

Αυτοκίνητα: η αξίλλειος πτέρνα της κλιματικής πολιτικής της Ε.Ε.

Του **ΣΙΜΟΝΕ ΤΑΛΙΑΠΙΕΤΡΑ***

Κατά την τελευταία δεκαετία, οι εκπομπές αερίων του θερμοκηπίου της Ε.Ε. έχουν μειωθεί σημαντικά σε όλους τους τομείς της οικονομίας – εκτός από τις μεταφορές, όπου έχουν αυξηθεί κατά 20%. Με τις δεσμεύσεις της Ε.Ε. για νέες σημαντικές περικοπές στο πλαίσιο της Συμφωνίας του Παρισιού, οι μεταφορές έχουν αναδειχθεί σε βασικό εμπόδιο για τη διαδικασία μείωσης του ευρωπαϊκού ανθρακικού αποτυπώματος. Χρειάζονται επιθετικές πολιτικές μεταρρυθμίσεις του τομέα.

Ειδική έμφαση πρέπει να δοθεί στις οδικές μεταφορές, που ευθύνονται για περισσότερο από το 70% των συνολικών εκπομπών του τομέα. Η αποτελεσματική παρέμβαση στις οδικές μεταφορές θα διαδραματίσει αποφασιστικό ρόλο στη μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στις πόλεις – μία θεμελιώδης πρόκληση για τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη. Η ατμοσφαιρική ρύπανση ευθύνεται για περισσότερους από 400.000 πρόωρους θανάτους κάθε χρόνο στην Ευρώπη, με τις οδικές μεταφορές να

συμβάλλουν σημαντικά στο πρόβλημα. Μέχρι σήμερα, οι πολιτικές των κρατών-μελών και της Ε.Ε. για τις οδικές μεταφορές δεν έχουν καθάρσει το τοπίο. Η μείωση του ανθρακικού αποτυπώματος των αυτοκινήτων είναι πράγματι δύσκολο έργο, καθώς απαιτούνται η προώθηση καινοτόμων τεχνολογιών και η παραγωγή περιβαλλοντικά φιλικών οχημάτων. Τα ηλεκτρικά αυτοκίνητα σήμερα αποτελούν μόλις το 0,2% του συνόλου των οχημάτων στην Ε.Ε. Παράλληλα, πρέπει να βρεθούν τρόποι μείωσης της ζήτησης για οδικές μεταφορές – κάτι που συνεπάγεται αλλαγή των καθημερινών συνθηκών των ανθρώπων.

Η Ε.Ε. μπορεί να πετύχει τους στόχους αυτούς, αν υιοθετήσει νέα στρατηγική για την περίοδο μετά το 2020 που θα δομηθεί επί τριών πυλώνων. Πρώτον, πρέπει να ενθαρρύνει τα κράτη-μέλη και τις πόλεις στην επικράτεια της να υιοθετήσουν σχέδια για την απαγόρευση των βενζινοκίνητων και των ντιζελοκίνητων οχημάτων. Το 2017, η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο δημοσιοποίησαν τα σχέδιά τους να

απαγορεύσουν τις πωλήσεις αυτοκινήτων και μικρών φορτηγών που έχουν ως καύσιμο τη βενζίνη ή το ντιζελ έως το 2040. Μπορεί η Ε.Ε. να υιοθετήσει συνολικά αντιστοίχο χρονοδιάγραμμα.

Καθοδηγούμενα από την πολιτική δέσμευση μείωσης της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, αυτά τα σχέδια θα έδιναν ισχυρό σήμα στην ευρωπαϊκή αυτοκινητοβιομηχανία, ενθαρρύνοντας να καινοτομήσει και να ηγηθεί διεθνώς στα περιβαλλοντικά φιλικά οχήματα. Από το Παρίσι έως την Κοπεγχάγη, από τη Μαδρίτη έως την Αθήνα, οι μεγάλες πόλεις έχουν και αυτές αρχίσει να κινούνται σε αυτήν την κατεύθυνση. Όσο πιο πολλές πόλεις και χώρες αναλαμβάνουν τέτοιες δεσμεύσεις, τόσο πιο ισχυρό θα είναι το σήμα για τους κατασκευαστές αυτοκινήτων ότι πρέπει να επενδύσουν περισσότερα στην ανάπτυξη μη ρυπογόνων οχημάτων.

Η Ε.Ε. μπορεί να παράσχει κίνητρα για την υιοθέτηση τέτοιων σχεδίων, δημιουργώντας το ταμείο καθαρών μεταφορών της Ε.Ε. για τη στήριξη των χωρών και των πό-

λεων που θα δεσμεύονταν για τη σταδιακή κατάργηση της βενζίνης και του ντιζελ στα αυτοκίνητα. Το ταμείο θα μπορούσε να χρηματοδοτήσει υποδομές για εναλλακτικά καύσιμα, τη χρήση λεωφορείων μηδενικών εκπομπών, την ανάπτυξη της κοινής χρήσης των αυτοκινήτων ή την προώθηση πιο βιώσιμων μορφών μετακίνησης, όπως είναι το ποδήλατο. Οι πόροι θα μπορούσαν να προέλθουν από την καλύτερη αξιοποίηση των κοινοτικών πόρων που προορίζονται σήμερα για τις μεταφορές (περίπου 100 δισ. ευρώ για την περίοδο 2014-2020).

Ο δεύτερος στρατηγικός πυλώνας για τη μείωση των εκπομπών είναι η φορολογία: η Ε.Ε. πρέπει να ξεκινήσει πανευρωπαϊκή συζήτηση για το μέλλον της φορολόγησης των μεταφορών. Η φορολογική πολιτική μπορεί να επηρεάσει τις επιλογές των πολιτών αλλά και τη στρατηγική της αυτοκινητοβιομηχανίας: για παράδειγμα, οι φορολογικοί συντελεστές μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τις εκπομπές των οχημάτων ή μπορεί να χορηγούνται μεγαλύτερες εκπτώσεις

για οχήματα χαμηλών εκπομπών.

Οι χώρες της Ευρώπης εξακολουθούν να έχουν πολύ διαφορετικά νομικά πλαίσια στις μεταφορές. Δεδομένης της σημασίας της φορολογίας για τον σκοπό της μείωσης των εκπομπών, η Ε.Ε. πρέπει να προωθήσει νέα συζήτηση μεταξύ των κρατών-μελών για το μέλλον της φορολόγησης των μεταφορών – όπως συμβαίνει τώρα στον τομέα της φορολόγησης των ψηφιακών υπηρεσιών.

Μακροπρόθεσμα, η Ε.Ε. πρέπει να θέσει ως στόχο την παροχή πιο ουσιαστικού και εστιασμένου χρηματοδοτήσεως έρευνας και καινοτομίας στον συγκεκριμένο τομέα. Η σωστή κατανομή των ερευνητικών πόρων είναι ο τρίτος πυλώνας κλειδί. Η Ε.Ε. πρέπει να επικεντρωθεί σε πεδία όπου μπορεί πραγματικά να έχει επιρροή, και η χρηματοδότηση πρέπει να προορίζεται προς την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων.

Η Ε.Ε. οφείλει να εστιάσει τη στρατηγική της για τη χρηματοδότηση της έρευνας και της καινοτομίας στην περίοδο μετά το 2020 σε

τεχνολογίες σε αρχικά στάδια ανάπτυξης, όπως το υδρογόνο ή οι μπαταρίες στερεού τύπου (solid state). Αυτός θα ήταν ο πιο σίωφρων τρόπος να επενδυθούν οι περιορισμένοι διαθέσιμοι πόροι (ισοί με το 0,2% των συνολικών ερευνητικών δαπανών της ευρωπαϊκής αυτοκινητοβιομηχανίας): σε πεδία όπου θα είναι δύσκολο να βρεθεί επαρκής ιδιωτική χρηματοδότηση.

Η απορρύπανση των οδικών μεταφορών είναι θεμελιώδης προϋπόθεση για τη μετάβαση της ευρωπαϊκής οικονομίας στη μετά άνθρακα εποχή, για τη βελτίωση της ποιότητας του αέρα που αναπνέουμε και –εμμέσως– για το μέλλον της ευρωπαϊκής αυτοκινητοβιομηχανίας. Με δεδομένη την ακόμη περιορισμένη φιλοδοξία που επιδεικνύεται σε εθνικό επίπεδο, θα ήταν μεγάλο το όφελος για την Ευρώπη αν η Ε.Ε. αναλάμβανε πιο αποφασιστική δράση για τις οδικές μεταφορές.

* Ο κ. Σιμόνε Ταλιαπιέτρα είναι research fellow στο Ινστιτούτο Bruegel στις Βρυξελλες.

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΙΠΤΑ:

Βιοδείκτες-θησαυρός για γυναικολογικές παθήσεις



«Οι τελευταίες συνεχώς αυξανόμενες γνώσεις όσον αφορά στο εύρος και τη βαρύτητα των συνεπειών της HPV – μόλυνσης επιβάλλουν την ενημέρωση όλων σχετικά με την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση με τον πληθυσμιακό έλεγχο και την ανίχνευση – αντιμετώπιση των παθήσεων που αυτή προκαλεί. Οι

βιοδείκτες είναι ένας από τους πιο σημαντικούς κρίκους της διαγνωστικής αλυσίδας μαιευτικών και γυναικολογικών παθήσεων». Αυτό τόνοισε ο διευθυντής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Αλέξανδρος Ι. Δαπόντε (φωτ.) ανοίγοντας τον κύκλο των εργασιών του τέταρτου Συμποσίου με θέμα «Νεότερες εξελίξεις σε HPV και Βιοδείκτες στη Μαιευτική-Γυναικολογία Νο 4».

