

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management

**« Αλγόριθμος διαχείρισης πιθανών κρουσμάτων Covid-19 σε επίπεδο
διαλογής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας
αντιμετώπισης. »**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ζαχαρόπουλος Χαρίλαος
A.M: 19077

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Τσάκνη Γεωργία

ΑΘΗΝΑ 2021

**« Αλγόριθμος διαχείρισης πιθανών κρουσμάτων Covid-19 σε επίπεδο
διαλογής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας
αντιμετώπισης. »**

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

| | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|-----------------|
| Επιβλέπουσα Καθηγήτρια | Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό | Δρ. ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΣΑΚΝΗ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|-----------------|

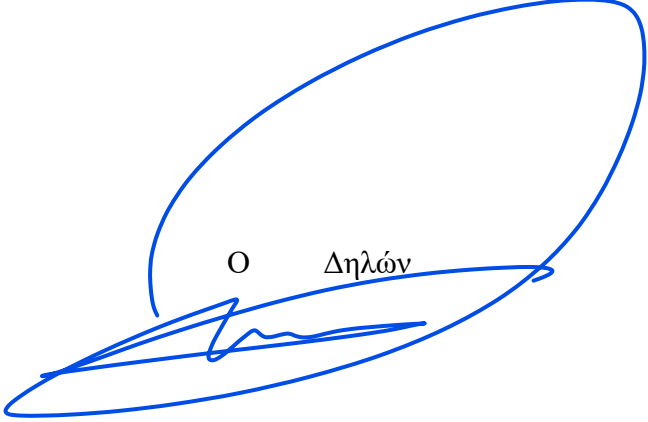
| | | | |
|--------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Μέλος | Αναπληρώτρια Καθηγήτρια | Δρ. ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|--------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------|

| | | | |
|--------------|--|---------------------------------|-----------------|
| Μέλος | Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό | Δρ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΙΕΛΛΑΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|--------------|--|---------------------------------|-----------------|

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Χαρίλαος Ζαχαρόπουλος του Κωνσταντίνου με αριθμό μητρώου 19077 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου». Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/10/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών



Ζαχαρόπουλος Χαρίλαος

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας είναι να αναπτύξει την στρατηγική και τον τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας COVID 19, την προσαρμογή του υγειονομικού συστήματος στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και την ικανότητα παρακολούθησης και συντονισμού σε εθνικό επίπεδο.

Καθώς η Ελλάδα ήταν μια από τις μεταγενέστερες χώρες της Ευρώπης που επλήγη από τον ιό COVID-19, με την πρώτη της υπόθεση ασθενούς να αναφέρεται στα τέλη Φεβρουαρίου, η χώρα είχε χρόνο να προετοιμαστεί ενάντια στην εξάπλωση του ιού. Με την έναρξη της τρέχουσας επιδημίας του ιού, το ελληνικό σύστημα υγείας είχε περιορισμένη ικανότητα για νοσηλεία ασθενών με εξαιρετικά μολυσματικές ασθένειες, όπως η συγκεκριμένη, ειδικά σε απομόνωση θαλάμους αρνητικής πίεσης ή μονές αίθουσες, μερικές από τις οποίες είχαν ήδη καταληφθεί από υπάρχουσες περιπτώσεις που απαιτούν απομόνωση (όπως ασθένειες μηνιγγίτιδας, ανοσοκαταστολής, μεταμοσχεύσεις κ.λπ.).

Από τα ανωτέρω συμπεραίνουμε πως η πανδημία COVID-19 έφερε στο φως τις μακροχρόνιες ελλείψεις και κενά του υποχρηματοδοτούμενου συστήματος δημόσιας υγείας της Ελλάδας, λόγω της θεμελιώδους ανισορροπίας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών συμφερόντων. Το Lockdown υπήρξε ένα επιτυχημένο μέτρο δημόσιας υγείας, αλλά με τη σταδιακή επανέναρξη της ελεύθερης κυκλοφορίας και της δραστηριότητας, θα πρέπει να καταβληθεί κάθε προσπάθεια για τη διατήρηση και την ενίσχυση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης με την ενίσχυση της κοινοτικής περίθαλψης και την καθιέρωση της ικανότητας χρήσης του «αποθεματικού στρατού» της υγείας επαγγελματίες σε επίπεδο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Abstract

The aim of the work is to develop the strategy and the way of dealing with the COVID 19 pandemic, the adaptation of the health system to the constantly changing conditions and the ability to monitor and coordinate at national level.

At the literature review level, it is noted that the COVID-19 virus epidemic has affected all sections of the population since January 2020 and is particularly harmful to members of these social groups in the most vulnerable situations, where even today, it continues to affects populations, including people living in poverty, people with disabilities and people with financial problems.

As Greece was one of the last countries in Europe to be infected with the COVID-19 virus, with its first patient case reported in late February, the country had time to prepare against the spread of the virus. With the onset of the current virus epidemic, the Greek health system had limited capacity to treat patients with highly infectious diseases, such as in isolation, especially in negative pressure wards or single rooms, some of which had already been occupied by existing cases requiring isolation (such as meningitis, immunosuppression, transplants, etc.).

From the above we conclude that the COVID-19 pandemic brought to light the long-term shortcomings and gaps of the underfunded public health system of Greece, due to the fundamental imbalance between public and private interests.

Lockdown has been a successful public health measure, but with the gradual resumption of free movement and activity, every effort should be made to maintain and strengthen the healthcare system by strengthening Community care and establishing its usability. "Reserve army" of health professionals at primary and secondary care level.

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| Περίληψη | 4 |
| Εισαγωγή | 8 |
| - Προσδιορισμός του Προβλήματος..... | 8 |
| 1.1 Εισαγωγή..... | 10 |
| 1.2 Ιστορική Αναδρομή στις Πανδημίες..... | 10 |
| 1.4 Μαύρος Θάνατος (1348)..... | 12 |
| 1.5 Η Φοινική Ευλογία (15ος – 17ος αιώνας) | 13 |
| 1.6 Χολέρα (1817 - 1823)..... | 13 |
| 1.7 Η Γρίπη του Χονγκ Κονγκ (1968)..... | 14 |
| 1.8 HIV/AIDS (1981-σήμερα)..... | 16 |
| 1.9 SARS (2002-2003) | 17 |
| 1.10 Η Γρίπη των Χοίρων ή H1N1 (2009 - 2010) | 18 |
| 2. Κεφάλαιο Δεύτερο – Κορονοϊός - Covid-19 | 21 |
| 2.1 Εισαγωγή..... | 21 |
| 2.2 Κορονοϊός (SARS-coV-2) | 21 |
| 2.3 Επιδημιολογία | 23 |
| 2.4 Μετάδοση..... | 26 |
| 2.5 Διάγνωση..... | 30 |
| 2.6 Ίαση | 31 |
| 3.1 Εισαγωγή..... | 34 |
| 3.2 Σκοπός και Στόχοι Χωρών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας..... | 34 |
| 3.3 Αρμοδιότητες και Ανθρώπινοι Πόροι..... | 40 |
| 3.4 Η Ανταπόκριση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων στην Παροχή Υπηρεσιών Φροντίδας σε Ασθενείς με τον ιό covid-19 Καθώς και Σχετικές Ελλείψεις σε Νοσοκομειακές Κλίνες και ΜΕΘ..... | 43 |
| 3.5 Μέτρα Πρόληψης και Ελέγχου Μετάδοσης του Ιού σε Υγειονομικούς και Μη Χώρους | 47 |
| 3.6 Η Ανταπόκριση της Ελληνικής Κυβέρνησης στην Εμφάνιση της Πανδημίας στη 1 ^η Φάση Προστασίας του Πληθυσμού..... | 54 |
| 3.6.1 Η Εξάπλωση του Ιού COVID-19 και Μέτρα Απαγόρευσης στη Χώρα με Σκοπό την Προστασία του Πληθυσμού..... | 55 |
| 3.6.2 Κινήσεις από Μέρους της Ελληνικής Κυβέρνησης για την Αντιμετώπιση της Πανδημίας COVID-19 και την Ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Πρώτη και Δεύτερη Φάση της Πανδημίας..... | 57 |
| 4. Κεφάλαιο Τέταρτο – Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα 60 | |
| 4.1 Εισαγωγή..... | 60 |
| 4.2 Διαχείριση Ατόμων στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ως προς τον Ιό Covid-19 | 61 |
| 4.3 Ενδονοσοκομειακή Διαχείριση Ασθενών στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας και ως προς τον Ιό Covid-19 και Ειδικότερα σε ΜΕΘ..... | 63 |
| 5. Κεφάλαιο Πέμπτο – Στατιστικά Στοιχεία για τον Ιό Covid-19 (SARS-coV-2) .. | 66 |
| 5.1 Εισαγωγή..... | 66 |
| 5.2 Στατιστικά Στοιχεία Διεθνώς | 66 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.2.1 | Κρούσματα | 66 |
| 5.2.2 | Θάνατοι | 66 |
| 5.2.3 | Ίαση..... | 66 |
| 5.3 | Στατιστικά Στοιχεία στην Ελλάδα..... | 67 |
| 5.3.1 | Κρούσματα, Θάνατοι και Ίαση..... | 67 |
| 6. | Κεφάλαιο Έκτο – Ηθικά Διλήμματα | 68 |
| 7. | Κεφάλαιο Έβδομο – Ερευνητικό Μέρος Εργασίας | 69 |
| 7.1 | Εισαγωγή..... | 69 |
| 7.2 | Στοιχεία Διεξαγωγής της Έρευνας | 69 |
| 7.2 | Συσχετίσεις με χ^2 | 89 |
| 8. | Κεφάλαιο Όγδοο – Συμπεράσματα - Προτάσεις | 95 |

