγκτές, παθολογικά ιατρεία, πνευμονολογικό, γυναικολογικό και τρία οδοντιατρεία. Στον 4ο όροφο βρίσκεται το καρδιολογικό, ορθοπαιδικό, παθολογικό, οφθαλμολογικό, δερματολογικό, παιδιατρικό, ωτορινολαρυγγολογικό, ουρολογικό, ψυχιατρικό, χειρουργικό και νευρολογικό ιατρείο.

Στον 5ο όροφο λειτουργούν τα εργαστήρια του Κ.Υ., όπως είναι το μικροβιολογικό εργαστήριο (αιματολογικό, βιοχημικό, ορμονολογικό, καρκινικών δεικτών, καλλιέργειες κλπ), το ακτινολογικό με μαστογράφο και μέτρηση οστικής πυκνότητας και από βμήνου με ψηφιοποιημένο εμφανιστήριο. Στον 6ο όροφο βρίσκεται το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ νομού Θεσσαλονίκης), αλλά και ο Σταθμός προστασίας Μάνας και Παιδιού του Κ.Υ. Πύλης Αξιού με παιδιατρικό, μαιευτικό, προληπτική οδοντιατρική και επισκέπτρια υγείας για τα σχολεία, διαχωρισμένο από το ΚΕΠΑ και με διαφορετική πρόσβαση και ανελκυστήρα όπως απαιτεί ο νόμος.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2018: Η επισκεψιμότητα του Κ.Υ. ήταν 98.766 άτομα. Παραπομπές σε νοσοκομεία 202. Διακομιδές 7. Εμβολιασμοί 3515. Στα εργαστήρια του Κ.Υ. Πύλης Αξιού διε-

νεργήθηκαν 124.105 μικροβιολογικές εξετάσεις και 12.857 στο ακτινολογικό. Το προσωπικό της μονάδος: Γιατροί: 50. Λοιπό προσωπικό: 56 (νοσηλευτές, μαιές, χειριστές, παρασκευαστές, προσωπικό καθαριότητας, φύλακες).

Σημειώνεται ότι μετά την κατάργηση της λειτουργίας του Ιατρείου της Ίωνος Δραγούμη, στο Κ.Υ. Πύλης Αξίου εξυπηρετούνται και δημότες του κεντρικού Δήμου της Θεσσαλονίκης από την περιοχή της Διεθνούς Εκθέσεως και δυτικότερα. Λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα παραπάνω δεδομένα, εκτιμούμε πως η μετακίνηση του θα δημιουργήσει προβλήματα στη λειτουργία του και στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων και για το λόγο αυτό δεν συμφωνούμε με την πρόταση του Δ.Σ.Θ.». Ταυτόχρονα ο ΙΣΘ απέστειλε και έκθεση συνεργατιδίας του Πολιτικού Μηχανικού σχετικά με τους χώρους όπου αναπτύσσεται το Κ.Υ. Πύλης Αξίου.

Ο ΙΣΘ στη σύσκεψη υπό τον πρωθυπουργό

Νίκος Νίτσας

«Υπάρχουν λύσεις στα προβλήματα της περίθαλψης και τις καταθέσαμε...»

Τα σημαντικότερα προβλήματα στο χώρο της υγείας έθεσε στον πρωθυπουργό Κυριάκο Μητσοτάκη ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης και ο πρόεδρος του συλλόγου Νίκος Νίτσας σε σύσκεψη των φορέων της πόλης στο Υπουργείο Μακεδονίας Θράκης. Ταυτόχρονα ο κ. Νίτσας πρότεινε και κατέθεσε υπόμνημα με συγκεκριμένες λύσεις και προτάσεις ώστε να αρθούν τα αδιέξοδα των τελευταίων χρόνων και να βελτιωθούν άμεσα οι παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στους πολίτες, αλλά παράλληλα και οι συνθήκες εργασίας των γιατρών. Στην εισήγηση του –αλλά και στο υπόμνημα– που κατέθεσε ο πρόεδρος Νίκος Νίτσας μίλησε και με αριθμούς προκειμένου να περιγράψει την

κατάσταση στα δέκα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, στα δεκαοκτώ ιδιωτικά νοσηλευτήρια, στα 3.600 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια για τα 8.700 μέλη του ΙΣΘ. Είπε ακόμη ότι οι κτηριακές υποδομές των νοσοκομείων χρειάζονται άμεσες παρεμβάσεις και βελτιώσεις λόγω παλαιότητας.

Παράλληλα έκανε λόγο για υποστελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, για τα χρέη του ΕΟΠΥΥ στο νοσοκομείο-πρότυπο «Παπαγεωργίου», για τη μετανάστευση χιλιάδων γιατρών στο εξωτερικό, για καλύτερες εργασιακές συνθήκες στο ΕΣΥ και για την άμεση μεταφορά της έδρας του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων στην πόλη όπου ξεκίνησαν οι μεταμοσχεύσεις, στη Θεσσαλονίκη. Επίσης ζήτησε να σταματήσουν οι εκβιασμοί και οι αυθαιρεσίες του ΕΟΠΥΥ και να αποσυρθεί το μέτρο του clawback. Τέλος ο κ. Νίτσας τόνισε ότι τα τελευταία χρόνια κατασπαταλήθηκαν χρήματα των ΕΣΠΑ για τη δημιουργία θνησιγενών και αναποτελεσματικών δομών Π.Φ.Υ. δημοσίου χαρακτήρα (ΤΟΜΥ). Πρότεινε σύζευξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, ώστε να ανοίξουν προγράμματα χρηματοδότησης που θα στηρίξουν την επιχειρηματικότητα των γιατρών, ενισχύοντας νέες δράσεις τους (πολυϊατρεία ΠΦΥ, μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σταθμούς προληπτικού ελέγχου, εργαστήρια, καινοτόμες δράσεις υγείας κλπ.).

Αναλυτικά η εισήγηση του κ. Νίτσα:

«Ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης αριθμεί 8700 μέλη και καλύπτει το νομό Θεσσαλονίκης όπου λειτουργούν, η Ιατρική σχολή του ΑΠΘ, 10 νοσοκομεία και 18 ιδιωτικά νοσηλευτήρια καθώς και 3600 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια.

Τον Οκτώβριο του 2018 αποφασίσαμε και εφαρμόσαμε πρώτοι και οι μόνοι στην Ελλάδα ηλεκτρονικό σύστημα ψηφοφορίας, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα σημαντική αύξηση της συμμετοχής με μια απλή και γρήγορη διαδικασία, την οποία επέλεξαν τα 4/5 των ιατρών



που πήραν μέρος στις εκλογές, καθώς τους έδινε τη δυνατότητα να ψηφίσουν από οπουδήποτε στον κόσμο βρισκόταν εκείνη την ημέρα. Οι αρμοδιότητες του Ιατρικού Συλλόγου για την εποπτεία της άσκησης της Ιατρικής, για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των συμπολιτών μας σε θέματα πρόληψης και δημόσιας υγείας και για τη διεκδίκηση λύσεων στα προβλήματα των συναδέλφων μας καθορίζουν τις προτεραιότητες μας αλλά και μας επιβάλλουν τακτική καταγραφή των απόψεων τους. Για το λόγο αυτό, κάθε χρόνο από το 2012 και έπειτα, ο Ι.Σ.Θ. διενεργεί έρευνα κοινής γνώμης για την ποιότητα της παρεχόμενης υγείας στους πολίτες. Τα αποτελέσματα της πρόσφατης έρευνας για το 2019 έδειξε ότι 64% των πολιτών είναι δυσαρεστημένοι, ενώ στις ηλικίες 55-64 το ποσοστό των δυσαρεστημένων φθάνει στο 80% (επισυνάπτεται η δημοσκόπηση).

Μια πάγια αναγκαιότητα της πόλης μας και της Μακεδονίας είναι η δημιουργία ενός σύγχρονου παιδιατρικού νοσοκομείου. Ήδη το Ίδρυμα «Σταύρος Νιάρχος» έχει αναλάβει την κατασκευή του, χρειάζεται όμως συντονισμός και δημιουργία παράλληλων υποδομών από την πολιτεία, ώστε να επιταχυνθούν οι διαδικασίες για την πλήρη λειτουργία του.

Η λειτουργία του νοσοκομείου Παπαγεωργίου καθίσταται προβληματική, καθώς το χρέος του ΕΟΠΥΥ ανέρχεται στο ποσό των 330 εκατομμυρίων ευρώ. Το νοσοκομείο Παπαγεωργίου πρέπει επιτέλους να αντιμετωπίζεται ως πρότυπο και όχι ως “ενόχληση” από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για την άμεση βελτίωση των κτιριακών υποδομών των νοσοκομείων της πόλης μας, καθώς τα περισσότερα από αυτά στεγάζονται σε πολύ παλιά κτίρια και

οι συνθήκες νοσηλείας των ασθενών μπορούν και πρέπει να βελτιωθούν άμεσα. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η υποστελέχωσή του σε ιατρικό προσωπικό, λόγω συνταξιοδοτήσεων καθώς η αναπλήρωση δεν ικανοποιεί τις ανάγκες. Οι επικουρικοί ιατροί είναι μια ουσιαστική αλλά παροδική λύση στο πρόβλημα, το καθεστώς των συμβάσεων των οποίων απαιτείται να αναμορφωθεί μέχρι την ολοκληρωτική λύση του προβλήματος πρόσληψης μόνιμου ιατρικού προσωπικού. Πρέπει επιτέλους να ξεφύγουμε από μοντέλα λειτουργίας των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας του παρελθόντος, δίνοντας τη δυνατότητα αναπτυξιακής λειτουργίας με το άνοιγμα του συστήματος και των νοσοκομείων σε ιδιώτες γιατρούς.

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι ο δεύτερος μεγαλύτερος οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη, αναντίστοιχα μεγάλος και γραφειοκρατικός σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας. Με υπέρογκα λειτουργικά έξοδα αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού για δημόσια υγεία ευρωπαϊκού επιπέδου. Ως μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας οδηγείται εύκολα σε αυθαιρεσίες και εκβιαστικές συμπεριφορές. Οι αμοιβές των συμβεβλημένων γιατρών είναι πολύ χαμηλές και η λειτουργία των εργαστηρίων καθίσταται απαγορευτική λόγω του clawback, το οποίο πρέπει να καταργηθεί.

Η αναγκαιότητα για ένα ολοκληρωμένο σύστημα Π.Φ.Υ. στη χώρα μας είναι αδήριτη. Δυστυχώς την τελευταία τετραετία επιχειρήθηκε με τρόπο στρεβλό η εφαρμογή κρατικής Π.Φ.Υ. με ίδρυση δημοσίων δομών ΤΟΜΥ κατασπαταλώντας χρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ που θα μπορούσε να ενισχύσει τις ήδη υπάρχουσες δημόσιες δομές Π.Φ.Υ. (Κέντρα Υγείας-Ιατρεία πρώην ΙΚΑ). Οι γιατροί γύρισαν την πλάτη στο σύστημα και αρνήθηκαν να το στελεχώσουν καθώς οι εργασιακές συνθήκες και οι αμοιβές ήταν εξευτελιστικές.



Ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης μαζί με άλλους ιατρικούς συλλόγους της Μακεδονίας, την Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ελλάδας, την Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων Θεσσαλονίκης και την Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής έχει καταθέσει προτάσεις, ώστε ο θεσμός της Π.Φ.Υ. να λειτουργήσει μέσα από σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (επισυνάπτονται οι προτάσεις).

Η υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. δυσχεραίνει τόσο το εκπαιδευτικό όσο και το κλινικό έργο τριτοβάθμιου επιπέδου από τις πανεπιστημιακές κλινικές και τα εργαστήρια. Αξίζει να σημειωθεί ότι η τελευταία πρόσληψη ιατρικού προσωπικού έγινε το 2008. Η απαγόρευση ιατρικών πράξεων των πανεπιστημιακών σε ιδιωτικά ιδρύματα δημιουργεί συνθήκες ανισότητας συγκριτικά με τα υπόλοιπα μέλη της πανεπιστημιακής κοινότητας. Ο αριθμός των εισακτέων στην ιατρική σχολή θα πρέπει να

συμβαδίζει με την δυνατότητα πλήρους και ολοκληρωμένης εκπαίδευσής της καθώς και με τις γενικότερες ανάγκες της χώρας σε ιατρικό δυναμικό. Τέλος, παρά τις δυσκολίες που προαναφέραμε, η Ιατρική Σχολή του Α.Π.Θ. προχώρησε στην ίδρυση Κέντρου Βιοϊατρικής Έρευνας και Εκπαίδευσης που αποτελεί μια μοναδική για την Ελλάδα πρωτοβουλία, μια τολμηρή παρέμβαση στον τομέα της Βιοϊατρικής Έρευνας με δημιουργία νέων θέσεων εργασίας για επιστήμονες, αλλά και σημαντικότερη ενίσχυση των οικονομικών του Α.Π.Θ.

Η πόλη μας διαθέτει γεωγραφικά πλεονεκτήματα και υποδομές που παραμένουν αναξιοποίητες για την προσέλευση ασθενών από το εξωτερικό παρά τις πολλαπλές ιδιωτικές προσπάθειες. Ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης έχοντας λάβει μέρος σε διεθνείς εκθέσεις τουρισμού και αντίστοιχα συνέδρια και είναι σε θέση να γνωρίζει τα δεδομένα και τον ανταγωνισμό που αναπτύσσεται από γειτονικά κράτη. Η αναγκαία αρμοδιότητα στρατηγικού σχεδιασμού κοινών δράσεων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, που μέχρι σήμερα διαχέεται σε πλειάδα φορέων και υπηρεσιών, ζητάμε να περιέλθει σε φορέα με κορμό τον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης και την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας υπό το Υπουργείο Υγείας και χρηματοδότηση από δημόσιους, ιδιωτικούς και κοινοτικούς πόρους.

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (Ε.Ο.Μ.) ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Η μεταφορά της έδρας του Ε.Ο.Μ. στη Θεσσαλονίκη συμπληρώνει συμβολικά και ουσιαστικά τις προηγούμενες προτάσεις μας. Ζητούμε την εγκατάσταση του Ε.Ο.Μ. στην πόλη μας για λόγους: Α) Ιστορικούς: Στην Θεσσαλονίκη την δεκαετία του 1960 πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού στην Ελλάδα και από τις πρώτες στην Ευρώπη από τους κ.κ. καθηγητές Μαρσέλο και Τούντα. Β) Ουσιαστικούς:

Στη Θεσσαλονίκη πραγματοποιούνται οι περισσότερες μεταμοσχεύσεις της χώρας με επέκταση σε όλα τα πεδία των μεταμοσχεύσεων. Γ) Προοπτικές: Λόγω γεωγραφικής θέσης και έχοντας πλεονεκτήματα επί των γειτονικών χωρών σ' αυτόν τον τομέα της επιστήμης. Δ) Οικονομικούς: Η ενίσχυση του υπάρχοντος μεταμοσχευτικού κέντρου και η αύξηση των πραγματοποιούμενων μεταμοσχεύσεων θα αποφέρει σημαντικότερη και μετρήσιμη ωφέλεια στα οικονομικά του συστήματος Υγείας.

ΕΣΠΑ

Τα τελευταία χρόνια είδαμε να κατασπαταλώνται τα χρήματα των ΕΣΠΑ για τη δημιουργία θνησιγενών και αναποτελεσματικών δομών Π.Φ.Υ. δημοσίου χαρακτήρα (ΤΟΜΥ). Πιστεύοντας στη σύζευξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, ζητάμε να ανοίξουν προγράμματα χρηματοδότησης που θα στηρίξουν την επιχειρηματικότητα των γιατρών, ενισχύοντας νέες δράσεις τους (πολυϊατρεία ΠΦΥ, μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σταθμούς προληπτικού ελέγχου, εργαστήρια, καινοτόμες δράσεις υγείας κλπ.).

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΚΘΕΣΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Δ.Ε.Θ.)

Για πρώτη φορά φέτος ο Ι.Σ.Θ. πήρε μέρος ενεργά στην 84η Δ.Ε.Θ. Η «Εκστρατεία Ζωής» όπως ονομάζουμε την προσπάθεια αυτή έχει τους εξής στόχους: • Επιμόρφωση σε θέματα πρόληψης «Η πρόληψη σωΖΕΙ» • Ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη σοβαρών χρόνιων παθήσεων • Ενημέρωση σχετικά με την ασφάλεια και την αναγκαιότητα των εμβολίων «ΕμβολιάΖΩ» • Ενημέρωση σχετικά με τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος και όλων των καπνικών προϊόντων «Δεν καπνίζΩ»

Αξιότιμε κ. Πρωθυπουργέ,

Ο ιατρικός κόσμος της χώρας αντιμετωπίζει το μέλλον της πατρίδας μας με μεγάλη ανησυχία και για το λόγο αυτό δεκάδες χιλιάδες

ιατρών αναζητούν εργασία στο εξωτερικό και μεταναστεύουν. Ο αυξημένος αριθμός των εισαγομένων στις Ιατρικές σχολές και οι πολιτικές που προωθούνται τα τελευταία χρόνια επιτείνουν το φαινόμενο το οποίο είναι βέβαιο ότι μεσοπρόθεσμα θα επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που απολαμβάνουν οι Έλληνες πολίτες. Μια συνολικά νέα πρόταση για την υγεία σε φιλελεύθερες αρχές και βάσεις, είναι η μόνη αποτελεσματική λύση για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των πολιτών στα πλαίσια της αναγκαίας φειδωλής διαχείρισης των πόρων. Ο Ι.Σ.Θ. είναι στη διάθεσή σας για διευκρινήσεις και ανάλυση των παραπάνω προτάσεων»

«Εκστρατεία Ζωής»

Το #εμβολιαζΩ3 φέτος πιο πετυχημένο από κάθε άλλη χρονιά

Νίκος Νίτσας

πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης:

- Περισσότερη ενημέρωση για την αναγκαιότητα των εμβολίων, λιγότερα θύματα...

- Το υπουργείο υγείας ας ακολουθήσει το παράδειγμα του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης με τις δράσεις της ενημερωτικής καμπάνιας #εμβολιαζΩ ώστε να μη θρηνούμε κάθε χρόνο τόσα θύματα σε όλη τη χώρα...
- Το υπουργείο Υγείας της Γερμανίας συζητά την επιβολή προστίμου σε οικογένειες που... δεν εμβολιάζουν τα παιδιά τους

Στον απολογισμό του φετινού τρίτου #εμβολιαζΩ ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης Νίκος Νίτσας, η γενική γραμματέας του ΙΣΘ ιατρός βιοπαθολόγος, αναπληρώτρια καθηγήτρια μικροβιολογίας ΔΙΠΑΕ Μαρία Χατζηδημητρίου, το μέλος του ΔΣ του ΙΣΘ Δρ Βιολέττα Βαϊτση Phd Μαιευτήρας - Γυναικολόγος και το μέλος του ΔΣ του ΙΣΘ παιδίατρος Νίκος Καρανταγλής μίλησαν για τις εκδηλώσεις της φετινής δράσης, ανάμεσα στις οποίες ήταν και... “εμβολιαστική πορεία” στη Νέα Παραλία, επισημαίνοντας ότι στην Ελλάδα καταγράφεται πλέον –σύμφωνα και με το ευρωβαρόμετρο– εμβολιαστικό κίνημα για το οποίο συνέβαλε σε ένα βαθμό με τα τρία χρό-





για #εμβολιαζω και ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης.

Με ομιλητές καθηγητές και ειδικούς των εμβολίων στα γραφεία του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης στην Πλατεία Αριστοτέλους 4 το κοινό ενημερώθηκε για τους μικροπαθολογικούς οργανισμούς που συνεχίζουν να υπάρχουν και στον 21ο αιώνα αλλά με την βοήθεια της επιστήμης, δηλαδή των εμβολίων αντιμετωπίζονται και... καταπολεμούνται. Ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης διοργάνωσε στην πλατεία του Λευκού Πύργου εκδήλωση ενημέρωσης όπου ειδικοί γιατροί μέλη του ΙΣΘ έδωσαν απαντήσεις σε απορίες και ταυτόχρονα είχαν ευκαιρία να εμβολιαστούν με αντιεπιδεικτικό εμβόλιο, όσοι το επιθυμούσαν. Αποκορύφωση ήταν η «εμβολιαστική πορεία» από το Macedonia Palace ως το Λευκό Πύργο -γιατρών και φοιτητών της Ιατρικής- εκδήλωση που συνεχίστηκε στη θάλασσα με... караβάκι. Επίσης ο ΙΣΘ -στο πλαίσιο πάντα του φετινής εμβολιαστικής καμπάνιας του- έχει προγραμ-

ματίσει εμβολιασμούς παιδιών που φιλοξενούνται στο ΠΑΠΑΦΕΙΟ ίδρυμα.

Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης Νίκος Νίτσας έχει τονίσει πολλές φορές ότι «αδιανόητο να θρηνούμε 146 θύματα από τη γρίπη και τέσσερα από την ιλαρά! Το 79% των ατόμων που νοσηλεύτηκαν ήταν ανεμβολίαστοι, ενώ ανήκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Με την ενημέρωση αυτά τα ποσοστά μπορούν να αλλάξουν. Το υπουργείο υγείας να ακολουθήσει το παράδειγμα του ΙΣΘ και να ενημερώσει με δράσεις ανάλογες με τη δική μας (βλ #ΕμvoliaZO) όλους τους πολίτες σε όλη τη χώρα» Ο πρόεδρος του ΙΣΘ πρόσθεσε ότι «ο μεγάλος αριθμός θυμάτων γρίπης που καταγράφεται κάθε χρόνο από τις συναρμολογίες υπηρεσιών θέτει ένα βασικό ερώτημα: Μήπως ήρθε η ώρα να μιλήσουμε για... «υποχρεωτικότητα εμβολίων» ώστε να θωρακιστεί το ανοσοποιητικό σύστημα αλλά και η δημόσια υγεία στην Ελλάδα και στην Ευρώπη του 2019; Μήπως πρέπει να κάνουμε κάτι περισ-



σότερο, πχ νομικό πλαίσιο, ώστε να μη χάνονται ανθρώπινες ζωές από γρίπη κι άλλα νοσήματα που είχαμε ξεχάσει τα τελευταία χρόνια; Οι καμπάνιες ενημέρωσης για τη χρησιμότητα και την αναγκαιότητα των εμβολίων, που ξεκίνησαν πριν από τρία χρόνια από τον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης, προέβλεψαν και «αναχαίτισαν» τα πολλαπλάσια θανατηφόρα κρούσματα. Η δε ευαισθητοποίηση της κοινωνίας ήταν αποτέλεσμα της προσπάθειας του ιατρικού κόσμου να τονίσει για μία ακόμη φορά ότι τα εμβόλια σώζουν ζωές και οι ισχυρισμοί περί του αντιθέτου με αμφιβόλου προέλευσης «αντιεμβολιαστικά κινήματα» (που βρήκαν έκφραση στο χαοτικό κόσμο του διαδικτύου) ήταν κι είναι έωλοι και πέρα από κάθε επιστημονική τεκμηρίωση».

Η γενική γραμματέας του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης ιατρός βιοπαθολόγος, αναπληρώτρια καθηγήτρια μικροβιολογίας ΔΙΠΑΕ Μαρία Χατζηδημητρίου έχει τονίσει πως είναι «κωμικοτραγικό και απαράδεκτο να πεθαίνουν

άτομα από γρίπη και ιλαρά, ενώ υπάρχουν ασφαλή εμβόλια». Διευκρίνισε πως στόχος του ΙΣΘ είναι «να προφυλάξει, να ειδοποιήσει και να ενημερώσει τον πληθυσμό» καθώς όπως η ίδια τόνισε «έχουμε πρόβλημα δημόσιας υγείας». Ξεκαθάρισε πως «εσφαλμένα θεωρείται ότι υπάρχει παρενέργεια και επιπλοκή από τα εμβόλια. Τα εμβόλια είναι τμήματα από πρωτεΐνες». Χαρακτηριστικά η κα Χατζηδημητρίου είπε ότι «Δεν υπάρχει πολιτική βούληση για την αναγκαιότητα και υποχρεωτικότητα των εμβολιασμών. Με την “Εμβολιαστική Πορεία” ο σύλλογος δίνει ηχηρό μήνυμα υπέρ του Εμβολιαστικού κινήματος. Δεν μπορεί στον 21 αιώνα να πεθαίνουν άνθρωποι από γρίπη και ιλαρά ενώ υπάρχει ασφαλές εμβόλιο και είναι γνωστό ότι τα συγκεκριμένα νοσήματα μπορεί να αποβούν μοιραία”. Είπε ακόμη ότι “Θα κάνουμε εμβολιασμούς για μηνιγγίτιδα στο Παπάφειο με το ακριβό εμβόλιο που δεν χορηγείται από το κράτος. Το αντιεμβολιαστικό κίνημα προάγει την περαιτέρω αλόγιστη χρήση



αντιβιοτικών για την καταπολέμηση της λοίμωξης από φυσική νόσηση με αποτελέσματα μικρόβια να γίνονται ανθεκτικά. Ανθεκτικά μικρόβια καταπολεμούνται δύσκολα από αντιβιοτικά με αποτέλεσμα ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και θάνατο. Φυσική νόσηση ή εμβολιασμός; Φυσική νόσηση από πολιομυελίτιδα σημαίνει παράλυση από ενεργό ηπατίτιδα Β σημαίνει ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Από HPV καρκίνο τράχηλου μήτρας. Φυσική νόσηση εγκύου από ερυθρά σημαίνει συγγενής ερυθρά και ανωμαλίες νεογνού..."

Από την πλευρά της, η μαιευτήρας και γυναικολόγος και μέλος του ΔΣ του ΙΣΘ Βιολέτα Βαϊτση, απηύθυνε έκκληση προς τα ΜΜΕ να ενημερώνουν πιο έγκυρα το κοινό, καθώς όπως τόνισε, «τα τελευταία χρόνια υπάρχουν στο διαδίκτυο και σε αξιόπιστα κανάλια... συνωμοσιολογικές θεωρίες (βλ. αντιεμβολιαστικό κίνημα) με αποτέλεσμα να υπάρχει στρεβλή ενημέρωση». Παράλληλα, υπογράμμισε πως

θα προσπαθήσει και ο ίδιος ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης να εξηγήσει ακόμη πιο απλά την αναγκαιότητα των εμβολίων, χωρίς ιατρικές ορολογίες, ώστε να γίνουν κατανοητές οι σοβαρότατες επιπτώσεις από τον μη εμβολιασμό. Πρόσθεσε δε ότι «όσοι γονείς δεν εμβολιάζουν τα παιδιά τους, δρουν εντελώς... εγωιστικά». Η κα Βαϊτση ανέφερε ότι στις ΗΠΑ με εμβολιασμό κατά του ιού HPV ο οποίος ευθύνεται για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, μειώθηκαν κατά 50% τα νέα κρούσματα δυσπλασιών της μήτρας, ενώ στην Αυστραλία, όπου ο εμβολιασμός αυτός είναι υποχρεωτικός, έχουν εξαλειφθεί τα καρκινογόνα κονδυλώματα.

Ο παιδίατρος και μέλος του ΔΣ του ΙΣΘ Νίκος Καρανταγλής χαρακτήρισε το αντιεμβολιαστικό κίνημα ως ανοησία, «δεν είναι δυνατόν να έχουμε βρέφη σε εντατικές μονάδες επί μήνες και να απειλείται άμεσα η ζωή τους. Κάθε χρόνο 2.500.000 άνθρωποι δεν πεθαί-

νουν πια στον πλανήτη γιατί εμβολιάζονται» Θα μπορούσαμε και καλύτερα, πρόσθεσε, γιατί χάνονται άλλες 1.500.000 ζωές. Ο κ. Καρανταγλής ανέφερε χαρακτηριστικά περιστατικό βρέφους 10 μηνών, το οποίο εδώ και τρεις μήνες νοσηλεύεται διασωληνωμένο στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης λόγω γρίπης H1N1 την οποία “κόλλησε” από ανεμβολίαστο άτομο του οικογενειακού του περιβάλλοντος!

Συνάντηση Νίκου Νίτσα – Marianna Trias

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξετάζει κοινές δράσεις με τον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης

Συμφωνία για συνεργασία του Προέδρου του ΙΣΘ Νίκου Νίτσα με την υπεύθυνη του γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Αθήνα Marianna Trias. Συναντήθηκαν στην Αθήνα και έδωσαν τα χέρια για κοινές δράσεις

πρόληψης και ενημέρωσης. Ο Πρόεδρος του ΙΣΘ ενημέρωσε την κυρία Trias για τις πρωτοβουλίες των τελευταίων χρόνων σχετικά με τη χρησιμότητα των εμβολιασμών, καθώς και τις προσεχείς δράσεις σχετικά με θέματα πρόληψης και δημόσιας υγείας. Συζητήθηκε διεξοδικά η δυνατότητα συνεργασίας των δύο φορέων σε μελλοντικές δράσεις του ΙΣΘ. Επίσης συζητήθηκε το πολύ μεγάλο πρόβλημα της προμήθειας φαρμάκων και ειδικότερα αντιβιοτικών χωρίς ιατρική συνταγή για το οποίο ο ΙΣΘ έχει προβεί σε επανειλημμένες συστάσεις και επισημάνσεις, ζήτησε και τη συμβολή του ΠΟΥ με παρέμβαση προς το Υπουργείο Υγείας ώστε να σταματήσει αυτή η ανεξέλεγκτη πρακτική που απειλεί την ανθρωπότητα μέσω της εμφάνισης ανθεκτικότερων μικροβιακών στελεχών. Υπήρξε συμφωνία για την αναγκαιότητα αναμόρφωσης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας καθώς ο ΠΟΥ έχει ενεργό ρόλο σε αυτήν. Ο Πρόεδρος ανέλυσε τη θέση του ΙΣΘ σχετικά με τις βελτιώσεις που πρέπει να γίνουν ώστε



να καταστεί λειτουργική και οικονομικά βιώσιμη η αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ταξίδι χαράς και αυτογνωσίας

Στις αρχές του χρόνου «ανέβηκε» στο ΡΑΔΙΟ ΣΙΤΥ «Ταξίδι χαράς και αυτογνωσίας», με τη βοήθεια του ΜΑΓΟΥ ΤΟΥ ΟΖ για τα παιδιά μελών του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης (ΙΣΘ) καθώς και δομών φιλοξενίας της κεντρικής Μακεδονίας (Παιδικό Χωριό SOS, Ελληνικό Παιδικό Χωριό στο Φίλυρο κ.α.).

Στο κατάμεστο θέατρο της Θεσσαλονίκης, οι μικροί προσκεκλημένοι του ΙΣΘ πήραν πολλά δώρα, μεταξύ των οποίων και ένα ιστορικό βιβλίο. Όπως τόνισε ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας «Πρόκειται για μια πλήρη έκδοση για

παιδιά, με την ιστορία της Μακεδονίας, από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, υπό την αιγίδα της Εταιρείας Μακεδονικών Σπουδών. Το βιβλίο έχει ιδιαίτερη αξία. Για να μάθουν οι μικροί μας φίλοι την ιστορία και την ελληνικότητα της μακεδονικής γης, στην οποία ζούμε. Για να ξέρουν πώς θα απαντούν σε όλους εκείνους που πιστεύουν ότι η Μακεδονία δεν είναι Ελλάδα...».

Η θεατρική παράσταση της «Παιδικής Σκηνής Θεσσαλονίκης» καταχειροκροτήθηκε ενώ ο πρόεδρος του ΙΣΘ Νίκος Νίτσας συνεχάρη τους συντελεστές του έργου που με τον πιο ευφάνταστο και διασκεδαστικό τρόπο «διδάσκουν» το μεγαλείο και τη δύναμη της ψυχής. Όλοι, μικροί και μεγάλοι περιηγήθηκαν «στη χώρα του Οζ» και ανακάλυψαν πως η «μαγεία» υπάρχει δίπλα μας, αρκεί να θέλουμε να τη δούμε...



Στιγμιότυπο από τους συντελεστές της παράστασης με τον πρόεδρο Νίκο Νίτσα και μέλη του ΔΣ του ΙΣΘ.



Το δώρο του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης στα παιδιά ήταν η ιστορία της Μακεδονίας!



Ενημέρωση για την υποχρέωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο

Φωτεινή Α. Βλάχου

Δικηγόρος, Νομική Σύμβουλος Ι.Σ.Θ.

Σύμφωνα με το αρ.293 του ν.4512/2018 «κάθε ιατρός που ασκεί το ιατρικό επάγγελμα στην ελληνική επικράτεια υποχρεούται να είναι εγγεγραμμένος ως μέλος σε έναν Ιατρικό Σύλλογο. Ειδικότερα οι ιατροί, οι οποίοι είναι επαγγελματικώς 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, στην περιφέρεια του οποίου 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, σε μονάδες Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας ή Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι 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 κα-

τώτερο 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.»

Σύμφωνα με το αρ.296 παρ.1 και 2 του ν. 4512/2018 «ο ιατρός, ο εγγεγραμμένος στα μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου υποχρεούται κάθε έτος και μέχρι τέλους Φεβρουαρίου να υποβάλλει στο Σύλλογο του οποίου είναι μέλος, δήλωση, η οποία περιέχει τα εξής στοιχεία:

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

Β) βεβαίωση ότι αυτός ασκεί πράγματι το λειτουργήμα 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 πα-

ρέχει τις υπηρεσίες του σε φυσικό ή νομικό πρόσωπο με πάγια αντιμισθία 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 ποιους 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.»

Επίσης σύμφωνα με το άρθρο 315 παρ. 2 εάν η ετήσια εισφορά δεν υποβληθεί μέχρι τέλους Φεβρουαρίου του επόμενου έτους τότε ο ιατρός υποχρεούται σε καταβολή εισφοράς προσαυξημένης νομίμως. Η πέραν του εξαμήνου καθυστέρηση με εισήγηση του Διοικητικού Συμβουλίου και προσωπική ευθύνη του Ταμία τιμωρείται από το Πειθαρχικό Συμβούλιο με πρόστιμο μέχρι του ποσού της εισφοράς του. Ο ιατρός που δεν κατέβαλλε εισφορά επί τριετία διαγράφεται από τα μητρώα του Συλλόγου με αιτιολογημένη απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου μετά από προηγούμενη ακρόαση του ιατρού. Ανάλογα ισχύουν και για τους ιατρούς εγγεγραμμένους στα ειδικά μητρώα Συλλόγων στους οποίους δεν είναι μέλη.

Σύμφωνα δε με το αρ. 296 παρ. 4 και 5, το Δ.Σ. μπορεί να προβαίνει σε όλες τις νόμιμες ενέργειες, εξωδικαστικές και δικαστικές, προκειμένου να εισπράξει τις οφειλόμενες εισφορές, με τις εκάστοτε νόμιμες προσαυχήσεις.