► σελ. 10

ΞΕΚΙΝΗΣΕ ΧΘΕΣ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΣΗΜΕΡΑ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Αήματα στην αντιμετώπιση γυναικολογικών παθήσεων

* «Πλούτος» ενημέρωσης γύρω από βιοδείκτες και HPV...



Από τις εργασίες του συνεδρίου στο αμφιθέατρο της Ιατρικής του Παν. Θεσσαλίας στη Λάρισα

«Οι τελευταίες συνεχώς αυξανόμενες γνώσεις όσον αφορά στο εύρος και τη βαρύτητα των συνεπειών της HPV – μόλυνσης επιβάλλουν την ενημέρωση όλων σχετικά με την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση με τον πληθυσμιακό έλεγχο και την ανίχνευση – αντιμετώπιση των παθήσεων που αυτή προκαλεί. Οι βιοδείκτες είναι ένας από τους πιο σημαντικούς κρίκους της διαγνωστικής αλυσίδας μαιευτικών και γυναικολογικών παθήσεων πυελικών μαζών, ενδοσκοπικής αντιμετώπισης γυναικολογικών παθήσεων, εξεταστικώς προετοιμασμένων πρωτοκόλλων ωοθυλακιορρηξίας αλλά και εξεταστικώς παρακολούθησης της εγκύου».

Με αυτόν τον τρόπο ο διευθυντής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Αλέξανδρος Ι. Δαπόντε άνοιξε τον κύκλο των εργασιών του τέταρτου Συμποσίου με θέμα «Νεότερες εξελίξεις σε HPV και Βιοδείκτες στη Μαιευτική-Γυναικολογία Νο 4».

Ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον συμπόσιο που ολοκληρώνεται σήμερα στο Αμφιθέατρο «Ιπποκράτης» του Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και διοργάνωσε η Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Γυναικολογικής Ογκολογίας και την Εταιρεία Φροντίδας Υγείας Γυναίκας Ελλάδος (Ε.Φ.Υ.Γ.Ε.).

Την εκδήλωση χαιρέτησαν η αναπληρώτρια πρόεδρος δημοσίων σχέσεων κ. Ιωάννα Λαλιώτη, ο αντιπρόεδρος κ. Ζήσης Μαμούρης, ο αντιπρόεδρος κ. Απόστολος Μπέμπης, ο κοσμητορας της Ιατρικής κ. Χαράλαμπος Μπιλιβίτης, ο πρόεδρος της Ιατρικής κ. Γεώργιος Χατζηγεωργίου, ο πρόεδρος του Δημοτικού Συμβουλίου κ. Δημήτρης Τάχος, ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Λάρισας κ. Κώστας Παναγόπουλος και η υποδι-



οικήτρια του Νοσοκομείου κ. Ανθή Χαλιβέρα.

Κατά τη διάρκεια της χθεσινής πρώτης ημέρας υπήρξαν δύο συνεδρίες και δύο στοργυλλές τράπεζες θεμάτων. Σ' αυτή για τις προκαρκινικές αλλοιώσεις κατώτερου γεννητικού σωλήνα – κολποσκόπηση, μίλησαν ο λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογίας Παν/μίου Πατρών, υπεύθυνος Ιατρείου Κολποσκόπησης, Π.Ν. Πάτρας Γεώργιος Μιχαήλ, ο μαιευτήρας-γυναικολόγος, διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών Αλέξανδρος Μορτάκης, ο επίκουρος καθ. Μαιευτικής και Γυναικολογίας Α.Π.Θ. Ιωάννης Καλογιαννίδης και ο αν. καθ. Μαιευτικής και Γυναικολογίας Παν/μίου Αθηνών Νικόλαος Σαλάκος. Η 2η Συνεδρία είχε ως θέμα τα HPV. Μίλησαν ο καθ. Μαιευτικής και Γυναικολογίας Α.Π.Θ., πρόεδρος Ελληνικής HPV Εταιρείας Θεόδωρος

Αγοραστός, ο καθ. Μαιευτικής και Γυναικολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων Ευάγγελος Παρασκευαΐδης και η μοριακή ιολόγος, δ/τρια Τμήματος Ιολογίας, Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας» Εύη Πανοστοπούλου και ο καθηγητής - δ/της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Παν/μίου Θεσσαλίας Αλέξανδρος Δαπόντε.

Στη στοργυλή Τράπεζα για την Εμβρυομητρική Ιατρική μίλησαν ο Professor of Fetal Medicine, King's College, London Kypros Nikolaides, ο αν. καθ. Μαιευτικής και Γυναικολογίας Παν/μίου Αθηνών, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Περιγεννητικής Ιατρικής, γ.γ. Ελληνικής Εταιρείας Υπερήλικων στη Μαιευτική και Γυναικολογία Γεώργιος Δασκαλάκης και ο καθ. Μαιευτικής και Γυναικολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων Γεώργιος Μακρυδημάς. Στη Στοργυλή Τράπεζα Γυναικο-

λογικής Ογκολογίας ομιλήτες ήταν ο καθ. Μαιευτικής και Γυναικολογίας Α.Π.Θ. Αλέξιος Παπανικολάου, ο επίκουρος καθ. Γυναικολογικής Ογκολογίας Παν/μίου Αθηνών Δημήτριος Χαϊδόπουλος, ο αν. καθ. Μαιευτικής και Γυναικολογίας Α.Π.Θ. Γεώργιος Πάντος και ο αν. καθ., δ/της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. Κωνσταντίνος Δίνας.

Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΑ

Το σημερινό πρόγραμμα περιλαμβάνει τρεις συνεδρίες. Η πρώτη που θα ξεκινήσει στις 9.30 το πρωί θα αφορά σε ζητήματα Ενδοσκοπικής Χειρουργικής και αναπαραγωγικής ιατρικής. Οι άλλες δύο θα αφορούν στην τεκμηριωμένη προσέγγιση στην αναπαραγωγική ιατρική σε δύο μέρη. Το πρώτο θα αρχίσει στις 12 και το δεύτερο στις 14.00.

Κ. ΓΚΙΑΣΤΑΣ



29 ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΕΧΑΣΑΝ ΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥΣ ΦΕΤΟΣ

ΣΟΦΙΑ ΜΑΝΔΗΛΑΡΑ
smandilara@gmail.com

ΜΠΟΡΕΙ το τελευταίο διάστημα η εποχική γρίπη να παρουσιάζει πτωτική δραστηριότητα, ωστόσο από τις αρχές του περασμένου Οκτωβρίου και μέχρι πριν από λίγες μέρες συνολικά 29 άτομα έχασαν τη ζωή τους από τους «ύπουλους» ιούς. Ανάμεσα στα θύματα, και ο επιχειρηματίας Στέλιος Σκλαβενίτης, ο οποίος, σύμφωνα με το ιατρικό ανακοινωθέν, διεγνώσθη με σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας επί εδάφους λοίμωξης από τον ιό της γρίπης τύπου Β. Παρά τη φαρμακευτική και μηχανική υποστήριξη, ανέπτυξε σύνδρομο πολυοργανικής ανεπάρκειας και κατέληξε λόγω ενδοπνευμονικής αιμορραγίας.

Με βάση τα επίσημα στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ, από την αρχή της φετινής εποχικής γρίπης έχουν καταγραφεί πάνω από 450 θετικά κρούσματα τύπου Α και Β και έχουν επιβεβαιωθεί 29 θάνατοι που προήλθαν από τους συγκεκριμένους ιούς. Το αντίστοιχο διάστημα πέρσι ο αριθμός των νεκρών είχε φτάσει τους 108, ενώ το 2015-2016 ο τραγικός απολογισμός είχε σταματήσει στους 197 νεκρούς. Κι όμως, πολλοί από τους παραπάνω θανάτους θα ήταν δυνατό να είχαν αποφευχθεί, καθώς αρκετοί ήταν αυτοί που, αν και ανήκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, δεν άκουσαν τις συστάσεις του υπουργείου Υγείας για εμβολιασμό. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της φετινής χρονιάς, όπου από τα 29 θύματα μόνο τα τρία είχαν εμβολιαστεί.

«Δύο πράγματα είναι σημαντικό να μάθει ο κόσμος. Το πρώτο είναι ότι διαθέτουμε εμβόλιο, το οποίο είναι το πιο αποτελεσματικό μέτρο για την προστασία από τη γρίπη και πραγματικά βοηθά τους ανθρώπους, ιδιαίτερα εκείνους που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου. Το δεύτερο είναι ότι η γρίπη είναι ύπουλη και μπορεί πάντα να εξελιχθεί απρόβλεπτα, ακόμα και σ' έναν άνθρωπο ο οποίος κατά τα άλλα δεν έχει προβλήματα υγείας. Γι' αυτό ο κόσμος πρέπει να εκπαι-

Η γρίπη υποχωρεί, οι κίνδυνοι παραμένουν

δευτεί να αναγνωρίζει τον κίνδυνο», λέει στη «Νέα Σελίδα» ο παθολόγος - λοιμωξιολόγος στο ΠΓΝ Αττικών Σωτήρης Τσιόδρας, αναπληρωτής καθηγητής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και σύμβουλος του ΚΕΕΛΠΝΟ με ειδικευση στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Στην Ελλάδα εποχικές εξάρσεις γρίπης εμφανίζονται από τον Οκτώβριο έως τον Απρίλιο και ο έγκαιρος εμβολιασμός συστήνεται να γίνεται τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο. «Η γρίπη στη χώρα μας πλέον παρουσιάζει κάμψη στα κρούσματα, η οποία περιμένουμε να συνεχιστεί. Με την καλοκαιρία που υπάρχει αυτή τη στιγμή το πιθανότερο είναι ότι οδεύουμε προς τη λήξη της επιδημίας τις επόμενες εβδομάδες», αναφέρει ο κ. Τσιόδρας, ο οποίος τονίζει, ωστόσο,

Επιμένουν οι ειδικοί ότι μόνο ο έγκαιρος εμβολιασμός μπορεί να προστατεύσει.