Εισαγωγή

- Προσδιορισμός του Προβλήματος

Η επιδημία του ιού COVID-19, έχει επηρεάσει από τον Ιανουάριο του 2020, όλα τα τμήματα του πληθυσμού (Congrex Team, 2020). Θα πρέπει να σημειωθεί πως τα άτομα μεγάλης ηλικίας δεν έρχονται αντιμέτωποι με τους μεγάλους κινδύνους της υγείας, αλλά δυστυχώς έρχονται αντιμέτωποι και με το γεγονός πως θα πρέπει να υποστηρίξουν τις όσες δυνάμεις έχουν με τον δικό τους τρόπο, ιδιαίτερα στη δύσκολη εποχή κορονοϊού (Congrex Team, 2020). Ωστόσο αν και η κοινωνική αποστασιοποίηση θεωρείται ως αναγκαία για την μείωση της διασποράς του ιού, αν δεν εφαρμοστεί με ορθό τρόπο, θα οδηγήσει μια αυξημένη αποστασιοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων, σε μια περίοδο που θα χρειαστούν μεγαλύτερο ποσοστό υποστήριξης και αγάπης.

- Σκοπός, Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της εργασίας είναι να αναπτύξει την στρατηγική και τον τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας COVID 19, την προσαρμογή του υγειονομικού συστήματος στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και την ικανότητα παρακολούθησης και συντονισμού σε εθνικό επίπεδο. Σχετικά με τις ερευνητικές ερωτήσεις, αυτές εστιάζουν στις κάτωθι:

- ✓ Ποιος είναι ο τρόπος αντιμετώπισης της πανδημίας Covid-19 στις υπηρεσίες υγείας;
- ✓ Πώς αντιμετωπίζει ένα ιδιωτικό νοσοκομείο την πανδημία, αναφορικά με το πρωτόκολλο αντιμετώπισης και τα μέτρα πρόληψης;
- ✓ Ποιες είναι οι διαφορές στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα όσον αναφορά την πανδημία;

- Αναγκαιότητα και Σημαντικότητα της Έρευνας

Ως απόρροια των παραπάνω, θα λέγαμε πως η εν λόγω εργασία είναι ιδιαίτερος σημαντική, αφού θα προσφέρει άκρως ενδιαφέροντα στοιχεία για την ανάπτυξη της στρατηγικής και τον τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας του ιού Covid-19, την

προσαρμογή του υγειονομικού συστήματος στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και την ικανότητα παρακολούθησης και συντονισμού σε εθνικό επίπεδο καθώς και ποιες οι ελλείψεις που αναφέρονται στις μέρες μας.

1. Κεφάλαιο Πρώτο – Ιστορική Αναδρομή Πανδημιών

1.1 Εισαγωγή

Η λέξη της πανδημίας, προκύπτει από τις λέξεις παν που σημαίνει όλος και δήμος που αναφέρεται ως πληθυσμός και ουσιαστικά οριοθετείται ως μια επιδημία λοιμωδών ασθενειών η οποία εξαπλώνεται με ιδιαίτερα ταχύς ρυθμούς σε μια ευρύτερη περιοχή που κατοικούν άνθρωποι σε μια παγκόσμια κλίμακα και προσδιορίζει μια απειλή στο σύνολο των κατοίκων της γης. Στην ιστορία της ανθρωπότητας, έχουν αναφερθεί πανδημίες ως ακολούθως (Λουκάς και συν., 2016):

- ✓ Ο Λοιμός της Αθήνας το 430 π.Χ.
- ✓ Η Μαύρη Πανώλη που ξέσπασε τον 14^ο αιώνα στην ήπειρο της Ευρώπης
- ✓ Η Χολέρα που αναφέρεται ως πανδημία τον 19^ο αιώνα
- ✓ Η Πανδημία της Ελονοσίας,
- ✓ Η Ισπανική Γρίπη τον 19^ο αιώνα
- ✓ Η πανδημία της γρίπης το έτος 2009
- ✓ Η Πανδημία του Κορονοϊού το 2020

1.2 Ιστορική Αναδρομή στις Πανδημίες

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), είναι αυτόνομος διεθνής διακρατικός οργανισμός που αποτελεί εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και ασχολείται με τη διεθνή δημόσια υγεία. Ιδρύθηκε επίσημα το 1948 και εδρεύει στη Γενεύη. Αποτελεί μέλος της Ομάδας Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Development Group) και ο προκάτοχός του, ο Οργανισμός Υγείας ήταν υπηρεσία της Κοινωνίας των Εθνών. Το «σύνταγμα» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχει υπογραφεί από 61 χώρες στις 22 Ιουλίου 1946, ενώ η πρώτη συνάντηση Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας ολοκληρώθηκε στις 24 Ιουλίου 1946. Από την ίδρυσή του έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εξάλειψη της ευλογιάς.

Οι τρέχουσες προτεραιότητες του Π.Ο.Υ. περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση των μεταδοτικών ασθενειών, τον περιορισμό των επιπτώσεων των μη μεταδοτικών ασθενειών, τη σεξουαλική υγεία και την αναπαραγωγή, την ανάπτυξη και τη

γήρανση, την υγιεινή διατροφή και την ασφάλεια των τροφίμων. Ακόμη, ο Π.Ο.Υ είναι υπεύθυνος για την Διεθνή Έκθεση Υγείας (World Health Report), μια δημοσίευση σχετικά με την υγεία και την Παγκόσμια Μέρα Υγείας που γιορτάζεται κάθε χρόνο στις 7 Απριλίου.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει δημιουργήσει μια εξαβάθμια κατάταξη, η οποία περιγράφει τη διαδικασία με την οποία ένας νέος ιός γρίπης κινείται από τις πρώτες λοιμώξεις στον άνθρωπο σε μια πανδημία. Η πανδημία ξεκινά με την μόλυνση ζώων από τον ιό, με λίγες περιπτώσεις στις οποίες τα ζώα μολύνουν ανθρώπους και στη συνέχεια φτάνει σε ένα στάδιο στο οποίο ο ιός αρχίζει να εξαπλώνεται από άνθρωπο σε άνθρωπο και τελειώνει με μια πανδημία, όταν λοιμώξεις από τον νέο ιό έχουν εξαπλωθεί σε όλο τον κόσμο (<https://www.who.int/>).

1.3 Η Πανώλη του Ιουστινιανού (543 μ.Χ.)