Η διαγραφή δε του ιατρού από το μητρώο του κύριου Ιατρικού Συλλόγου, στον οποίο είναι εγγεγραμμένος επιφέρει την άμεση ανάκληση της άδειας άσκησης επαγγέλματος του.

Η εκπρόθεσμη υποβολή δήλωσης, η δήλωση που δεν πληροί όλους τους όρους του αρ.296 παρ.1 και 2 καθώς και η υποβολή ανειλικρινούς δήλωσης αποτελούν πειθαρχικά παραπτώματα κατά άρθρο 319. Ο παραβάτης απαλλάσσεται στην περίπτωση συνδρομής λόγων ανωτέρας βίας.

Εν κατακλείδι, η σύννομη άσκηση της ιατρικής συνδέεται με την υποχρεωτικότητα εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο, αφενός στο γενικό μητρώο του Συλλόγου, όπου και βρίσκεται η κύρια επαγγελματική εγκατάσταση του ιατρού και αφετέρου στο ειδικό μητρώο σε περιφέρεια άλλου Ιατρικού Συλλόγου για όσους επιθυμούν την παράλληλη άσκηση επαγγέλματος σε άλλη περιφέρεια.

Η εγγραφή και η παραμονή εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο συνεπάγεται την υποχρέωση καταβολής ετήσιας εισφοράς τόσο για τα μέλη του γενικού μητρώου όσο και γι' αυτά του ειδικού μητρώου, ενώ το Δ.Σ. δικαιούται να διαγράψει με αιτιολογημένη απόφασή του και μετά από προηγούμενη ακρόαση όσα μέλη δεν έχουν καταβάλλει επί τριετία τις εισφορές τους.

Άλλωστε και ο Ιατρικός Σύλλογος υποχρεούται να αποδίδει στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο μέρος του ποσού της ετήσιας εισφοράς των μελών τόσο του γενικού όσο και του ειδικού μητρώου.

Η διαγραφή συνεπάγεται άμεσα τη στέρηση της άδειας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.



Παγκόσμια ημέρα Φυματίωσης, 24 Μαρτίου 2019

Η παγκόσμια ημέρα φυματίωσης είναι ημέρα ενημέρωσης του κοινού για την παγκόσμια επιδημία της φυματίωσης, αλλά και ημέρα ευαισθητοποίησης γύρω από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουμε και τα προβλήματα που μας εμποδίζουν να εξαλείψουμε αυτή την καταστροφική νόσο. Φέτος το μήνυμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) είναι «**Ήρθε η ώρα!**»

Ήρθε η ώρα για ενεργητική αναζήτηση και θεραπεία της ενεργού και λανθάνουσας φυματίωσης.

Πρέπει να εντατικοποιηθεί ο έλεγχος για φυματίωση των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού και ιδιαίτερα των προσφύγων και μεταναστών, των φυλακισμένων, των τροφίμων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και ιδρυμάτων χρονίως πασχόντων.

Ήρθε η ώρα για καλύτερη εκπαίδευση, αλλά και ενίσχυση της υποψίας και ευαισθητοποίησης για τη διάγνωση της φυματίωσης.

Ήρθε η ώρα για την αξιόπιστη καταγραφή της επίπτωσης του νοσήματος στη χώρα μας, μέσω σύνδεσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αντιφυματικών φαρμάκων με τη δήλωση των περιστατικών φυματίωσης.

Μόνο όταν γνωρίζεις πραγματικά τον «εχθρό» μπορείς να τον νικήσεις.

Ήρθε η ώρα για στελέχωση και λειτουργία αντιφυματικών ιατρείων και κατάλληλης συνθήκης νοσηλείας σε όλα τα περιφερειακά νοσοκομεία, ιδιαίτερα στα ακριτικά νησιά.

Ήρθε η ώρα για άμεση πρόσβαση στη θεραπεία και αδιάλειπτη διαθεσιμότητα όλων των αντιφυματικών φαρμάκων, σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Ήρθε η ώρα για ανάπτυξη εθνικής στρατηγικής για την φυματίωση.

Ήρθε η ώρα όλα τα παραπάνω να γίνουν πράξη.

Το μήνυμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Κάθε χρόνο, στις 24 Μαρτίου, γιορτάζουμε την Παγκόσμια Ημέρα Φυματίωσης, για να ευαισθητοποιήσουμε το κοινό όσον αφορά τις καταστροφικές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της φυματίωσης και να εντείνουμε τις προσπάθειές μας για τον τερματισμό της παγκόσμιας επιδημίας της φυματίωσης. Η ημερομηνία αυτή σηματοδοτεί την ημέρα όπου, το 1882, ο Δρ. Robert Koch ανακοίνωσε ότι είχε ανακαλύψει το βακτήριο που προκαλεί τη φυματίωση. Η ανακάλυψη αυτή άνοιξε το δρόμο για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας.

Η φυματίωση παραμένει το συχνότερο αίτιο θανάτου από λοιμώδες νόσημα στον κόσμο. Κάθε μέρα, σχεδόν 4.500 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους από φυματίωση και περίπου 30.000 άνθρωποι αρρωσταίνουν από αυτή την ασθένεια, που μπορεί και να προληφθεί αλλά και να θεραπευθεί. Από το 2000 μέχρι σήμερα, συνολικά 54 εκατομμύρια ζωές έχουν σωθεί χάρις στις παγκόσμιες προσπάθειες για την καταπολέμηση της φυματίωσης και η θνητότητα της νόσου έχει μειωθεί κατά 42%.

Προκειμένου να εντατικοποιηθεί ο αγώνας κατά της φυματίωσης και να επιτευχθούν οι στόχοι που έχει θέσει η παγκόσμια κοινότητα για την καταπολέμηση του νοσήματος, οι αρχηγοί των κρατών συναντήθηκαν τον Σεπτέμβριο του 2018 και ανέλαβαν ισχυρές δεσμεύσεις για την εξάλειψη της φυματίωσης, στη διάρκεια της πρώτης υψηλού επιπέδου συνάντησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).

Το θέμα της Παγκόσμιας Ημέρας TB 2019

–«Ήρθε η ώρα»– δίνει έμφαση στην επείγουσα ανάγκη που υπάρχει να δράσουμε, βασισμένοι στις δεσμεύσεις των παγκόσμιων ηγετών, ώστε:

- να κλιμακωθεί η πρόσβαση στην πρόληψη και τη θεραπεία
- να υπάρξει ανάληψη ευθυνών
- να εξασφαλισθεί επαρκής και βιώσιμη χρηματοδότηση και για την έρευνα
- να προωθηθεί ο τερματισμός τουστιγματισμού και των διακρίσεων
- να προωθηθεί μια δίκαιη απάντηση στο πρόβλημα της φυματίωσης, βασισμένη στα ανθρώπινα δικαιώματα, με επίκεντρο τον άνθρωπο

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), σε συνεργασία με το Παγκόσμιο Ταμείο και τη Σύμπραξη «Stop TB», ξεκίνησε τη συλλογική πρωτοβουλία «Βρείτε. Θεραπεύστε. Όλους. #Εξαλείψτε τη φυματίωση», με στόχο την επιτάχυνση της απάντησης στη φυματίωση και την εξασφάλιση πρόσβασης στην περίθαλψη, σε συμφωνία με τη συνολική προσπάθεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Καθολική Κάλυψη Υγείας.

Από την Παγκόσμια Ημέρα Φυματίωσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καλεί τις κυβερνήσεις, τις πληγείσες κοινότητες, τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τους εθνικούς και διεθνείς εταίρους να ενώσουν τις δυνάμεις τους κάτω από το σύνθημα «Βρείτε. Θεραπεύστε. Όλους. #Εξαλείψτε τη φυματίωση», για να εξασφαλισθεί ότι κανείς δεν μένει πίσω. Ήρθε η ώρα για δράση!

Ήρθε η ώρα να εξαλείψουμε την φυματίωση.



Σωστή χρήση και παράσταση του χρόνου στη φαρμακολογία και την ογκολογία

Λάζαρος Μπούτης

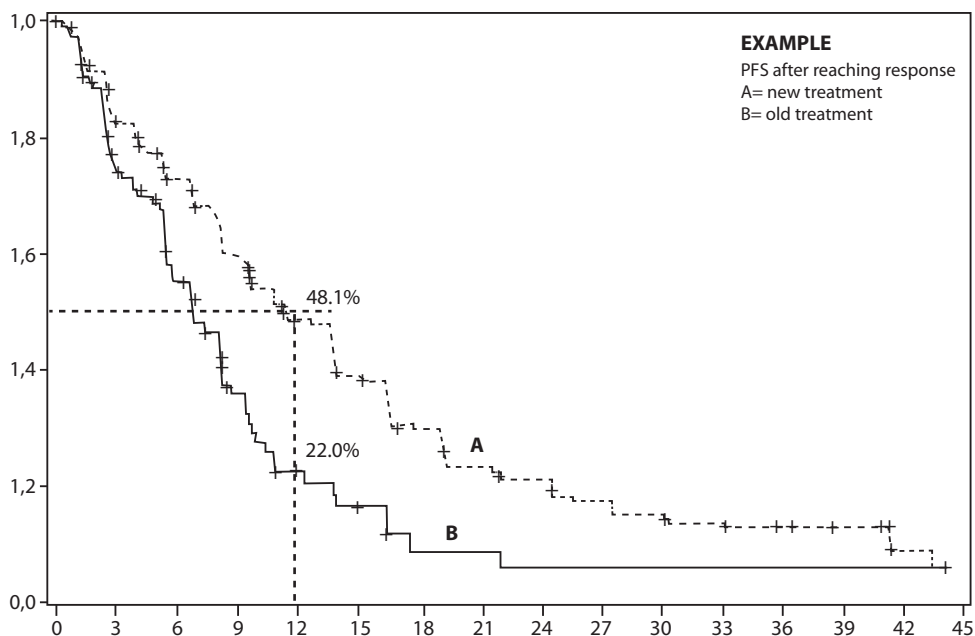
Ογκολόγος, ομότιμος καθηγητής ΑΠΘ

Ως ιδρυτικό πρωταγωνιστικό μέλος στην οργάνωση και λειτουργία του ΘΕΑΓΕΝΕΙΟΥ και ως επί πολλά χρόνια πρόεδρος του ογκολογικού συμβουλίου και μετά της ογκολογικής επιτροπής θεωρώ προνόμιο την ευκαιρία να δώσω αυτή τη διάλεξη για μια επιστήμονα που οργάνωσε και διηύθυνε επί τρεις δεκαετίες ένα κομβικό εργαστήριο του νοσοκομείου. Χρησιμοποιώντας λοιπόν σχεδόν μόνο δικά μου δεδομένα (κι όταν λέγω δικά μου εννοείται ότι είναι κοινά με την επιστήμονα την μνήμη της οποίας τιμούμε), θα περιγράψω σήμερα κανόνες και οδηγίες για τη σημασία, τη σωστή χρήση, τη σωστή εκτίμηση και τη σωστή παράσταση του χρόνου στη φαρμακολογία και στην ογκολογία.

Η Αλίκη Παπαδοπούλου-Μπούτη παρέλαβε το θέρος του 1975 ένα νεόκτιστο χώρο, τον οποίο εντός τριών μηνών μετέτρεψε σε πλήρως λειτουργούν εργαστήριο κλινικής χημεί-

ας-βιοχημείας. Οργάνωσε το εργαστήριο στον πρώτο όροφο του νοσοκομείου φροντίζοντας να έχει τέλειο εξοπλισμό· μάλιστα μέχρι και τεχνικές τροποποιήσεις μηχανημάτων επέβαλε σε εταιρείες. Το διηύθυνε και το λειτούργησε επί 30 έτη καλύπτοντας τις κλινικές και ερευνητικές απαιτήσεις ενός νοσοκομείου μεγάλης επιστημονικής και κλινικής εμβέλειας. Εγγράφεται στην τριάδα των σημαντικών γυναικών-επιστημόνων της ακμής του νοσοκομείου μαζί με την Βασιλεία Τσιγαλίδου-Μπάλλα και την Joyce Taylor-Παπαδημητρίου. Δυστυχώς της έτυχε ένας δύσκολος αντίπαλος, ο καρκίνος του πνεύμονα, από τον οποίο και νικήθηκε. Για τον ομιλούντα έχει ιδιαίτερη σημασία να τονιστεί ότι ήταν βασική συνεργάτης σ' όλη τη διάρκεια της ζωής της, συμμετείχε σε όλες τις ερευνητικές εργασίες και πάνω απ' όλα ήταν σύζυγος και μητέρα των παιδιών μας. Ότι παρουσιάζεται στη διάλεξη αυτή στον ενικό, θε-

* Διάλεξη που δόθηκε στις 26/9/2018 σε διεθνές επιστημονικό συνέδριο στη Θεσσαλονίκη.



Εικόνα 1.

ωρήστε ότι εννοείται ότι είναι κοινό.

Επέλεξα ένα θέμα γενικό, φαινομενικά ανύπαρκτο σαν πρόβλημα, αλλά τεχνικά καθημερινό. Μεγάλο μέρος της σύγχρονης κλινικής έρευνας στην ογκολογία, πρακτικά πλέον εξαρτημένης σε μεγάλο βαθμό από τη βιομηχανία, περιλαμβάνει έρευνα του φαρμάκου, κλινική έρευνα της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου και προσπάθεια εισαγωγής του φαρμάκου στην κλινική πράξη. Η παράσταση της παραμέτρου 'χρόνος' είναι βασικής σημασίας, αφού η κρίση και εκτίμηση κάθε θεραπείας στηρίζεται στον βαθμό του αποτελέσματος, στη διάρκεια του αποτελέσματος και στην αναφορά των ενδιάμεσων προβλημάτων όπως η τοξικότητα και τα μεσοδιαστήματα των εφαρμογών. Φυσικά το τελευταίο και βασικό κριτήριο στην ογκολογία είναι η επιβίωση. Βλέποντας λοιπόν μια εικόνα όπως αυτή αμέσως πάει το μάτι στο αποτέλεσμα και στο χρόνο. Εδώ ξεκινούμε από δεδομένο επιτευ-

χθέν αποτέλεσμα, η καμπύλη είναι μια φθίνουσα καμπύλη και ο χρόνος δίνεται σε μήνες. Στις καμπύλες δεν μπορούμε να συμπεριλάβουμε τοξικότητα και επίσης η επιβίωση παραμένει στον ορίζοντα του πιθανού. (Εικ. 1)

Ο άνθρωπος ενστικτωδώς αισθάνεται, παρακολουθεί και μετρά το χρόνο γραμμικά. Ξεκινά πάντα από το μηδέν. Ο χρόνος για τον γιατρό είναι γραμμικός και ούτε συστέλλεται ούτε διαστέλλεται. Και όταν εκτιμάται και παριστάνεται πρέπει να ακολουθούνται αρχές και μέθοδοι. Στις ιατρικές μετρήσεις υπάρχει ακαθόριστο εύρος τιμών που για άλλες παραμέτρους είναι εύκολο να ξεπεραστεί εφαρμόζοντας λογαριθμούς. Αυτό δεν ισχύει για το χρόνο. Λογαρίθμηση του χρόνου μπορεί να γίνει σπάνια στις ιατρικές μετρήσεις και παραστάσεις, και αυτό μόνο αν υπάρχει τρόπος παράκαμψης της ανάγκης ξεκινήματος από το μηδέν. Είναι εκπληκτικό για τον άνθρωπο ότι διαθέτει πλέον και ένα τρίτο εγκεφαλικό ημι-

σφαίριο, τον υπολογιστή, ένα ημισφαίριο μάλιστα που δυστυχώς είναι το μόνο που μπορεί να διορθωθεί ή να αντικατασταθεί. Ας δούμε λοιπόν πώς χρησιμοποιείται και πώς παριστάνεται ο χρόνος.

1. Σε απλές περιπτώσεις (χρόνος και μια άλλη παράμετρος), ο χρόνος είναι γραμμικός. Η άλλη παράμετρος παριστάνεται όπως είναι αναγκαίο. Σε παράσταση δεικτών καρκίνου η παράσταση πρέπει να είναι ημιλογαριθμική λόγω του μεγάλου πιθανού εύρους των τιμών. Οι συνηθισμένες μέθοδοι στατιστικής είναι εύκολο να εφαρμοστούν.
2. Χρόνος και δύο άλλες παράμετροι: σπάνιως αλλά μπορεί και ο χρόνος να λογαριθμιστεί. Εργασία με υπολογιστή.
3. Χρόνος και τρεις άλλες παράμετροι. Η εργασία μπορεί να γίνει μόνο με υπολογιστή.
4. Πολυπαραγοντική εργασία χωρίς υπολογιστή είναι αδύνατη. Και πάλι το πρόγραμμα του υπολογιστή συνήθως είναι κλιμακωτό, δηλαδή σπάει το πρόβλημα σε ολιγοπαραγοντικά προβλήματα και τα ξαναενώνει στην τελική απάντηση.
5. Για τη μελέτη και παράσταση της επιβίωσης χρησιμοποιούνται οι μέθοδοι Life Table που χρησιμοποίησα και έγινα γνωστός και κυρίως η μέθοδος Kaplan-Meier που τώρα θεωρείται ως ο χρυσός κανόνας. Εν τούτοις, η μέθοδος αυτή, όταν προς το τέλος της παρακολούθησης ή της κλινικής μελέτης γενικά ο αριθμός των ασθενών γίνεται πολύ μικρός, δεν μπορεί να δώσει αποτελέσματα.

Έχοντας μπροστά μας την ανάγκη να μπορούμε υπολογιστικά να προεκτείνουμε τις καμπύλες παραπέρα, μια που η σύγχρονη αντίληψη είναι ότι σιγά σιγά ο καρκίνος γίνεται μια 'θεραπεύσιμη' (ακόμα σε εισαγωγικά) ομάδα ασθενειών, είπαμε να προσπαθήσουμε δεδομένα της μεθόδου Kaplan-Meier να επανυπολογιστούν και να αποδοθούν με καμπύλες

Gompertz (το πρόβλημα έλυσε ο μαθηματικός-αστροφυσικός Δημήτριος Νικολαΐδης). Και εδώ ο χρόνος είναι γραμμικός. Η μελέτη αυτή (Εικ. 2) έγινε σε 2.400 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ανάμεσα στο 1993 και στο 2014 στη Θεσσαλονίκη.

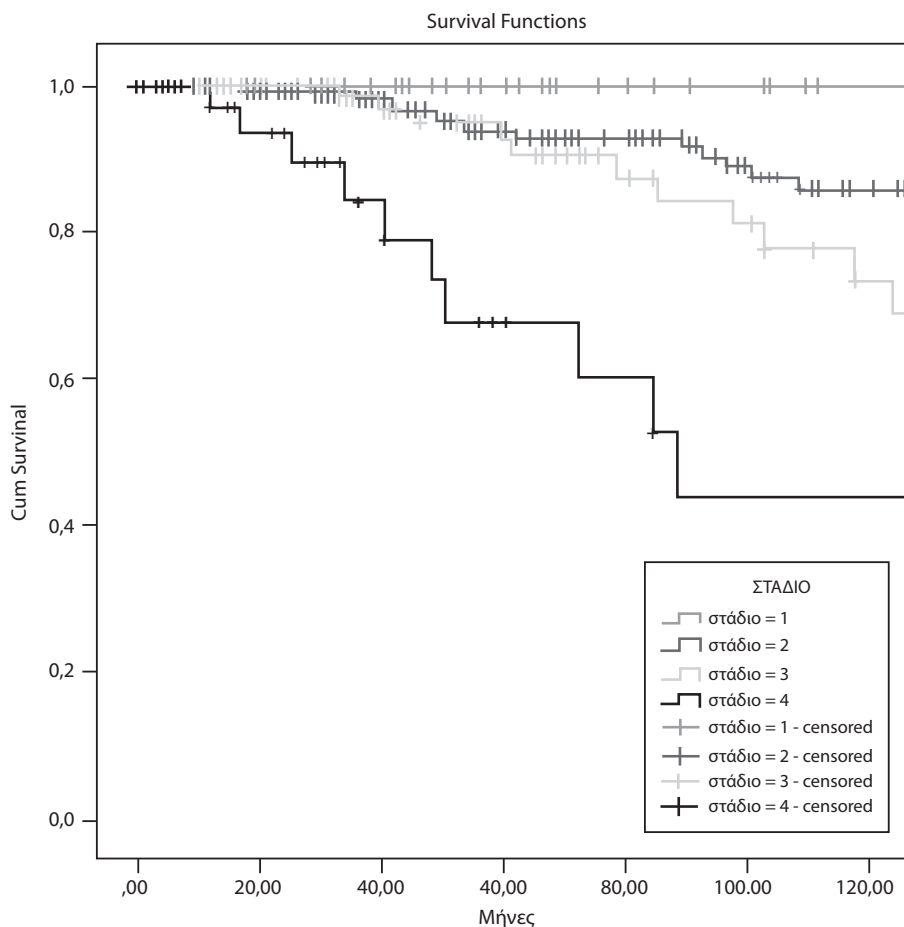
- Στο I στάδιο η γραμμή είναι οριζόντια καθώς δεν σημειώθηκε κανένας θάνατος από τη νόσο.
- Στο II στάδιο, όπως αναμενόταν, η καμπύλη είναι ασυμπτωτική και το ποσοστό επιβίωσης στα 10 χρόνια είναι πάνω από 85%.
- Στο III στάδιο η καμπύλη είναι και πάλι ασυμπτωτική με ποσοστό δεκαετούς επιβίωσης 75%.

Τέλος στο IV με την τροποποιημένη μέθοδο αλλά και τις δυο παλαιότερες είναι για τα 5 χρόνια 65 %. Όλοι γνωρίζουμε και έχουμε περιπτώσεις τετάρτου σταδίου που με αλληλοδιάδοχες θεραπείες, με συρραφή μεθόδων και συνδυασμών και με τη χρήση νέων φαρμάκων ζουν πάνω από 10 χρόνια. Η νέα μέθοδος μας δίνει το δικαίωμα προέκτασής της και βρίσκουμε μια θεωρητική τιμή γύρω στο 40%.

Πάμε τώρα στη χρήση και παράσταση του χρόνου όταν υπεισέρχονται πολλές συνδυαζόμενες πιθανότητες. Πρώτα πάμε στην φαρμακοκινητική όπου οι εξεταζόμενες παράμετροι είναι πάνω από τρεις. Και αν βάλουμε και τις άλλες προϋποθέσεις όπως νεφρική λειτουργία και λευκώματα είναι πολύ περισσότερες.

Για ορισμένα φάρμακα είναι απαραίτητο να παρακολουθούμε συνεχώς τη φαρμακοκινητική για να καθορίζουμε τις δόσεις. Έχουμε ακόμα και υπολογιστές της τσέπης γι' αυτό. Γενικότερα στην μελέτη φαρμάκων και στη μελέτη της κυτταροκινητικής ο χρόνος πρέπει όχι μόνο να χρησιμοποιείται αλλά και να παριστάνεται σωστά.

Η αποτελεσματικότητα, η τοξικότητα και ο χρόνος είναι οι βασικές παράμετροι στη χη-



Εικόνα 2.

μειοθεραπεία. Η περιοδικότητα της θεραπείας εξαρτάται από τον χρόνο. Γνωρίζοντας τη βασική αρχή ότι τα κύτταρα της λευχαιμίας, του καρκίνου γενικότερα, πέφτουν με τη χημειοθεραπεία κατά ποσοστά, κατά λογαρίθμους δηλαδή, και γνωρίζοντας επίσης τον χρόνο διπλασιασμού των κυττάρων αρκετών όγκων του ανθρώπου εισήγαγα μαθηματικό υπολογισμό το 1978 τον οποίο παρουσίασα σε παγκόσμιο συνέδριο στη Μαδρίτη. Οι υπολογισμοί έχουν τη λογική ότι η θεραπεία, ιδίως σε συνδυασμούς, δεν μπορεί να επαναληφθεί

πριν αποδράμει η τοξικότητα της προηγούμενης (συνήθως 13-17 μέρες) αλλά και να προλάβει να εφαρμοστεί πριν περάσει το 1/3 μέχρι 1/2 του χρόνου διπλασιασμού των κυττάρων του όγκου (δηλαδή πάλι περί τις τρεις εβδομάδες). Ο τύπος αυτός έγινε σιωπηλά δεκτός, και όλα πλέον τα πρωτόκολλα σχεδιάζονται και διεξάγονται με βάση θεραπεία ανά τρεις εβδομάδες περίπου.

Η περιοδικότητα της χημειοθεραπείας με καλή χρήση του χρόνου των μεσοδιαστημάτων είναι απαραίτητη και στον αλγοριθμικό

σχεδιασμό και προγραμματισμό οποιασδήποτε θεραπείας. Εάν ανακεφαλαιώσουμε τα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα, θα δούμε την απέραντη προσπάθεια κλινικής έρευνας, όπου σε κάθε βραχίονα επιλογών υπάρχει ανάγκη καταγραφής και παράστασης και του χρόνου. Πολλοί καρκίνοι πλέον θεραπεύονται. Έτσι σήμερα είναι ιάσιμα νοσήματα (που όταν τα παρέλαβα δεν ήταν): νόσος Hodgkin, NHL-λέμφωμα, οξεία λευχαιμία, χρόνια μυελογενής λευχαιμία, όγκοι παιδικής ηλικίας, καρκίνος μαστού με πρόσθετη προφυλακτική χημειοθεραπεία, σαρκώματα του πεπτικού, όγκοι των

όρχεων και άλλοι όγκοι. Άλλοι μετατρέπονται σε χρόνιες παθήσεις. Για πολλούς δύσκολους καρκίνους, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του πνεύμονα, η επιβίωση έχει παραταθεί σημαντικά με ανοσοθεραπεία και άλλα μέσα.

Μιλώντας για χρόνο υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να γλιστρήσει κανείς προς θέματα θεωρητικά και φιλοσοφικά. Ωστόσο, στάθηκα στον χρόνο μου μιλώντας για τον χρόνο μόνο ως παράμετρο, μια παράμετρο για το μυαλό του ανθρώπου γραμμική, απόλυτη και δικτατορική. Σας ευχαριστώ.





Η μακρόχρονη εμπειρία ενός παιδίατρου στο ιδιωτικό ιατρείο: Αγωνία – Μοναξιά

Δημήτριος Τζάλλας (†)

Παιδίατρος

Πρώτα απ' όλα να ευχαριστήσω θερμά τον Πρόεδρο και το Διοικητικό Συμβούλιο της ΠΕ-ΒΕ για την εξαιρετική τιμή που μου έκανε να μοιραστώ μαζί σας σκέψεις που απορρέουν από την 35χρονη παιδιατρική πράξη στο Ιδιωτικό Ιατρείο. Η αποδοχή της πρόσκλησης έγινε με χαρά αλλά και συγκίνηση μια που μετά από τόσες δεκαετίες πλησιάζει η ώρα της συνταξιοδότησής μου.

Έτσι, λοιπόν, με αγωνία, φόβο αλλά και με ελπίδες και όνειρα, επέλεξα το 1983 τη Θεσσαλονίκη για τη εξάσκηση της Παιδιατρικής στο Ιδιωτικό Ιατρείο. Βέβαια, βιοποριστικά οι συνθήκες όταν ξεκίνησα εγώ και οι λοιποί της ηλικίας μου συνάδελφοι ήταν τελείως διαφορετικές. Σαφώς λιγότεροι Παιδίατροι στο Πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης, ελάχιστοι στις μεγάλες επαρχιακές πόλεις της Βόρειας Ελλάδας. Και ας μη ξεχνάμε ότι στη δεκαετία του 1980 στη χώρα μας είχαμε 160.000 τοκετούς για να πέσουν σταδιακά το

2016 στις 90.000. Απ' αυτούς 12.000 τοκετοί στη Θεσσαλονίκη.

Αντιλαμβάνεστε πόσο άλλαξαν οι συνθήκες, οι βιοποριστικές επαναλαμβάνω συνθήκες για έναν Παιδίατρο που εξασκεί την Παιδιατρική πράξη σε ιδιωτικό επίπεδο. Προσθέστε την οικονομική κρίση που μαστίζει τα τελευταία χρόνια τη χώρα μας. Κρίση που στερεί την πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και που βεβαίως αυξάνει υπερβολικά τη χρήση της Δημόσιας Νοσοκομειακής Φροντίδας και περίθαλψης.

Δεν είναι στις προθέσεις μου η εισήγηση αυτή να έχει ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον. Θα περιοριστώ σε αναφορές, αλλά δεν θα αποφύγω τις συμβουλές (και συγχωρήστε με για αυτό) προς νέους συναδέλφους που τώρα ξεκινάνε ή θα ξεκινήσουν την Παιδιατρική τους Σταδιοδρομία στο Ιδιωτικό Ιατρείο. Συναδέλφους νέους που με χαρά βλέπω να υπάρχουν σήμερα στην αίθουσα αυτή.

Οι δεκαετίες που μεσολάβησαν μέχρι τώρα άλλαξαν πληθώρα πραγμάτων στη Παιδιατρική. Νέες ασθένειες, νέα θεραπευτικά σχήματα, νέα εμβόλια και αλλαγές στα διάφορα εμβολιαστικά προγράμματα. Εξάλλου η δυναμική της Ιατρικής Επιστήμης γενικότερα είναι δεδομένη.

Σχεδόν καταργήθηκαν, με τους εμβολιασμούς, λοιμώδη νοσήματα όπως ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα, κοκκύτης που τα χρόνια εκείνα τα αντιμετωπίζαμε ακόμα και με μορφή επιδημιών, βαριά νοσήματα όπως μηνιγγίτιδες, εγκεφαλίτιδες, σοβαρές πνευμονίες, νοσήματα όμως, που υπάρχει κίνδυνος να επανεμφανιστούν λόγω της άρνησης πολλών γονέων να εμβολιάσουν τα παιδιά τους, ή να ξεχάσουν τις αναμνηστικές δόσεις στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Θυμάμαι στη δεκαετία του 80-90 είχαμε πανελλαδικά 2 επιδημίες ιλαράς. Τότε η επαναληπτική δόση του MMR γίνονταν στα 12 έτη. Ήταν πολλά τα κρούσματα που ενώ είχαν κάνει την πρώτη δόση, εμφάνισαν ιλαρά. Έτσι, η 2η δόση κατέβηκε στα 4-6 έτη. Τώρα η επαναληπτική δόση οπωσδήποτε σε ηλικία 4 ετών, ενώ σε πολλές χώρες ο εμβολιασμός με MMR γίνεται σε 3 δόσεις.

Κι αν έρθουμε στο σήμερα, υπάρχει κίνδυνος επιδημίας ιλαράς στην Ευρώπη λόγω ανεπαρκούς εμβολιασμού του πληθυσμού.

Ο Π.Ο.Υ. κατέγραψε περισσότερα από 500 κρούσματα, το τρίμηνο Ιανουάριος – Μάρτιος 2017 σε Γαλλία, Ιταλία, Γερμανία, Ελβετία (προηγμένες ιατρικά χώρες), στην Πολωνία, στην Ουκρανία και στη Ρουμανία, όπου στη τελευταία καταγράφηκαν από τον Ιανουάριο του 2016, 17 θάνατοι. Τα κρούσματα ήταν κανόνα ανεμβολίαστα ή μερικώς εμβολιασμένα παιδιά. Μέχρι στιγμής, ευτυχώς, δεν έχει καταγραφεί κανένα περιστατικό στη Ελλάδα.

Αλλά ας μη ξεχνάμε την αύξηση των αλεργιών, του παιδικού άσθματος, των αυτοάνοσων νοσημάτων. Εδώ να πω, ότι η πληροφόρηση που είχα από το Παιδιατρικό Ρευματολογικό Κέντρο του Ιπποκρατείου Νοσοκο-

μείου είναι ότι δεν υπάρχει ουσιαστική αύξηση των αυτοάνοσων νοσημάτων. Απλά αυτά αναγνωρίζονται πιο εύκολα και πιο γρήγορα από τον Παιδίατρο. Νοσήματα που σχετίζονται με τη καλύτερευση του βιοτικού επιπέδου όπως αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες, περιβαλλοντικοί παράγοντες, φάρμακα, κ.λπ.

Η αύξηση των γνώσεων όμως επέβαλε την δημιουργία μιας πληθώρας υποειδικοτήτων, που σαφώς δεν αρνούμαι, το αντίθετο μάλιστα. Ωστόσο η γενικευμένη γνώση σε όλα τα κεφάλαια της Παιδιατρικής από τον Γενικό Παιδίατρο θεωρώ ότι είναι απαραίτητη. Εξάλλου τα τελευταία χρόνια με την επανάσταση στην ηλεκτρονική πληροφόρηση, τα Συνέδρια, τις Ημερίδες, τις τακτικές ανά μήνα επιστημονικές συγκεντρώσεις (αναφέρομαι στη ΠΕΒΕ) έκαναν πιο εύκολη τη πρόσβαση για όλους μας σ' αυτήν.

Ο Γενικός Παιδίατρος είναι πρώτος αποδέκτης όλων των περιστατικών. Η παραπομπή απ' αυτόν, ενός σοβαρού κατά την κρίση του περιστατικού, σε έναν εξειδικευμένο Παιδίατρο είτε σε Ιδιωτικό είτε σε Νοσοκομειακό επίπεδο απαιτεί καλή ενημέρωση, αλληλοσεβασμό και συνεργασία για την τελική διάγνωση και θεραπεία.

Πριν λίγους μήνες, σε μια εκδήλωση από την Ένωση Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδίατρων προς τιμή της Καθηγήτριας κ. Μαλακά, εκείνη στην αντιφώνησή της είπε κάτι πολύ σημαντικό: Η παραπομπή ενός δύσκολου περιστατικού στο Νοσοκομείο, όταν συνοδεύεται με ένα απλό σύντομο ενημερωτικό, βάζει κατά μεγάλο ποσοστό την τελική διάγνωση.

Βέβαια ο Γενικός Παιδίατρος στην καθημερινή του πράξη έχει περισσότερο να ασχοληθεί με κοινές ασθένειες, που κι αυτές καμιά φορά κρύβουν κινδύνους. Η θεραπεία είναι το ζητούμενο (όπου χρειάζεται) αλλά και η τήρηση της θεραπείας από τους γονείς. Απαραίτητη λοιπόν η ενημέρωση για τη φύση της πάθησης και τους πιθανούς κινδύνους επιπλοκών, και όλα αυτά με υπομονή, επιμονή, αλληλοσεβασμό και καλή διάθεση. Έτσι μειώνεται η πολυ-

φαρμακία και η άνευ λόγου συνταγογράφηση.