Η νόσος χαρακτηρίζεται ύπουλη και μπορεί να προσβάλει ακόμα και υγιείς οργανισμούς

ότι η μάχη ενάντια στη γρίπη είναι επίσημα. Μάλιστα, το εμβόλιο συνταγογραφείται και οι πολίτες μπορούν να το προμηθευθούν δωρεάν εφόσον ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου, ενώ σε άλλη περίπτωση κοστίζει γύρω στα 10 ευρώ.

«Πρόκειται για έναν ιό ο οποίος συνεχώς εξελίσσεται και γι' αυτό το εμβόλιο επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο. Καθώς η γρίπη αλλάζει από χρονιά σε χρονιά, από αυτό εξαρτάται και η αποτελεσματικότητα των μέτρων που διαθέτουμε, δηλαδή των εμβολίων και των άλλων φαρμάκων», λέει στη «Νέα Σελίδα» ο κλινικός φαρμακοποιός Διαμαντής Κλιμεντίδης. Μια ανάρτησή του στο facebook αναφορικά με τα οφέλη του εμβολίου, μετά την απώλεια του Στέλιου Σκλαβενίτη, έγινε εξαιρετικά δημοφιλής μεταξύ των χρηστών του μέσου. «Αυτό που έχω αντιληφθεί ως το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι ότι ο κόσμος υποτιμά τη σοβαρότητα της κατάστασης. Αγνοεί ότι η ίδια η γρίπη μπορεί να προκαλέσει απευθείας πολύ σοβαρή νόσηση και θάνατο. Δηλαδή, όπως διαβάσαμε στο ιατρικό ανακοινωθέν, ο κ. Σκλαβενίτης έπαθε οξεία αναπνευστική δυσχέρεια και κατόπιν πολυοργανική ανεπάρκεια. Δεν έπαθε πνευμονία, η ίδια η γρίπη οδήγησε στον θάνατο», υπογραμμίζει ο κ. Κλιμεντίδης.

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), ο ορισμός της γριπώδους συνδρομής περιλαμβάνει την αιφνίδια έναρξη των συμπτω-

μάτων και τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω συμπτώματα: πυρετό, καταβολή, πονοκέφαλο, μυαλγίες, όπως και τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω συμπτώματα στο αναπνευστικό: βήχα, πονόλαιμο, δύσπνοια. Εκτιμάται ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση από την εποχική γρίπη πεθαίνουν κάθε χρόνο 40.000 άνθρωποι.

Οι εποχικές ιώσεις

«Ολες οι ιώσεις είναι σοβαρές. Δεν υπάρχει μη σοβαρή ίωση, γιατί κατά κάποιον τρόπο μπορεί να ανοίξει την πόρτα για να μπει ένα ακόμα πιο επικίνδυνο μικρόβιο ή βακτήριο. Γι' αυτό συνιστούμε να κάτσει στο σπίτι ο ασθενής, να ξεκουραστεί, να τρέφεται καλά και να απευθυνθεί αμέσως στον γιατρό του αν τα συμπτώματα επιμεινούν ή χειροτερεύσουν», υπογραμμίζει ο κ. Τσιόδρας.

Στις ομάδες υψηλού κινδύνου περιλαμβάνονται όλοι όσοι εργάζονται σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, οι έγκυοι ανεξαρτήτως ηλικίας κύησης -το εμβόλιο της γρίπης είναι ασφαλές και για το έμβryo-, τα άτομα με χρόνια νοσήματα, όσοι βρίσκονται σε στενή επαφή με παιδιά μικρότερα των 6 μηνών ή φροντίζουν άτομα με επικείμενο νόσημα, καθώς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, και οι κλειστοί πληθυσμοί, όπως σχολεία, ιδρύματα, στρατιωτικές μονάδες κ.ο.κ.

«Οι εποχικές ιώσεις είναι κάτι με το οποίο πρέπει να ζήσουμε, δεν υπάρχει εμβόλιο ή συγκεκριμένο φάρμακο αντιμετώπισής τους, παρά μόνο για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Τα μέτρα γενικής προστασίας, πάντως, εφόσον εφαρμόζονται με συνέπεια, είναι αποτελεσματικά: πλένουμε καλά τα χέρια μας, αποφεύγουμε τους συνωστισμένους χώρους, αν κάποιος είναι άρρωστος και το γνωρίζουμε διατηρούμε κάποια απόσταση από αυτόν, αερίζουμε το σπίτι και το γραφείο, προσπαθούμε να κρατάμε τη γενική μας υγεία σε καλή κατάσταση», επισημαίνει ο κ. Κλιμεντίδης.

post

Το εμβόλιο συνταγογραφείται και οι πολίτες μπορούν να το προμηθευθούν δωρεάν εφόσον ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Διαφορετικά, κοστίζει 10 ευρώ



ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Επιβαρύνεται η υγεία των Ελλήνων

Βαριά επιδείνωση των δεικτών υγείας στην Ελλάδα καταγράφεται τα τελευταία χρόνια ως απόρροια της αδυναμίας κυρίως των φτωχότερων στρωμάτων να απευθυνθούν σε γιατρούς ή να ακολουθήσουν θεραπεία. **Σελ. 16**



Εκτός ΕΣΥ οι πιο φτωχοί Έλληνες

Ένας στους τρεις οικονομικά αδύναμους δεν έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία

Της ΠΕΝΝΥΣ ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ

Σκληρό αποτύπωμα αφήνει η συνεχιζόμενη δημοσιονομική κρίση στο πιο «ευαίσθητο δεδομένο», στην υγεία των Ελλήνων. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία δείχνουν για πρώτη φορά με τόση ένταση πραγματική επιδείνωση των δεικτών υγείας στη χώρα μας, όσον αφορά τη βρεφική θνησιμότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης κ.ά., και κυρίως την αδυναμία του συστήματος υγείας να καλύψει τις ανάγκες του φτωχότερου τμήματος του πληθυσμού. Τουλάχιστον ένας στους τρεις αδύναμους οικονομικά Έλληνες δεν έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το ποσοστό των Ελλήνων με ανάγκες για εξετάσεις και θεραπεία οι οποίες δεν ικανοποιήθηκαν με βασικότερο λόγο το οικονομικό κόστος, παρουσιάζει συνεχή αύξηση στα χρόνια της κρίσης: το 2016 ένας στους επτά Έλληνες και συγκεκριμένα το 14,4% δεν απευθύνθηκε σε υπηρεσίες υγείας παρότι το είχε ανάγκη, όταν το 2014 το σχετικό ποσοστό ήταν 12,7%, το 2012 9,9% και το 2010 4,2%.

Συνεχής αύξηση

Το άκρως ανησυχητικό είναι ότι το 2016 σχεδόν διπλασιάστηκε σε σχέση με το 2015, το ποσοστό των φτωχών Ελλήνων –όσων ανήκουν στο φτωχότερο 20% του πληθυσμού– οι οποίοι αν και είχαν ανάγκη για εξετάσεις ή θεραπεία δεν απευθύνθηκαν σε υπηρεσίες υγείας. Το 2015, το σχετικό ποσοστό ήταν 19,7% και το 2016 έφτασε το 36,5%. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην αρχή της κρίσης το αντίστοιχο ποσοστό για το πιο φτωχό με βάση το εισόδημά του τμήμα της κοινωνίας ήταν 8,5%. Το παράδοξο είναι ότι ο συγκεκριμένος δείκτης παρουσίασε βελτίωση στα πιο εύρωστα οικονομικά τμήματα του πληθυσμού: 12% όσων ανήκαν το 2016 σε μια μεσαία οικονομική «κλίμακα» με βάση το εισόδημά τους δεν απευθύνθηκαν σε υπηρεσία υγείας ενώ το είχαν ανάγκη, έναντι 15,1% το 2015. Το αντίστοιχο ποσοστό στο πιο «πλούσιο» τμήμα του πληθυσμού μειώθηκε από το 6,7% στο 2%.

Για «ταξική μεροληψία εις βάρος των φτωχών» κάνει λόγο ο ομότιμος καθηγητής Οικονομικών της Υγείας Γιάννης Κυριόπουλος. Όπως σημειώνει στην «Κ», «η υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων “δεν μπορεί να δουλέψει”. Ναι μεν έχει θε-

Η Υγεία σε αριθμούς

Ποσοστό ατόμων με ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις και θεραπείες οι οποίες δεν ικανοποιήθηκαν (%)



Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση (έτη)

Έτος	Ανδρες	Γυναίκες	ΣΥΝΟΛΟ
2009	77,5	83,3	80,4
2010	78,0	83,3	80,7
2011	78,0	83,6	80,8
2012	78,0	83,4	80,7
2013	78,7	84,0	81,4
2014	78,8	84,1	81,5
2015	78,5	83,7	81,1

ΠΗΓΗ: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Eurostat, ΟΟΣΑ

Γιατί, αν και έχει θεσμοθετηθεί, «δεν μπορεί να δουλέψει» η υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων.

σοθετηθεί, αλλά η πραγματικότητα είναι ότι οι παραπληρωμές είναι εκ των ων ουκ άνευ προϋπόθεση για να έχει κάποιος πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ακόμα και εάν είναι ασφαλισμένος. Μπορεί μέσα στην κρίση, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών να έχουν μειωθεί ως ποσό, ωστόσο έχουν αυξηθεί σε εύρος. Δηλαδή πληρώνουν λιγότερα, αλλά σε περισσότερα σημεία του συστήματος υγείας. Αυτό απειλεί το 20% του πληθυσμού που είναι πιο ευάλωτο λόγω φτώχειας».