Η πανώλη του Ιουστινιανού ή νόσος της Ιουστινιανής πανώλης (541–549 μ.Χ.), ήταν ουσιαστικά η αρχή της πρώτης πανδημίας πανώλης καθώς επίσης και της πρώτης πανδημίας του παλαιού κόσμου, μιας μεταδοτικής ασθένειας που προκαλείται από το βακτήριο *Yersinia pestis* (Λουκάς και συν., 2016). Η συγκεκριμένη ασθένεια από το 543 μ.Χ. και έπειτα, πλήττει ολόκληρη τη λεκάνη της Μεσογείου, την Ευρώπη και την Εγγύς Ανατολή, επηρεάζοντας σοβαρά την αυτοκρατορία Sasanian. Η πανώλη φέρει την ονομασία της από τον Ρωμαίο αυτοκράτορα στην Κωνσταντινούπολη, τον Ιουστινιανό Α΄ (527-565), ο οποίος, σύμφωνα με τον ιστορικό Προκόπιο, προσβλήθηκε από την ασθένεια και ανάρρωσε το 542, στο απόγειο της επιδημίας που σκότωσε περίπου το ένα πέμπτο του πληθυσμού στην αυτοκρατορική πρωτεύουσα (Λουκάς και συν., 2016). Η μετάδοση έφτασε στη Ρωμαϊκή Αίγυπτο το 541 μ.Χ., εξαπλώθηκε γύρω από τη Μεσόγειο Θάλασσα έως το 544 μ.Χ. και επέμεινε να πλήττει το πληθυσμό στη Βόρεια Ευρώπη και την Αραβική Χερσόνησο, μέχρι το 549 μ.Χ..

Το 2013, οι ερευνητές επιβεβαίωσαν προηγούμενες εικασίες ότι η αιτία της πανώλης του Ιουστινιανού ήταν το βακτήριο *Yersinia pestis*, το ίδιο βακτήριο που ήταν υπεύθυνο για τον Μαύρο Θάνατο (1347–1351). Η τελευταία νόσος ήταν πολύ

μικρότερη σε επικράτηση, αλλά ωστόσο κατάφερε και σκότωσε το ένα τρίτο έως το σχεδόν το ήμισυ των Ευρωπαίων πολιτών εκείνη την εποχή.

Επίσης, κάποια αρχαία και σύγχρονα στελέχη του βακτηρίου *Yersinia pestis* που σχετίζονται στενά με τον πρόγονο του στελέχους της Ιουστινιανής πανώλης έχουν βρεθεί στο μέρος Tian Shan, ένα σύστημα οροσειρών στα σύνορα του Κιργιστάν, του Καζακστάν και της Κίνας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πανώλη του Ιουστινιανού προέρχεται από ή κοντά σε αυτήν την περιοχή (Λουκάς και συν., 2016)

Η πανώλη του Ιουστινιανού είναι το πρώτο και το πιο γνωστό *ξέσπασμα* της πρώτης πανδημίας πανώλης, η οποία συνέχισε να επαναλαμβάνεται μέχρι τα μέσα του 8ου αιώνα. Μερικοί ιστορικοί πιστεύουν ότι η πρώτη πανδημία πανώλης ήταν μια από τις πιο θανατηφόρες πανδημίες στην ιστορία, με αποτέλεσμα τον θάνατο περίπου 15-100 εκατομμυρίων ανθρώπων κατά τη διάρκεια δύο αιώνων υποτροπής, αριθμός θανάτου που ισοδυναμεί με το 25-60% του πληθυσμού της Ευρώπης τη στιγμή της το πρώτο ξέσπασμα. Ο κοινωνικός και πολιτιστικός αντίκτυπος της πανώλης του Ιουστινιανού έχει συγκριθεί με αυτόν του Μαύρου Θανάτου (η δεύτερη πανδημία πανώλης) που κατέστρεψε την Ευρασία τον 14ο αιώνα. Η έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2019 υποστήριξε ότι ο αριθμός των θανάτων και των κοινωνικών επιπτώσεων της πανδημίας των διακόσια ετών, έχει υπερβάλει σχετικά ως προς τα θύματα που προκάλεσε συγκρίνοντάς το με τη σύγχρονη πανδημία τρίτης πανώλης (1855-1960) (Λουκάς και συν., 2016).

1.4 Μαύρος Θάνατος (1348)

Ο Μαύρος Θάνατος ήταν μια καταστροφική παγκόσμια επιδημία της βαλβονικής πανώλης που έπληξε την Ευρώπη και την Ασία στα μέσα του 1300 μ.Χ. Σήμερα, οι επιστήμονες καταλαβαίνουν ότι ο Μαύρος Θάνατος, γνωστός τώρα ως πανούκλα, εξαπλώνεται από έναν βάκιλο που ονομάζεται *Yersinia pestis* (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016). Γνωρίζουν ότι ο βάκιλος ταξιδεύει από άτομο σε άτομο μέσω του αέρα, καθώς και από το δάγκωμα μολυσμένων ψύλλων και αρουραίων. Και τα δύο αυτά παράσιτα μπορούσαν να βρεθούν σχεδόν παντού στη μεσαιωνική Ευρώπη, αλλά βρισκόνταν ιδιαίτερα πάνω σε πλοία όλων των ειδών, όπου με αυτόν τον τρόπο η θανατηφόρα πανούκλα, έφτανε σε κάθε ευρωπαϊκή πόλη μετά την άλλη μέσω των ταξιδιών και του εμπορίου (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

1.5 Η Φονική Ευλογιά (15ος – 17ος αιώνας)

Η νόσος της φονικής ευλογιάς ήταν ενδημική στην Ευρώπη, την Ασία και την Αραβία για αιώνες, μια επίμονη απειλή που σκότωσε τρεις στους δέκα ανθρώπους που μολύνθηκε και άφησε τους υπόλοιπους με σχετικές ουλές. Όμως, το ποσοστό θανάτου στον Παλαιό Κόσμο μειώθηκε σε σύγκριση με την καταστροφή που προκάλεσε σε γηγενείς πληθυσμούς στον Νέο Κόσμο όταν ο ιός της ευλογιάς έφτασε τον 15^ο αιώνα με τους πρώτους Ευρωπαίους εξερευνητές (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Οι αυτόχθονες λαοί του σύγχρονου Μεξικού και των Ηνωμένων Πολιτειών, είχαν μηδενική φυσική ανοσία έναντι της ευλογιάς και ο ιός τους μείωσε κατά δεκάδες εκατομμύρια ως πληθυσμό (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016). Αιώνες αργότερα, η ευλογιά έγινε η πρώτη επιδημία ιών που τερματίστηκε με εμβόλιο. Στα τέλη του 18ου αιώνα, ένας Βρετανός γιατρός με τον όνομα Έντουαρντ Τζένερ, ανακάλυψε ότι οι γαλακτοπαραγωγές που είχαν μολυνθεί από έναν πιο ήπιο ιό που ονομάζεται φονική ευλογιά, έφεραν σχετική. Ο Τζένερ εμβολίασε διάσημα τον 9χρονο γιο του κηπουρού του με ανεμοβλογιά και στη συνέχεια τον εξέθεσε στον ιό της ευλογιάς χωρίς κάποιο δυσάρεστο αποτέλεσμα. Και είχε δίκιο. Χρειάστηκαν σχεδόν δύο ακόμη αιώνες, αλλά το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοίνωσε ότι η ευλογιά είχε εξαλειφθεί εντελώς από το όποιο μέρος της Γης (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

1.6 Χολέρα (1817 - 1823)

Στις αρχές έως τα μέσα του 19ου αιώνα, η χολέρα ξέσπασε ως επιδημία διεθνώς μέσω της Αγγλίας, σκοτώνοντας δεκάδες χιλιάδες πολίτες. Η επικρατούσα επιστημονική θεωρία της εποχής, ανέφερε ότι η ασθένεια εξαπλώθηκε από τον μολυσμένο αέρα που είναι γνωστό ως «μίσμα». Όμως, ένας Βρετανός γιατρός με το όνομα John Snow υποψιάστηκε ότι η μυστηριώδης ασθένεια, η οποία σκότωνε τα θύματά της μέσα σε λίγες μέρες από τα πρώτα συμπτώματα, όπου προκαλούνταν από το πόσιμο νερό του Λονδίνου.