Μεγάλο μέρος της καθημερινότητας καταναλώνεται στην παρακολούθηση, τους εμβολιασμούς και τη συμβουλευτική γονέων. Ως αναφορά την συμβουλευτική των γονέων, ο δάσκαλος πολλών από εμάς, Παιδίατρος-Ακαδημαϊκός Καθηγητής Μαρσωνιώτης έλεγε: «Ο ρόλος των Παιδιάτρων δεν τελειώνει με τη θεραπεία και την πρόληψη, αλλά έχουν χρέος να εκπαιδεύσουν τις μητέρες να εκπαιδεύσουν σωστά τα παιδιά τους». Η επιμονή μας για εμβολιασμό των παιδιών αποτελεί υποχρέωση όλων μας ιδιαίτερα τώρα που έχει αυξηθεί το αντιεμβολιαστικό λόμπι παγκόσμια. Προβληματισμός για την ασφάλεια των εμβολίων; Μα και βέβαια υπάρχει από πολλούς. Τι υπερτερεί όμως; Η πρόληψη των ασθενειών με τις οποιεσδήποτε σοβαρές επιπλοκές ακόμα και θανατηφόρες ή οι σπάνιες παρενέργειες των εμβολίων; Σαφώς το πρώτο. Παρά, λοιπόν, αυτούς τους προβληματισμούς ο Γενικός Παιδίατρος οφείλει να είναι αφοσιωμένος στην πρόληψη των ασθενειών και τη δημόσια υγεία.

Ευθύνη του Γενικού Παιδιάτρου είναι και η παρακολούθηση του νεογνού –βρέφους και παιδιού ιδιαίτερα σε επίπεδο κλινικής, σωματικής και ψυχοκινητικής εξέλιξης. Ακόμη και στη διατροφή (όπου τα δεδομένα αλλάζουν) σημαντικότερη είναι η υποχρέωση όλων μας στην στήριξη του μητρικού θηλασμού. Η συμβουλευτική προς τους γονείς λύνει τις οποιεσδήποτε ανησυχίες αυτών και δημιουργεί ένα καλύτερο κλίμα συνεννόησης προς όφελος και των δυο πλευρών. Βέβαια με την τεχνολογική επανάσταση (κινητή τηλεφωνία, διαδίκτυο) οι γονείς είναι πιο ενημερωμένοι χωρίς αυτό να είναι υπέρ του γιατρού. Το αντίθετο μάλιστα.

Η χρήση του κινητού διευκόλυνε την άμεση επικοινωνία, αλλά η κατάχρηση της δημιούργησε περισσότερα προβλήματα. Ο Παιδίατρος, κι αυτό συμβαίνει κατά κόρον, στην Ελλάδα αναγκάζεται να σπαταλά υπερβολικά μεγάλο χρόνο εκτός των ωρών εργασίας στο Ιατρείο για οδηγίες, τηλεφωνικές διαγνώσεις

(πράγμα επικίνδυνο), και δυστυχώς τη ευθύνη την έχουμε εμείς. Βέβαια δεν έχω καμία πρόθεση να θίξω το κομμάτι του επαγγελματισμού. Αυτό αφορά ξέχωρα τον καθένα από εμάς. Την «διαχείριση» των πελατών μας την καθορίζει με ευθύνη του ο Παιδίατρος. Αρκεί αυτό να μη προσβάλλει την αξιοπρέπεια και την ηθική του. Οι γονείς πολλές φορές φορές είναι αρνητικά υποψιασμένοι, κι αυτό διαταράσσει την οικοδόμηση μιας καλής σχέσης μεταξύ Παιδιάτρου -Γονέων με βάση την αμοιβαία εμπιστοσύνη και τον σεβασμό. Δυστυχώς σήμερα πολλές φορές ο γονιός συναλλάσσεται με τον Γιατρό και σε τέτοιες περιπτώσεις ο φόβος να μην δυσαρεστηθούν οι πελάτες οδηγεί στην αποδοχή των απαιτήσεών τους (άρνηση εμβολιασμών, θεραπεία, εισαγωγή σε Νοσοκομείο κ.λπ.). Θα 'ναι τραγικό αν αφήσουμε τους ανώριμους-αγχωτικούς-νευρωτικούς, πολλές φορές γονείς να έχουν τον πρώτο λόγο. Και όλα αυτά δεν έχουν σχέση με την ηθική του καθενός μας. Αλλά επιτρέψτε μου να τονίσω ότι επειδή τα τελευταία χρόνια ζούμε σε μια περίοδο που εμφανίζονται τα μεγαλύτερα φαινόμενα διαφθοράς, η διαχείριση των αρχών, των κανόνων δεοντολογίας και της Ιατρικής Νομολογίας αφορά όλους μας.

Κυρίες και Κύριοι Συνάδελφοι

Αποδεχόμενος την τιμητική πρόσκληση των Συναδέλφων μου να καταθέσω την εμπειρία μου και τις σκέψεις μου ως Παιδίατρος στο Ιδιωτικό Ιατρείο όλα αυτά τα χρόνια, ξεκίνησα μια διεργασία ανασκόπησης στην οποία έκανα (θα πω χιουμοριστικά) δυο σημαντικές ανακαλύψεις. Αρχικά, και μάλλον αναπόφευκτα, συνειδητοποίησα ότι μεγάλωσα, γέρασα και πως αν και εν ενεργεία, για λίγο ακόμη έπρεπε να πάω αρκετά πίσω τον χρόνο για να θυμηθώ τα πρώτα μου βήματα στον χώρο της Παιδιατρικής. Εν συνεχεία διαπίστωσα πόσο δύσκολο μου ήταν να απομονώσω την επαγγελματική μου πορεία από την υπόλοιπη πορεία της ζωής μου.

Και όντως κάπως έτσι δεν είναι τα πράγ-

ματα για εμάς τους Παιδιάτρους; Η φύση της δουλειάς μας είναι τέτοια που, ανεξαρτήτως περιβάλλοντος εργασίας, καλούμαστε να παραμένουμε διαθέσιμοι και να αντιμετωπίζουμε καταστάσεις επείγοντος (και όχι μόνο) καθ' όλη την διάρκεια της καριέρας μας, σε όποια φάση της ζωής μας κι αν βρισκόμαστε. Από την αρχική αξιολόγηση ενός νεογνού μέχρι την στενή και συστηματική παρακολούθηση της ομαλής ανάπτυξης του ως βρέφος, ως νήπιο, ως παιδί σχολικής και μεταγενέστερα εφηβικής ηλικίας, παραμένουμε στην διάθεση των ανθρώπων που μας το εμπιστεύονται. Το «παρόν» μας ως Παιδιάτροι ακολουθεί παράλληλη πορεία με την εξέλιξη ενός παιδιού, και φυσικά δεν εξαπνλείται σε απλές εξετάσεις ρουτίνας ή σε προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις, αλλά εμπεριέχει εγγενώς αγωνίες, άγχη και προβληματισμούς όταν υπάρχουν παρεκκλίσεις. Ποιος από μας δεν έχει νιώσει αγωνία για ένα περιστατικό που δεν πάει τόσο καλά, όσο αρχικά είχαμε προβλέψει; Ποιος από εμάς δεν έχει αναρωτηθεί και δεύτερη και τρίτη φορά για την ορθότητα της διάγνωσης που αρχικά κάναμε;

Η βασική ιδιαιτερότητα της ειδικότητας μας, άλλωστε, έγκειται στο ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων ο ασθενής μας δεν διαθέτει τα εκφραστικά μέσα για να μας πει τι αισθάνεται και πού πονάει ή για να μας δώσει ένα ιατρικό ιστορικό, ή απλά αρνείται οποιαδήποτε συνεργασία. Αυτό εκ φύσεως δημιουργεί επιπλέον δυσκολίες στην διαγνωστική αλλά και τη θεραπευτική διαδικασία.

Η αγωνία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της Παιδιατρικής πράξης. Είναι όμως και συνάρτηση της ευθύνης που έχουμε στην άσκηση του επαγγέλματος μας. Αναμφίβολα η αγωνία που νιώθει ένας Παιδιάτρος στο Ιδιωτικό του Ιατρείο εκπορεύεται από την ευθύνη που έχει για την ορθή επαγγελματική φροντίδα των ασθενών του. Ευθύνη αποκλειστική και ατομική, εν αντιθέσει με την συλλογική ευθύνη που έχει ο Παιδιάτρος ως μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας

σ' ένα νοσοκομειακό τμήμα Παιδιατρικής. Προς Θεού, να τονίσω με έμφαση πως σε καμμία περίπτωση δεν υποτιμώ την αγωνία των Συναδέλφων μου που εργάζονται στο δημόσιο ή και στον ιδιωτικό τομέα του συστήματος υγείας.

Εξάλλου η δυσκολία και η βαρύτητα των περιστατικών είναι δεδομένη. Το αίσθημα ευθύνης είναι άλλωστε και προσωπική υπόθεση του καθενός μας και συνδέεται και με τις ηθικές αξίες που φέρει ο καθένας από εμάς.

Η διαφορά που εντοπίζω αφορά κυρίως, στον τρόπο διαχείρισης της αγωνίας. Η συνεργασία με άλλους Συναδέλφους, η αίσθηση του ανήκειν σε μια ιατρική ομάδα, ο καταμερισμός ευθυνών σε περίπτωση λάθους και η προκαθορισμένη δομή λειτουργίας ενός Παιδιατρικού Τμήματος σ' ένα Νοσοκομείο ή σε μια Ιδιωτική Κλινική αποτελούν δίχτυα ασφαλείας απέναντι στην αγωνία του Παιδιάτρου.

Εν αντιθέσει, στο χώρο του Ιδιωτικού Ιατρείου τίποτε απ' όλα αυτά δεν είναι δεδομένο. Από τις πρωταρχικές αγωνίες για το πού, πώς αλλά και με ποιους θα λειτουργήσει το ιατρείο μέχρι τις αγωνίες που ενέχει η παιδιατρική πράξη καθ' αυτή, ο Παιδιάτρος καλείται να αποδεχθεί και να συμβιβαστεί με την μοναξιά του με όλες τις ψυχικές διεργασίες. Μόνος καλείται να φροντίζει καθημερινά την εύρυθμη λειτουργία του ιατρείου του. Μόνος βρίσκεται στην διαγνωστική διαδικασία και στην λήψη αποφάσεων. Γίνεται ο μόνος υπεύθυνος για την επιστημονική κατάρτισή του και την διαρκή ενημέρωσή του. Και εν τέλει μόνος διαχειρίζεται τα συναισθήματα που προκύπτουν από όλα τα παραπάνω.

Η άσκηση του επαγγέλματος μας, κατά την ταπεινή μου γνώμη, δεν εξαντλείται στην γνώση και στην παροχή Ιατρικών Υπηρεσιών. Σαφώς, αυτά είναι τα βασικά θεμέλια της επιστημονικής μας υπόστασης. Στην καθημερινή πράξη ο θεραπευτικός μας ρόλος εκτείνεται και πέρα από τα αυστηρά όρια της ειδικότητας μας. Η προσέγγιση των παιδιών απαιτεί υπομονή, ευρηματικότητα και ιδιαίτερη ευε-

λιξία στην επικοινωνία. Πρόκειται για δεξιότητες που ο καθένας μας αναπτύσσει και εξελίσσει μόνος του στην επαγγελματική του πορεία. Παράλληλα, η προσέγγιση των γονέων αντλεί στοιχεία από την ανθρώπινη υπόσταση μας, όπως είναι η συμπόνοια μας και η ανθρωπιά μας.

Αναπόφευκτα γινόμαστε συμμετέχοι στην αγωνία ενός γονέα για την πορεία υγείας του παιδιού του, εισπράττουμε τους φόβους του και καλούμαστε να τους ανακουφίσουμε. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που εξαιτίας της ανθρώπινης φύσης μας, ταυτιζόμαστε και εμείς οι ίδιοι με τις αγωνίες τους που άθελα μας μας καταβάλλουν. Σε άλλες περιπτώσεις καλούμαστε να διαχειριστούμε επίμονους και αγχωμένους γονείς που θα επικοινωνήσουν μαζί μας για το παραμικρό. Όλες οι παραπάνω καταστάσεις μας εισάγουν σε εσωτερικές διεργασίες που χρήζουν ατομικής διαχείρισης από τον Παιδίατρο στο Ιδιωτικό Ιατρείο. Διαχείριση, για την οποία κανένας μας δεν είναι προετοιμασμένος όταν εγκαταλείπει τον χώρο του.

Οι στιγμές ικανοποίησης που απολαμβάνουμε, λοιπόν, στην καλή έκβαση της πορείας υγείας ενός παιδιού εναλλάσσονται με στιγμές αγωνίας, αμφιβολίας και διαρκούς προσπάθειας αποφυγής λαθών. Αυτή είναι η "Ιατρική" μας πραγματικότητα την οποία καλούμαστε να διαχειριστούμε ως παιδίατροι. Κι αν υπάρξουν αγωνίες, λάθη ή παραλείψεις, αυτά διορθώνονται σε μεγάλο βαθμό με την άμεση επικοινωνία από μέρους μας με τους γονείς για την πορεία της κατάστασης υγείας του παιδιού. Εξάλλου κάθε δυσκολία κρύβει και μια ευκαιρία για γνώση.

Τι βοηθάει, άραγε, όταν βιώνουμε τη δύσκολη πραγματικότητα στο κλειστό σύστημα του Ιατρείου μας; Θα ξεκινήσω με τα αυτονόητα που είναι η συσσώρευση εμπειρίας και η διαρκής επαφή με τα βιβλιογραφικά και ερευνητικά δεδομένα. Θα αναφέρω, επίσης, την ανάγκη

ψυχικής ισορροπίας, όπως την μεταφράζει και την βιώνει ο καθένας μας στην προσωπική του ζωή. Θα υπερτονίσω όμως, από προσωπική πάντα εμπειρία την αξία της δικτύωσης και συνεργασίας με τους Συναδέλφους Παιδίατρους. Από την δημιουργία ατομικών δικτύων επικοινωνίας μέχρι την παρουσία και συμμετοχή σε ευρύτερα επαγγελματικά δίκτυα μέσα από τα οποία μπορείς να λάβεις αλλά και να παρέχεις ενημέρωση. Ήμουν πάντα υπέρμαχος των Παιδιατρικών Ιατρείων όπου θα συνεργάζονται πέραν του ενός Παιδίατρου. Η λειτουργία των ιατρείων αυτών είναι πιο εύρυθμη, η εξυπηρέτηση των πελατών πιο εύκολη, ο χρόνος λειτουργίας μεγαλύτερος. Έτσι προκύπτει και το όφελος περισσότερου ελεύθερου προσωπικού χρόνου για τους συνεργαζόμενους Γιατρούς. Το προσπάθησα μα δεν τα κατάφερα. Εδώ θα έπρεπε να πω μέσα στην αγωνία και την μοναξιά μου, πως πολλές φορές ζήτησα την γνώμη φίλων Συναδέλφων όπως και αυτοί την δική μου. Συζήτησα πολλές φορές περιστατικά με Συναδέλφους Πανεπιστημιακούς -Νοσοκομειακούς που με καλοσύνη με βοήθησαν με την άποψη τους. Τους ευχαριστώ δημόσια.

Και σε αυτό το σημείο να υπερτονίσω την ανάγκη των καλών-φιλικών σχέσεων και του αλληλοσεβασμού μεταξύ μας, είτε γνωριζόμαστε προσωπικά είτε όχι. Οφείλουμε να είμαστε αλληλέγγυοι, ιδιαίτερα όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε περιστατικά άλλων Συναδέλφων. Δεν νοούνται οι λεκτικές αιχμές, η έκφραση αμφιβολίας προς αυτούς. Εξάλλου η αρνητική κριτική προς Συναδέλφους (άσχετα αν είναι σωστή) θέτει τους γονείς σε μια διαδικασία προβληματισμού και υποψίας. Μας ενώνουν πολλά πράγματα, δεν μας χωρίζει τίποτε.

Η Συνεργασία λοιπόν, η καλή διάθεση και η συνεχής ενημέρωση σε κάθε πιθανή μορφή αποτελεί την μεγαλύτερη ασπίδα απέναντι στην αγωνία και την μοναξιά του Ιδιώτη Παιδίατρου.

Σας ευχαριστώ.



Ορίζοντας τον «καλό θάνατο»

Στυλιανή Π. Στυλιανίδου

MD Ακτινοθεραπεύτρια Ογκολόγος,
Επιμελήτρια Α', Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
Θεολόγος Α.Π.Θ., MSc Θεολογίας, Α.Π.Θ.

Ο θάνατος αποτελεί μέρος της ανθρώπινης υπόστασης όντας το τελικό στάδιό της. Ανάλογα με τις περιστάσεις, μπορεί να είναι είτε καλός είτε κακός. Οι άνθρωποι που επιζητούν την ευθανασία αποβλέπουν στο να έχουν έναν καλό θάνατο, ο οποίος είναι προτιμότερος από λίγες παραπάνω ώρες ή μέρες ζωής γεμάτες πόνο και βάσανα. Πολλοί ερευνητές εξέτασαν διεξοδικά πως ορίζεται ένας «καλός θάνατος».

Ένας «καλός θάνατος», λοιπόν, αφορά μια διαδικασία, κατά την οποία ο ασθενής υποστηρίζεται σωματικά, ψυχολογικά, πνευματικά και συναισθηματικά από την οικογένειά του, τους φίλους του και από τους θεράποντες ιατρούς του. Έτσι, τόσο ο ασθενής, όσο και η οικογένειά του και το προσωπικό υγείας υφίστανται λιγότερη ψυχική και σωματική οδύνη και επίσης γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες του ασθενή και της οικογένειας σύμφωνα με τα πολιτιστικά και ηθικά πρότυπα (Chochinov, 2006: 84-103).

Ο Weisman (1972) περιγράφει τον «καλό θάνατο» σύμφωνα με τα παρακάτω τέσσερα κριτήρια:

- Όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση των

εσωτερικών συγκρούσεων (π.χ. του φόβου για την απώλεια του ελέγχου της κατάστασης).

- Σεβασμός προς την προσωπική ταυτότητα του ατόμου.
- Ενίσχυση ή/και διατήρηση των κρίσιμων σχέσεων και επίλυση των συγκρούσεων όταν αυτό είναι εφικτό.
- Ενθάρρυνση του ατόμου να καθορίζει τους μελλοντικούς του στόχους, παρέχοντας την αίσθηση της συνέχειας.

Όταν οι γιατροί, το νοσηλευτικό και κάθε είδους άλλο προσωπικό (π.χ. ψυχολόγοι) βοηθούν κάποιον ασθενή να έχει έναν «καλό θάνατο», τότε ο πόνος του ανακουφίζεται, απαλλάσσεται από επιπλέον διάρκεια ζωής που μόνο βάσανα θα μπορούσε να του προσφέρει, η κατάσταση ελέγχεται και ενισχύονται οι σχέσεις του ασθενούς με τα αγαπημένα του πρόσωπα. (Chochinov, 2006: 84-103).

Ο πυρήνας των παραπάνω απόψεων αποδίδεται μάλλον εύστοχα και εύγλωττα στο διήγημα του Λέων Τολστόι «Ο θάνατος του Ιβάν Ιλίτς», του οποίου ο ήρωας πεθαίνει μέσα σε αφόρητους πόνους εξαιτίας μιας θανατηφό-

ρας κοιλιακής ασθένειας. Σε όλη του τη ζωή υπήρξε ένας αλαζονικός και ματαιόδοξος άνθρωπος και τη στιγμή που πλησιάζει ο θάνατός του συνειδητοποιεί ότι έχει έναν θάνατο ανάλογο της ζωής που έζησε. Επιθυμεί λοιπόν συντροφιά, παρηγοριά, χάδια και φιλιές σαν να ήταν μικρό παιδί. Ωστόσο, σχεδόν κανείς δεν τον καταλαβαίνει, ούτε οι συγγενείς ούτε οι φίλοι του, ούτε οι γιατροί του (Τολστόι, 1989, Τσομπανίδης, 2018: 235-236).

Σ' αυτό το σημείο πρέπει να γίνει μια απαραίτητη διάκριση. Ενώ η λέξη «ευθανασία» σημαίνει ακριβώς «καλός θάνατος», ωστόσο εννοιολογικά διαφέρουν οι δυο ορισμοί. Η «ευθανασία» αναφέρεται στην πράξη του ανώδυνου τερματισμού της ζωής του ασθενούς, όταν αυτός πάσχει από μια ανίατη, επώδυνη και βασανιστική ασθένεια ή έχει χάσει τα λογικά του. Οι υποστηρικτές της πιστεύουν ότι η ποιότητα της ανθρώπινης ζωής είναι πιο σημαντική από τη διάρκειά της κι έτσι, όταν η ζωή γίνει ανυπόφορη από πόνο ή άλλα ενοχλήματα, ο ασθενής έχει το ελεύθερο να διαλέξει έναν θάνατο με αξιοπρέπεια. Η ευθανασία μπορεί να χωρισθεί σε πολλά είδη: **α) υποβοηθούμενη αυτοκτονία με φάρμακα:** Όταν ο γιατρός δίνει στον ασθενή τα κατάλληλα μέσα για να αυτοκτονήσει, **β) ενεργητική ευθανασία ή θανάτωση από οίκτο:** Όταν ο ίδιος ο γιατρός τερματίζει τη ζωή του ασθενούς χορηγώντας του με ένεση ένα θανατηφόρο φάρμακο, **γ) παθητική ευθανασία:** Αντιτίθεται στην τεχνητή παράταση της ζωής επί μήνες ή χρόνια και προτείνει τη διακοπή της μηχανικής υποστήριξης και της τεχνητής διατροφής σε άτομα που δεν έχουν ελπίδα ανάνηψης από μια καταστροφική νόσο, ώστε να πεθάνουν ειρηνικά.

Οι παραπάνω πρακτικές έχουν υιοθετηθεί από τη νομοθεσία αρκετών χωρών. Υπάρχουν ωστόσο και οι αντίθετες φωνές που πιστεύουν ότι ο τερματισμός της ζωής ενός ανθρώπου δεν είναι μόνο ιατρικό ή νομικό θέμα, αλλά και ηθικό και χριστιανικό και έτσι προκύπτουν

πολλοί παράγοντες, που πρέπει να λαμβάνει κανείς υπόψη του (Παπαγιάννης, 2010).

Συνοψίζοντας, ο «καλός θάνατος» αναφέρεται στον ανώδυνο τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς, ενώ αυτός έχει κάθε είδους υποστήριξη τόσο τον συγγενών του και τον φίλων του, οι οποίοι επίσης δεν υποφέρουν, όσο και των γιατρών του. Από την άλλη, η «ευθανασία» αναφέρεται στην πράξη του ανώδυνου τερματισμού της ζωής του ασθενούς.

Όπως επισημαίνει ο Αναπληρωτής Καθηγητής Στ. Τσομπανίδης στη μελέτη του με θέμα «Ο άνθρωπος είναι το ιατρικό του ανθρώπου: Η φιλανθρωπία ως μέρος της αντιμετώπισης του καρκίνου» (2018), η παροχή στήριξης στον ασθενή, καθώς και στους δικούς του, συμπεριλαμβάνεται πολύ συχνά σε σεμινάρια ή σε υποχρεωτικά αναγνώσματα όσων εκπαιδεύονται να προσφέρουν ανακούφιση σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας. Το λογοτέχνημα του Τολστόι επηρέασε πολλούς, μεταξύ των οποίων και τον Αμερικανό χειρουργό και καθηγητή στο Χάρβαρντ Ατούλ Γκαουάντε, ο οποίος στο βιβλίο του «Εμείς οι θνητοί» επιχειρεί να εντοπίσει επιλογές που θα ανταποκρίνονται στις βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες ενός ανθρώπου που υποφέρει και όχι απλώς ενός οργανισμού που νοσεί. Ο ίδιος εξομολογείται πόσο τον επηρέασε η επαφή του με ασθενείς σε τελικό στάδιο, καθώς συνειδητοποίησε ότι ήταν ελάχιστα έτοιμος να τους βοηθήσει. Με το πέρασμα των χρόνων όμως, όταν απέκτησε πολλές εμπειρίες, παραδέχτηκε ότι «η απλή αλλά καίρια φροντίδα» του Γεράσιμου στο έργο του Τολστόι, δηλαδή «να αντιληφθούμε την ανάγκη ενός ανθρώπου που πεθαίνει, [την ανάγκη] για την καθημερινή παρηγοριά, για συντροφιά, για βοήθεια να εκπληρώνει τους περιορισμένους στόχους του, εξακολουθεί να λείπει, αφήνοντας, έναν αιώνα αργότερα, ένα καταστροφικό κενό» (Γκαουάντε, 2016: 15, Τσομπανίδης, 2018: 237).

Μια τέτοια είδους θεώρηση συνταυτίζεται οπωσδήποτε με την παραδοσιακή χριστιανική διδασκαλία, κατά την οποία κάθε άνθρωπος ανεξάρτητα από φύλο, καταγωγή, κοινωνική θέση κλπ. έχει δικαίωμα στην αγάπη μας, στην αλληλεγγύη μας και στη βοήθειά μας, όταν χρειαστεί. Η φιλανθρωπία αυτή είναι μια μοναδική και ανεπανάληπτη αξία, καθώς ο άλλος, ο ξένος, ο πλησίον μας δεν είναι άλλος από τον ίδιο τον Ιησού Χριστό ενσαρκωμένο. Πρόκειται δηλαδή για μια θεολογία της οικουμενικής αγάπης, που χωρά όλους τους ανθρώπους του κόσμου. Με άλλα λόγια, ο φτωχός, ο ξένος, ο αδύνατος, ο κατατρεγμένος, εξυψώνεται τόσο πολύ χάρη σ' αυτήν την αγάπη, ώστε στο πρόσωπό του να εικονίζεται ο ίδιος ο Χριστός (Τσομπανίδης, 2018: 243).

Αυτή η αγάπη και η περιποίηση προς τον συνάνθρωπό μας που υποφέρει, ιδωμένη από ιατρική και ηθική πλευρά, εκδηλώνεται μ' αυτό που ονομάζεται «παρηγορητική» ή «ανακουφιστική φροντίδα». Πρόκειται για την επιδίωξη της βελτίωσης των φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πνευματικών και υπαρξιακών αναγκών του ασθενή. Προσφέρει, είτε στο Νοσοκομείο είτε κατ' οίκον είτε σε κάποιο ειδικά διαμορφωμένο κέντρο, υποστήριξη στους ασθενείς μέχρι τον θάνατό τους (στις περιπτώσεις που πρόκειται για καταληκτική πάθηση, κατά κύριο λόγο καρκίνο), αλλά και στις οικογένειές τους, ώστε να αποδεχθούν τη νόσο του δικού τους ανθρώπου και να βρουν στήριξη στο πένθος τους, όταν και όποτε έρθει αυτό. Όλα τα παραπάνω συνδυάζονται με τον απόλυτο σεβασμό στη ζωή και στην αξιοπρέπεια του ασθενούς. (Hellenicpalliativecare, 2009).

Όταν ένας ασθενής βρεθεί σε προχωρημένα στάδια μιας νόσου, ενδέχεται να παρουσιάζει συμπτώματα, όπως αφόρητο πόνο, δύσπνοια, ναυτία και εμετό, ανορεξία, άγχος, δυσκοιλιότητα και κατακράτηση ούρων, τα οποία δεν βελτιώνονται με τη συνηθισμένη θεραπευτική αγωγή των νοσοκομείων (Siegel,

Biegelow, 2018: 23-32). Τότε, ανεξάρτητα από τη φύση της αρρώστιας του, είναι προτιμότερο να έρθει εγκαίρως σε επαφή με μια ομάδα παρηγορητικής φροντίδας, να μάθει τι είδους υπηρεσίες μπορεί να λάβει από αυτή και κατά πόσο οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να τον βοηθήσουν. Ωστόσο, η παρηγορητική φροντίδα είναι δυνατόν να εφαρμοστεί και στα πρώτα στάδια της ασθένειας, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που στοχεύουν στην παράταση της ζωής όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, και περιλαμβάνει την απαιτούμενη διερεύνηση για να γίνουν αντιληπτές επιπλοκές από τη θεραπεία που προκαλούν ιδιαίτερη δυσφορία, ώστε να είναι αποτελεσματική η αντιμετώπισή τους (Τατσιώνη κ.α., 2015: 192).

Όπως αναφέραμε παραπάνω, το θέμα της ευθανασίας, αλλά και του καλού θανάτου, δεν είναι μόνο ιατρικό, αλλά και θρησκευτικό. Έτσι, όπως ήταν φυσικό, πήρε θέση και η Ορθόδοξη Εκκλησία, η οποία διακηρύττει ότι η ζωή είναι δώρο του Θεού και γι' αυτό το λόγο, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να τη διακόψει παρά μόνο ο Θεός. Ωστόσο, παράλληλα η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν τάσσεται υπέρ της παράτασης της ζωής με κάθε τρόπο (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας, 2007: 35-37). Πολλές είναι οι περιπτώσεις στην παλιά και στη σύγχρονη εκκλησιαστική ιστορία, οι οποίες το αποδεικνύουν αυτό. Πρώτα από όλα, οι άγιοι Μάρτυρες ομολογούσαν με παρρησία την πίστη τους μπροστά στους ειδωλολάτρες ή στους μουσουλμάνους τυράννους, μολονότι γνώριζαν ότι η ομολογία αυτή θα τους οδηγούσε στο θάνατο. Ο άγιος Συμεών ο Θεοδόχος, όταν κράτησε στην αγκαλιά του τον Χριστό σε βρεφική ηλικία, θεώρησε ότι έχει ολοκληρωθεί η αποστολή του στη γη και γι' αυτό είπε προς τον Θεό: «Νῦν ἀπολύεις τόν δοῦλόν Σου, Δέσποτα». Στα νεότερα χρόνια, έχουμε την περίπτωση του αγίου Παϊσίου του Αγιορείτη, ο οποίος αρνήθηκε να συνεχίσει τη θεραπεία

του, «για να μπορέσει να φύγει προσευχόμενος», όπως είπε και ο ίδιος. Η Ορθόδοξη Εκκλησία, λοιπόν, τάσσεται κατά της ευθανασίας, ωστόσο παράλληλα αποδέχεται την πραγματικότητα του τέλους που έρχεται από τη διακοπή μιας θεραπείας που δεν φέρνει πλέον κανένα αποτέλεσμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γκαουάντε, Α., (2016). *Εμείς οι θνητοί. Τα όρια της ιατρικής και το τι έχει πράγματι σημασία όταν το τέλος πλησιάζει*. Μετφρ. Λ. Καλοβυρνάς. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο.
- Chochinov, H.M., (2006). "Dying, dignity and new horizons in palliative end-of-life care". *CA: A cancer journal for clinicians*, 56: 84-103.
- Hellenic Palliative Care (Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής), (2009). *Τι είναι μια Μονάδα Ανακουφιστικής και Παρηγορητικής Αγωγής*. Διαθέσιμο στο <https://hellenicpalliativecare.wordpress.com/>.
- Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, (2007). *Επίσημα κείμενα Βιοηθικής. Μεταμοσχεύσεις, ευθανασία, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*. Αθήνα, Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος - Επιτροπή Βιοηθικής.
- Παπαγιάννης, Α., (2010). «Ευθανασία: μερικές σκέψεις από Ορθόδοξη προοπτική». *Περιοδικό Χριστός και Κόσμος*, Οκτώβριος 2010.
- Siegel, M., Biegelow, S., (2018). "Palliative care symptom management" in the emergency department: *The ABC's of symptom management for the emergency physician*. *J. Emerg. Med.* 2018, 54, pp. 23–32.
- Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., Μίσσιου, Α., (2015). «Παρηγορητική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα». Στο Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., Μίσσιου, Α. 2015. *Εισαγωγή στη γενική ιατρική*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύλλογος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Τολστόι, Λ., (1989). *Ο Διάβολος – Πολικούσκα - Πάτερ Σέργιος - Οικογενειακή ευτυχία - Ο θάνατος του Ιβάν Ιλιτς*. Μετφρ. Α. Σαραντόπουλος, εκδ. Σ.Ι. Ζαχαρόπουλος, Αθήνα: 323-396.
- Τσομπανίδης, Στ., (2018). «Ο άνθρωπος είναι το γιατρικό του ανθρώπου! Η φιλανθρωπία ως μέρος της αντιμετώπισης του καρκίνου», του ίδιου, *Εκκλησία της εξόδου. Οικουμένη, Κοινωνία, Άνθρωπος. Θέματα οικουμενικού προβληματισμού*. Ostrakon Publishing. Θεσσαλονίκη: 235-249.
- Weisman, A.D., (1972). *On dying and denying: A psychiatric study of terminality*. Pasadena, CA, US: Behavioral Publications.

Είπαν

«Είναι πιο εύκολο να ξεγελάς τους ανθρώπους από το να τους πείσεις ότι έχουν ξεγελαστεί»

[Mark Twain, συγγραφέας]



Ομφαλοπλακουντιακά μοσχεύματα Βλαστοκύτταρα

Ενημερωτικό κείμενο για γονείς

Η μεταμόσχευση αίματος από ομφάλιο λώρο και πλακούντα σε ασθενείς με Λευχαιμία και άλλες παθήσεις είναι μια νέα μέθοδος θεραπείας που άρχισε να εφαρμόζεται σχετικά πρόσφατα, με πολύ καλά αποτελέσματα.

Το ερώτημα βέβαια που προκύπτει είναι πώς μπορεί να συνδυάζεται ο τοκετός του νεογνού με τη θεραπεία της Λευχαιμίας. Είναι δυνατόν ένα χαρμόσυνο για όλους γεγονός να δώσει χαρά και σε ανθρώπους που έχουν χτυπηθεί σκληρά από τη μοίρα; Μοιράζει να είναι ο ιδανικός συνδυασμός και θα είναι πολύ ενδιαφέρον να δούμε πώς συμβαίνει αυτό.

Η Λευχαιμία είναι μια πολύ σοβαρή ασθένεια η οποία όμως σήμερα μπορεί να θεραπευθεί. Η μέθοδος θεραπείας με τα καλύτερα αποτελέσματα είναι η Μεταμόσχευση Μυελού των Οστών. Η μεταμόσχευση γίνεται ως εξής:

παίρνουμε μυελό των οστών από υγιή δότη και τον δίνουμε στον ασθενή στον οποίο έχει χορηγηθεί προηγουμένως πολύ ισχυρή χημειοθεραπεία με σκοπό να καταστρέψει τα Λευχαιμικά κύτταρα τα οποία ζουν και πολλαπλασιάζονται στο μυελό των οστών του. Η χημειοθεραπεία δυστυχώς δεν καταστρέφει μόνο τα λευχαιμικά κύτταρα αλλά και τα φυσιολογικά κύτταρα του μυελού τα οποία παράγουν όλα τα κύτταρα του αίματος (ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια). Επομένως είναι απαραίτητη η χορήγηση ξένου μυελού για την αντικατάσταση αυτού που έχει καταστραφεί. Σήμερα γνωρίζουμε ότι δεν πρόκειται για απλή αντικατάσταση: Ο μυελός των οστών που χορηγείται έχει και θεραπευτικές ιδιότητες, αφού δρα και εναντίον και των λευχαιμικών κυττάρων που έχουν τυχόν επιβιώσει.