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα στα τρία ευρώ που δαπανώνται στη χώρα μας για την αγορά φροντίδας υγείας προέρχεται απευθείας από τα νοικοκυριά, τα οποία το 2016

Ποσοστό πληθυσμού με χρόνια προβλήματα υγείας (%)

2009	22%
2010	22,6%
2011	23,2%
2012	23,7%
2013	23,7%
2014	23,9%
2015	24%
2016	24%

Ποσοστό δαπανών υγείας που επενδύονται σε δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας στα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ (2015, %)

Καναδάς	6,2%
Ηνωμένο Βασίλειο	5,2%
Ιταλία	4,1%
...	...
μέσος όρος ΟΟΣΑ	2,8%
...	...
Πορτογαλία	1,8%
Βέλγιο	1,7%
Ελλάδα (τελευταία θέση)	1,3%

Τελευταίοι σε δαπάνες για πρόληψη

Ουραγός στις δαπάνες για δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας είναι η χώρα μας. Σύμφωνα με σχετικό έγγραφο εργασίας που δημοσιοποίησε ο ΟΟΣΑ, η Ελλάδα είναι η χώρα που επένδυσε μόλις το 1,3% των δαπανών υγείας σε δράσεις πρόληψης (30 δολάρια ετησίως κατά κεφαλήν δαπάνη), ποσοστό που είναι το χαμηλότερο μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ. Εξίσου χαμηλά –κάτω από το 2%– βρίσκονται το Βέλγιο και η Πορτογαλία, ενώ στον αντίποδα είναι ο Καναδάς (6,2%), –όπου η ετήσια κατά κεφαλήν δαπάνη για την πρόληψη αγγίζει τα 300 δολάρια–, το Ηνωμένο Βασίλειο (5,2%) και η Ιταλία (4,1%). Κατά μέσον όρο, οι χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ επενδύουν το 2,8% των δαπανών υγείας (130 δολάρια ετήσια κατά κεφαλήν δαπάνη) για δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας –εκ των οποίων η πλειονότητα αφορά σε προγράμματα παρακολούθησης της κατάστασης της υγείας, όπως τσεκ απ και οδοντιατρικές εξετάσεις– ποσοστό πολύ χαμηλό με δεδομένο ότι οι δράσεις αυτές μπορούν να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού με σχετικά χαμηλό κόστος. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα από το μικρό ποσό που δαπανάται για δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας, περίπου το 40% κατευθύνεται για τη διενέργεια επιδημιολογικών μελετών...

πλήρωσαν από το υστέρημά τους για υπηρεσίες υγείας 5,057 δισ. ευρώ. Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Υγείας, πέρυσι από τους 2.162.000 ανασφάλιστους στη χώρα μας, οι 840.000 έκαναν δω-

ρεάν χρήση υπηρεσιών του δημόσιου συστήματος υγείας. Συνταγογραφήθηκαν σε ανασφάλιστους φάρμακα αξίας 165 εκατ. ευρώ και εργαστηριακές εξετάσεις αξίας 56 εκατ. ευρώ, ενώ τους παρασχεθή-

Βρεφική θνησιμότητα (τοίς χιλίοις)



Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ

μείο το 2008 με 2,70 τοίς χιλίοις. Πάνω από 4 τοίς χιλίοις καταγράφηκε μόνο τα έτη 2015 και 2016. Το 2015 για πρώτη φορά καταγράφεται σαφής μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση στη χώρα μας, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Το 2015, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, μειώθηκε σε σχέση με το 2014 το προσδόκιμο επιβίωσης από τα 78,8 έτη στα 78,5 έτη στους άνδρες και από τα 84,1 έτη στα 83,7 έτη στις γυναίκες, ενώ στο σύνολο του πληθυσμού μειώθηκε από 81,5 έτη σε 81,1 έτη.

Το προσδόκιμο επιβίωσης

«Πίσω από την αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας, συνήθως κρύβεται μείωση των επισκέψεων των εγκύων σε γυναικολόγο πριν από τον τοκετό. Και ενώ έως πρόσφατα είχαμε μια επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης, τώρα και μάλιστα εν καιρώ ειρήνης, βλέπουμε υποχώρηση αυτού του δείκτη», σημειώνει ο κ. Κυριόπουλος.

Σκοιιάζοντας συνολικά την επιδείνωση των δεικτών υγείας του ελληνικού πληθυσμού, ο καθηγητής τονίζει πως «το ερώτημα είναι εάν πρόκειται για ΣΥΡΙΖΑ effect, δηλαδή δεν ελήφθησαν εγκαίρως μέτρα για να προλάβουν αυτή την εξέλιξη, εάν πρόκειται για τη σωρευτική επίδραση της κρίσης από το 2008 έως σήμερα, ή ο συνδυασμός και των δύο».

Και συνεχίζει, «ο ελληνικός πληθυσμός βρίσκεται πάνω στη βόμβα της παχυσαρκίας, της έλλειψης φυσικής άσκησης και του καπνίσματος, τα οποία ευθύνονται για το 75-80% της νοσηρότητας. Σε αυτούς τους παράγοντες έχουν προστεθεί εν μέσω κρίσης και το στρες, η ανεργία, τα χρέη και ο δανεισμός και τα οποία αποδεδειγμένα προκαλούν επιβράδυνση σε καρδιαγγειακά και άλλα χρόνια νοσήματα. Επειδή οι οικονομικοί πόροι είναι περιορισμένοι, η μόνη αντίδραση σε αυτήν την κατάσταση μπορεί να είναι η εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας και μια σωστά οργανωμένα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς για να διαχειριστούν τις σύγχρονες απειλές. Με λίγα λόγια, χρειάζεται μια ισορροπία ανάμεσα στο cure (θεραπεία) και στο care (φροντίδα) με λίγο περισσότερη έμφαση στο δεύτερο. Και σήμερα ο γιατρός δεν έχει εκπαιδευθεί στην παροχή φροντίδας αλλά σε μια πιο τεχνολογική προσέγγιση της ασθένειας».

Επιδείνωση εμφανίζουν και οι δείκτες υγείας για τη βρεφική θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης.

καν ιατρικές υπηρεσίες αξίας 185 εκατ. ευρώ.

Μικρή μεν αλλά σταθερή αύξηση καταγράφεται στα χρόνια της κρίσης στο ποσοστό των ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας. Το 2016, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 24%, έναντι 23,2% το 2011 και 22,1% το 2008. Πιο ανησυχητική είναι, ωστόσο, η εξέλιξη της βρεφικής θνησιμότητας, η οποία, όπως σημειώνει ο κ. Κυριόπουλος, αποτελεί έναν δείκτη κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας. Από το 2012 καταγράφεται συνεχής αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας από 2,90 τοίς χιλίοις στο 4,20 τοίς χιλίοις. Την τελευταία δεκαετία, η βρεφική θνησιμότητα ήταν στο χαμηλότερο ση-



Τον μητρικό θηλασμό επιλέγουν περισσότερες Ελληνίδες

Και τα καλά νέα: Επιστροφή στις πιο φυσικές και υγιεινές πρακτικές για πολλές νέες Ελληνίδες μητέρες που επιλέγουν τον μητρικό θηλασμό για τα βρέφη τους. Την τελευταία δεκαετία καταγράφεται σημαντική αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού κατά τους πρώτους μήνες της ζωής των βρεφών. Επτά στις δέκα γυναίκες ξεκινούν να χορηγούν αποκλειστικά μητρικό γάλα στο νεογέννητο, όταν πριν από μία δεκαετία η αναλογία αυτή ήταν τέσσερις στις δέκα γυναίκες.

Ωστόσο, οι καλύτερες σε σχέση με το παρελθόν επιδόσεις σε αυτόν τον τομέα δεν διαρκούν: κατά τον πέμπτο μήνα ζωής του βρέφους μόνο το 20% των παιδιών τρέφεται αποκλειστικά μέσω μητρικού θηλασμού, ενώ στο τέλος του έκτου μήνα το σχετικό ποσοστό είναι χαμηλότερο του 1%, όταν ο στόχος που έχει θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι το ποσοστό αυτό να φτάσει το 2025 στο 50%. «Τρικλοποδιά» στην προσπάθεια για αύξηση του μητρικού θηλασμού και συνεπώς πιο υγιείς γενιές Ελλήνων, φαίνεται να βάζει το υψηλό ποσοστό των τοκετών που διενεργούνται με καισαρική τομή στη χώρα μας και το κάπνισμα των μητέρων. Στα θετικά, όλο και περισσότερα νοσοκομεία-μαιευτήρια εφαρμόζουν πρακτικές προώθησης του μητρικού θηλασμού όπως τοποθέ-

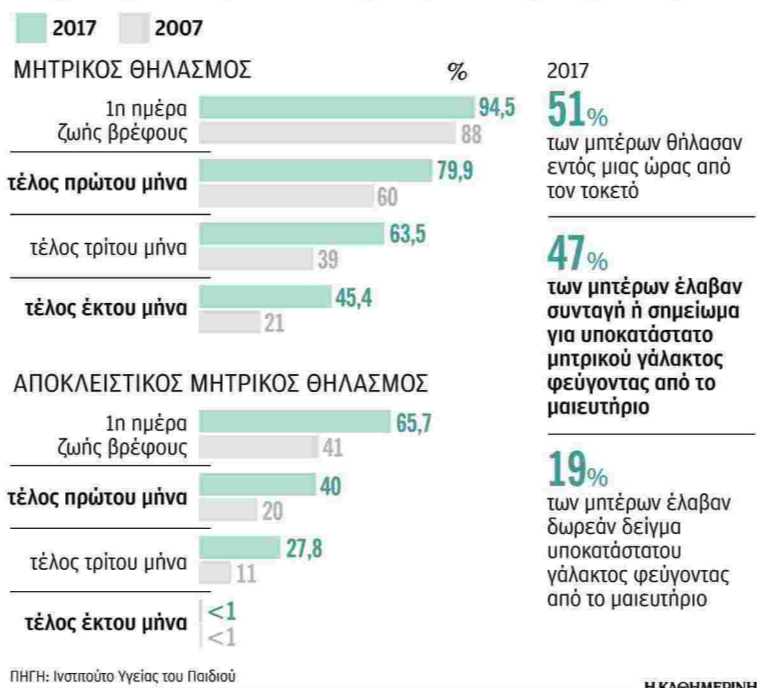
τηση του μωρού στο στήθος της μητέρας εντός μιας ώρας από τον τοκετό και μείωση της χορήγησης συνταγών υποκατάστατου μητρικού γάλακτος.