Ο Snow ενήργησε σαν ένας επιστημονικός Sherlock Holmes, διερεύνησε τα αρχεία νοσοκομείων και αναφορές νεκροτομείων για να εντοπίσει τις ακριβείς τοποθεσίες των θανατηφόρων εστιών. Δημιούργησε ένα γεωγραφικό διάγραμμα θανάτων από χολέρα σε περίοδο 10 ημερών και βρήκε ένα σύμπλεγμα 500 θανατηφόρων λοιμώξεων που περιβάλλουν την αντλία στην οδό Broad Street, μια δημοφιλή πόλη για πόσιμο νερό (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Με σκληρή προσπάθεια και εργασία, ο Snow έπεισε τους τοπικούς αξιωματούχους να αφαιρέσουν τη λαβή της αντλίας στην οδό Broad Street, πίνοντας καθαρό νερό, αντικαθιστώντας την άχρηστη και μολυσμένη αντλία και ξαφνικά οι μολύνσεις εξαφανίστηκαν. Η εργασία του συγκεκριμένου ανθρώπου, δεν κατάφερε να θεραπεύσει τη χολέρα σε μια νύχτα, αλλά τελικά οδήγησε σε μια παγκόσμια προσπάθεια βελτίωσης της αστικής υγιεινής και προστασίας του πόσιμου νερού από τη μόλυνση. Ενώ η χολέρα έχει εξαφανιστεί σε μεγάλο βαθμό στις ανεπτυγμένες χώρες, εξακολουθεί να είναι ένας επίμονος *δολοφόνος* σε χώρες του τρίτου κόσμου που δεν διαθέτουν επαρκή επεξεργασία λυμάτων και πρόσβαση σε καθαρό πόσιμο νερό.

1.7 Η Γρίπη του Χονγκ Κονγκ (1968)

Η γρίπη του Χονγκ Κονγκ, επίσης γνωστή ως πανδημία γρίπης του 1968, όπου ήταν μια πανδημία γρίπης της οποίας το *ξέσπασμα* το 1968 και το 1969 σκότωσε μεταξύ ενός και τεσσάρων εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016). Η νόσος είναι από τις πιο θανατηφόρες πανδημίες στην ιστορία και προκλήθηκε από ένα στέλεχος H3N2 του ιού της γρίπης Α, το οποίο προέρχεται από το H2N2 (προκάλεσε την πανδημία της ασιατικής γρίπης το 1957-1958) μέσω αντιγονικής μετατόπισης - μια γενετική διαδικασία στην οποία γονίδια από πολλαπλά οι δευτερεύοντες τύποι αναδιατάσσονται για να σχηματίσουν έναν νέο ιό. Η πρώτη καταγεγραμμένη εμφάνιση της επιδημίας εμφανίστηκε στις 13 Ιουλίου 1968 στο Βρετανικό Χονγκ Κονγκ. Υπάρχει μια μη επιβεβαιωμένη πιθανότητα ότι η επιδημία ξεκίνησε στην ηπειρωτική Κίνα πριν εξαπλωθεί στο Χονγκ Κονγκ (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Το *ξέσπασμα* της γρίπης στο Χονγκ Κονγκ, όπου η πυκνότητα του πληθυσμού ήταν μεγαλύτερη από 6.000 άτομα ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο, έφτασε τη μέγιστη έντασή του σε δύο εβδομάδες. Η επιδημία διήρκεσε περίπου έξι εβδομάδες, επηρεάζοντας περίπου το 15% του πληθυσμού (με περίπου 500.000 άτομα μολυσμένα με τον ιό), αλλά το ποσοστό θνησιμότητας ήταν χαμηλό και τα κλινικά συμπτώματα ήταν ήπια.

Υπήρξαν δύο κύματα γρίπης στην ηπειρωτική Κίνα, ένα μεταξύ Ιουλίου-Σεπτεμβρίου του 1968 και το άλλο μεταξύ Ιουνίου – Δεκεμβρίου του 1970. Τα αναφερόμενα δεδομένα ήταν πολύ περιορισμένα λόγω της Πολιτιστικής Επανάστασης, αλλά η αναδρομική ανάλυση της δραστηριότητας της γρίπης μεταξύ 1968-1992, δείχνει ότι η μόλυνση από τη γρίπη ήταν η πιο σοβαρή το 1968, υπονοώντας ότι οι περισσότερες περιοχές στην Κίνα επηρεάστηκαν τότε.

Μέχρι το τέλος Ιουλίου 1968, αναφέρθηκαν εκτεταμένες επιδημίες στο Βιετνάμ και τη Σιγκαπούρη. Παρά τη θνησιμότητα της ασιατικής γρίπης του 1957 στην Κίνα, είχε σημειωθεί μικρή βελτίωση όσον αφορά τον χειρισμό τέτοιων επιδημιών. Οι Times ήταν η πρώτη πηγή που ανέφερε τη νέα πιθανή πανδημία. Μέχρι τον Σεπτέμβριο του 1968, η γρίπη είχε φτάσει στην Ινδία, τις Φιλιππίνες, τη βόρεια Αυστραλία και την Ευρώπη. Τον ίδιο μήνα, ο ιός εισήλθε στην Καλιφόρνια και μεταφέρθηκε από στρατεύματα που επέστρεψαν από τον πόλεμο του Βιετνάμ, αλλά δεν εξαπλώθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες μέχρι τον Δεκέμβριο του 1968. Έφτασε στην Ιαπωνία, την Αφρική και τη Νότια Αμερική το 1969. Κατά τη στιγμή της επιδημίας, η γρίπη του Χονγκ Κονγκ ήταν επίσης γνωστή ως «γρίπη του Μαο» ή «γρίπη του Mao Tse-tung» (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Οι παγκόσμιοι θάνατοι από τον ιό κορυφώθηκαν τον Δεκέμβριο του 1968 και τον Ιανουάριο του 1969, όταν οι προειδοποιήσεις για τη δημόσια υγεία και οι περιγραφές των είχαν εκδοθεί ευρέως στα επιστημονικά και ιατρικά περιοδικά. Στο Βερολίνο, ο υπερβολικός αριθμός θανάτων οδήγησε στο να αποθηκεύονται πτώματα σε σήραγγες του μετρό, και στη Δυτική Γερμανία, οι συλλέκτες απορριμμάτων έπρεπε να θάψουν τους νεκρούς λόγω έλλειψης επιχειρήσεων. Συνολικά, η Ανατολική και η Δυτική Γερμανία κατέγραψαν 60.000 εκτιμώμενους θανάτους. Σε ορισμένες περιοχές της Γαλλίας, το ήμισυ του εργατικού δυναμικού ήταν στο κρεβάτι, και η μεταποίηση

υπέστη μεγάλες διακοπές λόγω της απουσίας (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Οι ταχυδρομικές και σιδηροδρομικές υπηρεσίες του Ηνωμένου Βασιλείου διακόπηκαν επίσης. Τέσσερις μήνες μετά την πανδημία της γρίπης του Χονγκ Κονγκ, ο Αμερικανός μικροβιολόγος Maurice Hilleman και η ομάδα του είχαν δημιουργήσει ένα εμβόλιο και είχαν παρασκευάσει περισσότερες από 9 εκατομμύρια δόσεις. Η ίδια ομάδα έπαιξε επίσης βασικό ρόλο στην ανάπτυξη εμβολίου κατά την πανδημία γρίπης της Ασίας 1957-58. Ο ιός H3N2 επέστρεψε κατά την επόμενη περίοδο της γρίπης 1969-70, με αποτέλεσμα ένα δεύτερο, θανατηφόρο κύμα θανάτων στην Ευρώπη, την Ιαπωνία και την Αυστραλία. Παραμένει ωστόσο σε κυκλοφορία σήμερα ως στέλεχος της εποχικής γρίπης (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

1.8 HIV/AIDS (1981-σήμερα)

Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, ειδικότερα, έχουν καταβληθεί σημαντικές παγκόσμιες προσπάθειες για την αντιμετώπιση της επιδημίας HIV / AIDS και έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος. Ο αριθμός των ατόμων που μολύνθηκαν πρόσφατα από τον HIV ιό, ειδικά τα παιδιά, και ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με το AIDS, μειώθηκε με την πάροδο των ετών και ο αριθμός των ατόμων με HIV που έλαβαν θεραπεία αυξήθηκε στα 25,4 εκατομμύρια το 2019 (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016). Ωστόσο, οι υπόλοιπες προκλήσεις συνεχίζουν να περιπλέκουν τις προσπάθειες ελέγχου του ιού HIV. Πολλοί άνθρωποι που ζουν με HIV ή κινδυνεύουν από λοίμωξη από τον ιό HIV, δεν έχουν πρόσβαση σε πρόληψη, θεραπεία και περίθαλψη και δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία. Ο ιός HIV επηρεάζει πρωτίστως τα πιο παραγωγικά χρόνια τους και όχι μόνο επηρεάζει την υγεία των ατόμων, αλλά επηρεάζει επίσης τα νοικοκυριά, τις κοινότητες και την ανάπτυξη και την οικονομική ανάπτυξη των εθνών (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Πολλές από τις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από τον ιό HIV, αντιμετωπίζουν επίσης σοβαρές προκλήσεις λόγω άλλων λοιμωδών ασθενειών, της επισιτιστικής ανασφάλειας και πρόσθετων παγκόσμιων προβλημάτων υγείας και ανάπτυξης. Επιπλέον, υπάρχει αυξανόμενη ανησυχία για τον πιθανό αντίκτυπο του COVID-19

στην ανταπόκριση του HIV / AIDS σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας αντιρετροϊκών φαρμάκων και της πρόσβασης σε προληπτικές υπηρεσίες.