Πώς όμως σχετίζονται όλα αυτά με τη γέννηση ενός παιδιού;

Κατά τη διάρκεια της δημιουργίας του μυελού των οστών στο έμβρυο, κύτταρα του μυελού, που ονομάζονται και **βλαστοκύτταρα** κυκλοφορούν στο αίμα του εμβρύου. Τα κύτταρα αυτά έχουν τις ίδιες ιδιότητες με τα αντίστοιχα που υπάρχουν στο μυελό των οστών του ενήλικα, και μάλιστα με περισσότερες δυνατότητες. Η κυκλοφορία τους στο αίμα συνεχίζεται και κατά τις πρώτες ημέρες της ζωής του μωρού μετά τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επειδή το έμβρυο δεν μπορεί να αναπνεύσει ατμοσφαιρικό αέρα, οξυγονώνει το αίμα του μέσω του αίματος της μητέρας. Η διαδικασία αυτή γίνεται στον πλακούντα. Η κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου προς τον πλακούντα γίνεται μέσω του ομφαλίου λώρου. Έτσι στο εσωτερικό του πλακούντα κυκλοφορεί αίμα του εμβρύου σε όλη τη διάρκεια της κύησης.

Αμέσως μετά τον τοκετό το νεογνό είναι ικανό πλέον να αναπνεύσει από μόνο του, οπότε και αποκόπτεται από τον ομφάλιο λώρο και κατ' επέκταση από τον πλακούντα. Μέσα όμως στον πλακούντα συνεχίζει να παραμένει μία μικρή ποσότητα αίματος του νεογνού. Αυτό συμβαίνει φυσιολογικά σε όλους τους τοκετούς είτε είναι φυσιολογικοί, είτε καισαρικές τομές και αποτελεί φυσικό φαινόμενο που συνέβαινε στη φύση από τότε που υπάρχει το ανθρώπινο είδος.

Μέχρι πρόσφατα το αίμα αυτό μαζί με τον πλακούντα το πετούσαμε μια και δεν γνωρίζαμε τη χρησιμότητά του. Τώρα όμως γνωρίζουμε ότι το λίγο έστω αυτό αίμα που παραμένει στον πλακούντα είναι **υπερπολύτιμο** και μπορεί να σώσει ανθρώπινες ζωές και ιδιαίτερα ζωές παιδιών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μόσχευμα σε παιδιά αλλά και σε ενήλικες που πάσχουν από λευχαιμία και άλλες κακοήθειες ή γενετικές αιματολογικές ασθένειες.

Πώς δημιουργείται μία Τράπεζα βλαστοκυττάρων από πλακούντα;

Η διαδικασία που ακολουθείται είναι η εξής: Αμέσως μετά το τέλος του τοκετού και αφού έχει απομακρυνθεί το μωρό, γίνεται η συλλογή του αίματος μέσα σε ειδικό ασκό και κάτω από άσηπτες συνθήκες. Η ποσότητα που συλλέγεται μπορεί να είναι έως και 200 κυβικά εκατοστά. Κατόπιν γίνεται πλήρης έλεγχος: Μέτρηση κυττάρων, Ομάδα αίματος και Rhesus, έλεγχος δεικτών συμβατότητας, καλλιέργειες μικροβίων, έλεγχος για νοσήματα που μεταδίδονται με το αίμα (ηπατίτιδα, AIDS, σύφιλη κ.λπ.). Ο ασκός με το αίμα περνάει από επεξεργασία για να απομονωθούν τα βλαστοκύτταρα και κατόπιν καταψύχεται και αποθηκεύεται σε υγρό άζωτο (-196°C). Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται Τράπεζα μοσχευμάτων που μπορεί να περιέχει χιλιάδες μονάδες, αριθμός που χρόνο με το χρόνο αυξάνεται καθ' όσον ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις έχουμε χιλιάδες γεννήσεις κάθε έτος.

Δημόσιες και ιδιωτικές τράπεζες

Διεθνώς υπάρχουν δύο ειδών Τράπεζες, οι εθελοντικές και οι ιδιωτικές. Στις εθελοντικές ή δημόσιες τράπεζες, οι οποίες είναι κατά κανόνα υπό την αιγίδα του κράτους, οι μητέρες δωρίζουν το μόσχευμα το οποίο είναι διαθέσιμο για κάθε ασθενή που θα το χρειασθεί εφ' όσον είναι συμβατό. Στις ιδιωτικές τράπεζες οι γονείς πληρώνουν ώστε το μόσχευμα να φυλάσσεται αποκλειστικά και μόνο για το ίδιο το παιδί ή για κάποιο από τα αδέρφια του εάν ποτέ χρειασθεί στο μέλλον. Το καθεστώς που ισχύει για τα μοσχεύματα στις ιδιωτικές τράπεζες είναι ιδιοκτησιακό για αυτό και τα μοσχεύματα των ιδιωτικών τραπεζών δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το κοινωνικό σύνολο. Οι δημόσιες τράπεζες είναι συνδεδεμένες σε δίκτυο για την εύκολη πρόσβαση των μεταμοσχευτικών κέντρων που ψάχνουν να βρουν συμβατό μόσχευμα για τους ασθενείς τους. Σήμερα υπάρχουν περίπου 400.000 αποθηκευμένα

μοσχεύματα στις δημόσιες τράπεζες και έχουν πραγματοποιηθεί πάνω από 10.000 μεταμοσχεύσεις από τις οποίες οι μισές σε παιδιά. Από το σύνολο των ιδιωτικών τραπεζών παγκοσμίως αναφέρεται στην βιβλιογραφία μία μόνο αυτόλογη μεταμόσχευση.

Οι δημόσιες τράπεζες στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα υπάρχουν δύο Δημόσιες τράπεζες: Η τράπεζα της Ακαδημίας Αθηνών, που λειτουργεί ήδη και η τράπεζα του Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου» στην Θεσσαλονίκη, που ξεκινάει τώρα την λειτουργία της. Σε μελέτη που έγινε στο Πολυτεχνείο του Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης υπό την αιγίδα της Αιματολογικής Εταιρείας Ελλάδος, αποδείχθηκε ότι εάν οι δύο δημόσιες τράπεζες συγκεντρώσουν 10.000 μοσχεύματα τότε θα μπορούν να βρούν συμβατό μόσχευμα σχεδόν όλοι οι Έλληνες ασθενείς που χρειάζεται να κάνουν μεταμόσχευση. Αν λάβουμε υπ' όψιν ότι στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 100.000 γεννήσεις τον χρόνο καταλαβαίνουμε ότι ο στόχος αυτός δεν είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί.

Πού χρησιμοποιούνται τα μοσχεύματα αυτά;

Η εθελοντική τράπεζα αποτελεί πηγή μοσχευμάτων για τους ασθενείς που πάσχουν από κακοήγη κυρίως νοσήματα. Όταν ένας ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών και δεν υπάρχει δότης που να ταιριάζει, ούτως ώστε να του χορηγήσει μυελό, γίνεται έρευνα στις Δημόσιες Τράπεζες αίματος από πλακούντα. Οι Δημόσιες Τράπεζες που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο συνδέονται μέσω δικτύου ηλεκτρονικών υπολογιστών ούτως ώστε να μπορούμε σε μικρό χρονικό διάστημα να ξέρουμε εάν υπάρχει συμβατό με τον ασθενή μόσχευμα. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι σε πολύ σοβαρές παθήσεις όπως είναι η **Λευχαιμία**, αλλά και σε άλλες επίσης σοβαρές, όπως η Μεσογειακή αναιμία και άλλα κληρονομικά νοσή-

ματα, η **μεταμόσχευση** που γίνεται είναι **αλλογενής**: τα βλαστοκύτταρα δηλαδή θα πρέπει να προέρχονται από άλλο άνθρωπο και όχι από τον ίδιο τον ασθενή. Επομένως θα πρέπει η αναζήτηση να γίνει σε **Δημόσια Τράπεζα**.

Ποια επιπλέον πλεονεκτήματα έχει η μέθοδος;

Κατ' αρχήν δεν επιβαρύνει καθόλου το δότη. Σε αντίθεση με άλλα μοσχεύματα που λαμβάνονται από δότες, η λήψη του αίματος από τον πλακούντα δεν επηρεάζει καθόλου ούτε τη μητέρα αλλά ούτε και το παιδί που έχει γεννηθεί. **Πρόκειται για υλικό που εάν δεν χρησιμοποιούνταν για αυτό το σκοπό, κυριολεκτικά θα πετιόταν.** Και βέβαια επειδή παιδιά γεννιούνται συνέχεια, δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας μεγάλων Δημοσίων Τραπεζών βλαστοκυττάρων αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες να βρεθεί συμβατό μόσχευμα για τους ασθενείς που το χρειάζονται. Η κατάθεση των βλαστοκυττάρων στην Δημόσια Τράπεζα, όπως και όλες οι άλλες διαδικασίες είναι εντελώς δωρεάν και δεν επιβαρύνουν καθόλου την οικογένεια του παιδιού που γεννήθηκε.

Μελλοντικές χρήσεις

Η έρευνα στο χώρο της Αιματολογίας είναι συνεχής και τα αποτελέσματα εντυπωσιακά. Για τα ομφαλοπλακουντιακά μοσχεύματα υπάρχουν δύο στόχοι. Ο πρώτος είναι να πολλαπλασιάσουμε τα κύτταρα του μοσχεύματος στο εργαστήριο ούτως ώστε να αυξηθεί το μόσχευμα, γιατί λόγω της μικρής ποσότητας που έχουμε συνήθως δεν επαρκούν για ενήλικες και χρησιμοποιούνται κυρίως σε παιδιά. Ο δεύτερος είναι να προσπαθήσουμε να δημιουργήσουμε κύτταρα άλλων ιστών όπως είναι ο νευρικός ιστός, το ήπαρ, το μυοκάρδιο κλπ ώστε να μπορέσουμε να διορθώσουμε αντίστοιχες βλάβες. Ελπίζουμε να ευοδωθούν οι προσπάθειες ώστε να βοηθηθούν ακόμη περισσότεροι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με την υγεία τους.



Εμβόλια – Διάρκεια προστασίας

Ιωάννης Θ. Καβαλιώτης

Παιδίατρος – Λοιμωξιολόγος

Τα εμβόλια αποτέλεσαν μια ριζοσπαστική ανακάλυψη στην ιστορία της ιατρικής και έσωσαν εκατομμύρια ανθρώπους. Ωστόσο, 200 χρόνια από την αρχική εφαρμογή τους, δεν καταφέραμε να φτάσουμε ακόμη στην πλήρη γνώση της λειτουργίας τους. Ένα κύριο και συγχρόνως καίριο ερώτημα που συνεχίζει να απασχολεί, είναι το γιατί η διάρκεια προστασίας που παρέχει ένα εμβόλιο διαφέρει από εμβόλιο σε εμβόλιο ή (αν το δούμε αλλιώς) από νόσο σε νόσο. Ίσως αυτό να έχει κάποια εξήγηση μεταξύ νεκρών και ζωντανών εμβολίων, όχι όμως μεταξύ εμβολίων ίδιας κατηγορίας.

Γνωστό είναι ότι το εμβόλιο της γρίπης προστατεύει για βραχύ χρονικό διάστημα και άτομα που το έχουν λάβει ενωρίς, π.χ. αρχάς Οκτωβρίου, ουσιαστικά θα χρειαστούν και μια δεύτερη δόση, παρά το ότι αυτό δεν συνιστάται από τα επίσημα προγράμματα.

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα εμβόλια για την παρωτίτιδα, τον κοκκύτη, τη μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο, σταδιακά χάνουν την αποτελεσματικότητά τους και μάλιστα με ρυθμό ταχύτερο από ό,τι άλλα εμβόλια. Βασικό πρό-

βλημα της επιστήμης είναι το ότι δεν μπορεί να κατανοήσει γιατί φθίνει η ανοσία και η προστασία. Το γεγονός μάλιστα ότι τα εμβόλια εγκρίνονται και εισέρχονται στην αγορά πολύ πριν διευκρινισθεί η διάρκεια προστασίας τους, επιτείνει το πρόβλημα.

Πάμπολλες φορές κατακλυσθήκαμε από διαφημιστικά μηνύματα π.χ. για τη σπουδαιότητα του ακυτταρικού εμβολίου κατά του κοκκύτη. Το εμβόλιο βρέθηκε ότι χάνει πολύ σύντομα τη δυναμικότητά του και ένα από τα αποτελέσματα αυτού ήταν η δριμεία επανεμφάνιση του κοκκύτη. Η αντικατάσταση του ολοκυτταρικού από το ακυτταρικό εμβόλιο απεδείχθη τελικά ότι ήταν λάθος. Αυτό είναι γενικώς παραδεκτό πλέον.

Το αρχικό μηνιγγιτιδοκοκκικό εμβόλιο διαπιστώθηκε επίσης ότι παρείχε μειωμένης διάρκειας προστασία. Το εμβόλιο άλλαξε αρκετά δοσολογικά σχήματα και για κάθε ένα από τα σχήματα αυτά υπήρχαν ανάλογες διαφημιστικές στηρίξεις. Μια απλή λογική σκέψη, όμως, θα έλεγε ότι μία δόση ενός νεκρού εμβολίου σε ηλικία 12 μηνών δεν είναι δυνατόν να προ-

στατεύει ένα άτομο για όλη του τη ζωή. Και όμως το διαφήμιζαν και υπήρξε και το σχήμα μιας δόσεως.

Το εμβόλιο της παρωτίτιδας βρέθηκε επίσης μειονεκτικό ως προς την αποτελεσματικότητα και τη διάρκεια ανοσίας του ακόμη και με δύο δόσεις. Αυτό αποδείχθηκε στις εξάρσεις της νόσου στις ΗΠΑ, με αποτέλεσμα να εισαχθεί και τρίτη δόση εν καιρώ επιδημίας. Υπάρχει μάλιστα πρόταση για ανά 10ετία επανάληψη του εμβολίου.

Κατά περίεργο τρόπο και χωρίς να είναι γνωστό το γιατί, τα εμβόλια κατά της διφθερίτιδας και του τετάνου (νεκρά εμβόλια) παρουσιάζουν πολύ μακρά και ισχυρή ανοσία. Η προστασία αρχίζει να μειώνεται σταδιακά μετά 40 χρόνια από τον αρχικό εμβολιασμό. Τόσο που οι ειδικοί σκέπτονται να καταργήσουν τις αναμνηστικές δόσεις σε άτομα που εμβολιάστηκαν κανονικά στη μικρή ηλικία. Ήδη ο WHO συστήνει αυτή την πρακτική.

Το παράδειγμα της διφθερίτιδας και του τετάνου παραβιάζει τη γνωστή αρχή ότι τα νεκρά εμβόλια απαιτούν επαναληπτικές δόσεις για διατήρηση ανοσίας, ενώ τα ζωντανά χρειάζονται μία ή δύο δόσεις για να παρέχουν μακρά ανοσία. Και αναρωτιέται κανείς τι και γιατί γίνεται. Είναι αυτό που λένε πολλοί ερευνητές: «Δεν γνωρίζουμε πλήρως τους κανόνες που διέπουν μια μακρά ανοσία. Παρασκευάζουμε εμβόλια χωρίς να έχουμε βαθιά γνώση της ανοσολογίας, χωρίς να την κατανοούμε. Κάθε τι στην πορεία των εμβολίων εξαρτάται από την ανοσιακή μνήμη και τα Β-κύτταρα. Τη μνήμη αυτή δεν την έχουμε μετρήσει συστηματικά». Κάποιοι άλλοι λένε: «Η διάρκεια προστασίας των εμβολίων χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Αν την κατανοήσουμε σωστά, τότε θα μπορούμε να παρασκευάζουμε σαφώς καλύτερα εμβόλια».

Τελευταία, υπάρχει αισιοδοξία από εμβόλια που παραδόξως επέτυχαν στον τομέα της διάρκειας. Τα εμβόλια αυτά καθοδηγούν και οδηγούν

το ανοσιακό σύστημα σε παροχή μακροχρόνιας ανοσίας-προστασίας. Κύριο παράδειγμα είναι το εμβόλιο HPV που παραμένει αποτελεσματικό εδώ και 10 χρόνια από την εισαγωγή του. Με δεδομένο ότι το εμβόλιο (νεκρό ή ζωντανό) θα περιείχε συστατικά του ιού που δυνητικά θα μπορούσαν να προκαλέσουν καρκίνο, οι ερευνητές δημιούργησαν αντίγραφα μιας αβλαβούς επιφανειακής πρωτεΐνης που περικλείεται στα καλούμενα virus like particles (VLP). Η πράξη έδειξε ότι όποιος εμβολιάζεται με αυτά τα VLPs αναπτύσσει υψηλά επίπεδα αντισωμάτων που στα δύο χρόνια μειώνονται ελαφρώς αλλά μετά παραμένουν σταθερά επί 10ετία τουλάχιστον. Άρα υπάρχει σταθερή και σχετικά μακρά προστασία. Αυτό αποδίδεται στο ότι το VLP εμβόλιο ωθεί για παραγωγή ενός υποτύπου των Β-κυττάρων που καλούνται long-lived plasma cells (LLPCs). Τα κύτταρα αυτά βρίσκονται στον μυελό των οστών και παράγουν συνεχώς αντισώματα προς διαφορετικά ξένα αντιγόνα. Τα VLPs είναι ο καλύτερος τρόπος παραγωγής LLPCs. Ο τρόπος με τον οποίον γίνεται η παραγωγή αυτή είναι άγνωστος, ωστόσο τα VLPs έχουν ήδη γίνει η βάση για παρασκευή άλλων εμβολίων, όπως ηπατίτιδας Ε, γρίπης, εγκεφαλίτιδας, ελονοσίας κλπ. Θεωρητικά ένα VLP επιτρέπει στα αντιγόνα του ιού να συνδεθούν σε πλήθος υποδοχέων πάνω στην επιφάνεια του Β-κυττάρου. Στη συνέχεια εκκλύει έναν καταρράκτη ειδοποιήσεων προς τα ανοσοκύτταρα και τα ωθεί προς ισχυρά, μεγάλης διάρκειας αντισώματα. Πώς; Η απάντηση κοστίζει πολλά εκατομμύρια, λένε οι ειδικοί.

Παρά τα αισιόδοξα αυτά αποτελέσματα, η φυσική ανοσία είναι η μόνη που προκαλεί σωστή και μακροχρόνια προστασία. Αυτό είναι γνωστό και έχειδειχθεί σε ένα πείραμα της φύσης. Το 1781 ξέσπασε επιδημία ιλαράς στα απομονωμένα νησιά Faroe που βρίσκονται μεταξύ Ισλανδίας και Νορβηγίας. Η νόσος δεν επανεμφανίστηκε στο νησί επί 65 χρόνια, οπότε (1846) ένας επισκέπτης του νησιού την επα-

νεισήγαγε. Μετέπειτα προσεκτική μελέτη έδειξε ότι κανείς από όσους επέζησαν από την πρώτη επιδημία δεν νόσησε στη νέα επιδημία. Το (ηλικιωμένο πια) ανοσιακό τους σύστημα θυμόταν και τους προστάτευσε.

Αυτό ακριβώς προσπαθούν να επιτύχουν οι ερευνητές με τα εμβόλια. Και προσπαθούν να βρουν τρόπους με τους οποίους νεκρά ή γενετικώς τροποποιημένα παθογόνα θα μπο-

ρούν να εκλύουν την παραγωγή LLCs για μακρά, σταθερή και ισχυρή προστασία.

Ας ευχηθούμε να το καταφέρουν.

Am J Public Health Nations Health. 1940, 10:1245
J Appl Sci 2016, 16:395
Pediatrics. 2017, 139. pii: e20162193
Semin Immunol 2017, 34:123
Front Immunol 2018, 9:2673
Science, April 2019
Front Immunol 2019, 10:721

ΕΜΒΟΛΙΑ – πρακτικά σημεία

- Μην είστε αντι-εμβολιαστές.
- Τηρείτε σχολαστικά το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών.
- Αντιρρήσεις και αμφισβητήσεις για επιμέρους εμβόλια μπορεί να υπάρχουν, όμως ισχύουν όταν τεκμηριωθούν σε μεγάλη κλίμακα και άρα όταν αυτό εκφρασθεί και στο εθνικό πρόγραμμα.
- Μη χορηγείτε εμβόλια ανάλογα με προσωπικές δεσμεύσεις ή διαφημιστικές καμπάνιες.
- Χορηγείτε με βάση επιστημονικά δεδομένα, αυτό που πρέπει, όταν πρέπει, σε εκείνους που πρέπει.
- Σεβαστείτε πρώτα το παιδί που παρακολουθείτε, μετά τον εαυτό σας, και αγνοείτε τις πιέσεις και τις παροχές.
- Η βιομηχανία κινείται μόνον από οικονομικά συμφέροντα.
- Οι γιατροί πρέπει να κινούνται μόνον από το συμφέρον του ασθενούς.

Ι.Θ. Καβαλιώτης

Είπα ν

«Καλύτερα να κρατάς το στόμα σου κλειστό και να σε περνούν για ανόητο, παρά να το ανοίγεις και να αφαιρείς κάθε αμφιβολία»

[Mark Twain, συγγραφέας]



Το κοινωνικό κράτος και η κρίση του συνταξιοδοτικού συστήματος

Μπάκας Δημήτριος

Οφθαλμολογικό τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κοινωνικό κράτος αναφέρεται στην μορφή της εξέλιξης του αστικού καπιταλιστικού κράτους που αναλαμβάνει μέσω οργανωμένων θεσμών κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας την μέριμνα για προστασία των πολιτών από κοινωνικούς κινδύνους, όπως είναι η φτώχεια, η ανεργία, η ασθένεια, το γήρας. Η μορφή αυτή κρατικής οργάνωσης και λειτουργίας, που αναπτύχθηκε κατά κύριο λόγο κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, αναγνωρίζει στους πολίτες κοινωνικά και οικονομικά δικαιώματα τα οποία οφείλει το ίδιο να καλύψει με την προσφορά παροχών. Το κοινωνικό κράτος θεσμοθετεί την κοινωνική ασφάλιση η οποία αποτελεί το βασικότερο μηχανισμό κοινωνικής προστασίας και αναδιανομής εισοδήματος, τόσο μεταξύ των εισοδηματικών τάξεων της ίδιας γενεάς όσο και μεταξύ των διαφορετικών γενεών¹. Είναι πολύ σημαντικό ότι το Σύνταγμα της Ελλάδας καθιερώνει ως νομική υποχρέω-

ση του κράτους την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων².

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ιστορικά έχει παρατηρηθεί σε όλες τις χώρες, όλες τις εποχές και όλες τις κοινωνίες κάποια μορφή φροντίδας για τα πιο αδύναμα μέλη της κοινωνίας. Η φροντίδα αυτή όμως ανέκαθεν υπήρξε άτυπη, ανοργάνωτη, εθελούσια, είχε συνήθως προέλευση από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις ηθικές αξίες του προσφέροντος και ελάμβανε τη μορφή της φιλανθρωπίας ή του «ιερού καθήκοντος», ενώ πολύ συχνά συνοδευόταν και από κοινωνικό στιγματισμό του δεχόμενου τη βοήθεια ως ανίκανου να φροντίσει για την οικογένειά του³.

Τα πρώτα ψήγματα για την προσπάθεια «κρατικοποίησης» της φιλανθρωπίας εντοπίζονται στην Αγγλία του 17^{ου} αιώνα και τον λεγόμενο «Νόμο των φτωχών» που για πρώτη φορά θεσμοθετεί την υποχρέωση της φιλανθρωπίας ως κρατικό λειτουργήμα³.

Εν συνεχεία, στα πλαίσια της Γαλλικής Επανάστασης του 1879 και των ριζοσπαστικών ιδεών που αυτή έφερε (*Ελευθερία – Ισότητα – Αδελφότητα*) έγιναν προσπάθειες τόσο προς την αναγνώριση των κοινωνικών δικαιωμάτων της εργασίας και της κοινωνικής ασφάλισης εντός του περιγράμματος της «*Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη*» όσο και προς την κατεύθυνση της νομοθετικής θέσπισης εργατικών συντάξεων και κρατικής πρόνοιας. Η τελική ήττα όμως της επανάστασης και η επικράτηση των ιδεών και της εξουσίας της αστικής τάξης δεν επέτρεψε την καθιέρωση οργανωμένης κρατικής κοινωνικής προστασίας³.

Η έλευση της Βιομηχανικής Επανάστασης και η επικράτηση του καπιταλιστικού κράτους δημιούργησαν νέες πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που ευνόησαν την πορεία προς την καθιέρωση του κοινωνικού κράτους. Η ταχεία ανάπτυξη των μεγάλων βιομηχανιών με τη συνδρομή των τεχνολογικών εξελίξεων οδήγησε σε μαζικοποίηση της παραγωγής και σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής δημιούργησε μία αριθμητικά ισχυρή εργατική τάξη. Οι άσχημες συνθήκες εργασίας και οι χαμηλοί μισθοί (ειδικά μετά την πρώτη μεγάλη κρίση του καπιταλισμού την εποχή 1873-1895, γνωστή και ως «Μεγάλη Ύφεση»), η εμπορευματοποίηση της εργασίας, η διάδοση των σοσιαλιστικών ιδεών, η άνοδος του συνδικαλιστικού κινήματος και οι κοινωνικοί και εργατικοί αγώνες του 19^{ου} αιώνα έκαναν επιτακτική την ανάγκη για άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και λήψη μέτρων κοινωνικής προστασίας από το κράτος¹.

Έτσι λοιπόν στη Γερμανία του καγκελάριου Βίσμαρκ ετέθησαν οι βάσεις για τη θεμελίωση του πρώτου κράτους πρόνοιας. Με μία σειρά νόμων τη δεκαετία του 1880 ο Βίσμαρκ θέσπισε το πρώτο οργανωμένο σύστημα υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης, αρχικά για την αντιμετώπιση της ασθένειας και του εργατικού ατυχήματος (1883) και στη συνέχεια και του

γήρατος (1889), για να αντιμετωπίσει την ανασφάλεια και την αβεβαιότητα των εργαζομένων και να εξασφαλίσει τη νομιμοφροσύνη του μετώπου της ισχυρής εργατικής τάξης. Οι παροχές σύμφωνα με αυτούς τους νόμους ήταν βασισμένες στις εισφορές των εργαζομένων και διέφεραν ανάλογα με την κοινωνική θέση και το επίπεδο του μισθού, ενώ ο ρόλος του κράτους ήταν συμπληρωματικός¹.

Παρά τη σταδιακή δημιουργία σε όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, η κρίση του 1929-1930 και η κατάρρευση του φιλελεύθερου μοντέλου οργάνωσης της οικονομίας οδήγησε σε όξυνση των κοινωνικών προβλημάτων και κυρίως της ανεργίας και της συνεπακόλουθης φτώχειας, ενώ και η έλευση του Β' Παγκόσμιου Πολέμου με τις καταστροφές που αυτός επέφερε αποτέλεσαν καταλυτικούς παράγοντες για τη δημιουργία και καθιέρωση του κράτους πρόνοιας. Ο William Henry Beveridge στη Βρετανία, επηρεασμένος και από τις ιδέες του οικονομολόγου John Maynard Keynes, δημιούργησε το 1942 ένα σχέδιο κρατικής αρωγής, δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικών ασφαλίσεων. Η Έκθεση Beveridge καθιέρωσε την αρχή της καθολικότητας και οδήγησε στη δημιουργία ενός νέου μοντέλου κοινωνικής πολιτικής, του θεσμικού - αναδιανεμητικού, που στοχεύει στην καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, την πρόληψη της φτώχειας και την εγγύηση ενός ελάχιστου κοινωνικού επιπέδου διαβίωσης¹.

Το τελικό αποτέλεσμα μέσα από αυτή την πορεία κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών μεταβολών μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και τη δημιουργία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών ήταν η αναγνώριση της κοινωνικής ασφάλισης ως θεμελιώδης ανθρώπινο δικαίωμα μέσα από διεθνώς αναγνωρισμένες διακηρύξεις και συνθήκες (Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, Ευρωπαϊκή Σύμβαση

για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου) και η υιοθέτηση έως τα τέλη του 20^{ου} αιώνα των υποχρεωτικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης από όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες^{1,4}.

ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

Το κράτος παρέχει κοινωνική προστασία στους πολίτες μέσω δύο βασικών, διακριτών και αλληλοσυμπληρούμενων μηχανισμών:

- Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, και καλύπτει κυρίως την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και τη συνταξιοδότηση.
- Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, το οποίο χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, και καλύπτει παροχές σε άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και δεν διαθέτουν ίδια μέσα να την αντιμετωπίσουν.

Τα συνταξιοδοτικά συστήματα διακρίνονται βάσει του τρόπου χρηματοδότησης των συντάξεων σε:

- Σύστημα προκαθορισμένων εισφορών: το ύψος των εισφορών είναι εκ των προτέρων καθορισμένο αλλά το ύψος των παροχών εξαρτάται από πολλούς παράγοντες
- Σύστημα προκαθορισμένων παροχών: το ύψος της σύνταξης είναι εκ των προτέρων προκαθορισμένο και εγγυημένο^{1,5}

ενώ με βάση τη δομή τους διακρίνονται σε:

- Διανεμητικό σύστημα (pay as you go), το οποίο βασίζεται στην αρχή της «διαγενεακής αλληλεγγύης». Σε αυτό το σύστημα δηλαδή υπάρχει αναδιανομή εισοδήματος από μια γενιά στην επόμενη. Τούτέστιν, οι σημερινοί εργαζόμενοι με τις εισφορές τους χρηματοδοτούν τις σημερινές συντάξεις, ενώ αντιστοίχως όταν οι ίδιοι συνταξιοδοτηθούν αναμένουν την πληρωμή των συντάξεών τους από τις εισφορές των τότε νέων εργαζομένων.

- Κεφαλαιοποιητικό σύστημα (funded system), το οποίο βασίζεται στην αρχή της αποταμίευσης. Αναδιανέμει δηλαδή εισόδημα από μία περίοδο της ζωής, όπου ο άνθρωπος δύναται να εργαστεί, σε μια περίοδο που δεν θα μπορεί να εργάζεται και θα βασίζεται στη σύνταξη για την επιβίωσή του. Οι εισφορές του εργαζόμενου αποταμιεύονται και επενδύονται. Από το σύνολο του αποταμιευμένου κεφαλαίου και το ύψος της απόδοσης της επένδυσης αυτών καθορίζεται και η σύνταξη^{1,5}.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Το κοινωνικό κράτος μετά τη δεκαετία του 70 εισήλθε σε μια περίοδο κρίσης. Η κοινωνική ασφάλιση δέχεται κριτική από θεωρητικούς όλων των αποχρώσεων, τόσο της νεοφιλελεύθερης όσο και της νεοκλασικής αλλά και της μαρξιστικής σχολής. Ειδικά στην Ελλάδα, όπου λόγω ιδιαίτερων κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών συνθηκών η κοινωνική ασφάλιση δημιουργήθηκε καθυστερημένα, άναρχα και απρογραμμάτιστα, το ασφαλιστικό σύστημα πριν προλάβει να ωριμάσει πέρασε απευθείας από το στάδιο της ανωριμότητας και υπανάπτυξης στο στάδιο της κρίσης. Σημειωτέον δε ότι η κρίση αυτή δε μπορεί να χαρακτηριστεί ως αποκλειστικά δημοσιονομική αλλά είναι ταυτόχρονα και δομική κρίση και αναφέρεται στο σύνολο της οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Οι βασικές αιτίες για την κρίση αυτή είναι οι εξής:

- Οι δημογραφικές αλλαγές. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η μείωση της θνησιμότητας οδηγεί σε γήρανση του πληθυσμού και σε ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό συνταξιούχων, γεγονός που σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα και το διαρκώς μειούμενο εργατικό δυναμικό, επηρεάζει την αναλογία εργαζομένων προς συνταξιούχους εις βάρος των πρώτων. Δηλα-

δή οι εισφορές ενός ολοένα και μικρότερου αριθμού εργαζομένων θα πρέπει να καλύψουν τις συντάξεις ενός ολοένα και μεγαλύτερου αριθμού συνταξιούχων^{1,6}.

- Η δημοσιονομική κρίση. Η μακροχρόνια οικονομική ύφεση και η παγκοσμιοποίηση του οικονομικού συστήματος, ως επακόλουθο της αύξησης του διεθνούς ανταγωνισμού με την ταυτόχρονη αύξηση της διεθνούς αλληλεξάρτησης, επηρεάζει άμεσα τη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης¹.
- Η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός των ασφαλιστικών ταμείων. Η ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε αποσπασματικά, μέσω της σύστασης αυτοτελών φορέων που κάλυπταν συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού βάσει επαγγελματικών κριτηρίων και χαρακτηριστικών. Δεν υιοθετήθηκε ένα ενιαίο ασφαλιστικό καθεστώς για όλους τους εργαζόμενους, αλλά πληθώρα συστημάτων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης¹.
- Η ανεργία. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και ειδικά της μακροχρόνιας ανεργίας σε ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού (νέοι, γυναίκες, άτομα άνω των 50) όχι μόνον αφαιρεί εργατικό δυναμικό που θα μπορούσε να συμβάλλει με εισφορές, αλλά και επιβαρύνει το σύστημα με επιπλέον δαπάνες για επιδόματα ανεργίας¹.
- Τα αποθεματικά των ταμείων. Η μακροχρόνια άστοχη διαχείριση των αποθεματικών που απέδιδαν πενιχρή απόδοση κερδών αλλά και η απώλεια σημαντικών ποσών από τη χρηματιστηριακή κρίση οδήγησαν σε αξιολογη μείωση αυτών¹.
- Η γραφειοκρατία. Οι τετατασμένες οργανωτικές δομές των ταμείων έχουν σαν συνέπεια την αύξηση των λειτουργικών εξόδων, την καθυστέρηση των διαδικασιών και τη δυσχέρεια ελέγχων και είσπραξης εισφορών¹.