Αυτά είναι ορισμένα από τα βασικά συμπεράσματα της «Εθνικής Μελέτης εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα» που διενήργησε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού το 2017 σε δείγμα 870 βρεφών που γεννήθηκαν σε 43 δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας και η οποία παρουσιάστηκε πριν από λίγες ημέ-

«Τρικλοποδιά» στη διάρκεια του θηλασμού βάζουν το υψηλό ποσοστό τοκετών με καισαρική και το κάπνισμα των μητέρων.

ρες σε ειδική ημερίδα. Η μέση ηλικία των μητέρων του δείγματος ήταν τα 32 έτη. Σε ποσοστό 54% γεννήσαν με καισαρική τομή, ενώ το 49% των βρεφών γεννήθηκε σε δημόσια νοσοκομεία. Η μεγάλη πλειονότητα είναι Ελληνίδες (86%) και ακολουθούν με ποσοστό 7% οι Αλβανίδες. Σύμφωνα με τη μελέτη, η συν-

Ο μητρικός θηλασμός σε αριθμούς



τριπτική πλειονότητα των βρεφών θήλασε την πρώτη ημέρα ζωής του (94%), ενώ το ποσοστό μητρικού θηλασμού παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα (63,5%) έως και τον τρίτο συμπληρωμένο μήνα ζωής του βρέφους, για να φτάσει στο 45,4% στο τέλος του έκτου μήνα. Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, δηλαδή όταν το

βρέφος λαμβάνει μόνο μητρικό γάλα, υιοθετήθηκε στο 65,7% των νεογέννητων την πρώτη ημέρα ζωής τους, με το σχετικό ποσοστό να μειώνεται στο 51% στο τέλος της πρώτης εβδομάδας ζωής και να φτάνει στο 25% στο τέλος του 4ου μήνα. Στο τέλος του 6ου μήνα το ποσοστό των βρεφών που θήλαζαν αποκλει-

στικά ήταν μικρότερο του 1%. Συγκριτικά με την αντίστοιχη μελέτη του 2007, τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού έως και τον πέμπτο μήνα ζωής του βρέφους είναι σαφώς αυξημένα: το 2007 αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ξεκίνησε το 41% των βρεφών (έναντι 66% το 2017), ενώ στον πέμπτο μήνα μόλις το 5% συνέχιζε να τρέφεται αποκλειστικά με μητρικό γάλα (έναντι 20% το 2017).

Νέες πρακτικές

Στην αύξηση του μητρικού θηλασμού ρόλο, σύμφωνα με τους ειδικούς, διαδραμάτισε η αλλαγή στάσης πολλών μαιευτηρίων τα οποία εφαρμόζουν πλέον πρακτικές που ευνοούν τον μητρικό θηλασμό. Έτσι, το 51% των μητέρων θήλασε το μωρό εντός της πρώτης ώρας μετά τον τοκετό, ενώ στο 63% του δείγματος, οι μητέρες και τα νεογέννητα έμειναν στον ίδιο θάλαμο μετά τον τοκετό (rooming in). Οι μισές λεκώνες (47%) ανέφεραν ότι έλαβαν συνταγή ή σημείωμα για κάποιο υποκατάστατο μητρικού γάλακτος και σχεδόν μία στις πέντε (19%) έλαβε δωρεάν δείγμα υποκατάστατου κατά την αποχώρηση από το μαιευτήριο. Στην αντίστοιχη μελέτη του 2007, γραπτή συνταγή δόθηκε στο 66% των μητέρων και δωρεάν δείγμα υποκατάστατου μητρικού γάλακτος χορηγήθηκε στο 36%.

Οι γυναίκες που γεννήσαν με καισαρική ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού σε σχέση με όσες γεννήσαν φυσιολογικά. Είναι ενδεικτικό ότι αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τον πρώτο μήνα έκανε το 32% των γυναικών που γεννήσαν με καισαρική έναντι 50% των γυναικών που γεννήσαν φυσιολογικά. Η αρνητική επίδραση του τοκετού με καισαρική έχει αποδοθεί στην καθυστερημένη επαφή του μωρού με τη μητέρα, τον μετεγχειρητικό πόνο και τα χαμηλότερα επίπεδα προλακτίνης της μητέρας. Αρνητικοί παράγοντες για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό είναι η προωρότητα και το χαμηλό βάρος γέννησης καθώς και η παραμονή σε μονάδα εντατικής νοσηλείας του νεογνού.

Οι μητέρες με τριτοβάθμια εκπαίδευση εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και θήλασαν για μεγαλύτερο διάστημα σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν βασική και μέση εκπαίδευση. Αρνητικός παράγοντας για τον μητρικό θηλασμό φαίνεται να είναι και το κάπνισμα. Είναι ενδεικτικό ότι στους έξι μήνες του βρέφους μόνο το 21% των καπνιστριών εξακολουθούσε να θηλάζει σε αντίθεση με το 52% των μη καπνιστριών.

PENNY ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ



ΠΛΑΣΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ
Παραπομπή για κομπίνα
στο Παιδων Πεντέλης

Σελ. 28



Παραπομπή για κομπίνα στο Παιδών Πεντέλης

Ο εγκέφαλος, μια συνταξιούχος λογοθεραπεύτρια, χορηγούσε έναντι αμοιβής πλαστά πιστοποιητικά δυσλεξίας μαζί με διοικητική υπάλληλο του νοσοκομείου

Ρεπορτάζ

Κατερίνα Κατή

● Εν συντομία

Στο σκαμνί με κατηγορίες σε βαθμό κακουργήματος θα καθίσει κύκλωμα που εξέδιδε έναντι αδράς χρηματικής αμοιβής πλαστά πιστοποιητικά δυσλεξίας. Ως εγκέφαλος φέρεται συνταξιούχος λογοθεραπεύτρια.

● Γιατί ενδιαφέρει

Κομπιναδόροι εκμεταλλεύονται τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες καθώς και τους γονείς τους.

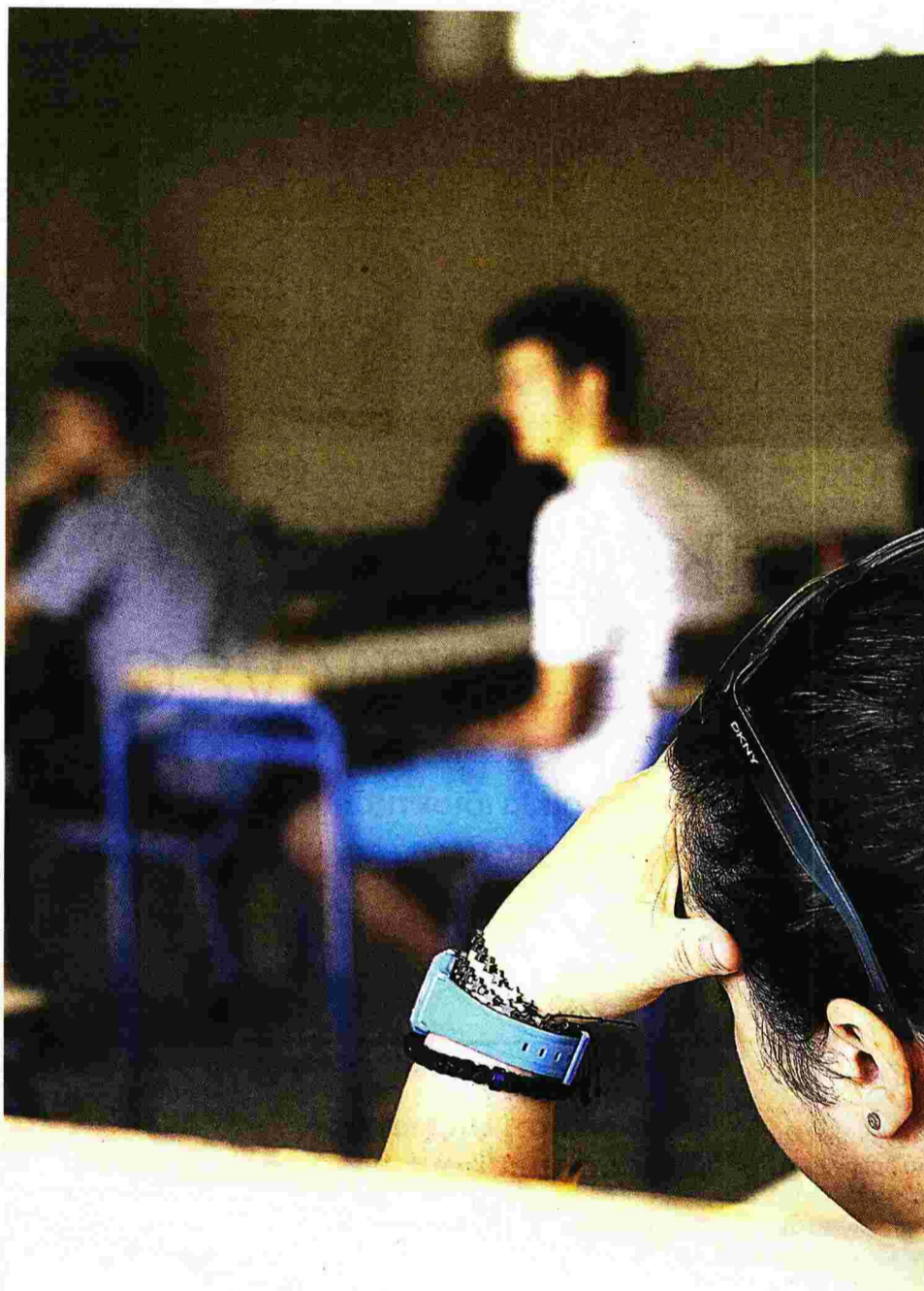
Δεκάδες γονείς παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες έπεσαν θύματα μιας καλοστημένης απάτης που παρήγε πλαστά πιστοποιητικά με στόχο να αποκτήσουν τα παιδιά τους «το διαβατήριο» για προφορική εξέταση στις πανελλαδικές εξετάσεις. Δημόσιοι υπάλληλοι με προύπηρεσία στο δημόσιο σύστημα υγείας είχαν βρει τα κενά του συστήματος και εκμεταλλεύονταν τη λαχτάρα των γονέων και των παιδιών να εισαχθούν στα ελληνικά πανεπιστήμια χωρίς να δώσουν γραπτές εξετάσεις (αλλά μόνο προφορικές λόγω δυσλεξίας).