Οι προσπάθειες εκτιμάται ότι θα οδηγήσουν σε πολύ περισσότερους επιπλέον θανάτους. Ο παγκόσμιος επιπολασμός μεταξύ των ενηλίκων (το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 15-49 που έχουν μολυνθεί) έχει αυξηθεί από το 2001 όπου ήταν 0,7% το 2019 Υπήρχαν 38 εκατομμύρια άνθρωποι που ζούσαν με HIV το 2019, από 30,7 εκατομμύρια το 2010, αποτέλεσμα της συνέχισης νέων μολύνσεων και ατόμων που ζούσαν περισσότερο με τον ιό HIV. Από τα άτομα που ζούσαν με HIV το 2018, 36,2 εκατομμύρια ήταν ενήλικες και 1,8 εκατομμύρια ήταν παιδιά κάτω των 15 ετών.

Παρόλο που η ικανότητα ελέγχου του HIV έχει αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου, επιτρέποντας σε περισσότερους ανθρώπους να μάθουν την κατάσταση του HIV, περίπου ένα στα πέντε άτομα με HIV (19%) εξακολουθούν να αγνοούν ότι έχουν μολυνθεί. Παρόλο που σημειώθηκαν σημαντικές μειώσεις στις νέες λοιμώξεις από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, υπήρχαν ακόμη περίπου 1,7 εκατομμύρια νέες λοιμώξεις το 2019 ή περίπου 5.000 νέες λοιμώξεις την ημέρα. Τα πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι ενώ έχει σημειωθεί πρόοδος, η πρόοδος αυτή είναι άνιση εντός και μεταξύ των χωρών.

Επιπλέον, ο ρυθμός παρακμής της νόσου ποικίλλει ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, το φύλο και την περιοχή. Ο ιός HIV παραμένει η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως και η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.⁹ Ωστόσο, οι θάνατοι που σχετίζονται με το AIDS έχουν μειωθεί, εν μέρει λόγω της αύξησης της αντιρετροϊκής θεραπείας (ART). 690.000 άνθρωποι πέθαναν από AIDS το 2019, μείωση 37% από 1,1 εκατομμύρια το 2010 και 59% μείωση από την κορυφή των 1,7 εκατομμυρίων το 2004.

1.9 SARS (2002-2003)

Το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) είναι μια ιογενής αναπνευστική νόσος που προκαλείται από έναν κορονοϊό που σχετίζεται με τον ιό SARS. Προσδιορίστηκε για πρώτη φορά στα τέλη Φεβρουαρίου 2003 κατά τη διάρκεια μιας

επιδημίας που εμφανίστηκε στην Κίνα και εξαπλώθηκε σε 4 άλλες χώρες. Ο ΠΟΥ συντόνισε τη διεθνή έρευνα με τη βοήθεια του Παγκόσμιου Δικτύου Ειδοποίησης και Ανταπόκρισης (GOARN) και συνεργάστηκε στενά με τις υγειονομικές αρχές στις πληγείσες χώρες για την παροχή επιδημιολογικής, κλινικής και υλικοτεχνικής υποστήριξης και για τον έλεγχο της επιδημίας (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Ήταν η πρώτη σοβαρή και εύκολα μεταδοτική νέα ασθένεια που εμφανίστηκε τον 21ο αιώνα και έδειξε σαφή ικανότητα εξάπλωσης κατά μήκος των διαδρομών των διεθνών αεροπορικών ταξιδιών. Ο ιός SARS μπορεί επίσης να εξαπλωθεί έμμεσα μέσω επιφανειών που έχουν αγγίξει κάποιος που έχει μολυνθεί από τον ιό. Οι περισσότεροι ασθενείς που ταυτοποιήθηκαν με SARS ήταν προηγουμένως υγιείς ενήλικες ηλικίας 25-70 ετών. Μερικά ύποπτα κρούσματα SARS έχουν αναφερθεί σε παιδιά κάτω των 15 ετών. Ο σχετικός θάνατος μεταξύ ατόμων με ασθένεια που πληροί τον τρέχοντα ορισμό της ΠΟΥ για πιθανές και ύποπτες περιπτώσεις SARS, είναι περίπου 3% (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

1.10 Η Γρίπη των Χοίρων ή H1N1 (2009 - 2010)

Στην ιολογία, ο υποτύπος ιού της γρίπης A H1N1 (A / H1N1) είναι ένας υποτύπος του ιού της γρίπης τύπου A. Τα γνωστά κρούσματα στελεχών H1N1 στον άνθρωπο, περιλαμβάνουν την πανδημία γρίπης των χοίρων του 2009, την πανδημία της Ρωσίας το 1977 καθώς και την πανδημία της γρίπης του 1918. Είναι ένας ορθομυξοϊός που περιέχει τις γλυκοπρωτεΐνες αιμοσυγκολλητίνη και νευραμινιδάση (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Για το λόγο αυτό, περιγράφονται ως H1N1, H1N2 κ.λπ. ανάλογα με τον τύπο των αντιγόνων H ή N που εκφράζουν με μεταβολική συνέργεια. Η αιμοσυγκολλητίνη προκαλεί τη συγκέντρωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων και τη δέσμευση του ιού με το μολυσμένο κύτταρο. Η νευραμινιδάση είναι ένας τύπος ενζύμου υδρολάσης γλυκοσίδης που βοηθά στη μετακίνηση των σωματιδίων του ιού μέσω του μολυσμένου κυττάρου και βοηθά στην εκκόλαψη από τα κύτταρα ξενιστές (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Ορισμένα στελέχη του H1N1 είναι ενδημικά στον άνθρωπο και προκαλούν ένα μικρό μέρος όλων των ασθενειών που μοιάζουν με γρίπη και ένα μικρό μέρος όλων των εποχικών γρίπης, όπως για παράδειγμα το 2004-2005. Άλλα στελέχη του H1N1 είναι ενδημικά στους χοίρους (γρίπη των χοίρων) και στα πτηνά (γρίπη των πτηνών). Το μέγεθός του ιού έχει διάμετρο 80 έως 120 nm.

Η γρίπη των χοίρων επίσης, είναι μια αναπνευστική νόσος που εμφανίζεται σε χοίρους που προκαλείται από τον ιό της γρίπης A. Οι ιοί της γρίπης που απαντώνται συνήθως στους χοίρους είναι γνωστοί ως ιοί της γρίπης των χοίρων (SIVs). Τα γνωστά στελέχη SIV περιλαμβάνουν τη γρίπη C και τους υποτύπους της γρίπης A που είναι γνωστοί ως H1N1, H1N2, H3N1, H3N2 και H2N3. Οι χοίροι μπορούν επίσης να μολυνθούν με τους υποτύπους H4N6 και H9N2 (Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Ο ιός της γρίπης των χοίρων είναι συχνός σε όλους τους πληθυσμούς χοίρων παγκοσμίως. Η μετάδοση του ιού από τους χοίρους στον άνθρωπο δεν είναι συνηθισμένη και δεν οδηγεί πάντα σε ανθρώπινη γρίπη, συχνά με αποτέλεσμα την παραγωγή αντισωμάτων στο αίμα. Εάν η μετάδοση προκαλεί ανθρώπινη γρίπη, ονομάζεται ζωνοσογόνος γρίπη των χοίρων ή παραλλαγή ιού. Τα άτομα με τακτική έκθεση σε χοίρους διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από γρίπη των χοίρων. Το σωστό μαγείρεμα του κρέατος ενός μολυσμένου ζώου απομακρύνει τον κίνδυνο μόλυνσης. Οι χοίροι που μολύνθηκαν πειραματικά με το στέλεχος της γρίπης των χοίρων που προκάλεσε την ανθρώπινη πανδημία του 2009–10, έδειξαν κλινικά συμπτώματα γρίπης εντός τεσσάρων ημερών και ο ιός εξαπλώθηκε σε άλλους μη μολυσμένους χοίρους που στεγάζονταν με τους μολυσμένους.