- Η εισφοροδιαφυγή. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει αύξηση των βεβαιωμένων εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών οι οποίες δεν καταβάλλονται, ενώ οι κατά καιρούς ρυθμίσεις οφειλών αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές καθώς αντί να επιλύουν κατ' ουσίαν επιτείνουν το πρόβλημα¹.
- Η ανασφάλιστη εργασία. Τα τελευταία χρόνια, ειδικά και λόγω της αθρόας εισόδου μεταναστών στη χώρα, έχει λάβει αξιόλογες διαστάσεις η λεγόμενη «μαύρη», δηλαδή η αδήλωτη εργασία, η οποία προφανώς και προκαλεί απώλεια εισφορών και εσόδων στο σύστημα¹.
- Οι αλλαγές στην αγορά εργασίας. Η εμφάνιση νέων τρόπων οργάνωσης της παραγωγής και η αποβιομηχάνιση οδήγησαν σε αυξημένους αριθμούς πρόωρων συνταξιοδοτήσεων αλλά και αύξηση των μορφών ευέλικτης εργασίας (ευέλικτα ωράρια και αμοιβές, μερική ή εποχική απασχόληση)¹.
- Η πολιτική εκμετάλλευση. Η κοινωνική ασφάλιση υπήρξε ανέκαθεν πεδίο χειραγώγησης από τους πολιτικούς υπό τον μανδύα της άσκησης κοινωνικής πολιτικής, που χάριν ψηφοθηρίας πολύ συχνά προέβαιναν σε ακατάσχετη παροχολογία, πέραν των αντικειμενικών δυνατοτήτων του συστήματος^{1,6}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όλες οι ανωτέρω αναφερθείσες παράμετροι οδηγούν σε διαρκή μείωση των εσόδων και αύξηση των δαπανών, θέτοντας εν αμφιβόλω τη βιωσιμότητα του συστήματος. Οι ασφαλισμένοι πορεύονται σε ένα καθεστώς ανασφάλειας, καθώς δε γνωρίζουν ούτε το ύψος της σύνταξης ούτε εάν αυτή θα είναι επαρκής για να διατηρήσουν το βιοτικό τους επίπεδο. Έχουν απολέσει το αίσθημα εμπιστοσύνης στο σύστημα κοινωνικής προστασίας και θεωρούν ότι αυτό πλέον δεν είναι σε θέση να τους προφυλάξει αποτελεσματικά από τους κοινωνικούς κινδύνους (ασθένεια, εργατικό ατύχημα,

γήρας) και ιδίως από τη φτώχεια. Οι περικοπές συντάξεων και μισθών, η ελάττωση του πραγματικού διαθέσιμου εισοδήματος και η αδυναμία ή η καθυστέρηση ουσιαστικών δομικών μεταρρυθμίσεων στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εδραιώνουν την αβεβαιότητα των ασφαλισμένων. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι βάσει των στοιχείων του Ινστιτούτου Εργασίας της Γ.Σ.Ε.Ε. «Όσον αφορά την καταπολέμηση της φτώχειας, η Ελλάδα έχει ένα από τα λιγότερο αποτελεσματικά συστήματα κοινωνικής προστασίας στην Ε.Ε. των 15... Η Ελλάδα εμφανίζεται ως μία από τις περισσότερο αναποτελεσματικές χώρες της ΕΕ-15 στην αξιοποίηση των δαπανών για κοινωνική προστασία... Αυτό το γεγονός αντανάκλα βασικά δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής προστασίας στη χώρα μας, το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλή πόλωση, διαφθορά, έλλειψη διαφάνειας, περιορισμό των καθολικών παροχών και υψηλή γραφειοκρατία.»¹.

Υπάρχει λύση; Η απάντηση είναι εξαιρετικά δύσκολη. Απαιτούνται αποφασιστικές και τολμηρές αλλαγές οι οποίες θα στοχεύουν όχι μόνο στην οικονομική εξισορρόπηση του συστήματος αλλά και σε καίριες δομικές μεταρρυθμίσεις. Χρειάζεται εξορθολογισμός του συστήματος με προσπάθεια αύξησης των εσόδων (π.χ. αύξηση εργαζομένων, περιορισμός ανεργίας, μηχανοργάνωση και βελτίωση επισπραξιμότητας, επενδυτική αξιοποίηση αποθεματικών) και μείωση των δαπανών (π.χ. μείωση λειτουργικού κόστους, μείωση συνταξιούχων μέσω αύξησης ορίων συνταξιοδότησης, μείωση ποσοστού αναπλήρωσης).

Από την άλλη είναι απαραίτητη η εισαγωγή κεφαλαιοποιητικών στοιχείων στο σύστημα, καθώς και ενεργότερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Ο μελλοντικός σχεδιασμός οφείλει να λάβει υπ' όψιν τις προτάσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας για οργάνωση και χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης στη βάση του συστήματος των 3 πυλώνων:

- Ο πρώτος πυλώνας αφορά δημόσια συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης που αποβλέπουν στην εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης, χρηματοδοτούμενου από τη φορολογία και με αναδιανεμητικό χαρακτήρα (κατώτατη ή εθνική ή βασική σύνταξη).
- Ο δεύτερος πυλώνας αφορά επαγγελματικά συστήματα υποχρεωτικής κάλυψης κεφαλαιοποιητικού τύπου χρηματοδότησης είτε δημόσια είτε ως ιδιωτικοί λογαριασμοί αποταμίευσης από τράπεζες και ασφαλιστικές εταιρίες.
- Ο τρίτος πυλώνας αναφέρεται σε συστήματα προαιρετικής κάλυψης απευθυνόμενα σε άτομα που επιθυμούν αυξημένη προστασία κατά τη συνταξιοδότησή τους, χρηματοδοτούμενα αποκλειστικά από ιδιωτικές εισφορές^{5,7}.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ. (2012). Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης - Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης. (Διαθέσιμο από https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/ekpyliko_krat_pron2.pdf)
2. Σύνταγμα της Ελλάδας (Διαθέσιμο από <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/8c3e9046-78fb-48f4-bd82-bbba28ca1ef5/SYNTAGMA.pdf>)
3. Κατρούγκαλος Σ.Π. Γιώργος (2006). *Τα κοινωνικά δικαιώματα*, εκδ. Αντ. Ν. Σάκουλα.
4. Χρυσόγονος Χ. Κώστας (2006). *Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα*. Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη.
5. Γ. Σπράος, Π. Τήνιος, 1998. "Διανεμητικά και Κεφαλαιοποιητικά Συστήματα Συντάξεων: Εντυπώσεις και ουσία", Οικονομικό και Στατιστικό Δελτίο της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος. (Τεύχος 10), Ιούλιος 1998. (Διαθέσιμο από http://www.antigonelyberaki.gr/index.php/el/academic-publications/platon-tiniois/item/download/42_1737640ce0ff7e446414503e3edae574)
6. Ρομπόλης, Σ., Μπέτσος, Β. (2013). Κοινωνική Ασφάλιση και οι Επιπτώσεις της Γήρανσης του Πληθυσμού στο Ασφαλιστικό Σύστημα της Ελλάδος 2013 – 2015, Ι.Ν.Ε – Γ.Σ.Ε.Ε., Αθήνα. (Διαθέσιμο από <https://www.inegsee.gr/sitefiles/files/ageing-population—pension-ine.pdf>)
7. World Bank. "Averting the old age crisis: Policies to protect the old and promote growth", 1994. (Διαθέσιμο από <http://documents.worldbank.org/curated/en/973571468174557899/pdf/multi-page.pdf>)



Εκπαίδευση στην Καππαδοκία. Λόγιοι Καππαδόκες

Δέσποινα Χίντζογλου-Αμασλίδου

Τα πρώτα Ελληνικά φύλα εγκαταστάθηκαν στην Καππαδοκία κατά τον 6^ο π.Χ. αιώνα, την εποχή της Περσικής κυριαρχίας, από μαζικές μετακινήσεις Ελληνικών πληθυσμών απ' τα παράλια. Το 325 μ.Χ. ακολούθησε η Μακεδονική κυριαρχία και νέες εστίες Ελληνισμού γεννήθηκαν τότε. Έτσι δημιουργήθηκε η μεγάλη Καππαδοκία, που απλωνόταν από τον Ταύρο μέχρι τον Πόντο. Θα επανέλθει όμως στα χέρια των Περσών (του Αριαράθη και του Μιθριδάτη), μέχρι την εποχή που εισβάλλουν οι Ρωμαίοι.

Ακολούθησαν τα Βυζαντινά χρόνια και ήρθε ο 4^{ος} αιώνας, ο ονομαζόμενος χρυσούς αιώνας της Ορθοδοξίας, ο αιώνας των Μεγάλων Πατέρων. Ως γνωστόν οι Μεγάλοι Πατέρες της Εκκλησίας ήταν σπουδασμένοι στην Αθήνα, και η διδασκαλία στα σχολεία βασιζόταν τότε στον Όμηρο, Πλάτωνα, Αριστοτέλη, Ησίοδο, Δημοσθένη και Θουκυδίδη. Είναι σε όλους γνωστό το έργο του Μεγάλου Βασιλείου «Προς τους νέους, όπως αν εξ Ελληνικών ωφελούντο λόγων», όπως και το «Τίνος το Ελληνίζειν» του Γρηγορίου του Θεολόγου προς τον Ιουλιανό τον Παραβάτη, ο οποίος είχε απαγορεύσει στους Χριστιανούς να διδάσκουν και να διδάσκονται τους αρχαίους

Έλληνες συγγραφείς. (Μάλιστα ο Γρηγόριος ο Θεολόγος, προκειμένου να καλύψει το κενό εκπαίδευσης που δημιούργησε η απόφαση του Ιουλιανού, έγραψε τραγωδίες και κωμωδίες, 20.000 στίχους στο σύνολο, και έτσι δεν σταμάτησε η διδασκαλία των Αρχαίων Ελληνικών).

Μετά την μάχη του Ματζικέρτ (1071) ο Ελληνισμός της Καππαδοκίας αποξενώνεται από τον υπόλοιπο Ελληνισμό και η Τουρκοφωνία είναι αναπόφευκτη. Είναι γνωστή, εκτός από τις άλλες γνωστές μεθόδους (βίαιο εξισλαμισμό και παιδομάζωμα), η μέθοδος της «γλωσσοκοπίας» των γονέων και ιδιαίτερα των μητέρων προκειμένου να μη μαθαίνουν τα παιδιά Ελληνικά. Τελικά η γλώσσα διατηρείται, αλλά με αρχαϊκά και μεσαιωνικά στοιχεία. Μέχρι τις αρχές του 16^{ου} αιώνα δεν έχει σβήσει τελείως, όμως η βία έχει σαν αποτέλεσμα, ακόμη και η Καισάρεια που μιλούσε Ελληνικά το 1071, να τουρκοφωνήσει. Είναι η εποχή που εφαρμόζονται τα Καραμανλίδικα (Τούρκικη γλώσσα με Ελληνικό αλφάβητο).

Τελικά, αποτελεσματικό ενδιαφέρον γι' αυτόν τον Τουρκόφωνο Ελληνισμό θα εκδηλωθεί μόνο στα τέλη του 19^{ου} αιώνα.

Η Παιδεία μετά την Άλωση

Ο πρώτος και κύριος φορέας της πνευματικής αναγέννησης του σκλαβωμένου Έθνους είναι ο πρώτος Πατριάρχης μετά την Άλωση, ο Γεννάδιος Σχολάριος. Το 1454 θα ιδρύσει τη Μεγάλη του Γένους Σχολή, δηλαδή στην ουσία θα οργανώσει την επαναλειτουργία και την ενίσχυση της Οικουμενικής Πατριαρχικής Σχολής, η οποία προϋπήρχε και λειτουργούσε από τον 4^ο αιώνα, με διαφορετικά όμως κατά καιρούς ονόματα. Λίγο αργότερα, το 1593, ο Πατριάρχης Ιερεμίας ο Β΄ ο Τρανός, αποφασίζει με Σύνοδο, την ίδρυση σχολείων. Η προσπάθεια θα γίνει ουσιαστική πολύ αργότερα, τον 18^ο αιώνα, όταν την ενισχύουν οικονομικά οι «προστάτες» της παιδείας, οι ηγεμόνες και μεγαλέμποροι της Μολδοβλαχίας, Βαρβάκης και Ζωσιμάδες, οι οποίοι ιδρύουν σειρά σχολείων και εκκλησιών. Πρώτοι δάσκαλοι είναι συνήθως ιερείς και εθελοντές λαϊκοί και τα πρώτα βιβλία, το Ψαλτήρι και η Οκτώηχος. Είναι η εποχή που χωριά και πόλεις αποκτούν υποτυπώδη σχολεία και η Ελληνική αρχίζει να ακούγεται δειλά-δειλά, ακόμη και στους δρόμους. Το 1792 ο Ιερομόναχος Γερμανός από την Αλεξανδρέττα, ιδρύει το πρώτο σημαντικό σχολείο στην Κασάρεια. Όμως δεν αρκείται σ' αυτό. Ιδρύει Ιερατική Σχολή στην Μονή Τιμίου Προδρόμου στα Φλαβιανά (Ζιντζίντερε) και το 1804 με τον μαθητή του Παΐσιο (μετέπειτα Μητροπολίτη Καισαρείας), ιδρύει σχολείο και μεγάλη βιβλιοθήκη. Η Μονή Τιμίου Προδρόμου γίνεται φάρος εκπαιδευτικός για όλη τη Μικρά Ασία. Ανάλογες προσπάθειες θα γίνουν στην Κερμίρα, στο Ιντζέσου, το Νέφσεχρ, το Ανδρονίκιο, το Γκέλβερι, τη Σινασό, τα Τύανα και αλλού.

Στα Καραμανλικά τα οποία χρησιμοποιούνται μέχρι και τον 20^ο αιώνα ιδίως από τους γεροντότερους, θα μεταφραστούν πολλά ξένα, αλλά και Ελληνικά έργα: Μέγας Αλέξανδρος, Γενοβέφα, Νασδρεντί Χότζα, Ροβινσώνας Κρούσος, Γεροστάθης, έργα του Ευγένιου

Βούλγαρη, Αντιγόνη του Σοφοκλέους, Πλάτωνας, Αριστοτέλης και φυσικά Αγία Γραφή. Εν τέλει η Καραμανλδική γραφή θα είναι ένα σοβαρό στήριγμα για αρκετές γενιές, μέχρι να οργανωθούν τα σχολεία. Αξίζει να αναφερθεί, ότι σώζεται το πρώτο δείγμα Τουρκόφωνης φιλολογίας, από τα χρόνια του Μωάμεθ ακόμη (Τούρκικες λέξεις με Ελληνικά στοιχεία). Είναι η περίφημη ομιλία του Πατριάρχη Γεννάδιου Σχολάριου προς τον Μωάμεθ με τίτλο: «Περί της ορθής και αμωμήτου πίστεως των Χριστιανών», που είναι γραμμένο στην Καραμανλδική γραφή.

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, με το αυτοκρατορικό διάταγμα Χάττι Σερίφ (1839) του Abdul Mecid και λίγο αργότερα με το Χάττι Χουμαγιούν (1856), δόθηκαν ελευθερίες στην εκπαίδευση και ιδρύθηκαν τότε πολλά σχολεία. Εκτός από τις γνωστές σχολές, τη Μεγάλη του Γένους Σχολή, αυτήν της Χάλκης, την Ευαγγελική Σχολή της Σμύρνης, το Πανεπιστήμιο Αθηνών, υπήρχαν και άλλες σχολές σε νησιά, όπως Χίο, Πάτμο και Κύπρο με ονομαστούς και σοφούς δασκάλους

Στην μεγάλη αυτή προσπάθεια για Ελληνοφώνηση πρωτοστάτησαν πολλοί **Καππαδόκες λόγιοι**, των οποίων η φήμη ξεπέρασε τα σύνορα της Μικράς Ασίας.

- Ο Ιερομόναχος Γερμανός (1759-1805) και ο μαθητής του Παΐσιος, μετέπειτα μητροπολίτης Καισαρείας (1780-1871), γνωστοί για τη σχολή του Τιμίου Προδρόμου στα Φλαβιανά.
- Ο Μητροπολίτης Καισαρείας Αγαθάγγελος (1800-1846), ο Καισαρείας επίσης Κλεόβουλος Ευστάθιος (1824-1876), που ίδρυσε το 1872 στην Πόλη την Καππαδοκική Αδελφότητα με σκοπό την ίδρυση και συντήρηση σχολείων στην περιφέρεια. Ο επίσης Καισαρείας Ιωάννης Αναστασιάδης (1833-1902), ιδρυτής της Ροδοκανάκιου Ιερατικής Σχολής στη Μονή Ζιντζίντερε, μετά από χορηγία του Θεόδωρου Ροδοκανάκη.

- Ο Παύλος Καρολίδης (1849-1930), που διαδέχθηκε τον Παπαρρηγόπουλο στην έδρα της Ιστορίας στην Αθήνα.
- Ο Αναστάσιος Λεβίδης (1834-1918) με το τεράστιο συγγραφικό έργο και τον αγώνα του κατά του προσυλητισμού των Προτεσταντών και των Καθολικών.
- Ο Φίλιππος Αριστόβουλος Παπαρηγορίου (1832-1903), που κήρυττε σε σχολεία και εκκλησίες υπέρ πίστεως και πατρίδας.
- Ο Νικόλαος Ρίζος (1838-1895).
- Ο Αρχιμανδρίτης Ιωάννης Παντελεημονίδης (1850-1901) από το Γκέλβερι, διορισμένος ιεροκήρυκας της περιοχής, γνωστός για το φιλανθρωπικό του έργο, για την αναστήλωση ναών και σχολείων στην γενέτειρά του και το Ικόνιο.
- Ο Αβράμιος Ομηρόλης (1799-1833) που επί των ημερών του βελτιώνεται ακόμη περισσότερο η Ευαγγελική Σχολή της Σμύρνης.
- Ο Ευαγγελινός Μισαηλίδης (1826-1890), που με τον εκδοτικό του οίκο εξέδωσε πολλά βιβλία και εφημερίδες εβδομαδιαίες.
- Ο Ιωακείμ Βαλαβάνης (1858-1921) που δίδαξε στα μεγάλα σχολεία και στη Μεγάλη Σχολή του Γένους.
- Ο Δημήτριος Μαυροφρύδης (1828-1866), τελικά καθηγητής φιλολογίας στην Αθήνα.
- Ο Γεώργιος Μαυροχαλυβίδης από την Αζό

του Ικονίου, που έγραψε για το γλωσσικό ιδίωμα της Αζού.

- Ο Ιωάννης Ακακιάδης από το Γκέλβερι που έγραψε το γνωστό έργο: Η Καρβάλλη Ναζιανζού και ο βίος του Γρηγορίου του Θεολόγου.

Οι παραπάνω λόγιοι και πάρα πολλοί άλλοι, που δεν είναι δυνατόν να αναφερθούν, περιόδευσαν και στην Ευρώπη κυνηγώντας τη γνώση (Χαϊδελβέργη, Στρασβούργο, Παρίσι, Βιέννη, Βερολίνο, Λειψία), αλλά επίσης ταξίδεψαν και στους Αγίους Τόπους, το Άγιον Όρος και τα Μετέωρα, αφού οι περισσότεροι ήταν ιερείς ή μοναχοί και είχαν έναν κοινό σκοπό, τη διατήρηση της γλώσσας και της Ορθόδοξης Πίστεως.

Θα τελειώσω το μικρό αυτό αφιέρωμα σ' αυτούς τους λόγιους Καππαδόκες που τότε με πάθος αγωνίσθηκαν, με μια φράση σοφή και διαχρονική του Μητροπολίτη Καισαρείας Παΐσιου, την οποία δεν πρέπει ποτέ να ξεχάσουμε:

«Ούτε εκκλησία άνευ σχολείου, ούτε σχολείο άνευ εκκλησίας»

Πηγές

- Μαρία Χωδιάκη, Ελληνόφωνοι Καππαδόκες λόγιοι 19^{ου}-20^{ου} αιώνας (διπλωματική εργασία).
- Πάρης Βορεόπουλος: Η παιδεία στην Καππαδοκία.
- Από την αρχαιότητα ως την ανταλλαγή των πληθυσμών το 1924 (Έκδοση Προσφυγικού Ελληνισμού, Ιεράς Μητροπόλεως Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως).

Είπα ν

«Η καλосύνη είναι η γλώσσα που ακούνε οι κουφοί και βλέπουν οι τυφλοί»

[Mark Twain, συγγραφέας]



Η ιστορία του Νοσοκομείου Γ. Παπανικολάου ως καθρέφτης του μετασχηματισμού του νεοελληνικού κράτους (1920-2019)

Ιωάννης Καλλιαρέκος

Ιστορικός,
Διοικ. υπάλληλος Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας Θεσ/νίκης

Η ιστορία της φυματίωσης στη Θεσσαλονίκη είναι μια εξόχως ενδιαφέρουσα ιστορία, που όμως μέχρι πρόσφατα παρέμενε «θαμμένη» σε έγγραφα αρχείων, φύλλα εφημερίδων και συρτάρια με φωτογραφίες που κλείδωσαν, όπως για κάποιους ανθρώπους που νόσησαν από φυματίωση, είχαν κλειδώσει και οι μνήμες που τις συνόδευαν τις φωτογραφίες της περιόδου.

Και ενώ το Σανατόριο Ασβεστοχωρίου, σημερινό νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, έχει ταυτιστεί στη σκέψη των περισσότερων Θεσσαλονικέων με την απομόνωση, τον στιγματισμό και την στέρηση από τις χαρές της ζωής, αυτό που κυρίως αποσιωπήθηκε στην ιστορία του νοσηλευτικού αυτού ιδρύματος και δεν υπο-

γραμμίστηκε όσο άξιζε, ήταν ότι το Σανατόριο Ασβεστοχωρίου αποτέλεσε την επιτυχή έκβαση του αγώνα των φυματιώντων ασθενών να επιζήσουν και να επιστρέψουν στις χαρές της ζωής. Ο Συνοικισμός των Φυματιώντων, της φυσικής συνέχειας δηλαδή του Σανατορίου, ήταν επίσης ο επιτυχημένος πειραματισμός για τη διασύνδεση των πρώην ασθενών με την ευρύτερη κοινωνία των υγιών.

Όμως η ιστορία του Σανατορίου είναι ιδιαίτερα ελκυστική όχι μόνο γιατί παρουσιάζει το δίπολο της αμφίδρομης επικοινωνίας του σανατορίου και της Φυματιούπολης, όχι μόνο γιατί πρόκειται για ένα υλικό που επιδέχεται πολλές και διαφορετικές αναγνώσεις (ιατρική, κοινωνική, ιστορική, ψυχολογική, ανθρωπο-



λογική), αλλά περισσότερο από όλα, γιατί στην περίπτωση αυτού του σανατορίου, πραγματεύεται ένας ερευνητής τη σπάνια εκείνη περίπτωση ενός νοσηλευτικού ιδρύματος που στο πλαίσιο του αποτυπώνονται με την ακρίβεια ενός «σειсмоγράφου» όλες οι δονήσεις της πολιτικής και οικονομικής ιστορίας του νεοελληνικού κράτους.

Η παράθεση μερικών και μόνο παραδειγμάτων είναι πραγματικά αποκαλυπτική του παρπάνω ισχυρισμού: Στα 1922, όταν το νεοελληνικό κράτος ξεκινάει την προσπάθεια του να γίνει ένα σύγχρονο εθνικό κράτος, είναι ένα κράτος πλημμυρισμένο από πρόσφυγες με πολλές επιμέρους διαφορετικές μικροκοιτούρες. Είναι ένα μωσαϊκό ανθρώπων που έχει να αντιμετωπίσει ανάμεσα στα άλλα, τη φτώχεια, την υπανάπτυξη, το χαμηλό βιοτικό επίπεδο.

Την ίδια εποχή το νεοϊδρυμένο ακόμη Φθισιατρείο του Ασβεστοχωρίου και η εκκολλημένη Φυματιούπολη συνιστούν ένα ψηφι-

δωτό, ένα μωσαϊκό ανθρώπων που εκτείνεται γεωγραφικά όσο αφορά στην καταγωγή των ανθρώπων από την Κωνσταντινούπολη και τη Βόρεια Ελλάδα μέχρι τα νησιά και τις νοτιότερες περιοχές της Ελλαδικής Χερσονήσου.

Όταν τη δεκαετία του 1930 το νεοελληνικό κράτος επιδιώκει κουρασμένο από τους πολέμους να στρέψει το ενδιαφέρον του στο εσωτερικό και να ανασυγκροτηθεί, το Φθισιατρείο Ασβεστοχωρίου καταβάλλει φιλότιμη προσπάθεια να μεταμορφωθεί από ένα άσυλο φυματιώντων ασθενών σε ένα πιο σύγχρονο νοσηλευτικό ίδρυμα, και όχι τυχαία, αλλάζει το όνομα του και χρησιμοποιεί τον τίτλο Σανατόριο, σηματοδοτώντας ένα νέο προσανατολισμό και ένα νέο σχέδιο.

Όταν τα ηνία διακυβέρνησης αναλαμβάνει το ιδιόμορφο καθεστώς του Ιωάννη Μεταξά, το νοσηλευτικό ίδρυμα αποκτά επίσης ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το καθεστώς, γιατί η κυβέρνηση επιδιώκει στο πλαίσιο του ιδρύματος



να αναδείξει το φιλολαϊκό προσανατολισμό της, το φιλάνθρωπο χαρακτήρα του χαρισματικού κυβερνήτη, το κοινωνικό του ενδιαφέρον ή μέσα από μια άλλη ανάγνωση, την πολιτική προπαγάνδα του.

Όταν η Φυματιούπολη αναπτύσσεται αρκετά και αποτελεί έναν διακριτό πια συνοικισμό, η κεντρική διοίκηση καταλαμβάνεται από έναν πανικό, γιατί πιστεύει ότι έχει μπροστά της μια υγειονομική βόμβα. Αποφασίζει να τον διαλύσει, αλλά δεν υλοποιεί την απόφαση της, γιατί δεν έχει κανένα σχέδιο και καμιά αντιπρόταση για όλους αυτούς τους ανθρώπους.

Ο προσεκτικός όμως παρατηρητής θα διαπιστώσει ότι ο συνοικισμός αυτός, ο συνοικισμός των φυματιώντων, αν εξαιρέσει κανείς την ασθένεια, παρουσιάζει τις ίδιες ακριβώς αναλογίες και τα ίδια χαρακτηριστικά με τους προσφυγικούς οικισμούς της Τούμπας, της Καλαμαριάς, της Νεάπολης και λοιπών περιοχών της Θεσσαλονίκης (που οικοδομήθηκαν επί-

σης αυτοσχέδια, χωρίς προϋπάρχον σχέδιο, χωρίς μελέτη, χωρίς δίκτυο υδροδότησης και αποχέτευσης, χωρίς ρυμοτομία κλπ).

Όταν την ίδια εποχή οι ιδέες του σοσιαλισμού προπαγανδίζονται από στελέχη του Κομμουνιστικού Κόμματος, οι καπνεργάτες ασθενείς του ΤΑΚ (Ταμείου Ασφαλίσεως Καπνεργατών) του σανατορίου, οι οποίοι έχουν μια «προνομιακή» σχέση με την ασθένεια, γίνονται τα οχήματα για τη διάδοση των σοσιαλιστικών ιδεών στο σανατόριο, και το ίδιο το νοσηλευτικό ίδρυμα, το σημείο αναφοράς της κριτικής και της έλλειψης ενδιαφέροντος από τους κυβερνώντες. Το σανατόριο με άλλα λόγια γίνεται ο κατάλληλος χώρος για την κομματική – πολιτική προπαγάνδα από όπου και αν αυτή εκπορεύεται.

Όταν κηρύσσεται ο πόλεμος και ακολουθεί η Κατοχή και η Αντίσταση, το Σανατόριο Ασβεστοχωρίου είναι και πάλι παρόν στην εθνική προσπάθεια και θυσιάζει 10 υπαλλήλους του

με δημόσια εκτέλεση από τους Γερμανούς και τους συνεργάτες τους, για παραδειγματισμό και αποθάρρυνση κάθε προσπάθειας Αντίστασης στον κατακτητή.

Στα τέλη του πολέμου και στον εμφύλιο που ακολουθεί, η ατμόσφαιρα πάλι χρωματίζεται έντονα στο σανατόριο όταν κομμουνιστές και αντικομμουνιστές διαγκωνίζονται στο χώρο του ιδρύματος, ποιος από τους δύο θα επικρατήσει (καταγράφονται διώξεις, απομακρύνσεις, απολύσεις προσωπικού, απεργίες).

Όταν λίγο μετά η χώρα απογειώνεται οικονομικά με τη χρηματοδότηση από το σχέδιο Μάρσαλ, το σανατόριο, με τους νέους πόρους που εξασφαλίζει, προσθέτει ακόμη περισσότερα κτίρια και πλέον διαμορφώνει εγκαταστάσεις πρότυπες, τέτοιες που αντάξιο του δεν υπάρχει στον Ελλαδικό χώρο και η σύγκριση μπορεί να γίνει μόνο με άλλα εφάμιλλα ευρωπαϊκά.

Είναι η περίοδος που η φυματίωση είναι πλέον ιάσιμη, μια και η στρεπτομυκίνη έχει ανοίξει το δρόμο για τη θεραπεία. Το επόμενο διάστημα, αφού η ασθένεια νικήθηκε, απαιτείται ανασχεδιασμός. Έτσι το σανατόριο μετονομάζεται σε Κέντρο Νοσημάτων Θώρακος Βορείου Ελλάδος (ΚΝΘΒΕ) και αντιμετωπίζει πλέον ένα ευρύ φάσμα ασθενειών της θωρακικής/πνευμονικής περιοχής. Ο νέος προσανατολισμός του ιδρύματος γίνεται πλέον συμβατός με την προσπάθεια του νεοελληνικού κράτους να εκσυγχρονιστεί έτι περαιτέρω και να εισέλθει πανηγυρικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στην ομάδα των αναπτυγμένων χωρών της Ευρώπης.

Στο νέο υγειονομικό σχεδιασμό της χώρας (ΕΣΥ), το πρώην σανατόριο και μετέπειτα Κέντρο Νοσημάτων Θώρακος μετασχηματίζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Γεώργιος Παπανικολάου, ένα νοσοκομειακό συγκρότημα υπερμέγεθες, εκτεταμένο σε μια περιοχή σαράντα στρεμμάτων, με τεχνολογικό εξοπλισμό σύγχρονο, και με τόσο καλά καταρτισμένο και τόσο εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, ώστε τα τελευταία χρόνια κλινικές και ιατρεία του νοσοκομείου να θεωρούνται εφάμιλλα αντίστοιχων ευρωπαϊκών, και αξίζει να το ομολογήσουμε, ανταγωνιστικότερα αντίστοιχων κλινικών ευρωπαϊκών χωρών που διέθεταν κουλτούρα και εμπειρία μακροβιότερη από τις κλινικές του Γεώργιος Παπανικολάου. Και όλα αυτά χάρη σε φιλότιμες προσπάθειες ικανών γιατρών, στις προσπάθειες του προσωπικού και της διοίκησης του ιδρύματος.

Όπως λοιπόν μέσα σε μια εκατονταετία, με διαδικασίες συνοπτικές και επίπονες, συντελέστηκε το θαύμα του μετασχηματισμού του νεοελληνικού κράτους από ένα ασημαντο Βαλκανικό κράτος στην νοτιότερη άκρη της Χερσονήσου του Αίμου σε ένα σύγχρονο ευρωπαϊκό κράτος, έτσι και το πρώην άσυλο φυματιώντων Ασβεστοχωρίου, μέσα σε μια εκατονταετία μεταμορφώθηκε από ένα ασημαντο Νοσοκομείο Φυματιώντων μερικών δεκάδων κλινών, σε μια απομονωμένη περιοχή του Ασβεστοχωρίου, σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα υπερμέγεθες, 20 και πλέον κλινικών, που αντιμετωπίζει ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, και συνιστά βασικό πυλώνα της νοσοκομειακής περίθαλψης της Βόρειας Ελλάδας και όχι μόνο.

Με άλλα λόγια ο μετασχηματισμός του Σανаторίου Ασβεστοχωρίου στο Κέντρο Νοσημάτων Θώρακος Βορείου Ελλάδος και στη συνέχεια στο Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου συνιστά μια διαδρομή επισκόπησης της ίδιας της διαδικασίας του μετασχηματισμού του νεοελληνικού κράτους.



Ιατρικές πληροφορίες & GDPR: επεξεργασία, συναίνεση και προστασία

Χρήστος Δαγρές

Freelance Study Medical Expert / Medical Scientist

Το “μέλλον” είναι εδώ: η πληροφορική (**data science**) καλύπτει όλο το φάσμα της ιατρικής, από το μικρομοριακό επίπεδο (φαρμακοπληροφορική), στα βιοδεδομένα, τα απεικονιστικά και κλινικά δεδομένα (ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς) μέχρι την επιδημιολογία και τη δημόσια υγεία. Παράλληλα, έχουν μεγιστοποιηθεί οι τεχνικές δυνατότητες, καθώς χρησιμοποιούνται σύνθετες συστοιχίες υπολογιστών, εκμεταλλευόμενες τις τεχνολογίες “*cluster computing*” και “*cloud computing*”. Έχει ξεπεραστεί η εποχή όπου η διαχείριση και αποθήκευση της πληροφορίας γινόταν σε έναν υπολογιστή και πλέον διακινείται εντός δικτύων όπου πολλοί χρήστες έχουν ταυτόχρονη (συχνά αυτόματη) πρόσβαση. Τελευταία δε, έχουν δημιουργηθεί πολύπλοκοι αλγόριθμοι “*τεχνητής νοημοσύνης*”, οι οποίοι χρησιμοποιούν τεράστιο όγκο δεδομένων για πιο έγκυρα και αξιόπιστα συμπεράσματα.

Η πρακτική σημασία των παραπάνω είναι αυτονόητη σε κλινικό και επιδημιολογικό επί-

πεδο, ο κύριος μοχλός ανάπτυξης τους όμως εντοπίζεται στον κλινικο-οικονομικό συνδυασμό τους για τη λήψη αποφάσεων. Όσο γηράσκει ο πληθυσμός και οι νέες επιλογές (διαγνωστικές και θεραπευτικές) γίνονται ακριβότερες, τόσο φαίνεται αναπόφευκτο η πληροφορική να προσφέρει τη δυνατότητα στα συστήματα υγείας να αξιολογούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αναλόγως των αποτελεσμάτων και να δίνουν κίνητρα για τη βελτίωση τους.