Ουσιαστικά έναντι χρηματικής αμοιβής που κυμαινόταν από 300 έως 900 ευρώ εξέδιδαν πλαστά πιστοποιητικά, ώστε οι μαθητές να εξεταστούν από τις αρμόδιες επιτροπές του υπουργείου Παιδείας και να λάβουν τη σχετική άδεια.

Εγκέφαλος ήταν μια συνταξιούχος που υπηρετούσε ως μόνιμη υπάλληλος του κλάδου ΔΕ λογοθεραπευτών και από το 2004 είχε αποσπαστεί στο Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης (παράλληλα διατηρούσε ιδιωτικό λογοθεραπευτικό κέντρο). Στο κόλπο ήταν και εν ενεργεία υπάλληλος που υπηρετούσε ως διοικητική γραμματέας στο ίδιο νοσοκομείο. Ήταν αυτή που έβαζε τη στρογγυλή σφραγίδα του νοσοκομείου στα πλαστά πιστοποιητικά, την οποία είχε παράνομα στην κατοχή της, αλλά και τις σφραγίδες των γιατρών και των αρμόδιων διοικητικών υπαλλήλων.

Η ερώτηση του λυκειάρχη

Η πρώην λογοθεραπεύτρια είχε συνταξιοδοτηθεί από το 2006 και αμέσως μετά φέρεται να έστησε και τη «βιομηχανία» παραγωγής των πλαστών πιστοποιητικών. Αναλυτικότερα, το 2006 συνταξιοδοτήθηκε λόγω συμπλήρωσης του ορίου ηλικίας, αλλά κατόρθωσε να το αποκρύψει από την υπηρεσία στην



☒

Επί τέσσερα χρόνια χορηγούσαν πλαστά πιστοποιητικά ώστε οι μαθητές να μην εξεταστούν γραπτώς στις εξετάσεις για τα ελληνικά πανεπιστήμια αλλά μόνο προφορικά. Οι γονείς δεν γνώριζαν ότι τα πιστοποιητικά είναι πλαστά

2ας λυκείου τον Ιούνιο του 2010 και ο πατέρας διέβλεπε ότι θα είχε πρόβλημα στις γραπτές πανελλήνιες εξετάσεις του 2011. Συζήτησε το θέμα με τη λογοθεραπεύτρια, η οποία του είπε ότι θα του δώσει ένα χαρτί ώστε να εξεταστεί το παιδί από αρμόδια επιτροπή του υπουργείου Παιδείας για να αποφανθεί αν είναι δυσλεκτικό ή όχι. Ο πατέρας ανέφερε στους αστυνομικούς ότι πήρε το πλαστό πιστοποιητικό και το κατέθεσε στο λύκειο της κόρης του. Ο ίδιος είπε ότι δεν είχε πληρώσει για το πιστοποιητικό αλλά πλήρωσε μόνο τις επισκέψεις.

Η Ασφάλεια ερεύνησε όλα τα πιστοποιητικά που είχαν εκδοθεί από το Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης και εντόπισε τουλάχιστον 59 πλαστά. Για την παραλαβή των πιστοποιητικών που οι γονείς θεωρούσαν γνήσια, κάποιοι εξ αυτών έδιναν στη λογοθεραπεύτρια χρηματικά ποσά που κυμαινόταν από 300 έως 900 ευρώ, ενώ σε άλλες περιπτώσεις πλαστογραφούσε χωρίς αμοιβή γιατί τα παιδιά συνέχιζαν τη λογοθεραπεία στο κέντρο της και με αυτό τον τρόπο διατηρούσε την πελατεία της (σε κάθε συνεδρία λάμβανε 60 ευρώ). Είναι χαρακτηριστική η κατάθεση γονέα που την επισκέφτηκε στο κέντρο και αφού της επέδειξε εκθέσεις και εξετάσεις η Ρ.Μ., παρότι ήταν η πρώτη επίσκεψη, αμέσως και κυνικά τον ρώτησε: «Ηρθες εδώ για το χαρτί ή για να γίνει καλά το παιδί».

Με κέρδη άνω των 60 χιλ. ευρώ

Από τις καταθέσεις των γονέων προκύπτει ότι η κατηγορούμενη λογοθεραπεύτρια συστηνόταν στους γονείς ως γιατρός, ως παιδοψυχολόγος (παρότι είχε μόνο απολυτήριο λυκείου) που είχε την αρμοδιότητα να εκδίδει πιστοποιητικά, ως το πρόσωπο που μπορούσε να παρακάμψει την πολύ δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία της έκδοσης πιστοποιητικών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι εγκύκλιοι του υπουργείου Παιδείας, που έχουν στόχο να μην παραβιάζεται η αρχή της ισότητας και των ίσων ευκαιριών, ορίζουν ιδιαίτερα αυστηρές διαδικασίες για να απαλλαγούν τα παιδιά με δυσλεξία από τις γραπτές πανελλήνιες εξετάσεις. Ουσιαστικά η σχετική πιστοποίηση δίνεται από αρμόδιο γιατρό με την ειδικότητα του παιδονευρολόγου, από παιδοψυχολόγο και ψυχολόγο και από αρμόδια δημόσια κέντρα και υπηρεσίες τις οποίες καθορίζει το υπουργείο Παιδείας.

Οι δύο εμπλεκόμενες στη «βιομηχανία» έκδοσης των πλαστών πιστοποιητικών (φέρεται να έδρασαν από το 2007 έως και το 2011 αποκομίζοντας κέρδη άνω των 60.000 ευρώ) επιχείρησαν να εμπλέξουν τη διευθύντρια της νευρολογικής κλινικής. Μάλιστα αρχικά κατηγορήθηκε και μια ψυχολόγος που υπηρετεί στο Παιδών Πεντέλης ως υπεύθυνη του ψυχολογικού τμήματος και γι' αυτό είχε ασκηθεί ποινική δίωξη και για εγκληματική οργάνωση. Τελικά, μετά την απαλλαγή της με βούλευμα, μόνο οι δύο άλλες κατηγορούμενες παραπέμπονται σε δίκη για κακουργηματική πλαστογραφία κατ' επάγγελμα και κατά συνήθεια στο Τριμελές Εφετείο Κακουργημάτων Αθήνας.



Η Ασφάλεια εντόπισε 59 πλαστά πιστοποιητικά από το 2007 έως το 2011 που είχαν εκδοθεί από το Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης

οποία είχε αποσπαστεί συνεχίζοντας να εργάζεται παράτυπα. Ωστόσο όταν την ανακάλυψαν και αναγκάστηκε να σταματήσει ζήτησε να συνεχίσει να εργάζεται στο νοσοκομείο αμοιβή, κάτι που δεν έγινε δεκτό. Σύμφωνα με το κατηγορητήριο, το 2007 κατέστρωσε εγκληματικό σχέδιο έκδοσης πλαστών πιστοποιητικών τα οποία χορηγούσε έναντι αμοιβής σε γονείς.

Το... απόστημα έσπασε τον Οκτώβριο του 2011, όταν ο λυκειάρχης του 1ου Γενικού Λυκείου Γαλατσίου επικοινωνήσε με το Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης και ρώτησε αν ισχύει πιστοποιητικό δυσλεξίας που είχε εκδοθεί το 2010 από το παιδονευρολογικό τμήμα του νοσοκομείου και αφορούσε μαθήτριά του λυκείου του. Εκπληκτοί οι υπάλληλοι διαπίστωσαν ότι δεν υπήρχε τέτοια

καταχώρηση. Το παιδί δεν είχε εξεταστεί στην παιδονευρολογική κλινική και ο αριθμός πρωτοκόλλου που είχε γραφεί στο πιστοποιητικό αντιστοιχούσε σε έγγραφο του τμήματος αιμοδοσίας. Κατόπιν έρευνας διαπιστώθηκε ότι το πιστοποιητικό ήταν πλαστό καθώς έφερε πλαστές υπογραφές ιατρών και βέβαια πλαστές σφραγίδες τις οποίες έβαζε διοικητική υπάλληλος.