1.11 Έμπολα (2014 - 2016)

Η νόσος του ιού Ebola (EVD) είναι μια θανατηφόρα ασθένεια με περιστασιακές εκδηλώσεις που εμφανίζονται κυρίως στην αφρικανική ήπειρο. Ο ιός επηρεάζει συχνότερα ανθρώπους και μη ανθρώπινα όντα (όπως πιθήκους, γορίλλες και χιμπατζήδες). Προκαλείται από μόλυνση με μια ομάδα ιών στο γένος Ebolavirus. Ο ιός του Έμπολα ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά το 1976 κοντά στον ποταμό Έμπολα, που βρίσκεται στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό. Έκτοτε, ο ιός μολύνει ανθρώπους

από περίοδο σε περίοδο, οδηγώντας σε εστίες σε αρκετές αφρικανικές χώρες
(Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

2. Κεφάλαιο Δεύτερο – Κορονοϊός - Covid-19

2.1 Εισαγωγή

Στις 31 Δεκεμβρίου του 2019 η Κίνα προειδοποίησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για 27 κρούσματα μιας «ιογενούς πνευμονιάς» στην κεντρική πόλη Ουχάν της επαρχίας Χουμπέι. Επρόκειτο για έναν νέο κορωνοϊό. Πολύ γρήγορα έγινε αντιληπτό από την παγκόσμια ιατρική και επιστημονική κοινότητα ότι σε αντίθεση με το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) που προκαλεί λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, ο νέος κορωνοϊός προσέβαλε τόσο το ανώτερο όσο και το κατώτερο αναπνευστικό. Αυτό τον καθιστούσε ικανό να προκαλεί σοβαρή πνευμονία και, ταυτόχρονα, εύκολα μεταδίδσιμο όπως π.χ. η γρίπη ή το κοινό κρυολόγημα.

2.2 Κορονοϊός (SARS-coV-2)

Στις 30 Ιανουαρίου, ο ΠΟΥ κήρυξε κατάσταση έκτακτης ανάγκης διεθνούς ενδιαφέροντος για τη δημόσια υγεία. 24 Φεβρουαρίου: Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι το ξέσπασμα μπορεί ακόμη να αντιμετωπιστεί, επιμένοντας ότι είναι πρόωρο να κηρυχθεί πανδημία η COVID-19. 11 Μαρτίου: Ο γενικός διευθυντής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Τέντρος Άντανομ Γεμπρεγεσούς κήρυξε την κρίση του κορονοϊού πανδημία, εξηγώντας ότι πλέον τα κρούσματα ξεπέρασαν τις 118.000 σε 114 χώρες, ενώ συνολικά έχουν χάσει τη ζωή τους 4.291 άνθρωποι (<https://www.who.int/>).

Η επιδημία του ιού COVID-19, έχει επηρεάσει από τον Ιανουάριο του 2020, όλα τα τμήματα του πληθυσμού (Congrex Team, 2020). Θα πρέπει να σημειωθεί πως τα άτομα μεγάλης ηλικίας δεν έρχονται αντιμέτωποι με τους μεγάλους κινδύνους της υγείας, αλλά δυστυχώς έρχονται αντιμέτωποι και με το γεγονός πως θα πρέπει να υποστηρίξουν τις όσες δυνάμεις έχουν με τον δικό τους τρόπο, ιδιαίτερα στη δύσκολη εποχή κορονοϊού (Congrex Team, 2020). Ωστόσο αν και η κοινωνική αποστασιοποίηση θεωρείται ως αναγκαία για την μείωση της διασποράς του ιού, αν δεν εφαρμοστεί με ορθό τρόπο, θα οδηγήσει μια αυξημένη αποστασιοποίηση των

ηλικιωμένων ατόμων, σε μια περίοδο που θα χρειαστούν μεγαλύτερο ποσοστό υποστήριξης και αγάπης.

Η συζήτηση λοιπόν που διεξάγεται για τον ιό, οριοθετείται περισσότερο ως μια ασθένεια των μεγάλων ανθρώπων, η οποία επιβαρύνει τα όποια αρνητικά στερεότυπα για τα άτομα αυτά τα οποία μπορεί να χαρακτηριστούν ως αδύναμοι και πως προσφέρουν μια επιβαρυντική κατάσταση στη κοινωνία. Αυτές οι σχετικές διακρίσεις λόγω της ηλικίας των μεγάλων ανθρώπων, δύναται να αναφέρονται στην προσφορά υπηρεσιών υγείας για το λόγο πως μπορεί να θεωρηθεί ότι η ζωή τους έχει μικρότερη αξία από εκείνη των νεότερων γενεών, που έχουν να εργαστούν και να προσφέρουν στη κοινωνία (World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020).

Για το σκοπό αυτό, οι όποιες ελλείψεις σε συστήματα υποστήριξης αναπνοής, μπορεί να απαιτούν την εφαρμογή πολιτικών και σχετικών πρωτοκόλλων βάσει ορθώς τεκμηριωμένων παραγόντων ηθικής και όχι αποφάσεων σε αυθαίρετη βάση με βάση την ηλικία των νοσούντων. Από την τρίτη εβδομάδα του Ιανουαρίου, 2020, τεράστιες παρεμβάσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας έχουν εφαρμοστεί σε ολόκληρη την Κίνα για τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου του κορονοϊού 2019 (COVID-19) (Congrex Team, 2020). Η Γουχάν, το επίκεντρο της επιδημίας, είχε απομονωθεί από τις 23 Ιανουαρίου, με 16 από τις γειτονικές πόλεις της στην επαρχία Χουμπέι να περιλαμβάνονται πίσω από το γενικό lockdown που επιβλήθει.

Καθώς ωστόσο τελείωσε η γιορτή της Κινέζικης Πρωτοχρονιάς, τα αυστηρά μέτρα κοινωνικής απόστασης και οι περιορισμοί στην κινητικότητα, συντονίστηκαν και εφαρμόστηκαν από τις κεντρικές και τοπικές κυβερνήσεις σε πολλές κινεζικές μεγαλουπόλεις, συμπεριλαμβανομένου του Πεκίνου (βόρεια του Γουχάν), του Γκουάνγκτζου και Σενζέν (νότια), Σανγκάη και Χανγκζού (ανατολικά) και Τσενγκντού (δυτικά). Για παράδειγμα, μόνο οι κάτοικοι είχαν τη δυνατότητα να εισέλθουν σε κατοικημένες κοινότητες, η μάσκα προσώπου έγινε υποχρεωτική και οι μη απαραίτητες κοινοτικές υπηρεσίες έκλεισαν (World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020).

Από την άλλη πλευρά, έως σήμερα, ο ιός COVID-19 έχει εξαπλωθεί σε περισσότερες από 100 χώρες ή περιοχές, και οι τοπικές επιδημίες έχουν καθιερωθεί σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ και των περισσότερων χωρών στην Ευρώπη.

Στις 10 Μαρτίου, η Ιταλία, η χώρα που έχει πληγεί περισσότερο από την Κίνα, με περισσότερες από 10,000 περιπτώσεις, επέβαλε σε εθνικό επίπεδο κλείδωμα, το οποίο αναμένεται να τεθεί σε τελειωτική ισχύ έως τουλάχιστον τις αρχές Ιουνίου 2020. Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης έχουν επίσης επιβάλει αυστηρά μέτρα ελέγχου για τον περιορισμό των κοινωνικών επαφών. Καθώς ο ιός COVID-19 συνεχίζει να εξαπλώνεται παγκοσμίως, κλιμακώνοντας την εισαγωγή περιπτώσεων από υπερπόντιους ή υπολειμματικούς μολυσμένους ασθενείς εντός της Κίνας (παρά την πολιτική απομόνωσης σχεδόν 2 μηνών σε εθνικό επίπεδο), σε συνδυασμό με την επανάληψη των οικονομικών δραστηριοτήτων, ένα δεύτερο κύμα COVID-19 φαίνεται πιθανό το φθινόπωρο (World Health Organization, Novel Coronavirus, 2020-nCoV).