Η ιατρική πληροφορία εγγενώς έχει “αξία”, η οποία μεταξύ άλλων αποτιμάται και οικονομικά, χωρίς να ταυτίζεται κατ’ ανάγκη με τη κερδοσκοπία. Όσο γρηγορότερα αναγνωριστεί από την ιατρική κοινότητα συνολικά, τόσο θα είναι ευκολότερο να συνδιαμορφωθεί ένα πλαίσιο αξιοποίησης που θα είναι προς όφελος των ασθενών, των ασφαλισμένων, των επαγγελματιών υγείας και της πολιτείας, γενικότερα. Η χρήση των “*big data*” ή “*real life data*” στο χώρο της υγείας είναι εδώ και ήδη διάφοροι

εμπλεκόμενοι (από φαρμακευτικές και ασφαλιστικές εταιρείες μέχρι τη Google) έχουν δραστηριοποιηθεί. Καλό θα ήταν να ενεργοποιηθεί και η ιατρική κοινότητα προτού κληθεί να αντιδράσει σε τετελεσμένα που θα έχουν διαμορφωθεί έξωθεν.

Ασφάλεια και Ιδιωτικότητα

Η προστασία της ιδιωτικότητας αποτελεί αδιαπραγμάτευτη προϋπόθεση για να υλοποιηθούν τα παραπάνω, διαιρούμενη σε δύο σκέλη: *προστασία από παραβίαση της ασφάλειας* και *προστασία από κακόβουλη ή μη-αποδεκτή επεξεργασία*. Η πρώτη έννοια είναι ευρέως κατανοητή, πρωτίστως ως τεχνικό ζήτημα (προγράμματα και συστήματα ασφαλείας) και δευτερευόντως ως ζήτημα εκπαίδευσης και κανονισμών. Πρόκειται για μία δυναμική σχέση δράσης-αντίδρασης καθώς η τεχνολογική πρόοδος οπλίζει και όσους επιχειρούν να παρακάμψουν τα συστήματα ασφαλείας. Επομένως, είναι απαραίτητη η ύπαρξη ειδικών συνεργατών που θα προλαμβάνουν (στο βαθμό που είναι εφικτό) και θα αντιμετωπίζουν τις παραβιάσεις και στη συνέχεια θα αναπροσαρμόζουν το πλαίσιο ασφαλείας, όταν χρειάζεται.

Τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα ως προς τη μη-αποδεκτή χρήση ιατρικών δεδομένων καθώς συνδυάζει επιστημονικές, νομικές, πολιτικές και κοινωνικές παραμέτρους. Αφορά το όριο μέχρι του οποίου επιτρέπεται η επεξεργασία των ιατρικών δεδομένων. Οι καθηγητές Νομικής **Cohen & Mello** με άρθρο στο **JAMA** είχαν εκφράσει αμφιβολίες για την νομική προστασία που εξασφαλίζει ο νόμος **HIPAA** (Health Insurance Portability and Accountability) στις ΗΠΑ. Ο νόμος αφορά όχι τον τύπο των δεδομένων αλλά τους οργανισμούς (π.χ. νοσοκομεία και φαρμακευτικές εταιρείες) που τα διαχειρίζονται. Αυτό σημαίνει ότι εάν ανωνυμοποιημένα ιατρικά δεδομένα βρεθούν στην κατοχή τρίτων εταιρειών πιθανόν να υπάρχει νομικό κενό για τα επιτρεπόμενα όρια

χρήσης τους, κενό που διογκώνεται όσο γίνονται υπολογιστικά ισχυρότερα τα πληροφοριακά συστήματα.

Ένα πρόσφατο παράδειγμα αφορά την αμφιλεγόμενη προσπάθεια του Facebook, να αγοράσει ανώνυμα ιατρικά δεδομένα από μεγάλα νοσοκομεία των ΗΠΑ και, συνδιάζοντας τα με δικά του δεδομένα, να τα προσωποποιήσει μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται *"hashing"*. Θεωρητικά, ο στόχος ήταν να εντοπιστούν ανάγκες σε ιατρικές υπηρεσίες ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα και στη συνέχεια να αναπτύξουν εξατομικευμένο πρόγραμμα προαγωγής υγείας για κάθε ασθενή. Το πρόγραμμα διακόπηκε μετά τη δημοσιοποίηση του σκανδάλου της **Cambridge Analytica**, ωστόσο κανείς δεν μπορεί να προβλέψει την εξέλιξη του άπαξ και υλοποιούνταν. Εξαιτίας του νομικού κενού θα μπορούσε να *"αξιοποιηθεί"* πολλαπλώς: από εμφανή (ή και αφανή) προσωποποιημένα μηνύματα για κάθε ιατρικό ζήτημα έως διαφημίσεις. Ας μην ξεχνάμε ότι κάποια ζητήματα (χρήση οπιοειδών, κύηση, ευθανασία κ.α.) έχουν και μία έντονη πολιτικοκοινωνική διάσταση ενώ το Facebook έχει κατηγορηθεί ότι προωθεί δική του κοινωνική ατζέντα. Ένα τέτοιο εργαλείο, χωρίς το κατάλληλο νομικό πλαίσιο (και τη συνέναιση των χρηστών), θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως όργανο κοινωνικής μηχανικής.

Η νομική ασάφεια γίνεται προφανέστερη σε ζητήματα γενετικών πληροφοριών. Κάποιες διαδικτυακές υπηρεσίες όπως το **GEDmatch** και το **MyHeritage** επιτρέπουν να μοιράσει κάποιος το γενετικό του προφίλ μαζί με τα προσωπικά του στοιχεία. Υπολογίζεται ότι σε 2-3 χρόνια από σήμερα θα είναι δυνατή η ταυτοποίηση κάθε ανώνυμου δείγματος DNA μέσα από τις υπηρεσίες αυτές σε συνδυασμό με τα προσβάσιμα οικογενειακά δέντρα των Αμερικάνων με ευρωπαϊκή καταγωγή. Ήδη χρησιμοποιήθηκε αυτή η δυνατότητα από την αστυνομία του Σακραμέντο για τον

εντοπισμό και τη σύλληψη ενός υπόπτου ως “δολοφόνου του Golden State” από το γενετικό υλικό συγγενών του που ήταν προσβάσιμο δημόσια.

Η εμπειρία μέχρι τώρα έδειξε ότι οι ασθενείς θέλουν να έχουν εύκολη, άμεση και αξιόπιστη πρόσβαση στους ηλεκτρονικούς τους φακέλους, στην πλειοψηφία τους συναινούν στην ανώνυμη χρήση των δεδομένων τους για ερευνητικούς και διαχειριστικούς σκοπούς, αλλά θέλουν επίσης να προστατεύονται από αθέμιτη επεξεργασία τους. Ειδάως, υπάρχει κίνδυνος να αντιστραφεί το θετικό κλίμα και να αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που θα απαγορεύουν την πρόσβαση στα δεδομένα τους, στερώντας την ιατρική κοινότητα από ζωτικές πληροφορίες. Οι Cohen & Mello θεωρούν ότι η νέα ευρωπαϊκή νομοθεσία **GDPR** προσφέρει μια καλή βάση αντιμετώπισης του προβλήματος καθώς θέτει ένα κοινό πλαίσιο προστασίας των προσωπικών δεδομένων, με ειδικές προβλέψεις για τα ιατρικά δεδομένα.

Ο ρόλος γιατρών & ιατρικών συλλόγων

Καθώς λοιπόν το περιβάλλον γύρω από τη διαχείριση της ιατρικής πληροφορίας αλλάζει άρδην, με ρυθμούς που δύσκολα παρακολουθεί ο μέσος γιατρός, το άρθρο του Δρ. Παπαγιάννη (*Ιατρικά Θέματα* τ.72) θέτει κάποια εύλογα ερωτήματα. Το θέμα της κωδικοποίησης για παράδειγμα είναι ένα ζήτημα που πρέπει να απαντηθεί όπως και το γενικότερο ζήτημα της επικοινωνίας μεταξύ διαφορετικών συσκευών/πλατφόρμων πληροφοριών. Ο κάθε γιατρός θα πρέπει να δέχεται και να στέλνει πληροφορίες από και προς διάφορες πηγές (από βιοχημικά και απεικονιστικά αποτελέσματα μέχρι διαδικτυακούς φακέλους ασθενών) και είναι απαραίτητο να εμπιστεύεται ότι θα γίνεται με ασφάλεια, εγκυρότητα και ακρίβεια. Αυτά τα αυξανόμενης πολυπλοκότητας ζητήματα δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν μεμονωμένα απ’τους γιατρούς. Η συνεργασία

με επαγγελματίες στη διαχείριση ψηφιακών δεδομένων είναι επιβεβλημένη.

Μια πρόταση για τον περιορισμό των σχετικών δαπανών είναι η από κοινού αγορά προϊόντων και υπηρεσιών για πολλά συνεργαζόμενα ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές. Η υιοθέτηση κοινών πρακτικών θα οδηγήσει σε καλύτερο συντονισμό, συνδιαμόρφωση των κανόνων στην αγορά, αξιοποίηση νέων εργαλείων [π.χ. *leasing* για αγορά μηχανημάτων ή προγράμματα ανοιχτού κώδικα (*open source*)] και συνολικά μεγαλύτερη διαπραγματευτική ισχύ. Στις ΗΠΑ, λειτουργούν από το 1910 οι *group purchasing organizations (GPOs)*, ιδιωτικές εταιρείες που κάνουν αυτή τη δουλειά εξασφαλίζοντας σημαντικές εκπτώσεις από τις τιμές καταλόγου, αν και τελικά κατηγορήθηκαν για στρεβλώσεις στην αγορά εξαιτίας της δυσανάλογης δύναμης που απέκτησαν. Αυτό μπορεί να αποφευχθεί εάν οι ίδιοι οι γιατροί προχωρήσουν σε απευθείας διαπραγματεύσεις με τους προμηθευτές, ως ολιγοψώνια.

Παρόμοια στάση μπορεί να ακολουθηθεί και στα πρακτικά ζητήματα των ασφαριών του **GDPR**. Προφανώς, μεμονωμένα οι γιατροί δεν μπορούν να απαντήσουν, το ρόλο αυτό θα μπορούσαν όμως να τον αναλάβουν είτε ο ΠΙΣ είτε Ιατρικοί Σύλλογοι όπως της Θεσσαλονίκης. Μπορούν, με δομημένο τρόπο, να μαζέψουν ερωτήματα και παρατηρήσεις από την καθημερινή εμπειρία των γιατρών γύρω από τη χρήση των ιατρικών πληροφοριών και στη συνέχεια, φέρνοντας στο ίδιο τραπέζι (π.χ. σε μία ημερίδα) ειδικούς από διάφορα επιστημονικά πεδία και κρατικούς φορείς, να δομήσουν ένα πλαίσιο κανόνων και πρακτικών οδηγιών. Γενικά, είναι καλύτερο να ορίζεις το πεδίο παρά να προσπαθείς να αλλάξεις τετελεσμένα τρίτων. Ακόμη και τα “Ιατρικά Θέματα” θα μπορούσαν να συμμετέχουν, είτε με ένα ειδικό τεύχος αφιερωμένο σε διαφορετικές πτυχές του προβλήματος, είτε φιλοξενώντας ένα σχετικό άρθρο σε κάθε τεύχος.

Επίλογος

Η αναγκαιότητα χρησιμοποίησης ηλεκτρονικών πληροφοριών θα αυξάνεται με γεωμετρική πρόοδο στο εγγύς μέλλον, το ίδιο και η πολυπλοκότητα των πληροφοριακών συστημάτων. Ένας τρόπος προσέγγισης θα ήταν να περιμένει η ιατρική κοινότητα για να δοθούν “λύσεις” από τρίτους, συχνά με τη μορφή τετελεσμένων, και να αντιδράσει κατόπιν. Ένας άλλος θα ήταν να δράσει συλλογικά, με τρόπο ευέλικτο αλλά προβλεπτικό των καταστάσεων προτού παγιωθούν, ώστε να οδηγή τις εξελίξεις. Η εμπειρία από το εξωτερικό και οι δυνατότητες που δίνει η ηλεκτρονική επικοινωνία σήμερα κάνουν το δεύτερο σενάριο εφαρμόσιμο και ελκυστικό, εφόσον υπάρχει βούληση.

Πηγές

Zhu L. & Zheng WJ. Informatics, Data Science, and Artificial Intelligence. JAMA 2018; 320(11):1103-4. doi:10.1001/jama.2018.8211.
Ivers N et al. Lessons From the Canadian Experience With Single-Payer Health Insurance. JAMA Intern Med 2018; 178(9):1250-5. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3568.
Cohen IG & Mello MM. HIPAA and Protecting Health Information in the 21st Century. JAMA 2018; 320(3): 231-2. doi:10.1001/jama.2018.5630
Ανών. Το Facebook προσπαθεί να ελέγξει τα ιατρικά δεδομένα. Εφημερίδα “Ρήξη”, Σεπτ. 2018.
Akpan N. DNA ancestry searches can now identify most white Americans. Here’s why that’s legally questionable. <https://www.pbs.org/newshour/science/dna-ancestry-searches-can-now-identify-most-white-americans-heres-why-thats-legally-questionable> [Πρόσβαση στις: 14 Οκτ 2018]
Bruhn WE et al. Group Purchasing Organizations, Health Care Costs, and Drug Shortages. JAMA 2018; 320(18):1859-60. doi:10.1001/jama.2018.13604.
Παπαγιάννης Α. Ο ευρωπαϊκός κανονισμός προστασίας προσωπικών δεδομένων: ένας αντίλογος. Ιατρικά Θέματα 2018; 72:37-8.





Αιθέρια έλαια αντί χημειοθεραπείας: η ογκολογία απέναντι στην αγυρτεία

Ranjana Srivastava

Ογκολόγος και αρθρογράφος στη Guardian Αυστραλίας

Μετάφραση: Αντώνης Παπαγιάννης

«Για πες μου, γιατί να κάνω τη χημειοθεραπεία σου ενώ μπορώ να θεραπευθώ με φυσικό τρόπο!»

Το πρόσωπό του είναι σφιγμένο, τα μπράτσα του στη μέση σε αμυντική στάση. Ο φίλος του κρατάει ένα φυλλάδιο που δείχνει μια ύποπτα υγιή γυναίκα με καλοχτενισμένα μαλλιά και γυαλιστερό δέρμα. Αυτό είναι το επείγον ραντεβού της ημέρας, που για να χωρέσει μετακινήθηκαν βιαστικά άλλοι ασθενείς.

Ξέρω ότι δεν θα έπρεπε να τσιμπήσω το δόλωμα, αλλά σαν ναρκομανής νιώθω την τάση να πω:

«Εμπρός λοιπόν, θεραπεύσου. Και είναι σχεδόν σίγουρο ότι θα σε ξαναδώ, αδυνατισμένο, κατεστραμμένο, να θρηνείς για το γεγονός ότι είναι πολύ αργά».

Ευτυχώς, παρεμβαίνει ο κώδικας δεοντολογίας. Φαντάζομαι τον τρόπο του. Θυμάμαι

τη θέση μου. Και του λέω: «Πες μου περισσότερα».

Και ακούω για τον άνθρωπο που χρησιμοποιεί κύματα, για τη γυναίκα που ενισχύει την ανοσία και για κείνον που πουλάει αγνά βότανα. Αυτοί είναι οι θεραπευτές: 100% πειστικοί, 100% πιστοποιημένοι από ένα κοπάδι αφανών χρηστών του Facebook.

Ρωτάει: «Και ποια είναι η εγγύηση της χημειοθεραπείας σου, εν πάση περιπτώσει;»

Έχω τελειοποιήσει την απάντησή μου τις νύχτες που είμαι άυπνη:

«Στη ζωή δεν υπάρχουν εγγυήσεις, αλλά έχεις έναν θεραπεύσιμο καρκίνο. Ναι, θα υπάρξουν παρενέργειες, αλλά μπορούμε να τις διαχειριστούμε. Όχι, δεν μπορώ να σου εγγυηθώ την ίαση, αλλά σε κάθε περίπτωση θα συνιστούσα μια τεκμηριωμένη θεραπεία παρά τον μαγνήτη που τάχα τραβάει από μέσα σου τα καρκινικά

κύτταρα. Και επί τη ευκαιρία, δεν είναι δική μου η χημειοθεραπεία. Οι φόροι σου πληρώνουν τη δουλειά μου, αλλά δεν κερδίζω από το να σου δίνω χημειοθεραπεία».

Πόσες φορές όμως δεν έχω ακούσει ότι αν εμείς οι ογκολόγοι τρομοκρατούσαμε λίγο λιγότερο και ακούγαμε λίγο περισσότερο, ίσως να κερδίζαμε περισσότερες καρδιές;

Κι έτσι δαγκώνω τη γλώσσα μου, ενώ σκέφτομαι την ανήσυχη νοσηλεύτρια που με παρακάλεσε να του αλλάξω μυαλά. Καθώς του παρουσιάζω τις διάφορες επιλογές από την πιο ήπια ως την πιο εντατική, θυμάμαι τον ασθενή που άλλαξε τη χημειοθεραπεία με τα αιθέρια έλαια, εκείνον που επέλεξε να 'κάψει' τον όγκο του κι εκείνον που μου πρότεινε να γίνω πλασιέ για έναν ζωογόνο χυμό.

«Δεν με πείθεις».

«Έχεις τα δεδομένα, εσύ θα αποφασίσεις», απαντώ.

Κάποτε νόμιζα ότι αυτές οι δεύτερες γνώμες ήταν διαφωτιστικές για τους ασθενείς και τους παρακινούσαν να αλλάξουν. Όμως αυτό που έμαθα τα τελευταία λίγα χρόνια είναι ότι οι καρκινοπαθείς που ψάχνουν εναλλακτικές θεραπείες είναι ριζωμένοι πιο βαθιά παρά ποτέ στις πεποιθήσεις τους. Χάρη στην άνοδο των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, στη δυνατότητα να αποκλείουν τις αντικρουόμενες απόψεις και σ' ένα στρατό υποστηρικτών για κάθε εξωφρενική ιδέα, οι άνθρωποι αυτοί έρχονται πεπεισμένοι για τις θεωρίες τους. Η διαφωνία μαζί τους είναι χαμένος κόπος.

Παρά τις μακρότερες επισκέψεις, που γίνονται εις βάρος άλλων ασθενών που έχουν ανάγκη, οι άρρωστοι αυτοί είναι συχνά οι πιο ανικανοποίητοι επειδή οι ογκολόγοι όπως εγώ λέμε τις αλήθειες μας με λιγότερη πειθώ από τους τσαρλατάνους που υπόσχονται τον κόσμο ολόκληρο αλλά δεν προσφέρουν τίποτε άλλο παρά έναν μοναχικό θάνατο σ' ένα άγνωστο τμήμα επειγόντων μπροστά σε μια οικογένεια σε σύγχυση.

Μια έρευνα που έγινε με παραγγελία της Αμερικανικής Εταιρείας Κλινικής Ογκολογίας (ASCO) [1] πήρε συνεντεύξεις από περισσότερους από 4.000 Αμερικανούς ενήλικους, από τους οποίους το ένα τέταρτο ήταν καρκινοπαθείς ή πρώην καρκινοπαθείς. Σχεδόν 40% των ερωτηθέντων συμφώνησαν «κάπως» ή «πολύ» ότι ο καρκίνος μπορεί να θεραπευθεί μόνο με οξυγόνο, δάιατα και βότανα. Κι αυτό παρά το γεγονός ότι ασθενείς που επιλέγουν μόνο εναλλακτικές θεραπείες έχουν περισσότερο από διπλάσιο κίνδυνο θανάτου, κι εκείνοι με καρκίνους αρχικού σταδίου όπως του μαστού και του παχέος εντέρου έχουν τετραπλάσια έως εξαπλάσια θνητότητα σε σύγκριση μ' εκείνους που παίρνουν κλασική θεραπεία.

Θα νόμιζε κανείς ότι οι σύγχρονοι ασθενείς, που έχουν πρόσβαση σε πολλά εποπτευόμενα κανάλια πληροφόρησης και εξίσου πολλές πηγές προειδοποιήσεων υγείας, θα τα χρησιμοποιούσαν όλα αυτά προς όφελός τους. Οι σημερινοί νέοι θεωρούνται ότι έχουν ιδιαίτερη γνώση και κρίση. Δυστυχώς η έρευνα βρήκε ότι σχεδόν οι μισοί άνθρωποι κάτω των 53 ετών πίστευαν ότι ο καρκίνος μπορεί να ιαθεί μόνο με εναλλακτικές θεραπείες. Ακόμη και από τους ανθρώπους που είχαν άμεσα προσβληθεί από τον καρκίνο, το ένα τέταρτο πίστευε στις εναλλακτικές θεραπείες περισσότερο απ' ό,τι στις συμβατικές θεραπείες. Κι αν κανείς βασιζόταν στην οικογένειά του για να τον διαφωτίσει, πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων που φρόντιζαν καρκινοπαθείς συμμερίζονταν τις εσφαλμένες τους πεποιθήσεις για τις εναλλακτικές θεραπείες.

Ένζυμα, κύματα και μαγνήτες δεν θεραπεύουν τον καρκίνο, και κοστίζουν στον ασθενή στο κάθε του βήμα. Μικρά φιαλίδια με άγνωστες και συχνά νοθευμένες ή καθαρά τοξικές ουσίες στοιχίζουν εκατοντάδες δολάρια [2], για να μην αναφέρουμε την κάθε επίσκεψη που προσποιείται ότι διαβάζει τα μάτια και αισθάνεται την ενέργεια για να θεραπεύσει τον

καρκίνο, ακόμη κι ενώ ο ασθενής χειροτερεύει. Πώς το ξέρω; Επειδή ετοιμοθάνατοι ασθενείς διηγούνται τις ιστορίες αυτές σε μια έσχατη προσπάθεια να προφυλάξουν τους ομοιοπαθείς τους από την απάτη.

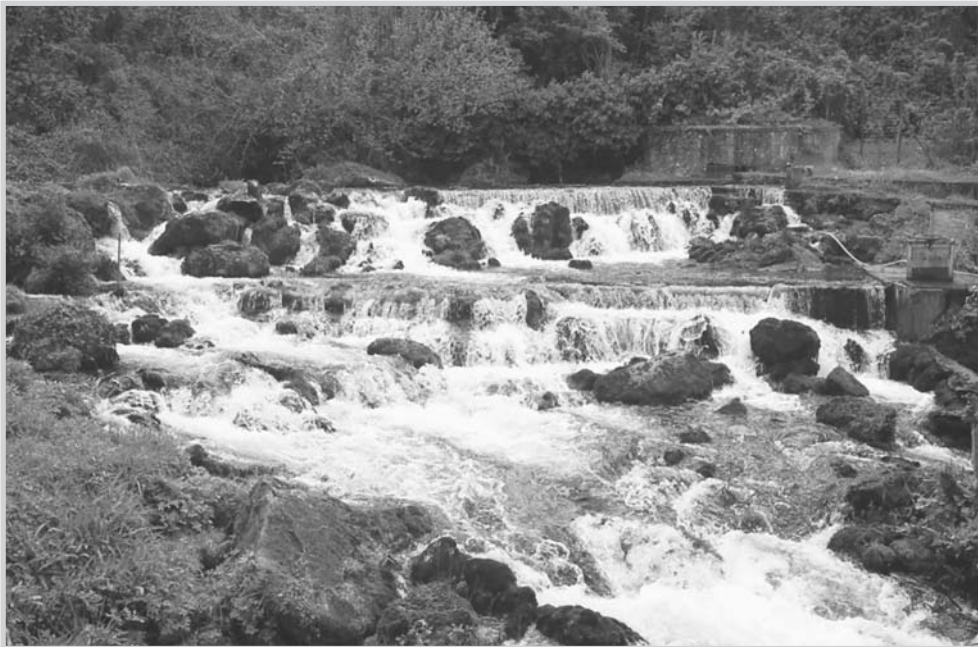
Η γενική αντίληψη είναι ότι οι ογκολόγοι μπορούν να καταπολεμήσουν την αγρυτεία με την καλή επικοινωνία, αλλά φοβούμαι ότι δεν είναι έτσι τα πράγματα.

Οι ογκολόγοι είναι μπλεγμένοι για τα καλά σ' ένα δίκτυο ψευδών ειδήσεων. Η αυθεντία τους έχει υπονομευθεί και η εμπειρία τους χλευάζεται από μια παγκόσμια στρατιά αποφασισμένων και δύσκολων να ανιχνευθούν τσαρλατάνων και των ακολούθων τους. Μεγαλύτερη επαγρύπνηση, ισχυρότερη νομοθε-

τική ρύθμιση και βελτιωμένη πληροφόρηση υγείας μπορεί να βοηθήσει, αλλά η έλξη των εναλλακτικών θεραπειών είναι ισχυρή.

Μη γελιόμαστε. Με τόση παραπληροφόρηση να τροφοδοτεί τη χρήση όλο και πιο παράδοξων εναλλακτικών θεραπειών, οι ασθενείς τελικά θα ληστεύονται και θα απογοητεύονται, και οι γιατροί τους θα παραγκωνίζονται. Για να παραφράσουμε ένα παλιό ανέκδοτο, οι ογκολόγοι δεν θα δίνουν πλέον χημειοθεραπεία μέχρι τον τάφο, αλλά οι τσαρλατάνοι θα γελούν στο δρόμο για την τράπεζα.

1. <https://www.asco.org/research-progress/reports-studies/national-cancer-opinion-survey>
2. <https://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm048383.htm>





Πολιτική και γλώσσα

George Orwell

Μετάφραση: Αντώνης Παπαγιάννης

Σημείωμα του μεταφραστή: Το παρακάτω κείμενο περιλαμβάνει εκτεταμένα αποσπάσματα από ένα εκτενέστερο δοκίμιο του George Orwell που δημοσιεύθηκε το 1946 με τον τίτλο 'Politics and the English Language' [υπάρχει ολόκληρο στο Διαδίκτυο, σε πολλές διευθύνσεις]. Παραλείποντας μόνο τα παραδείγματα και τα σχόλια που αναφέρονται συγκεκριμένα στην αγγλική γλώσσα, μετέφρασα τα τμήματα που έχουν γενικότερο ενδιαφέρον, υπεράνω γλωσσικών συνόρων (όπου το κείμενο γράφει 'αγγλική', ο αναγνώστης μπορεί να βάλει 'ελληνική' χωρίς να αλλάζει ουσιαστικά το νόημα). Όσοι πιστεύουν ότι η χρήση της γλώσσας από τους πολιτικούς έχει βελτιωθεί από τότε, μπορεί να αλλάξουν γνώμη διαβάζοντας το κείμενο. Μάλιστα στην εποχή μας η γενικευμένη τάση της 'πολιτικής ορθότητας' και η υποταγή της πολιτικής βούλησης στην 'επικοινωνιακή τεχνική' έχουν κάνει τη γλώσσα σχεδόν αγνώριστη στα στόματα και τα κείμενα των επαγγελματιών της χειραγώγησης ανθρώπων.

Ας σημειώσω για όσους δεν το γνωρίζουν ότι ο Orwell στη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια εργά-

σθηκε ως συνεργάτης πολιτικής προπαγάνδας του BBC και επαγγελματίας συντάκτης πολιτικών κειμένων και φυλλαδίων. Έτσι, οι απόψεις του διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από προσωπική πείρα. Τα παραδείγματα που παραθέτει αναφέρονται βέβαια στην εποχή του (τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, ακμή του σταλινισμού στην τότε Σοβιετική Ένωση, δύση της Βρετανικής Αυτοκρατορίας), αλλά δεν νομίζω ότι ο αναγνώστης θα δυσκολευθεί να σκεφθεί ανάλογες καταστάσεις και στην εποχή μας.

«Οι περισσότεροι που κάνουν τον κόπο να ασχοληθούν με το θέμα παραδέχονται ότι η [αγγλική] γλώσσα βρίσκεται σε κακή κατάσταση, αλλά η γενική πεποίθηση είναι ότι δεν μπορούμε με συνειδητή δράση να κάνουμε κάτι γι' αυτό. Ο πολιτισμός μας είναι παρακμασμένος και η γλώσσα μας –λέει το επιχείρημα– αναπόφευκτα θα ακολουθήσει τη γενική κατάρρευση. Το συμπέρασμα είναι ότι κάθε αγώνας κατά της κακοποίησης της γλώσσας είναι ένας συναισθηματικός αρχαϊσμός, όπως το να προτιμά κανείς τα κεριά από το ηλεκτρικό φως ή τα αμάξια με άλογα από τα αεροπλάνα. Κάτω

από την άποψη αυτή βρίσκεται η μισο-συνειδητή πεποίθηση ότι η γλώσσα είναι μια φυσική εξέλιξη και όχι ένα όργανο που το διαμορφώνουμε για τους δικούς μας σκοπούς.

Είναι βέβαια σαφές ότι η κατάπτωση μιας γλώσσας τελικά έχει πολιτικά και οικονομικά αίτια: δεν οφείλεται απλά στην κακή επίδραση του ενός ή του άλλου μεμονωμένου γραφιά. Ωστόσο, ένα αποτέλεσμα μπορεί να γίνει αίτιο, που ενισχύει το αρχικό αίτιο και επιφέρει το ίδιο αποτέλεσμα σε πιο έντονη μορφή, και ούτω καθεξής επ' αόριστον. Μπορεί κάποιος να το ρίξει στο ποτό διότι θεωρεί τον εαυτό του αποτυχημένο, και στη συνέχεια να αποτυγχάνει όλο και περισσότερο διότι πίνει. Κάτι τέτοιο συμβαίνει και με τη γλώσσα. Γίνεται άσχημη και ανακριβής διότι οι σκέψεις μας είναι ανόητες, αλλά η αφροντισιά της γλώσσας μας διευκολύνει τις ανόητες σκέψεις μας. Το θέμα είναι ότι αυτή η διαδικασία είναι αναστρέψιμη. Η σύγχρονη αγγλική γλώσσα, ιδίως η γραπτή, είναι γεμάτη κακές συνήθειες που διαδίδονται με τη μίμηση και που μπορούν να αποφευχθούν αν κανείς θελήσει να καταβάλει τον απαραίτητο κόπο. Αν απαλλαγεί κανείς από τις συνήθειες αυτές, μπορεί να σκεφθεί πιο καθαρά, και η καθαρή σκέψη είναι ένα αναγκαίο πρώτο βήμα προς μια πολιτική αναγέννηση, που σημαίνει ότι η μάχη κατά της κακής γλώσσας δεν είναι ιδιοτροπία και δεν αφορά αποκλειστικά τους επαγγελματίες γραφείς. [...]

[...] Καθένα από τα παραδείγματα έχει τα δικά του σφάλματα, αλλά ξέχωρα από την ασχήμια που μπορεί να αποφευχθεί, δυο ιδιότητες είναι κοινές σε όλα. Η πρώτη είναι η 'μπαγιατιά' των εικόνων, η δεύτερη είναι η έλλειψη ακριβείας. Ο γράφων είτε έχει ένα νόημα και δεν μπορεί να το εκφράσει, ή χωρίς να το θέλει λέει κάτι άλλο, ή σχεδόν αδιαφορεί τελείως για το αν οι λέξεις του σημαίνουν κάτι ή όχι. Αυτό το μίγμα ασάφειας και καθαρής ανικανότητας είναι το πιο έντονο χαρακτηριστικό της σύγχρονης αγγλικής πρόζας, και ειδικά κά-

θε είδους πολιτικού γραψίματος. Μόλις τεθούν συγκεκριμένα θέματα, το συμπαγές χάνεται μέσα στο αφηρημένο και κανείς δεν δείχνει ικανός να σκεφθεί σχήματα λόγου που δεν είναι τετριμμένα: η πρόζα αποτελείται όλο και λιγότερο από λέξεις διαλεγμένες για το νόημά τους, και όλο και περισσότερο από φράσεις κολλημένες μεταξύ τους σαν κομμάτια από ένα προκατασκευασμένο κοτέτσι.

[...] Πολλές πολιτικές λέξεις υφίστανται παρόμοια κακοποίηση. Η λέξη *Φασισμός* δεν έχει πια κανένα νόημα παρά μόνο στο βαθμό που σημαίνει 'κάτι μη επιθυμητό'. Οι λέξεις *δημοκρατία*, *σοσιαλισμός*, *ελευθερία*, *πατριωτικός*, *ρεαλιστικός*, *δικαιοσύνη* έχουν καθεμία πολλές διαφορετικές σημασίες, που δεν μπορούν να συμφιλιωθούν μεταξύ τους. Στην περίπτωση μιας λέξης όπως *δημοκρατία*, όχι μόνο δεν υπάρχει συμφωνημένος ορισμός, αλλά κάθε προσπάθεια να δοθεί ορισμός βρίσκει αντίσταση απ' όλες τις μεριές. Είναι σχεδόν παγκόσμια η αίσθηση ότι όταν ονομάζουμε μια χώρα δημοκρατική την επαινούμε: κατά συνέπεια οι υποστηρικτές κάθε είδους καθεστώτος υποστηρίζουν ότι είναι δημοκρατία, και φοβούνται ότι ίσως θα έπρεπε να πάψουν να χρησιμοποιούν τη λέξη αυτή αν την καθήλωναν σε ένα μόνο νόημα. Τέτοιες λέξεις συχνά χρησιμοποιούνται με συνειδητά ανέντιμο τρόπο. Δηλαδή, εκείνος που τις χρησιμοποιεί έχει τον δικό του προσωπικό ορισμό, αλλά αφήνει τον ακροατή του να νομίζει ότι εννοεί κάτι τελείως διαφορετικό [...] Άλλες λέξεις που χρησιμοποιούνται με ποικίλες σημασίες, στις περισσότερες περιπτώσεις περισσότερο ή λιγότερο ανέντιμα, είναι: *τάξη*, *ολοκληρωτικός*, *επιστήμη*, *προοδευτικός*, *αντιδραστικός*, *μπουρζουά*, *ισότητα*.

[...] Ένας σχολαστικός γραφέας, σε κάθε πρόταση που γράφει, θα θέτει στον εαυτό του τέσσερα τουλάχιστον ερωτήματα, τα εξής:

1. Τι προσπαθώ να πω;
2. Ποιες λέξεις θα το εκφράσουν;

3. Ποια εικόνα ή μεταφορά θα το κάνει σαφέστερο;

4. Είναι η εικόνα αρκετά φρέσκια ώστε να έχει αποτέλεσμα;

Και πιθανώς θα ρωτηθεί και δυο ακόμη πράγματα:

1. Θα μπορούσα να το πω με πιο σύντομο τρόπο;

2. Έχω πει τίποτε άσχημο που θα μπορούσα να αποφύγω;

Όμως δεν είστε υποχρεωμένος να κάνετε όλον αυτό τον κόπο. Μπορείτε να τον αποφύγετε απλώς ανοίγοντας το μυαλό σας και αφήνοντας τις ετοιματζίδικες φράσεις να μουν μέσα. Αυτές θα στήσουν τις προτάσεις σας –θα σκεφτούν ακόμη και τις σκέψεις σας, ως ένα βαθμό– και εν ανάγκη θα επιτελέσουν τη σημαντική υπηρεσία να συγκαλύψουν εν μέρει το νόημά σας ακόμη κι από σας τους ίδιους. Ακριβώς στο σημείο αυτό φαίνεται καθαρά η ειδική σχέση ανάμεσα στην πολιτική και την υποβάθμιση της γλώσσας.