Αμέσως κινητοποιήθηκε η Ασφάλεια Αττικής και ζήτησε το κουβάρι της μηχανής παραγωγής πλαστών πιστοποιητικών. Εξετάστηκε ο πατέρας του παιδιού, ο οποίος κατέθεσε ότι παρέλαβε το έγγραφο από τη Ρ.Μ. που διατηρεί κέντρο λογοθεραπείας και στο οποίο για χρόνια πήγαινε την κόρη του (παρουσίαζε δυσκολία στο γράψιμο). Το κορίτσι ήταν μαθήτριά της



Φέρτε μου έναν γιατρό!

Το Πάσχα τελείωσε, οι γιορτές όμως με άφησαν όπως με βρήκαν... Με ίωση. Ενώ υπέφερα μέρες με βήχα και 38 πυρετό αποφάσισα να πάω στο νοσοκομείο που εφημέρευε. Είχα στο μυαλό μου εξ αρχής την εμπειρία μου από τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Το να εξεταστείς μέσα σε λίγη ώρα από την ώρα που θα πας, είναι άπιαστο όνειρο. Παρ' όλα αυτά πήγα.

Να σας πω ότι έφυγα ακριβώς όπως πήγα. Αφού πήρα ταξί για να φτάσω πιο ανώδυνα, πήρα χαρτάκι και ο αριθμός που είδα μου ανέβασε ακόμα περισσότερο τον πυρετό. Είχα το 209 ενώ ήταν ακόμα το 45! Το πιο αστειό βέβαια είναι πως μέχρι και κάποιες νοσηλεύτριες με πρό-έτρεψαν να φύγω γιατί είπαν πως θα γινόμουν χειρότερα. Να πάρω κάποια αντιπυρετικά και να πάω σε έναν ιδιωτικό γιατρό την επόμενη μέρα.

Έτσι και έκανα. Δεν κρύβω πως σκέφτηκα να ξαναπάω την επόμενη στο νοσοκομείο.

Περίμενα που περίμενα 2μισή ώρες την πρώτη φορά, σκέφτηκα πως θα ήταν κρίμα να δώσω τα χρήματα της συνεδρίας. Όμως, έφερα τελικά στο μυαλό μου τις φορές που έχω πάει σε κάποιο νοσοκομείο και τις πόσες ώρες περίμενα. Την τελευταία φορά, είχα πάει με κολικούς εντέρου και έμεινα εκεί για 11 ολόκληρες ώρες.

Βέβαια, όλοι με βοήθησαν. Ο γιατρός με έβαλε να κάνω κάθε εξέταση και εν τέλει αισθάνθηκα καλύτερα.

Για να κλείσω όμως την ιστορία μου πήγα την επόμενη σε έναν ιδιωτικό γιατρό που γνώριζα, και τώρα μετά από 3 ημέρες είμαι σχετικά καλά. Δε λέω πως το ότι πήγα στον ιδιωτικό γιατρό με βοήθησε, όμως από το νοσοκομείο ήταν σίγουρα μεγαλύτερη βοήθεια. Το θέμα με τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δεν είναι τόσο οι γιατροί, αντιθέτως θα έλεγα, αλλά το να καταφέρεις τελικά να σε δει ο γιατρός.

Καίτη από Πειραιά



ΦΡΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΑΠΟ ΥΠΟΘΕΣΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΡΙΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Κακοποίηση παιδιών με αναπηρία σε ίδρυμα

**ΒΟΛΕΣ ΕΙΣΑΓΓΕΛΕΑ
ΓΙΑ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ**



Καταδίκες σε τρεις υπαλλήλους

Φρίκη προκαλούν οι αποκαλύψεις για κακοποίηση παιδιών με αναπηρία σε ίδρυμα στη Θεσσαλονίκη. Η υπόθεση είχε αποκαλυφθεί αρχικά τον Αύγουστο του 2014, με το Τριμελές Πλημμελειοδικείο Θεσσαλονίκης να καταδικάζει τρεις υπαλλήλους, τον έναν με συνολική ποινή φυλάκισης τεσσάρων ετών και τους άλλους δύο με ένα χρόνο. Στην ομιλία της η εισαγγελέας ήταν καταπέλτης για το ίδρυμα, λέγοντας πως «προκαλεί αλγεινή εντύπωση η όλη λειτουργία του ιδρύματος». ΣΕΛ 3

Κακοποίηση παιδιών με αναπηρία στη Θεσσαλονίκη

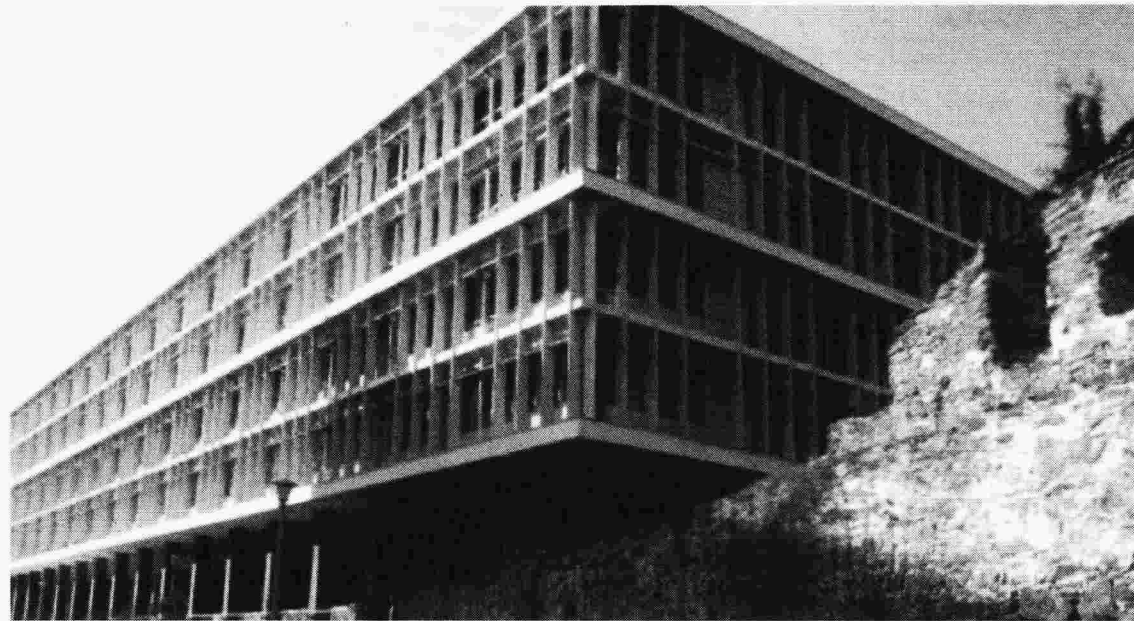
Τι είπαν οι κατηγορούμενοι στο Τριμελές Πλημμελειοδικείο Θεσσαλονίκης

Υπόθεση κακοποίησης τριών τροφίμων σε ίδρυμα αποθεραπείας και αποκατάστασης παιδιών με αναπηρία που αποκαλύφθηκε τον Αύγουστο του 2014, εκδίκασε το Τριμελές Πλημμελειοδικείο Θεσσαλονίκης, το οποίο έκρινε ένοχους τρεις υπαλλήλους του ιδρύματος, ενώ αθώωσε μία συνάδελφό τους. Πρόκειται, σύμφωνα με το κατηγορητήριο, για το παράρτημα του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία «Άγιος Δημήτριος» που βρίσκεται στην περιοχή της Πυλαίας Θεσσαλονίκης.

Το δικαστήριο τιμώρησε με συνολική ποινή φυλάκισης τεσσάρων ετών έναν υπάλληλο εκείνης της περιόδου, ο οποίος κρίθηκε ένοχος με τον νόμο περί ενδοοικογενειακής βίας για την κακοποίηση των τριών τροφίμων με νοητική υστέρηση. Για παράβαση καθήκοντος καταδικάστηκαν σε ποινή φυλάκισης ενός έτους, η καθεμία, η τότε αναλήπτρια προϊσταμένη περίθαλψης και μία νοσοκόμα, ενώ στο εδάλιο του ίδιου δικαστηρίου κάθισε και δεύτερη νοσοκόμα, η οποία κρίθηκε αθώα.

Όπως αναφέρει το κατηγορητήριο για τον βασικό κατηγορούμενο «με την ιδιότητα του θαλαμηπόλου χτύπησε βιαιώς με άγνωστο αντικείμενο τρεις περιθάλπόμενους του Κέντρου» που λόγω «της πνευματικής αναπηρίας τους ετύγχαναν ανίκανοι να αντισταθούν» ενώ «δία αλλεπάλληλων χτυπημάτων προκάλεσε (σ.σ. στα θύματα) πολλαπλές εκχυμώσεις και μελανιές στην περιοχή των μηρών».

Ο συγκεκριμένος κατηγορούμενος δικάστηκε δια πληρεξουσίου δικηγό-



ρου, ενώ, όπως έγινε γνωστό, ο ίδιος εμπλέκεται και σε άλλη υπόθεσης κακοποίησης τροφίμων του ίδιου ιδρύματος που εκκρεμεί στα ποινικά δικαστήρια, αλλά για την οποία έχει τιμωρηθεί πειθαρχικά με την ποινή της απόλυσης από την υπηρεσία.