2.3 Επιδημιολογία

Στην Κίνα, το 87% των επιβεβαιωμένων περιπτώσεων έως το τέλος του 2020, ήταν ηλικίας 30 έως 79 ετών και το 3% ήταν 80 ετών και άνω. Περίπου το 51% των ασθενών ήταν άνδρες (Spiteri, et al., 2020). Στην Ιταλία, η μέση ηλικία και ο επιπολασμός των συννοσηρότητας, ήταν υψηλότερες σε σύγκριση με την Κίνα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 73 ετών και οι άνδρες αντιπροσώπευαν το 60% των εισαγωγών σε μια προοπτική μελέτη κοόρτης παρατηρητών σε περισσότερους από 20.000 νοσηλευόμενους ασθενείς.

Αντίστοιχα, στις ΗΠΑ, οι ηλικιωμένοι ασθενείς (ηλικίας ≥ 65 ετών) αντιπροσώπευαν το 31% όλων των περιπτώσεων, το 45% των νοσηλείας, το 53% των εισαγωγών μονάδων εντατικής θεραπείας και το 80% των θανάτων, με την υψηλότερη συχνότητα σοβαρών αποτελεσμάτων σε ασθενείς ηλικίας ≥ 85 χρόνια. Οι περιπτώσεις σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες αυξήθηκαν μεταξύ Οκτωβρίου έως Δεκεμβρίου 2020. Ωστόσο, οι νοσηλείες, οι εισαγωγές μονάδων εντατικής θεραπείας και οι θάνατοι παραμένουν χαμηλοί για αυτές τις ομάδες (2,5%, 0,8% και $<0,1\%$ αντίστοιχα, βάσει των διαθέσιμων δεδομένων) (Comas-Herrera, et al., 2020).

Για τα παιδιά, τα στοιχεία δείχνουν ότι έχουν χαμηλότερη ευαισθησία σε λοίμωξη σε σύγκριση με τους ενήλικες, με αναλογία πιθανότητας 0,56 ως μολυσμένη επαφή σε σύγκριση με ενήλικες. Οι έφηβοι φαίνεται να έχουν παρόμοια ευαισθησία με τους

ενήλικες. Η μέση ηλικία των παιδιών με λοίμωξη είναι 6,5 χρόνια. Τα ποσοστά μόλυνσης σε παιδιά και εφήβους ποικίλλουν ανάλογα με τη γεωγραφική θέση:

- ✓ Κίνα - 2,1% (μέση ηλικία 7 ετών)
- ✓ Ιταλία - 1,2% (μέση ηλικία 4 έως 5 ετών · υψηλότερη σε άνδρες αλλά όχι στατιστικά σημαντική)
- ✓ Ισπανία - 0,8% (μέση ηλικία 3 ετών)
- ✓ ΗΠΑ - 12,9% (ή 3899 περιπτώσεις ανά 100.000 παιδιά στον πληθυσμό) από τις 4 Φεβρουαρίου 2021.
- ✓ Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μια προοπτική μελέτη κοόρτης παρατήρησης διαπίστωσε ότι τα παιδιά και οι νεαροί ενήλικες αντιπροσώπευαν το 0,9% όλων των νοσηλευόμενων ασθενών εκείνη τη στιγμή.

Η μέση ηλικία των παιδιών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο ήταν 4,6 έτη, το 56% ήταν άνδρες, το 35% ήταν κάτω των 12 μηνών και το 42% είχαν τουλάχιστον μία συννοσηρότητα. Όσον αφορά την εθνικότητα, το 57% ήταν Λευκό, το 12% στη Νότια Ασία και το 10% ήταν Μαύροι (Appleby, 2020). Στις ΗΠΑ, μια αναδρομική μελέτη κοόρτης σε πάνω από 135.000 παιδιά, διαπίστωσε ότι η μέση ηλικία των μολυσμένων παιδιών ήταν 8,8 χρόνια και το 53% ήταν άνδρες. Όσον αφορά την εθνικότητα, το 59% ήταν Λευκοί, το 15% ήταν Μαύροι, το 11% ήταν Ισπανόφωνοι και το 3% ήταν Ασιάτες (Douglas, et al., 2020).

Μόνο το 4% των παιδιών ήταν θετικό για ένα ιδιαίτερα σημαντικό αναπνευστικό σύνδρομο κορονοϊού που χαρακτηρίζεται ως οξύ, σε αυτόν τον πληθυσμό και οι κλινικές εκδηλώσεις ήταν συνήθως ήπιες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το ποσοστό θνησιμότητας για τα παιδιά φαίνεται να είναι υψηλότερο στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα σε σύγκριση με τις χώρες με υψηλό εισόδημα. Οι περισσότερες περιπτώσεις σε παιδιά προέρχονται από συγγενείς συστάδες ή παιδιά που έχουν ιστορικό στενής επαφής με έναν μολυσμένο ασθενή. Είναι σπάνιο για τα παιδιά να είναι το δείκτη των οικιακών ομάδων μετάδοσης. Σε αντίθεση με τους ενήλικες, τα παιδιά δεν φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής ασθένειας λόγω ηλικίας ή φύλου (Spiteri, et al., 2020).

Επίσης μια μετα-ανάλυση πάνω από 2.500 εγκύων γυναικών με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 διαπίστωσε ότι το 73,9% των γυναικών ήταν στο τρίτο τρίμηνο. Το 50,8% προέρχονταν από μαύρες, ασιατικές ή μειονοτικές εθνοτικές ομάδες. 38,2% ήταν παχύσαρκοι. και το 32,5% είχαν χρόνιες συννοσηρότητες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η εκτιμώμενη συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομείο με επιβεβαιωμένη λοίμωξη SARS-CoV-2 κατά την εγκυμοσύνη είναι 4,9 ανά 1,000 μητέρες. Οι περισσότερες γυναίκες ήταν στο δεύτερο ή το τρίτο τρίμηνο. Από αυτούς τους ασθενείς, το 41% ήταν ηλικίας 35 ετών και άνω, το 56% ήταν από μαύρες ή άλλες ομάδες εθνοτικών μειονοτήτων, το 69% ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, και το 34% είχαν προϋπάρχουσες συννοσηρότητες (Comas-Herrera, et al., 2020).

Στις ΗΠΑ, 64.075 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί σε έγκυες γυναίκες (από την 1η Φεβρουαρίου 2021), με 10.852 νοσηλείες και 74 θανάτους. Σύμφωνα με μια ανάλυση περίπου 400.000 γυναικών ηλικίας 15 έως 44 ετών με συμπτωματική νόσο, οι Ισπανόφωνες και οι μη Ισπανόφωνες μαύρες έγκυες γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται δυσανάλογα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σε εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη, η συχνότητα εμφάνισης λοίμωξης, κυμάνθηκε από 0% έως 49,6% (με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης) και ο επιπολασμός της οροθετικότητας του SARS-CoV-2 κυμάνθηκε από 1,6% έως 31,6%. Οι ευρείες περιοχές σχετίζονται πιθανώς με διαφορές στις ρυθμίσεις, τις εκθέσεις, τα ποσοστά μετάδοσης της κοινότητας, την κατάσταση των συμπτωμάτων, τη χρήση μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων και άλλους παράγοντες. Δεν υπήρχε σχέση μεταξύ φύλου και ηλικίας και κίνδυνος μόλυνσης ή οροθετικότητας. Ωστόσο, η μαύρη, η ασιατική ή η ισπανική εθνικότητα συσχετίστηκε σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης σε σύγκριση με τους λευκούς (Appleby, 2020).

Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σχεδόν 130.000 εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εκτιμούσαν ότι η συνολική οροεπιπολαστικότητα των αντισωμάτων SARS-CoV-2 ήταν 8,7%, με υψηλότερη οροεπιπολαστικότητα που αναφέρθηκε στη Βόρεια Αμερική (12,7%) σε σύγκριση με την Ευρώπη (8,5%), την Αφρική (8,2 %) και Ασία (4%). Οι παράγοντες κινδύνου για την οροθετική συμπεριλαμβάνουν το φύλο των ανδρών Μαύρη, ασιατική ή ισπανική εθνικότητα. εργαζέστε σε μια μονάδα COVID-19 (Douglas, et al., 2020).