Στην εποχή μας γενικά ο πολιτικός λόγος είναι κακός λόγος. Όπου δεν ισχύει αυτό, συνήθως ανακαλύπτουμε ότι ο γράφων είναι ένα είδος επαναστάτη που εκφράζει τις προσωπικές του απόψεις και όχι μια 'κομματική γραμμή'. Φαίνεται ότι η δογματική ορθοδοξία, οποιουδήποτε χρώματος, απαιτεί ένα άψυχο, μιμητικό στυλ. Οι πολιτικές διάλεκτοι που συναντά κανείς σε φυλλάδια, κύρια άρθρα, manifestos, νομοσχέδια και λόγους υφυπουργών διαφέρουν βέβαια από κόμμα σε κόμμα, αλλά όλες μοιάζουν στο ότι σχεδόν ποτέ δεν βρίσκει κανείς μια φρέσκια, ζωντανή, αυτοσχέδια μορφή λόγου [...] Όταν παρακολουθεί κανείς κάποιον κουρασμένο ομιλητή στο βήμα να επαναλαμβάνει μηχανικά τις συνηθισμένες φράσεις [...] έχει συχνά την αίσθηση ότι παρακολουθεί όχι έναν ζωντανό άνθρωπο, αλλά ένα είδος κούκλας [...] Ένας τέτοιος ομιλητής έχει σε κάποιο βαθμό μετατρέψει τον εαυτό του σε μηχανή. Από τον λάρυγγά του βγαίνουν

οι κατάλληλοι ήχοι, αλλά ο εγκέφαλός του δεν συμμετέχει, όπως θα συνέβαινε αν διάλεγε ο ίδιος τις λέξεις του. Αν τον λόγο που βγάζει έχει συνηθίσει να τον κάνει πολλές φορές, μπορεί σχεδόν να μην έχει επίγνωση του τι λέει, όπως όταν λέει κανείς το 'Κύριε ελέησον' στην εκκλησία. Αυτή η κατάσταση μειωμένης επίγνωσης, αν όχι απαραίτητη, είναι οπωσδήποτε ευνοϊκή για την πολιτική συμμόρφωση.

Στην εποχή μας, ο πολιτικός λόγος και η γραφή υποστηρίζουν σε μεγάλο βαθμό τα ανυποστήρικτα. Γεγονότα όπως η συνεχιζόμενη Βρετανική κυριαρχία στην Ινδία, οι Ρωσικές εκκαθαρίσεις και εκτοπίσεις, η ρίψη των ατομικών βομβών στην Ιαπωνία μπορούν πράγματι να υποστηριχθούν, αλλά μόνο με επιχειρήματα που είναι πολύ σκληρά για τους περισσότερους ανθρώπους και που δεν συνάδουν με τους ομολογούμενους σκοπούς των πολιτικών κομμάτων. Έτσι η πολιτική γλώσσα πρέπει σε μεγάλο βαθμό να αποτελείται από ευφημισμούς, φαύλους κύκλους και καθαρή νεφελώδη ασάφεια. Ανυπεράσπιστα χωριά βομβαρδίζονται από αέρος, οι κάτοικοί τους διώχνονται στην ύπαιθρο, τα ζωντανά σκοτώνονται με πολυβολισμούς, οι καλύβες πυρπολούνται με εμπρηστικές σφαίρες: αυτό ονομάζεται *ειρήνευση* (pacification). Εκατομμύρια χωρικοί διώχνονται από τα κτήματά τους και στέλνονται στους δρόμους μόνο με όσα μπορούν να κουβαλήσουν: αυτό ονομάζεται *μετακίνηση πληθυσμών ή επανόρθωση των συνόρων*. Άνθρωποι φυλακίζονται για χρόνια χωρίς δίκη, ή εκτελούνται με μια σφαίρα στον αυχένα ή στέλνονται να πεθάνουν από σκορβούτο στα Αρκτικά στρατόπεδα εργασίας: αυτό λέγεται *απομάκρυνση αντιδραστικών στοιχείων*. Μια τέτοια φρασεολογία χρειάζεται όταν κανείς θέλει να κατονομάσει πράγματα χωρίς να ανακαλέσει νοερά τις εικόνες τους. Για σκεφθείτε για παράδειγμα έναν βολεμένο Άγγλο καθηγητή να υπερασπίζεται τον Ρωσικό ολοκληρωτισμό. Δεν μπορεί να πει ξεκάθαρα: 'Πι-

στεύω ότι πρέπει να εξοντώνεις τους αντιπάλους σου όταν αυτό θα φέρει καλά αποτελέσματα'. Συνεπώς είναι πιθανό ότι θα πει κάτι σαν κι αυτό:

‘Αν και αβίαστα δέχομαι ότι το Σοβιετικό καθεστώς παρουσιάζει κάποια χαρακτηριστικά που ένας ανθρωπιστής μάλλον θα κατακρίνει, θα πρέπει, νομίζω, να συμφωνήσουμε ότι ένας κάποιος περιορισμός του δικαιώματος πολιτικής αντίθεσης είναι αναπόφευκτο επακόλουθο των μεταβατικών περιόδων, και ότι οι δυσχέρειες που έχει κληθεί να υποστεί ο Ρωσικός λαός είναι επαρκώς δικαιολογημένες στη σφαίρα των στέρεων επιτευγμάτων’.

Το πομπώδες στυλ είναι κι αυτό ένα είδος ευφημισμού. Ένας σωρός από μακροσκελείς λέξεις πέφτει πάνω στα γεγονότα σαν μαλακό χιόνι που θολώνει το περίγραμμα και συγκαλύπτει τις λεπτομέρειες. Ο μεγάλος εχθρός της καθαρής γλώσσας είναι η ανειλικρίνεια. Όπου υπάρχει χάσμα ανάμεσα στους πραγματικούς και τους δηλωμένους σκοπούς κάποιου, ο δράστης καταφεύγει ενστικτωδώς σε μακρές λέξεις και εξαντλημένους ιδιωτισμούς, σαν τη σουπιά που χύνει μελάνι. Στην εποχή μας δεν μπορεί να μείνει κανείς εκτός πολιτικής. Όλα τα θέματα είναι πολιτικά θέματα, και η ίδια η πολιτική είναι ένας σωρός από ψέματα, υπεκφυγές, τρέλα, μίσος και σχιζοφρένεια. Όταν η γενική ατμόσφαιρα είναι κακή, η γλώσσα αναγκαστικά πάσχει. Δεν έχω επαρκείς γνώσεις για να το επαληθεύσω, αλλά μαντεύω ότι η γερμανική, η ρωσική και η ιταλική γλώσσα έχουν όλες χειροτερεύει μέσα στα τελευταία 10-15 χρόνια λόγω των δικτατορικών καθεστώτων.

Αν όμως η σκέψη διαφθείρει τη γλώσσα, και η γλώσσα μπορεί να διαφθείρει τη σκέψη. Μια κακή χρήση μπορεί να εξαπλωθεί με τη συνήθεια και τη μίμηση ακόμη και ανάμεσα σε ανθρώπους που (θα έπρεπε να) γνωρίζουν καλύτερα τη γλώσσα [...] Οι λέξεις, σαν άλογα του ιππικού που ανταποκρίνονται στο σάλπισμα, ομαδοποιούνται αυτόματα σε γνωστές ανιαρές εικόνες. Αυτή η εισβολή προκατασκευ-

ασμένων φράσεων στο μυαλό μπορεί να προληφθεί μόνο αν κάποιος είναι σε συνεχή εγρήγορση εναντίον τους, καθώς κάθε τέτοια φράση αναισθητοποιεί ένα μέρος του εγκεφάλου.

Είπα παραπάνω ότι ο εκφυλισμός της γλώσσας μας πιθανώς μπορεί να θεραπευθεί. Αυτοί που αρνούνται το γεγονός αυτό θα υποστηρίζαν [...] ότι η γλώσσα απλώς αντανakλά τις υπάρχουσες κοινωνικές συνθήκες, και ότι δεν μπορούμε να επηρεάσουμε την εξέλιξή της με άμεση παρέμβαση στις λέξεις και τις δομές. Αυτό μπορεί να ισχύει για τον γενικό τόνο ή το πνεύμα μιας γλώσσας, αλλά όχι για τις λεπτομέρειες. Ανόητες λέξεις ή εκφράσεις συχνά έχουν εξαφανισθεί, όχι μέσω κάποιας εξελικτικής διεργασίας, αλλά με συνειδητή δράση μιας μειονότητας [...]

Η υπεράσπιση της αγγλικής γλώσσας δεν έχει καμιά σχέση με αρχαϊσμούς, με τη διάσωση παρωχημένων λέξεων και εκφράσεων, ή με τη δημιουργία μιας 'πρότυπης αγγλικής' από την οποία δεν πρέπει ποτέ να αποκλίνουμε. Αντίθετα, ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την κατάργηση κάθε λέξης ή ιδιωτισμού που έχει εξαντλήσει τη χρησιμότητά του [...] Αυτό που χρειάζεται πάνω απ' όλα είναι να αφήσουμε το νόημα να διαλέξει τη λέξη, και όχι το αντίστροφο. Στην πρόζα το χειρότερο που μπορείς να κάνεις με τις λέξεις είναι να παραδοθείς σ' αυτές. Όταν σκέφτεσαι κάποιο στέρεο αντικείμενο, σκέφτεσαι χωρίς λέξεις, και στη συνέχεια, αν θέλεις να περιγράψεις το πράγμα που φανταζόσουν, πιθανώς ψάχνεις μέχρι να βρεις τις ακριβείς λέξεις που φαίνεται να ταιριάζουν. Όταν σκέφτεσαι κάτι αφηρημένο, έχεις περισσότερο την τάση να χρησιμοποιείς λέξεις από την αρχή, και αν δεν κάνεις συνειδητή προσπάθεια να την εμποδίσεις, η υπάρχουσα διάλεκτος θα ξεπηδήσει αυτόματα και θα κάνει τη δουλειά για λογαριασμό σου, με τίμημα τη θόλωση ή και την αλλοίωση του νοήματός σου. Είναι ίσως καλύτερα να αναβάλει κανείς τη χρήση λέξεων για όσο γίνεται πε-

ρισσότερο και να κάνει το νόημά του όσο πιο καθαρό μπορεί με εικόνες και αισθήσεις. Στη συνέχεια μπορεί κανείς να διαλέξει –όχι απλά να αποδεχθεί– τις φράσεις που αποδίδουν καλύτερα το νόημα, κι έπειτα να αντιστρέψει τη διαδικασία και να σκεφθεί τι εντυπώσεις είναι πιθανό να δώσουν τα λόγια του σε κάποιο άλλο πρόσωπο [...]

Δεν ασχολήθηκα εδώ με τη λογοτεχνική χρήση της γλώσσας, αλλά με τη γλώσσα ως εργαλείο έκφρασης και όχι συγκάλυψης ή παρεμπόδισης της σκέψης [...]. Θα πρέπει κανείς να αναγνωρίσει ότι το σημερινό πολιτικό χάος συνδέεται με τον εκφυλισμό της γλώσσας, και ότι πιθανώς μπορεί κανείς να επιφέρει κάποια βελτίωση αρχίζοντας από τη γλωσσική πλευρά. Αν απλουστεύσεις τα αγγλικά σου, ελευ-

θερώνεσαι από τις χειρότερες τρέλες του δογματισμού. Δεν μπορείς να μιλήσεις καμιά από τις απαραίτητες διαλέκτους, κι αν πεις κάτι ανόητο, η ανοησία του θα είναι προφανής, ακόμη και σε σένα. Η πολιτική γλώσσα –κι αυτό με παραλλαγές ισχύει για όλα τα πολιτικά κόμματα, από Συντηρητικούς μέχρι Αναρχικούς– είναι σχεδιασμένη να κάνει τα ψέματα να ακούγονται σαν αλήθειες και το έγκλημα σαν αξιοπρέπεια, και να δίνει μια εικόνα στερεότητας σε αέρα φρέσκο. Δεν μπορεί κανείς να τα αλλάξει όλα αυτά σε μια στιγμή, αλλά τουλάχιστον μπορεί να αλλάξει τις συνήθειές του, και από καιρό σε καιρό μπορεί ακόμη, αν χλευάσει αρκετά δυνατά, να στείλει μια τετριμμένη και άχρηστη φράση [...] στον σκουπιδοτενεκέ, εκεί που ανήκει».



Είπαν

«Κάνε κάθε μέρα κάτι που δεν θέλεις να κάνεις.
Αυτός είναι ο χρυσός κανόνας για να συνηθίσεις
να κάνεις το καθήκον σου χωρίς πόνο»

[Mark Twain, συγγραφέας]



Το πλαφόν

Ευθυμογράφημα

Δ. Καραμήτσος

Η Ελλάδα έχει δημογραφικό πρόβλημα με λίγες γεννήσεις και περισσότερους θανάτους. Υπάρχει μεγάλος αριθμός γερόντων και κατά συνέπεια μεγάλη αναλογία συνταξιούχων στον πληθυσμό της χώρας.

Κατά την κυβέρνηση του κ. Τσίπρα το κακό είναι ότι με τις μειωμένες συντάξεις οι συνταξιούχοι τρώνε διαρκώς όσπρια και χόρτα –όπως ήταν γενική συνήθεια πριν από το 1940– και αυτή η «μεσογειακή διατροφή» έχει συσχετιστεί με τη μακρά επιβίωσή τους, γεγονός που κλονίζει την ευρωστία των ασφαλιστικών ταμείων! («Ουδέν κακόν αμιγές καλού και το αντίθετον» έλεγε ένας δάσκαλός μου). Ο κ. πρωθυπουργός είχε ελπίδες εις την συμβολή του Υψίστου στην εκκαθάριση των υπερηλίκων, το δήλωσε μάλιστα στη Διεθνή Έκθεση της Θεσσαλονίκης, αλλά διαψεύσθηκε.

Για τον λόγο αυτόν οι σύμβουλοι του πρωθυπουργού με επικεφαλής τον κ. Καρανίκα έστυσαν το μυαλό τους να βρουν κάποια λύση, μάλιστα δικαιολόγησαν εν προκειμένω και... υπερωρίες! Άρχισαν να ετοιμάζουν σχετικό νομοσχέδιο για όριο ηλικίας –πλαφόν το λένε τώρα– δικαιώματος επιβίω-

σης! Αντίστοιχο πλαφόν έχει τεθεί στα συνταγογραφούμενα φάρμακα, γεγονός που επέφερε αρκετούς θανάτους, αλλά όχι στο επιθυμητό για την κυβέρνηση επίπεδο...! Πολλοί αναφέρουν ως λογικό όριο επιβίωσης τα 85 έτη, αλλά οι της Τρόικας, συγγνώμη «Θεσμούς» τους λένε τώρα προς ευφημισμόν, απαιτούν τα 75 έτη. Ο κ. Τσίπρας θα ζητήσει να το συμφωνήσουν σε κάτι πιο λογικό π.χ. τα 80 έτη, αλλά ακούγεται ότι θα ήταν διατεθειμένος να συμβιβαστεί ακόμη και με τα 78 έτη. «Αν ψηφιστεί το μέτρο η οικονομία στο Δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία θα είναι ασύλληπτη για τα ελληνικά δεδομένα. Σε 30 χρόνια θα ξεπληρώσουμε το χρέος και θα βάλουμε πλώρη για... ανάπτυξη» δήλωσε παράγων του Υπουργείου Οικονομικών που ζήτησε να μην αναφερθεί το όνομά του!

Οι του ΣΥΡΙΖΑ δεν φαίνεται να έχουν σοβαρές αντιρρήσεις για το πλαφόν, δεδομένου ότι το κόμμα τους βασίζεται πολύ σε νεαρούς ψηφοφόρους, εκτός από τον υπερήλικα κύριο Φλαμπουράρη και μερικούς επιβιώσαντες αντάρτες του Εμφυλίου. Το ΚΚΕ προβληματίζεται γιατί έχει ακόμη μερικούς υπερηλίκους

αντιστασιακούς που ήταν 5 ετών στη Γερμανική Κατοχή, αλλά κουβαλούσαν σφαίρες και άλλα εφόδια στους αντάρτες του ΕΑΜ-ΕΛΑΣ. Οι «Ανεξάρτητοι Έλληνες» του κυρίου Καμμένου δηλώνουν ότι διαφωνούν με το νομοσχέδιο και θα το καταψηφίσουν όταν έρθει για ψήφιση στη Βουλή, αλλά προς το παρόν στηρίζουν την κυβέρνηση! Αντιφατικό μεν αληθές δε. Το κοπυράιτ το έχει ο Καμμένος με τη συμφωία Κοτζιά-Δημητρώφ. Εκπρόσωπος της Χρυσής Αυγής, της οποίας στελέχη βοηθούν συνταξιούχους να πάνε με ασφάλεια στην τράπεζα της γειτονιάς τους, δήλωσε ότι θα καταψηφίσουν το μέτρο. Ο κ. Λεβέντης δήλωσε ότι θα αγωνιστεί για την επιβίωση των περήφανων γηρατειών κατά την υποθήκη της Ενώσεως Κέντρου του Γεωργίου Παπανδρέου (του Έλληνα), ο δε κύριος Στ. Θεοδωράκης δήλωσε ότι το θέμα θα το αποφασίσει η κοινοβουλευτική ομάδα και θα το πάρει... το Ποτάμι. Ο συνονόμάτός του μουσικοσυνθέτης και πολιτικός Μίκης Θ. δήλωσε ότι το μέτρο σκοπεύει στην δική του εξόντωση και κάλεσε τους οπαδούς της «Σπίθας» σε εγρήγορση.

Ο αρχηγός της Νέας Δημοκρατίας κ. Κυριάκος Μητσοτάκης είχε αντιρρήσεις σε κάθε

ηλικιακό πλαφόν επιβίωσης, όσο ζούσε ο πατέρας του, ο οποίος εν προκειμένω έσπασε κάθε ρεκόρ ως συνταξιούχος, αλλά τώρα ο γιός νιώθει αποδυσχευμένος και σκέπτεται να αφήσει τους βουλευτές της Νέας Δημοκρατίας να ψηφίσουν... κατά συνείδησιν. Δεν θέλει να τα βάλει με τους «Θεσμούς», αλλά φοβάται και να μην έχει απώλεια ψήφων οπότε θα χάσει την αυτοδυναμία.

Με το πλαφόν ηλικίας διαφωνεί επίσης και ο ευρωβουλευτής κ. Γλέζος και έκανε ήδη παρέμβαση στο Ευρωκοινοβούλιο για το εξοντωτικό μέτρο της κυβέρνησης. Μάλιστα σε δηλώσεις του μεταξύ άλλων είπε: «Το μέτρο εμπνεύστηκε ο κ. Τσίπρας για μένα ειδικά γιατί τον ενοχλεί η κριτική που του κάνω εξ αριστερών». Αναμένονται εξελίξεις.

Υ.Γ. Δεν έχει διευκρινιστεί με ποια μέθοδο ευθανασίας θα ξεπαστρεύονται οι υπερήλικες. Εγώ νομίζω ότι ο οικονομικότερος τρόπος είναι η γκιλοτίνα. Το έχω καρατεσκάρει. Δεν καταλαβαίνεις καν τίποτε.

Δια το πιστόν του ευθυμογραφήματος

Δ. Καραμήτσος (Οριακά προσεγγίζων το πλαφόν)!

Είπαν

*«Η συνεχής βελτίωση είναι καλύτερη
από την καθυστερημένη τελειότητα»*

[Mark Twain, συγγραφέας]



Ο Διαβάτης

Ray Bradbury (1951)

Μετάφραση: Αντώνης Παπαγιάννης

Να βγαίνει σ' εκείνη τη σιωπή που ήταν η πόλη στις οχτώ ένα βράδυ του Νοέμβρη με καταχνιά, να βάζει τα πόδια του πάνω στο τιμεντένιο δρομάκι, να περνάει πάνω από χορταριασμένα διαχωριστικά και να προχωρεί, με τα χέρια στις τσέπες, μέσα στις σιωπές, αυτό ήταν που αγαπούσε περισσότερο να κάνει ο κ. Λέοναρντ Μηντ. Στεκόταν στη γωνία μιας διασταύρωσης και κοιτάζε τα μακριά φεγγαροφώτιστα πεζοδρόμια σε τέσσερεις κατευθύνσεις, για ν' αποφασίσει προς τα πού θα πάει, αλλά στ' αλήθεια δεν είχε καμιά διαφορά: ήταν μόνος σ' αυτόν τον κόσμο του 2053 μ.Χ., ή πρακτικά μόνος, κι έχοντας πάρει μια τελική απόφαση, έχοντας διαλέξει ένα μονοπάτι, ξεκινούσε το βάδισμα, στέλνοντας τολύπες παγωμένου αέρα μπροστά του σαν τον καπνό ενός πούρου.

Μερικές φορές βάδιζε ώρες και μίλια και μόνο τα μεσάνυχτα γύριζε στο σπίτι του. Και στο δρόμο έβλεπε τα μικρά και τα μεγάλα σπίτια με τα σκοτεινά τους παράθυρα, και δεν

ήταν και διαφορετικό από το να βαδίζει μέσα σ' ένα νεκροταφείο όπου μόνο οι αδύναμες λάμπες από φώτα σαν πυγολαμπίδες φαινόταν να τρεμοπαίζουν πίσω από τα παράθυρα. Ξαφνικά, γκρίζα φαντάσματα έμοιαζαν να προβάλλουν πάνω στους εσωτερικούς τοίχους εκεί που μια κουρτίνα δεν είχε ακόμη τραβηχτεί για τη νύχτα, ή ακούγονταν ψίθυροι και μουρμουρητά από ένα παράθυρο που ήταν ακόμη ανοιχτό σ' ένα κτίριο σαν τάφο.

Ο κ. Λέοναρντ Μηντ σταματούσε, έστρεφε το κεφάλι, άκουγε, έβλεπε, και συνέχιζε το δρόμο του, χωρίς τα πόδια του να κάνουν θόρυβο πάνω στο ανώμαλο έδαφος. Εδώ και πολύ καιρό είχε σοφά αλλάξει σε λαστιχένια παπούτσια όταν βάδιζε τη νύχτα, διότι κάθε τόσο τα σκυλιά σε ομάδες συνόδευαν τον περίπατό του με γαυγίσματα αν φορούσε σκληρές σόλες, και ίσως να άναβαν φώτα και να εμφανίζονταν πρόσωπα κι ένας ολόκληρος δρόμος να ξαφνιαζόταν από το πέρασμα μιας μοναχικής φιγούρας, αυτού του ίδιου, ένα βραδινό

Σημ.: Το διήγημα αυτό του Ray Bradbury δημοσιεύθηκε το 1951 και ανήκει στο είδος της δυστοπικής επιστημονικής φαντασίας. Κάποια στοιχεία του αποκτούν όλο και περισσότερη επικαιρότητα, και γι' αυτό δημοσιεύεται, ως αφορμή για σκέψη.

στις αρχές του Νοέμβρη.

Εκείνο το συγκεκριμένο βράδυ άρχισε τη διαδρομή του με κατεύθυνση προς τα δυτικά, προς την κρυμμένη θάλασσα. Ο αέρας είχε μια καλή κρυστάλλινη παγωνιά που έκοβε τη μύτη και έκανε τα πνευμόνια μέσα του να καίνε σαν Χριστουγεννιάτικο δέντρο: ένιωθες το κρύο φως να αναβοσβήνει, κι όλα τα κλαδιά γεμάτα με αθέατο χιόνι. Άκουγε με ικανοποίηση το ελαφρό θρόισμα των μαλακών παπουτσιών του πάνω στα φθινοπωρινά φύλλα, και σφύριζε έναν κρύο ήρεμο σκοπό ανάμεσα στα δόντια του, και κάθε τόσο έπιανε από κάτω ένα φύλλο καθώς περνούσε, εξέταζε τον σκελετό του στις αραιές λάμπες καθώς προχωρούσε, οσφραινόταν τη σκουριασμένη μυρωδιά του.

«Γειά σας εκεί μέσα», ψιθύριζε σε κάθε σπίτι, σε κάθε πλευρά, καθώς βάδιζε. «Τι παίζει απόψε το Κανάλι 4, το Κανάλι 7, το Κανάλι 9; Πού τρέχουν οι καουμπόηδες, και μήπως έρχεται το Αμερικάνικο Ιππικό πίσω από εκείνο το λόφο να τους σώσει;»

Ο δρόμος ήταν σιωπηλός και μακρύς και άδειος, και μόνο η σκιά του κινούνταν σαν τη σκιά ενός γερακιού καταμεσής σε λιβάδι. Αν έκλεινε τα μάτια και στεκόταν εντελώς ακίνητος, κοκκαλωμένος, μπορούσε να φανταστεί τον εαυτό του στο κέντρο μιας πεδιάδας, μιας χειμωνιάτικης ερήμου χωρίς άνεμο στην Αριζόνα, χωρίς σπίτια για χίλια μίλια, και μόνο ξερές κοίτες ποταμών, τους δρόμους, για συντροφιά.

«Τι έχει τώρα;» ρώτησε τα σπίτια, κοιτάζοντας το ρολόι του. «Οκτώμιση το βράδυ; Ώρα για μια ντουζίνα παράξενους φόνους; Ένα κουίζ; Μια επιθεώρηση; Κάποιον κωμικό που πέφτει από τη σκηνή;»

Ήταν ένα μουρμουριστό γέλιο αυτό που ήρθε μέσα από ένα φεγγαρόλευκο σπίτι; Δίστασε, αλλά προχώρησε παρακάτω όταν τίποτε περισσότερο δεν συνέβη. Σκόνταψε σ' ένα ιδιαίτερα ανώμαλο κομμάτι πεζοδρομίου. Το τσιμέντο χανόταν κάτω από λουλούδια και

γρασίδι. Στα δέκα χρόνια που περπατούσε νύχτα ή μέρα, για χιλιάδες μίλια, δεν είχε ποτέ συναντήσει κάποιον άλλον άνθρωπο να βαδίζει, ούτε μια φορά όλον αυτό τον καιρό.

Έφτασε σε μια διασταύρωση σε σχήμα τριφυλλιού που στεκόταν σιωπηλή εκεί που δυο κύριοι αυτοκινητόδρομοι διέσχιζαν την πόλη. Όλη τη μέρα ήταν μια εκκωφαντική ροή αυτοκινήτων, τα πρατήρια ανοιχτά, ένα μεγάλο ρεύμα εντόμων κι ένας ασταμάτητος συναγωνισμός για την πρωτιά καθώς τα σκαθάρια, αφήνοντας ένα αόριστο λιβάνι από τις εξατμίσεις τους, έτρεχαν προς μακρινές κατευθύνσεις. Τώρα όμως κι αυτοί οι αυτοκινητόδρομοι ήταν σαν χείμαρροι σε περίοδο ξηρασίας, όλο πέτρα και κοίτη και λάμψη φεγγαριού.

Έστριψε σ' έναν παράδρομο για να ολοκληρώσει τον κύκλο προς το σπίτι του. Απείχε ένα τετράγωνο από τον προορισμό του όταν το μοναχικό αυτοκίνητο πρόβαλε από μια γωνία εντελώς ξαφνικά και έρριξε έναν άγριο λευκό κώνο από φως πάνω του. Στάθηκε σαν μαγεμένος, όπως μια νυχτοπεταλούδα που παρालύει από το φως, κι έπειτα έλκεται προς αυτό.

Μια μεταλλική φωνή του φώναξε:

«Μείνε ακίνητος! Στάσου εκεί που είσαι! Μην κινείσαι!»

Στάθηκε.

«Σήκωσε ψηλά τα χέρια σου!»

«Μα—» είπε.

«Ψηλά τα χέρια σου! Αλλιώς σου ρίχνουμε!»

Η αστυνομία βέβαια, αλλά τι σπάνιο, απίστευτο πράγμα: σε μια πόλη τριών εκατομμυρίων είχε απομείνει μόνο ένα περιπολικό, έτσι δεν ήταν; Εδώ κι ένα χρόνο, από το 2052, τη χρονιά των εκλογών, η δύναμη της αστυνομίας είχε περιορισθεί από τρία αυτοκίνητα σε ένα. Το έγκλημα υποχωρούσε: δεν υπήρχε πλέον ανάγκη για αστυνομία, εκτός από αυτό το μοναχικό όχημα που τριγυρνούσε και τριγυρνούσε στους άδειους δρόμους.

«Το όνομά σου;» είπε το περιπολικό με ένα

μεταλλικό ψίθυρο. Δεν μπορούσε να δει τους άνδρες μέσα του από το δυνατό φως που τον χτυπούσε στα μάτια.

«Λέοναρντ Μηντ», είπε.

«Πιο δυνατά!»

«Λέοναρντ Μηντ!»

«Επάγγελμα ή απασχόληση;»

«Υποθέτω θα με λέγατε συγγραφέα».

«Χωρίς επάγγελμα», είπε το περιπολικό, σαν να μονολογούσε. Το φως τον κρατούσε καθηλωμένο, σαν ένα δείγμα σε μουσείο, με τη βελόνα καρφωμένη στο στήθος του.

«Κάπως έτσι», είπε ο κ. Μηντ. Δεν είχε γράψει εδώ και χρόνια. Περιοδικά και βιβλία δεν πουλούσαν πλέον. Η ζωή συνεχιζόταν μέσα στα σπίτια που έμοιαζαν με τάφους μέσα στη νύχτα τώρα, σκέφθηκε, συνεχίζοντας τη φαντασίωσή του. Τάφους μισοφωτισμένους από τα φώτα της τηλεόρασης, όπου οι άνθρωποι κάθονταν σαν νεκροί, με τα γκρίζα ή πολύχρωμα φώτα να αγγίζουν τα πρόσωπά τους, χωρίς πραγματικά να τα αγγίζουν ποτέ.

«Χωρίς επάγγελμα», είπε η τεχνητή φωνή, σφυριχτά. «Τι κάνεις έξω;»

«Βαδίζω», είπε ο Λέοναρντ Μηντ.

«Βαδίζεις!»

«Μόνο βαδίζω», είπε απλά, αλλά ένιωθε το πρόσωπό του κρύο.

«Βαδίζεις, μόνο βαδίζεις, βαδίζεις;»

«Μάλιστα, κύριε».

«Βαδίζεις για πού; Με ποιο σκοπό;»

«Βαδίζω για να πάρω αέρα. Βαδίζω για να βλέπω».

«Η διεύθυνσή σου!»

«Νότια Οδός Σαιντ Τζέιμς, αριθμός 11».

«Κι έχει αέρα το σπίτι σου, έχεις κλιματιστικό, κ. Μηντ;»

«Ναι».

«Κι έχεις οθόνη στο σπίτι σου για να βλέπεις;»

«Όχι».

«Όχι;» Ακολούθησε μια τριζάτη ησυχία που από μόνη της ήταν κατηγορητήριο.

«Είσαι παντρεμένος, κ. Μηντ;»

«Όχι».

«Ανύπαντρος», είπε η αστυνομική φωνή πίσω από την καυτερή δέσμη. Το φεγγάρι ήταν ψηλά, καθαρό, ανάμεσα στ' άστρα, και τα σπίτια ήταν γκρίζα και σιωπηλά.

«Καμιά δεν με ήθελε», είπε ο Λέοναρντ Μηντ μ' ένα χαμόγελο.

«Μη μιλάς αν δεν σου μιλάνε!»

Ο Λέοναρντ Μηντ περίμενε μέσα στην κρύα νύχτα.

«Μόνο βαδίζεις, κ. Μηντ;»

«Ναι».

«Δεν εξήγησες όμως για ποιο σκοπό».

«Το εξήγησα: για να πάρω αέρα, και για να βλέπω, και απλώς για να βαδίζω».

«Το κάνεις συχνά αυτό;»

«Κάθε βράδυ εδώ και χρόνια».

Το περιπολικό στεκόταν στο κέντρο του δρόμου κι ένας ελαφρός βόμβος έβγαине από το ραδιοφωνικό λαρύγγι του.

«Λοιπόν, κ. Μηντ;»

«Τελειώσαμε;» ρώτησε ευγενικά.

«Ναι», είπε η φωνή. «Εδώ». Ακούστηκε ένα φύσημα, ένα κλικ. Η πίσω πόρτα του περιπολικού άνοιξε διάπλατα. «Μπες μέσα».

«Μισό λεπτό, δεν έκανα τίποτε!»

«Μπες μέσα».

«Διαμαρτύρομαι!»

«Κύριε Μηντ».

Προχώρησε σαν ένας άνθρωπος ξαφνικά μεθυσμένος. Καθώς περνούσε από το μπροστινό παράθυρο του αυτοκινήτου κοίταξε μέσα. Όπως το περίμενε, δεν υπήρχε κανείς στο μπροστινό κάθισμα, κανείς μέσα στο αυτοκίνητο.

«Μπες μέσα».

Έβαλε το χέρι του στην πόρτα και κοίταξε στο πίσω κάθισμα, που ήταν ένα μικρό κελλί, μια μικρή μαύρη φυλακή με κάγκελα. Μύριζε βιδωμένο ατσάλι. Μύριζε τραχύ αντισηπτικό, μύριζε πολύ καθαρά και σκληρά και μεταλλικά. Δεν υπήρχε τίποτε μαλακό εκεί.

«Αν είχες σύζυγο να σου δώσει άλλοθι», είπε η σιδερένια φωνή. «Όμως—»

«Πού με πάτε;»

Το αυτοκίνητο δίστασε, ή μάλλον έκανε ένα αμυδρό περιστροφικό κλικ, λες και κάπου πληροφορίες πάνω σε διάτρητες κάρτες περνούσαν κάτω από ηλεκτρονικά μάτια. «Στο Ψυχιατρικό Κέντρο για Τάσεις Παλινδρόμησης».

Μπήκε μέσα. Η πόρτα έκλεισε με ένα μαλακό ήχο. Το περιπολικό κύλησε στις νυχτωμένες λεωφόρους ρίχνοντας μπροστά τα αχνά φώτα του.

Πέρασαν ένα σπίτι σε κάποιον δρόμο μια στιγμή αργότερα, ένα σπίτι σε μια ολόκληρη

πόλη από σπίτια που ήταν σκοτεινά, αλλά αυτό το συγκεκριμένο σπίτι είχε όλα τα ηλεκτρικά του φώτα ανοιχτά, το κάθε παράθυρο ήταν ένα λαμπρό κίτρινο φως, τετράγωνο και ζεστό στην κρύα σκοτεινιά.