Σε ό,τι αφορά τις τρεις συγκατηγορούμενές του, το κατηγορητήριο καταλόγιζε σ' αυτές ότι δεν ενημέρωσαν άμεσα και έγκαιρα τους προϊσταμένους του Κέντρου για τις σωματικές βλάβες που υπέστησαν οι τρόφιμοι. Οι ίδιες αρνήθηκαν την κατηγορία, τονίζοντας ότι δεν αντιλήφθηκαν τις κακώσεις.

Το Πλημμελειοδικείο ανέστειλε (επί τριετία) τις επιβληθείσες ποινές, ενώ όσοι καταδικάστηκαν άσκησαν έφεση κατά της απόφασης. Το ίδιο δικαστήριο

έδωσε εντολή να ενημερωθεί η Εισαγγελία Πρωτοδικών Θεσσαλονίκης, δια των πρακτικών της δίκης, προκειμένου να διερευνηθούν τυχόν ποινικές ευθύνες εις βάρος του γιατρού του ιδρύματος καθώς και μίας ακόμη νοσηλεύτριας. Καταθέτοντας ως μάρτυρας στη δίκη ο συγκεκριμένος γιατρός ανέφερε πως όταν έγιναν αντιληπτά τα τραύματα «θεωρήσαμε ότι οφείλονται σε αψιμαχίες μεταξύ των τροφίμων» κάτι, που -σύμφωνα με τον ίδιο- «είναι σύνθηες», καθώς, στον θάλαμό τους τα παιδιά «είναι αρκετά ζωνηρά και επιθετικά».

Κατά την εξέτασή του, η προεδρεύουσα του δικαστηρίου χαρακτήρισε «φρικτό» το γεγονός της κακοποίησης των τροφίμων κι όταν ο γιατρός είπε ότι λόγω της υστέρησής τους δεν

μπόρεσαν οι ίδιοι να αποκαλύψουν τι τους είχε συμβεί, η πρόεδρος του απάντησε: «εάν μπορούσαν να μιλήσουν ξέρετε που θα ήσασταν τώρα;».

Εκτός από την επίδικη απόφαση και το δεύτερο περιστατικό κακοποίησης που ήδη έχει πάρει τον δρόμο του ακροατηρίου, στη διάρκεια της δίκης αποκαλύφθηκε ότι εργαζόμενη του ιδρύματος καταδικάστηκε από Κακουργιοδικείο της Περιφέρειας για υπόθεση ασέλγειας εις βάρος τροφίμου του ίδιου Κέντρου. Είναι χαρακτηριστικό ότι η εισαγγελέας της έδρας στην αγόρευσή της, αξιολογώντας τα αποδεικτικά στοιχεία της δικογραφίας και τις μαρτυρικές καταθέσεις, σχολίασε ότι «προκαλεί αλγεινή εντύπωση η όλη λειτουργία του ιδρύματος».

Ρομποτική θυρεοειδεκτομή από... την μασχάλη στη Θεσσαλονίκη

Παρουσιάστηκε η καινούργια τεχνική στο 7ο Επιστημονικό - Συνέδριο του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΑΠΘ

Οι ρομποτικές θυρεοειδεκτομές κερδίζουν ολοένα και περισσότερο έδαφος έναντι της κλασικής ανοιχτής τεχνικής, καθώς, αφενός αποφεύγονται οι εμφανείς ουλές στον τράχηλο και αφετέρου γίνονται με μεγαλύτερη ακρίβεια οι χειρουργικοί χειρισμοί. Από αυτές μια καινούργια τεχνική ρομποτικής θυρεοειδεκτομής, με προσπέλαση από τη μασχάλη, παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα σε μεγάλες σειρές ασθενών και συγ-



Επιμέλεια
**ΓΙΩΡΓΟΣ
ΚΑΛΛΙΝΗΣ**

κριτικές μελέτες και είναι η πλέον δοκιμασμένη και ελεγχόμενη διεθνώς.

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε θυρεοειδεκτομή με αυτή την τεχνική έχει μικρότερη μετεγχειρητική δυσφορία, δυσαισθησία και δυσκαταποσία, λιγότερες επιπλοκές φώνησης και διαταραχών στο μεταβολισμό του ασβεστίου, αλλά και καλύτερη ψυχολογία, εξαιτίας της αποφυγής της τομής στον τράχηλο. Τα παραπάνω ανέφερε, μιλώντας στο ΑΠΕ - ΜΠΕ, ο επίκουρος καθηγητής Χειρουργικής στο ΑΠΘ, Κυριάκος Ψαρράς, με αφορμή ανακοίνωσή του, με θέμα: «Ρομποτική «δια της μασχάλης» θυρεοειδεκτομή», στο 7ο Επιστημονικό Συνέδριο του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΑΠΘ πραγματοποιήθηκε στις 13-14 Απριλίου, στο Κέντρο Διάδοσης Ερευνητικών Αποτελεσμάτων στη Θεσσαλονίκη.



«Σε μια προσπάθεια αποφυγής εμφανούς τομής στον τράχηλο, αλλά και ακρίβειας χειρουργικών χειρισμών κατά την παρασκευή των ευαίσθητων ιστών και δομών του τραχήλου οι ρομποτικές θυρεοειδεκτομές ολοένα και περισσότερο κερδίζουν έδαφος έναντι της κλασικής ανοιχτής θυρεοειδεκτομής. Υπάρχουν διαφορετικές τεχνικές προσπέλασης, η μία είναι δια της μασχάλης, μια δια της στοματικής κοιλότητας, μια δια του μαστού, μία είναι συνδυασμός μασχάλης και θηλής του μαστού και μία είναι η οπισθοωτιαία, δηλαδή η προσπέλαση που γίνεται πίσω από το αυτί. Τελευταία η προσπέλαση δια της στατικής κοιλότητας κερδίζει έδαφος παράλληλα με την διαμασχαλιαία μέθοδο. Όμως απ' ότι φαίνεται από τη βιβλιογραφία, η προσπέλαση δια της μασχάλης έχει επί του παρόντος πιο πολύ ουσιαστική αξία», επισημαίνει ο κ. Ψαρράς, ο οποίος εκπαιδεύτηκε επί ένα εξάμηνο στη ρομποτική διαμασχαλιαία θυρεοειδεκτομή στο Κέντρο Ενδοκρινικής Χειρουργικής

του Πανεπιστημίου της Πίζας. Η ρομποτική διαμασχαλιαία θυρεοειδεκτομή ξεκίνησε από το Πανεπιστήμιο Yonsei της Νότιας Κορέας και εφαρμόζεται πλέον διεθνώς σε μεγάλα κέντρα της Ασίας και της Ευρώπης κυρίως, και κατά δεύτερο λόγο της Αμερικής, ενώ στην Ελλάδα εφαρμόζεται μόνο σε ιδιωτικά κέντρα τα οποία διαθέτουν συστήματα ρομποτικής χειρουργικής.

«Κατά την εφαρμογή αυτής της τεχνικής γίνεται μία τομή 5-6 εκατοστών στο πρόσθιο χείλος της μασχάλης, η οποία δεν είναι εμφανής. Από την τομή αυτή γίνεται προσπάθεια προσπέλασης του θυρεοειδή με ένα κανάλι που ανοίγεται, με τη βοήθεια ενός ειδικού οργάνου (διαστολέα), κάτω από το δέρμα και ανάμεσα από τους μύες του τραχήλου. Από αυτό το κανάλι τοποθετούνται οι βραχίονες του ρομποτή και η επέμβαση γίνεται από τον χειρουργό, ο οποίος βλέπει το χειρουργικό πεδίο τριαδιάστατα σε μία κονσόλα. Τα λαρυγγικά νεύρα, που είναι υπεύθυνα για τη φώνηση, οι μικροσκοπικοί παραθυρεοειδείς αδένες, που βρίσκονται πίσω από το θυρεοειδή και ρυθμίζουν το μεταβολισμό του ασβεστίου, καθώς και τα αγγεία του αδένα αναγνωρίζονται και διαφυλάσσονται ευκολότερα, ενώ είναι δυνατόν να γίνει λεμφαδενικός καθαρισμός του κεντρικού και πλαγίου διαμερίσματος

του τραχήλου σε περίπτωση καρκίνου του θυρεοειδούς», εξηγεί ο κ. Ψαρράς.

Προϋπόθεση για τη διενέργεια ρομποτικής διαμασχαλιαίας θυρεοειδεκτομής είναι η φυσιολογική σωματική διάπλαση, δηλαδή μία φυσιολογική απόσταση μασχάλης - τραχήλου όπως συμβαίνει σε λεπτούς έως κανονικού βάρους ανθρώπους, αλλά όχι σε υπέρβαρους και σωματώδεις ασθενείς, καθώς επίσης και το μέγεθος των λοβών του αδένα, που στην ιδανική περίπτωση δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 5 εκατοστά. Ωστόσο, η τεχνική συνεχώς εξελίσσεται και έχει εφαρμοστεί με επιτυχία ακόμη και σε ασθενείς με νόσο του Graves, όπου ο αδένας παίρνει συχνά μεγαλύτερες διαστάσεις.

«Αν εξαιρέσει κανείς το κόστος, τα οφέλη είναι πολλαπλά, τόσο όσον αφορά την άνεση του χειρουργού λόγω μεγέθυνσης εικόνας και ακρίβειας χειρισμών, αλλά και του ασθενούς άμεσα μετεγχειρητικά, διότι αποφεύγεται το μεγάλο στρες στον τράχηλο και στον αυχένα, με αποτέλεσμα μικρότερη μετεγχειρητική δυσφορία, δυσαισθησίες και δυσκαταποσία, λιγότερες επιπλοκές φώνησης και διαταραχών ασβεστίου, αλλά και λόγω καλύτερης ψυχολογίας του ασθενούς, εξαιτίας της αποφυγής της τομής στον τράχηλο», προσθέτει ο κ. Ψαρράς.