«Αυτό είναι το σπίτι μου», είπε ο Λέοναρντ Μηντ.

Κανένας δεν του απάντησε.

Το αυτοκίνητο προχώρησε στους άδειους σαν κοίτες ποταμών δρόμους και απομακρύνθηκε, αφήνοντας τους άδειους δρόμους με τα άδεια πεζοδρόμια, χωρίς ήχους και χωρίς κίνηση, για το υπόλοιπο της ψυχρής νύχτας του Νοέμβρη.





Δημήτριος Τζάλλας

Παιδίατρος
(1951-2018)

Από σήμερα στη γειτονιά των αγγέλων βρίσκεται και ο «άρχοντας».

Έτσι θα συνεχίσουμε να σε αποκαλούμε πολυαγαπημένε Δημήτρη όλοι εμείς οι φίλοι σου, που με πόνο ψυχής και βαθιά θλίψη σε αποχαιρετούμε στο μεγάλο και τελευταίο ταξίδι σου.

Για μας ήσουν «άρχοντας» γιατί διέθετες σπάνιες αρετές, πλούτο πανανθρώπινων αξιών και συναισθημάτων. Περίσσεια αξιοπρέπειας, μεγαλοψυχίας και γενναιοδωρίας.

Η καλосύνη, η ευγένεια, και η απλότητα αντανakλούσαν την εσωτερική σου καλλιέργεια.

Το ύφος και το ήθος σου απaráμιλλο. Πάντα γελαστός και ήρεμος, πάντα καταδεκτικός και συγκαταβατικός, πάντα ειλικρινής και ευθύς, πάντα αυθεντικός και ξεχωριστός.

Με ένα ευγενικό και διακριτικό τρόπο είχες ένα καλό λόγο για όλους. Ακόμα και όταν ύψωνες τη φωνή σου και ξεστομίζες καμιά βαριά κουβέντα για να υπερασπιστείς τις ιδέες σου, τις αξίες της ζωής και την ιατρική αξιοπρέπεια είχες μια γλυκύτητα μοναδική και ένα λεπτό χιούμορ που δεν πλήγωνε αλλά σκορπούσε χαμόγελο.

Χαμόγελο σκορπούσαν και τα τραγούδια



σου και ο αυτοσαρκασμός σου στο μικρόφωνο δείγμα και αυτό ευφυούς ανθρώπου.

Η εργατικότητα, η μεθοδικότητα, η αυτοπειθαρχία η αφοσίωση σου στην επιστήμη, η πίστη και η θέληση σου σε οδήγησαν να καταλάβεις μια αξιοζήλευτη θέση στη πανεπι-

στημιακή παιδιατρική κλινική του ΑΧΕΠΑ με μια λαμπρή διαγραφόμενη πορεία. Εσύ όμως, μετά από κάποιο καιρό επέλεξες να αφοσιωθείς μόνο στη μαχόμενη παιδιατρική και τη «μοναξιά» του ιδιωτικού ιατρείου.

Πράγματι συνδυάζοντας την άριστη επισημονική γνώση, την ανθρωπιά και τη συμπόνια, την αγάπη σου για το παιδί και τον άνθρωπο, δείχνοντας σεβασμό και αλληλεγγύη στους συναδέλφους έκτισες μια ζηλευτή σταδιοδρομία και ευτύχισες να αξιωθείς την αγάπη και την αναγνώριση τόσο του κόσμου όσο και της επιστημονικής κοινότητας.

Η ανιδιοτέλεια του χαρακτήρα σου και η ανάγκη συνεισφοράς στο πάσχοντα συνάνθρωπο εκδηλώθηκε και με ώρες αφιλοκερδούς προσφοράς σε διάφορα κοινωνικά ιατρεία γιατί πάνω από όλα η παιδιατρική για εσένα ήταν λειτούργημα.

Όταν σταμάτησες να εργάζεσαι ο κόσμος με χιλιάδες τηλεφωνήματα και μηνύματα σου έδειξε την αγάπη και την ευγνωμοσύνη του. Το ίδιο διαπιστώσαμε και εμείς οι φίλοι σου που εξετάζαμε παιδιά σου. Ήταν συγκινητική η αγάπη του κόσμου και η καταξίωση που είχες στη συνείδηση τους ως άνθρωπος και επιστήμονας.

Το παράδειγμα της υστεροφημίας σου θα είναι έμπνευση, φάρος και οδηγός για συνεχή προσφορά και πιο πολλή ανθρωπιά από όλους μας.

Όταν η αρρώστια σε κύπησε έδειξες μέχρι το τέλος κουράγιο και υπομονή, θάρρος και γενναιότητα, ευγένεια ψυχής.

Κράτησες μέχρι τέλος την αξιοπρέπεια σου ακόμα και όταν οι δυνάμεις σε εγκατέλειπαν μη θέλοντας να επιβαρύνεις κανένα.

Η Έφη αγαπημένη σου σύντροφος, σεμνή, στοργική και πάντα αφοσιωμένη καθώς και οι υπέροχες κόρες σου Φιλαρέτη και Ράνια γαλουχημένες με τις δικές σου αρχές και αξίες ήταν πάντα κοντά σου και τα έδωσαν όλα, για να απαλύνουν όσο ήταν ανθρώπινα δυνατόν τον πόνο σου.

Τον τελευταίο καιρό ο Θεός θέλησε να έχεις μια σκληρή δοκιμασία που ξεπερνούσε τα συνηθισμένα ανθρώπινα όρια. Σε πλήρη διαύγεια και με μια πραότητα και στωικότητα άντεξες μέχρι το τέλος.

Ότι πέρασες, ας θεωρηθεί εξαγνισμός της ψυχής που σε συνδυσασμό με τις αρετές και την ανθρωπιά που είχες να σου ανοίξουν την πόρτα της βασιλείας των ουρανών.

Πολυαγαπημένη και αξέχαστε Δημήτρη.

Όλοι εμείς οι φίλοι σου νοιώθουμε τυχεροί που σε γνωρίσαμε και περήφανοι που κερδίσαμε τη φιλία και την αγάπη σου.

Θα σε αγαπάμε και θα σε θυμόμαστε, θα ζεις για πάντα στις καρδιές μας.

Αιωνία σου η μνήμη, αγαπημένε φίλε.

Για τους φίλους σου

Γιώργος Βασιλείου

Βιογραφικά στοιχεία: Ο Δημήτρης Τζάλλας γεννήθηκε το 1951 στη Καστοριά. Αποφοίτησε από το 2ο γυμνάσιο Θεσσαλονίκης. Τελείωσε την ιατρική σχολή του ΑΠΘ και στο ίδιο πανεπιστήμιο εκπόνησε τη διατριβή του. Εργάστηκε στη κλινική «Άγιος Λουκάς» επί σειρά ετών ως υπεύθυνος του νεογνολογικού και παιδιατρικού τμήματος. Απεβίωσε στις 5 Νοεμβρίου 2018.

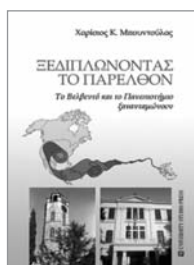


Έκθεση βιβλίου

Ακόμη και στην εποχή των ψηφιακών Μέσων και της διαδικτυακής πληροφορίας, το βιβλίο αποτελεί κλασικό εργαλείο μόρφωσης. Οι γιατροί εξακολουθούν να στηρίζουν το οικοδόμημα της εκπαίδευσής τους στα βιβλία, αλλά και να καταθέτουν πολλαπλώς τις σκέψεις και τις γνώσεις τους μέσα από εκδόσεις κάθε είδους. Τα ενδιαφέροντά τους εκτείνονται πέρα από τα στενά όρια της επιστήμης του Ιπποκράτη, και αυτή η ποικιλία φαίνεται καθαρά μέσα στα βιβλία που με συντομία παρουσιάζουμε στη συνέχεια. Καθένας μπορεί να βρει σ' αυτά κάτι που να τον αγγίζει. Οι βραχείες παρουσιάσεις δεν εξαντλούν την έκταση και το βάθος του περιεχομένου τους, αλλά προσφέρονται απλώς ως ερεθίσματα για να ανοίγουν την όρεξη. Οι 'πιστοί' καλούνται να εντρυφήσουν ανάλογα με τα δικά τους ενδιαφέροντα και να σχηματίσουν προσωπική γνώμη. Και οι σελίδες του περιοδικού είναι πάντα ανοιχτές σε όσους συναδέλφους θέλουν να παρουσιάσουν ή να σχολιάσουν κάποιο βιβλίο ή να προτείνουν κάποιο για παρουσίαση.

Α. Παπ.

Μπουντούλας Χ. Ξεδιπλώνοντας το παρελθόν, σελ. 276, Θεσσαλονίκη, University Studio Press 2018. ISBN 978-960-12-2415-2



Στο βιβλίο αυτό ο Χαρίσιος Μπουντούλας, καθηγητής Καρδιολογίας στις ΗΠΑ, επίτιμος καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ., επίτιμος διδάκτωρ Ιατρικών Σχολών στην Ελλάδα και αντεπιστέλλον μέλος της Ακαδημίας Αθηνών, δεν κάνει μια απλή αυτοβιογραφία. Μέσα από τα βιώματά του στην πορεία της ζωής του τόσο στην Ελλάδα όσο και στις ΗΠΑ, στέκεται κριτικά αλλά πάντα καλόπιστα, με προτάσεις κυρίως για την ιατρική εκπαίδευση και τη λειτουργία του Πανεπιστημίου γενικότερα, έχοντας πάντα ως οδηγό όχι το προσωπικό όφελος αλλά το γενικό καλό. Η κριτική του ματιά για τους καθηγητές και την εκπαίδευση στην ιατρική Σχολή του Α.Π.Θ. στη δεκαετία του 1950 πιστεύω ότι θα συγκινήσει πολλούς γιατρούς που ήταν φοιτητές την περίοδο εκείνη.

Η εκπαίδευση και η θητεία του στη δεκαετία του 1960 στην Α' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, υπό την εμπνευσμένη διεύθυνση και καθοδήγηση

του καθηγητή Δ. Βαλτή, δείχνει πώς η εργατικότητα, ο προγραμματισμός, ο ενθουσιασμός και η διορατικότητα για το μέλλον, μπορούν να δημιουργήσουν συνθήκες για εξαιρετική και πρωτοποριακή δουλειά όπως γινόταν στην «κλινική Βαλτή» τη δεκαετία του 1960 και τις αρχές της δεκαετίας του 1970.

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 ο καθηγητής Μπουντούλας έγινε επιστήμονας μετανάστης στις ΗΠΑ. Εκεί είχε μια εκπληκτική διαδρομή και εξέλιξη, και σε πέντε χρόνια έγινε Full Professor. Εκτός από την προσωπική του πορεία και την αναγνώρισή του διεθνώς με τη συγγραφή κεφαλαίων στα εγκυρότερα συγγράμματα Καρδιολογίας (Braunwald, Hurst κτλ.) αλλά και με πολλές τιμητικές διακρίσεις, περιγράφει τις συνθήκες εκπαίδευσης στις Ιατρικές Σχολές των ΗΠΑ τόσο στο προπτυχιακό επίπεδο όσο και κατά τη λήψη της ειδικότητας, επισημαίνοντας τις τεράστιες διαφορές που υπάρχουν σε σύγκριση με την Ελλάδα. Συγχρόνως, με συγκεκριμένες προτάσεις εισηγείται τρόπους βελτίωσης της κατάστασης που επικρατεί στη χώρα μας.

Το 2002 συνταξιοδοτήθηκε από τις ΗΠΑ και επέστρεψε στην Ελλάδα μετά από πρόσκληση της Ακαδημίας Αθηνών, και ανέλαβε της διεύθυνση του Κέντρου Κλινικής Έρευνας στο Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ). Στη συνέχεια εξελέγη ομόφωνα και Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου του Ιδρύματος. Στο ΙΙΒΕΑΑ παρέμεινε 7 χρόνια, και παρά τις δυσκολίες που υπήρξαν στην αρχή, το Ίδρυμα εξελίχθηκε εξαιρετικά σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα και ανέπτυξε συνεργασία με τις περισσότερες Ιατρικές Σχολές της Ελλάδας, καθώς και με αναγνωρισμένα κέντρα και πανεπιστήμια του εξωτερικού (Harvard, Royal Brompton Hospital, Ohio State University κτλ.).

Επίσης τη διετία 2005-2007 εκλέχθηκε με μεγάλη πλειοψηφία Πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, παρά τη μακρόχρονη απουσία του από την Ελλάδα. Στη θητεία

του καθιερώθηκε ένα πολύ καλό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους ειδικευομένους καρδιολόγους όλης της Ελλάδας, ενώ αναβαθμίσθηκε το περιοδικό της Εταιρείας και εκσυγχρονίσθηκε η διοικητική δομή της.

Το 2013 εξελέγη μέλος του Συμβουλίου Διοίκησης του Α.Π.Θ. Στις σελίδες του βιβλίου που αναφέρεται στην περίοδο αυτή ο αναγνώστης θα διαπιστώσει την αντικειμενικότητα με την οποία βλέπει τα προβλήματα του Πανεπιστημίου, την αγωνία του για το μέλλον του και τις προτάσεις που κατέθετε συνεχώς όχι μόνο για την άμεση βελτίωσή του αλλά και για το μακροχρόνιο προγραμματισμό και τη μελλοντική πορεία του.

Κλείνοντας το βιβλίο ο Χ. Μπουντούλας συγκρίνει τη λειτουργία του Ελληνικού Πανεπιστημίου με τα Πανεπιστήμια των ΗΠΑ και γενικά των προηγμένων χωρών, αναδεικνύοντας τα μεγάλα προβλήματα του Ελληνικού ακαδημαϊκού χώρου, που είναι η κομματικοποίηση, οι αιώνιοι φοιτητές, η έλλειψη μακρόπνοης στρατηγικής, η έλλειψη ακαδημαϊκής νοοτροπίας και ακαδημαϊκού περιβάλλοντος, ο τρόπος διοίκησης, μέχρι την απουσία φύλαξης και καθαριότητας και την ανομία που επικρατεί στους πανεπιστημιακούς χώρους.

Στον επίλογο τελειώνει με τα εξής:

«Για να υπάρξει πρόοδος στην κοινωνία, κάθε νέα γενιά πρέπει να είναι καλύτερη από την προηγούμενη. Το παρελθόν του καθενός μας έχει ξεδιπλωθεί και δεν εξαρτάται πλέον από εμάς. Από εμάς εξαρτάται μόνο το μέλλον. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να αγωνιστούμε να το δημιουργήσουμε, για να μη το χάσουμε».

Θεωρώ ότι αξίζει να διαβάσει κανείς το βιβλίο αυτό για πολλούς λόγους, και ιδιαίτερα για να διαπιστώσει τα προβλήματα τόσο της ιατρικής εκπαίδευσης αλλά και του Ελληνικού Πανεπιστημίου γενικότερα.

Παράσχος Ν. Γκελερής

Ομότιμος καθηγητής Α.Π.Θ.

Δέσποινα Ντίνα. Μια ανάγνωση των απομνημονευμάτων του Στρατηγού Μακρυγιάννη με ιατρική ματιά. Σελ. 288. Εκδόσεις Ροτόντα, Θεσσαλονίκη 2018. ISBN: 978-6185-288-23-5.



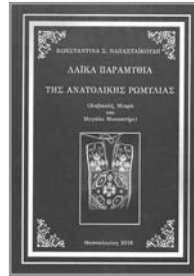
Πρόκειται για μια εντελώς ασυνήθιστη προσέγγιση στα 'Απομνημονεύματα' του στρατηγού Μακρυγιάννη. Στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής της στην Ιστορία της Ιατρικής η συγγραφέας, ειδικευόμενη τώρα στην

ενδοκρινολογία, αλιεύει μέσα από το παραδοσιακό αυτό ιστορικό κείμενο όλες τις υπάρχουσες αναφορές σε αρρώστιες και συμπτώματα και αναλύει την σημασία τους και την πιθανή τους ερμηνεία με τα δεδομένα του 19^{ου} αιώνα σε συσχετισμό και με τη σύγχρονη γνώση. Με εκτεταμένη αναδίφηση και λεπτομερή παραπομπή σε ιατρικά συγγράμματα και άλλες πηγές της εποχής εκείνης παρουσιάζει την τότε ιατρική γνώση για καταστάσεις και προβλήματα της καθημερινής ζωής, και μάλιστα υπό εμπόλεμες συνθήκες, που κυμαίνονται από τον πυρετό και τις φθειριώσεις μέχρι τους τραυματισμούς, τα βασανιστήρια και τον θάνατο, χωρίς να παραλείπει να τονίσει την πρόοδο που έχει σημειωθεί στη διάγνωση και αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών τους δυο τελευταίους αιώνες. Ασχολείται ακόμη και με θέματα όπως η αμοιβή των ιατρών και η αποζημίωση των τραυματιών στην εποχή του Μακρυγιάννη. Κάθε ενδιαφερόμενος για την ιστορία της ιατρικής μπορεί να βρει άφθονο και ενδιαφέρον υλικό στο σύγγραμμα αυτό που αποτελεί 'άθλο αγάπης' της συναδέλφου για το αντικείμενό της.

Α. Παπ.

Κωνσταντίνα Σ. Παπασταϊκούδη. Λαϊκά παραμύθια της Ανατολικής Ρωμυλίας.

Σελ. 272. Θεσσαλονίκη 2018. ISBN: 978-618-5092-98-6.



Η συγγραφέας, συνταξιούχος αναισθησιολόγος, βραβευμένη παλαιότερα από την Ακαδημία Αθηνών για το προηγούμενο έργο της 'Το δημοτικό τραγούδι της Ανατολικής Ρωμυλίας', παρουσιάζει τη συνέχεια των λαογραφικών της άθλων με τον τόμο αυτό, όπου απο-
θησαυρίζει, με πιστή αναπαραγωγή του γλωσσικού ιδιώματος και παράλληλη απόδοση στη νέα ελληνική, τα λαϊκά παραμύθια του τόπου καταγωγής των προγόνων της. Είναι πράγματι θαυμαστή και αξιέπαινη η επιμέλεια με την οποία καταγράφει και διασώζει ένα μέρος της παράδοσης, σε μια εποχή που κυριαρχεί η απαξίωση και η ισοπέδωση των πατρογονικών αξιών από τον 'οδοστρωτήρα' της τεχνολογίας και της παγκοσμιοποίησης. Όταν ακόμη και η ιστορία αμφισβητείται και παραχαράσσεται από γεωπολιτικές σκοπιμότητες, καθετί που συμβάλλει στη διατήρηση και ενίσχυση των δεσμών με τις ρίζες μας είναι ευπρόσδεκτο.

Α. Παπ.

Πατσώνης Γιάννης. Σκεύος μετανόιας. Ο συναρπαστικός βίος του νεομάρτυρα Αγαθαγγέλου. Σελ. 184. Αθήνα, Εκδόσεις Εν πλω 2018. ISBN: 978-960-619-000-1.



Οι νεομάρτυρες αποτελούν έναν ιδιαίτερο και εκλεκτό 'καρπό' της Τουρκοκρατίας στην Ελλάδα. Κάποιοι από αυτούς ήταν Χριστιανοί που είτε από επιπολαιότητα είτε από καταναγκασμό αρνήθηκαν αρχικά την πίστη τους, και στη συνέχεια θέλησαν να εξιλεωθούν

για την άρνηση αυτή με το μαρτύριο. Ένας τέτοιος, λίγο γνωστός νεομάρτυρας είναι ο Άγιος Αγαθάγγελος, τον βίο του οποίου αποδίδει σε μυθιστορηματική μορφή ο συνταξιούχος παιδίατρος Γιάννης Πατσώνης. Γεννήθηκε στην Αίνο της Θράκης το 1800. Ορφανός από πατέρα γίνεται ναυτόπουλο σ' ένα τούρκικο καράβι, που ο καπετάνιος του θέλησε να τον κάνει ψυχοπαίδι του. Όταν αγκυροβόλησαν στη Σμύρνη τον εξανάγκασε να εξισλαμισθεί και τον ονόμασαν Ισμαήλ. Όμως ο Αθανάσιος – όπως ήταν το βαπτιστικό του όνομα – δεν συμβίβασθηκε με την πολυτελή ζωή στο πλουσιόσπιτο του προύχοντα αυτού. Έφυγε κρυφά στο Άγιον Όρος, έγινε μοναχός, και στη συνέχεια επέστρεψε στη Σμύρνη, ομολόγησε την αληθινή πίστη του στον Χριστό και θανατώθηκε γι' αυτήν στις 19 Απριλίου 1819. Ο συγγραφέας, μέσα από μια συναρπαστική λογοτεχνική αφήγηση, ζωντανεύει την ηρωική εποχή των προεπαναστατικών χρόνων.

Α. Παπ.

Γεώργιος Καπετάνος. Τα άπαξ και τα αεί. Σελ. 304. Θεσσαλονίκη, University Studio Press 2018. ISBN: 978-960-12-2392-6.



Ο γνωστός orthopaedικός, ομότιμος πλέον καθηγητής του ΑΠΘ, έχει συλλέξει στον τόμο αυτό μια σειρά από κείμενά του με σκέψεις, σχόλια και κρίσεις πάνω σε ποικίλα θέματα, ιατρικά, ταξιδιωτικά, αλλά και γενικότερου ενδιαφέροντος, με ματιά στοχαστική, συχνά φιλοσοφική, κάποτε ποιητική. Προβληματίζεται πάνω στην υγεία και θέτει τον δάκτυλο σε ιατρικά ζητήματα ρουτίνας όπως η σκολίωση, η αρθρίτιδα και η οστεοπόρωση, αλλά και σε άλλα με τραγικές συνέπειες όπως ο καρκίνος και τα πολυάριθμα τροχαία ατυχήματα-εγκλήματα. Ανοίγει στον αναγνώστη ένα παράθυρο στην

ιατρική εκπαίδευση και τις υψηλές απαιτήσεις της, αλλά και στη βαθιά ικανοποίηση από την άσκηση της ιατρικής, με όλα τα δικά της προβλήματα που ο μέσος άνθρωπος συχνά δεν βλέπει ή δεν διανοείται. Μας παίρνει συνταξιδιώτες μαζί του, με ιατρικές-συνεδριακές αφορμές, σε γωνιές της Ελλάδας και του κόσμου. Φιλοσοφεί πάνω στη ζωή, την τρέχουσα κρίση, την αρρώστια και τον θάνατο και τα επείκτα τούτων. Μ' ένα λόγο, μας καλεί να συλλογισθούμε και να προβληματισθούμε μαζί του, ακολουθώντας μια μακρά παράδοση ιατρών με παιδεία ευρύτερη από την συσώρευση γνώσεων, που κάποτε ονομάζονταν ιατροφιλόσοφοι. Υπάρχουν τέτοιοι και σήμερα, και απόδειξη το βιβλίο του Γιώργου Καπετάνου.

Α. Παπ.

Δέσποινα Χίντζογλου-Αμασλίδου. Το δικό μας Βυζάντιο. Σελ. 180. Θεσσαλονίκη, Μέθεξις 2018. ISBN: 978-618-5226-27-5.

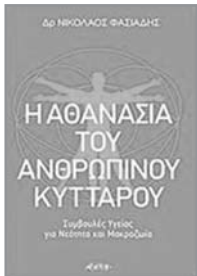


Η Δέσποινα Αμασλίδου, που συχνά συνεισφέρει στα *Ιατρικά Θέματα* τα 'Ψυχογραφήματά' της, εκδηλώνει ξανά την αγάπη της για το Βυζάντιο και την ιστορία του (που ξεχείλισε άπλετα στο παλαιότερο έργο της 'Τα 1123 χρόνια της Ρωμανίας') με μια σειρά δοκίμια και διηγήματα πάνω σε λιγότερο γνωστές σελίδες της χιλιόχρονης αυτοκρατορίας. Όπως γράφει η ίδια, «με τα δοκίμια προσπάθησα να απαντήσω σε ερωτήματα που με απασχόλησαν κατά καιρούς, και με τα διηγήματα να ζωντανέψω εποχές και ιστορίες, όσο γίνεται πιο ρεαλιστικά, βασισμένη σε μεγάλους Βυζαντινούς χρονικογράφους». Στα διηγήματα βάζει, με την λογοτεχνική άδεια, τον εαυτό της στη θέση καθημερινών ανθρώπων που ζουν τα γεγονότα, συχνά τραγικά, και μας μεταφέρουν κατά το δυνατό την ατμόσφαιρα της εποχής. Το αποτέλεσμα

είναι ένα εύληπτο ανάγνωσμα που, με σεβασμό στα γεγονότα, ξεφεύγει από τη φόρμα της συμβατικής ιστοριογραφίας και φωτίζει κάποιες γωνιές του 'ιερού παλατιού' και της πόλης, κάνοντάς μας κοινωνούς των παθημάτων των ηρώων της.

Α. Παπ.

Νικόλαος Φασιάδης. Η αθανασία του ανθρωπίνου κυττάρου. Συμβουλές υγείας για νεότητα και μακροζωία. Σελ. 120. Εκδόσεις Αρχέτυπο, 2018. ISBN: 978-960-4212-55-2.



Η συνταγή για το ελιξίριο της νεότητας δεν ήταν ποτέ μυστική, ωστόσο φαίνεται να έχει ξεχαστεί. Η υγεία και η κατάσταση της πλήρους σωματικής και πνευματικής ευεξίας είναι ίσως το πιο πολύτιμο αγαθό που έχουμε. Η σωματική άσκηση, σε συνδυασμό με την υγιεινή διατροφή και τον φυσικό τρόπο ζωής, συμβάλλουν στην υγεία, καθώς είναι τεκμηριωμένη η αλληλεπίδραση των ανωτέρω παραγόντων στο κυτταρικό επίπεδο. Δεν είναι τυχαίο το αρχαίο γνωμικό "Νους υγιής εν σώματι υγιεί".

Στόχος του βιβλίου αυτού, γραμμένο από έναν ειδικό (Σημ. Ο συγγραφέας είναι αγγειοχειρουργός), είναι να βοηθήσει τόσο τον αθλητή όσο και τον καθημερινό άνθρωπο να βελτιώσει την υγεία του, αλλά και να επιβραδύνει τη φθορά του χρόνου και τη σταδιακή γήρανση του σώματος. Εάν είσαστε έτοιμοι για μια πρόκληση στη ζωή σας, ήρθε η στιγμή να διαβάσετε την Αθανασία του Ανθρώπινου Κυττάρου.

(Από την παρουσίαση στο οπισθόφυλλο του βιβλίου).

Ανωνύμου. Προλεγόμενα εις την φιλοσοφίαν του Πλάτωνος. Εισαγωγή-Μετάφραση-Σχόλια: Χρήστος Εμμανουηλίδης. Σελ. 146. Εκδόσεις Μάτι, 2018. ISBN: 978-618-5021-99-3.



Ο παθολόγος-ογκολόγος Χρ. Εμμανουηλίδης παρουσιάζει σε μετάφραση το έργο αυτό, ανωνύμου συγγραφέα του 6^{ου} αιώνα, που σκοπό έχει να βοηθήσει τον σύγχρονο αναγνώστη να προσεγγίσει τη φιλοσοφία του

Πλάτωνα και των φιλοσόφων που διδάχθηκαν και εμπνεύστηκαν από αυτόν.

Ο Πλάτωνας υπήρξε ο φιλόσοφος με τη μεγαλύτερη επίδραση στον φιλοσοφικό στοχασμό της ανθρωπότητας. Τίποτε δεν ήταν πια ίδιο στον κόσμο μετά από την πλατωνική φιλοσοφία, την πρωτοκαθεδρία της δικαιοσύνης, της σωφροσύνης και της ανδρείας και του έρωτα του Αγαθού, δηλαδή της Αρετής που κυβερνά την ανθρώπινη ανέλιξη.

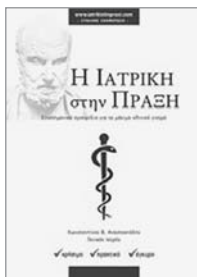
Δεν είναι παράξενο, που πέντε αιώνες μετά τον θάνατό του, η φιλοσοφία του ενέπνευσε αλληπάλληλες γενεές φιλοσόφων που έδρασαν από τον τρίτο ως τον έβδομο μεταχριστιανικό αιώνα, των λεγόμενων Νεοπλατωνικών. Αυτή η αξιοθαύμαστη χορεία σκεπτόμενων λογίων επέκτεινε τη διδασκαλία του δίνοντας τη δική τους νοηματοδότηση στα πλατωνικά κείμενα αναπτύσσοντας ένα σταθερό και ρωμαλέο φιλοσοφικό σύστημα. Στον εαυτό τους έδωσαν το καθήκον να επεξηγούν τις πτυχές της πλατωνικής σκέψης που θεωρούσαν ότι ο μεγάλος δάσκαλος είχε αφήσει ασαφείς. Επιπλέον είχαν και ένα εξίσου αξιόλογο καθήκον: τη διδασκαλία της φιλοσοφίας. Το ιερό αυτό καθήκον το εκτελούσαν με πίστη και σχολαστικότητα προσπαθώντας να εμπνεύσουν τους νέους της εποχής με τα πλατωνικά ιδεώδη, δηλαδή την αγάπη για τη δικαιοσύνη και την αρετή, σε αντιδιαστολή με την περιρρέουσα ρωμαϊκή παρακμή.

Ο ανώνυμος δάσκαλος του 6ου αιώνα συνέγραψε ουσιαστικά ένα διδακτικό βιβλίο για προχωρημένους σπουδαστές της φιλοσοφίας. Αποτελεί ένα μαγευτικό ταξίδι στον κόσμο αυ-

τών των ηρωικών μορφών της ύστερης ελληνικής διανόησης που αγωνίζονταν με θέρμη να διατηρήσουν ζωντανή τη φιλοσοφία ενάντια στον ρου της ιστορίας. Ταυτόχρονα είναι μια ματιά στην πλατωνική πρόσληψη της εποχής αυτής. Πέρα από την οποιαδήποτε συναισθηματική αξία του έργου αυτού, ο επιστήμονας μελετητής θα βρει χρήσιμες απόψεις περί του πώς να προσεγγίζουμε το πλούσιο και πολυεπίπεδο πλατωνικό έργο.

(Από την παρουσίαση στο οπισθόφυλλο του βιβλίου)

Η ιατρική στην πράξη. Συλλογικό έργο, μετάφραση Κ. Αναστασιάδης. Τόμοι 2, σελ. 1409. Εκδόσεις Ιατρική Πράξη online. ISBN 978-618-83792-2-0.



Πρόκειται για ένα δίτομο επιστημονικό εγχειρίδιο, 1.409 σελίδων, μετάφραση από τον Γενικό Ιατρό Κωνσταντίνο Αναστασιάδη του σουηδικού βιβλίου Praktisk Medicin. Το σύγγραμμα απευθύνεται στους ιατρούς που ασκούν πρω-

τοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και ασθενειών. Οι διαφόρων ειδικοτήτων συγγραφείς διαπραγματεύονται το αντικείμενο σε είκοσι επιμέρους κεφάλαια κατά τα συστήματα του οργανισμού. Καθώς οι συγγραφείς ταξινομούν την ύλη με βάση τα συμπτώματα, αλλά και τα νοσήματα, όπως είναι επόμενο, δεν αποφεύγεται μία δυσχέρεια στην επιλογή του αναγνώστη πώς θα αναζητήσει τις επιθυμητές ιατρικές πληροφορίες. Αυτό βεβαίως μπορεί να είναι και πλεονέκτημα του βιβλίου όσον αφορά την πληρότητά του. Η μετάφραση είναι πολύ καλή και η γλώσσα προσεγγισμένη.

Για κάθε πάθηση το εγχειρίδιο παρουσιάζει με συντομία ορισμούς, αίτια, συμπτώματα, ευρήματα αντικειμενικής εξέτασης, διαφορική

διάγνωση, εργαστηριακή διερεύνηση όπου είναι απαραίτητη και θεραπεία. Πολύ βοηθητικός για τον ιατρό αναγνώστη είναι ο πίνακας-σύνοψη της φαρμακευτικής αγωγής που παρατίθεται στο τέλος κάθε ενότητας. Αξιοπρόσεκτη η καταγραφή των σχολίων που προκύπτουν από την κλινική εμπειρία των συγγραφέων. Η προτεινόμενη θεραπεία είναι προσαρμοσμένη από τον μεταφραστή στα ελληνικά δεδομένα, σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Το ύφος του βιβλίου είναι λιτό, σαφές και συνοπτικό. Ίσως θα βοηθούσαν ορισμένες εικόνες ή φωτογραφίες (π.χ. στις δερματολογικές νόσους). Επίσης κάποια νοσήματα εμφανίζονται σε λάθος θέσεις (π.χ. η ερλιχίωση και η ιογενής κροτωνογενής εγκεφαλίτιδα στο τμήμα των αναπνευστικών νόσων).

Είναι ένα βιβλίο που δεν θα διαβαστεί από την αρχή ως το τέλος, αλλά αποτελεί ένα σύγγραμμα πολύ χρήσιμο στην καθημερινή ιατρική πράξη για τον οικογενειακό – γενικό ιατρό. Χωρίς να φιλοδοξεί να υποκαταστήσει τα συγγράμματα αναφοράς κατά ειδικότητα, δίνει απαντήσεις σε πλήθος ιατρικών ερωτημάτων που γεννώνται κατά την κλινική εξέταση ή από το ιστορικό του ασθενούς και καλύπτει μεγάλο φάσμα γνώσεων, τόσο για τα επείγοντα, όσο και για τα χρόνια περιστατικά. Συνεπώς αξίζει η κοπιώδης προσπάθεια του μεταφραστή να προσφέρει το συγκεκριμένο εγχειρίδιο στον ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τέλος, σημειώνεται ότι το βιβλίο διατίθεται απευθείας από τον μεταφραστή στην ηλεκτρονική διεύθυνση <https://www.iatrikistinpraxi.gr>. Στην ίδια διεύθυνση μπορεί κανείς να βρει όλο το περιεχόμενό του σε ηλεκτρονική μορφή (και μάλιστα με ημερομηνία επικαιροποίησης για κάθε θέμα) και να σχηματίσει προσωπική άποψη για την ευχρηστία και τη βοήθειά του.

Βογιατζή Κατερίνα

Επιμελήτρια Α' Γενικής Ιατρικής
ΠΙ Σουρωτής



Διορθώσεις κειμένων

Αντώνης Παπαγιάννης

Εικόνες τεύχους

Α. Παπαγιάννης

Υπεύθυνος ύλης

Αντώνης Παπαγιάννης

Σελιδοποίηση – Εκτύπωση

Εκδοτικός οίκος



UNIVERSITY STUDIO PRESS