Σε μια μελέτη πάνω από 9,000 περιπτώσεων που αναφέρθηκαν σε εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ, το 55% είχε επαφή μόνο σε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, το 27% μόνο σε ένα νοικοκυριό, το 13% μόνο στην κοινότητα και το 5% σε περισσότερα από ένα περιβάλλον (Douglas, et al., 2020).

Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη που επλήγησαν συχνότερα ήταν νοσηλευτές. Μόνο το 5% των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εμφάνισαν σοβαρή ασθένεια και 0,5% πέθαναν. Η συχνότητα εμφάνισης σοβαρών ή κρίσιμων νόσων και θνησιμότητας στους εργαζομένους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ήταν χαμηλότερη από την επίπτωση σοβαρών ή κρίσιμων νόσων και θνησιμότητας σε όλους τους ασθενείς (Comas-Herrera, et al., 2020).

Οι υπάλληλοι υγειονομικής περίθαλψης που αντιμετωπίζουν ασθενείς ήταν τρεις φορές πιο πιθανό να εισαχθούν στο νοσοκομείο σε σύγκριση με τους εργαζόμενους που δεν αντιμετωπίζουν ασθενείς, σύμφωνα με μελέτη στη Σκωτία. Στην ίδια μελέτη, οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη και τα μέλη του νοικοκυριού τους αντιπροσώπευαν το 17% των νοσηλείας. Η ανάλυση των δεδομένων νοσηλείας από 13 τοποθεσίες στις ΗΠΑ διαπίστωσε ότι το 6% των ενήλικων που νοσηλεύτηκαν ήταν εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη και το 36% αυτών των ανθρώπων ήταν σε ρόλους που σχετίζονται με τη νοσηλευτική. Περίπου το 90% των νοσοκομειακών εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη είχαν τουλάχιστον μία υποκείμενη πάθηση, με τις πιο συχνές καταστάσεις να είναι η παχυσαρκία, η υπέρταση και ο διαβήτης (Spiteri, et al., 2020).

2.4 Μετάδοση

Στοιχεία σχετικά με τη μετάδοση SARS-CoV-2 είναι διαθέσιμα από μια πρόσφατη μελέτη σε ζώα σχετικά με τα κουνάβια, τα οποία θεωρούνται κατάλληλα ζωικά μοντέλα για ανθρώπινες αναπνευστικές λοιμώξεις, που αξιολόγησαν τη μετάδοση σε πειραματικό περιβάλλον (Douglas, et al., 2020).

Τα ευρήματα δείχνουν ότι η άμεση μετάδοση συμβαίνει μεταξύ των ζώων και ο ιός μπορεί να μεταφερθεί μέσω πολλαπλών οδών με ταχεία μετάδοση σε αφελείς ξενιστές σε στενή επαφή με τους μολυσμένους ξενιστές. Η απόδειξη της αερομεταφερόμενης μετάδοσης θεωρείται λιγότερο ισχυρή από την απόδειξη της απευθείας μετάδοσης επαφής μεταξύ μολυσμένων ζώων και αφελών ζώων.

Επίσης, ασυμπτωματική λοίμωξη κατά την επιβεβαίωση του εργαστηρίου έχει αναφερθεί από πολλές ρυθμίσεις. Μερικές από αυτές τις περιπτώσεις εμφάνισαν κάποια συμπτώματα σε μεταγενέστερο στάδιο της μόλυνσης. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση, το ποσοστό των θετικών περιπτώσεων που παρέμειναν ασυμπτωματικά εκτιμήθηκε σε 16%, με εύρος από 6 έως 41% (Comas-Herrera, et al., 2020). Σε μια άλλη συστηματική ανασκόπηση, το συγκεντρωτικό ποσοστό ασυμπτωματικών περιπτώσεων κατά τη διάρκεια της δοκιμής ήταν 25%. Η πλειονότητα αυτών των περιπτώσεων εμφάνισε συμπτώματα αργότερα, με μόνο το 8,4% των περιπτώσεων να παραμένουν ασυμπτωματικά καθ' όλη την περίοδο παρακολούθησης.

Υπάρχουν επίσης αναφορές ασυμπτωματικών περιπτώσεων με επιβεβαιωμένη εργαστηριακή ιογένεια σε αναπνευστικά και γαστρεντερικά δείγματα. Ασυμπτωματική λοίμωξη σε παιδιά έχει περιγραφεί σε πολλές μεγάλες σειρές περιπτώσεων από την Κίνα, οι οποίες ανέφεραν 4% έως 28% ασυμπτωματικές παιδιατρικές περιπτώσεις μεταξύ περιπτώσεων που εξετάστηκαν με βάση συμπτώματα, σημεία ή ίχνη επαφής (Appleby, 2020).

Μία συστηματική ανασκόπηση που παρουσίασε δεδομένα για 2.914 παιδιατρικούς ασθενείς με COVID-19 από την Κίνα, την Ισπανία, το Ιράν, τη Δημοκρατία της Κορέας και τις Ηνωμένες Πολιτείες εντόπισε 14,9% ασυμπτωματικά περιστατικά σε παιδιά (Douglas, et al., 2020). Άλλοι ανέφεραν 18% ασυμπτωματικές περιπτώσεις σε μια μετα-ανάλυση 551 εργαστηριακών επιβεβαιωμένων περιπτώσεων σε παιδιά και 16% ασυμπτωματικών περιπτώσεων σε μια ευρωπαϊκή ομάδα 582 παιδιών .

Παρόμοια ικά φορτία σε ασυμπτωματικές έναντι συμπτωματικών περιπτώσεων έχουν αναφερθεί, υποδεικνύοντας το δυναμικό μετάδοσης ιών από ασυμπτωματικούς ασθενείς. Μια μελέτη του κοινοτικού κέντρου θεραπείας (n = 303) από τη Δημοκρατία της Κορέας έδειξε ότι οι τιμές RT-PCR Ct για SARS-CoV-2 σε

ασυμπτωματικούς ασθενείς ($n = 110$, 36,3%) ήταν παρόμοιες με αυτές σε συμπτωματικούς ασθενείς (Douglas, et al., 2020). Ο διάμεσος χρόνος από τη διάγνωση έως την πρώτη αρνητική μετατροπή RT-PCR ήταν 17 ημέρες για ασυμπτωματικούς ασθενείς και 19,5 ημέρες για συμπτωματικούς (συμπεριλαμβανομένων των προ-συμπτωματικών) ασθενών. Τα ιικά φορτία σε ασυμπτωματικούς ασθενείς από τη διάγνωση έως την απόρριψη τείνουν να μειώνονται πιο αργά από αυτά σε συμπτωματικούς (συμπεριλαμβανομένων των προ-συμπτωματικών) ασθενών (Douglas, et al., 2020).

Μελέτες μαθηματικής μοντελοποίησης (δεν έχουν αξιολογηθεί από ομότιμους) έχουν δείξει ότι τα ασυμπτωματικά άτομα μπορεί να είναι σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της πανδημίας COVID-19. Έχει αναφερθεί προ-συμπτωματική μετάδοση (δηλαδή όταν ο μολυσματικός παράγοντας εμφανίσει συμπτώματα μετά τη μετάδοση του ιού σε άλλο άτομο) έχει αναφερθεί (Appleby, 2020).

Συμπεραίνεται μέσω μοντελοποίησης ότι, παρουσία μέτρων ελέγχου, η προ-συμπτωματική μετάδοση συνέβαλε στο 48% και στο 62% των μεταδόσεων στη Σιγκαπούρη και την Κίνα, αντίστοιχα. Η προ-συμπτωματική μετάδοση κρίθηκε πιθανότατα βασισμένη σε ένα μικρότερο σειριακό διάστημα COVID-19 (4,0 έως 4,6 ημέρες) από το μέσο διάστημα επώασης (πέντε ημέρες). Παραμένουν σημαντικές αβεβαιότητες όσον αφορά τον αντίκτυπο της προ-συμπτωματικής μετάδοσης στη συνολική δυναμική μετάδοσης της πανδημίας, η οποία βασίζεται κυρίως στα περιορισμένα στοιχεία για μετάδοση από ασυμπτωματικές περιπτώσεις από αναφορές περιπτώσεων και μοντελοποίηση.

Τέλος, τα διαθέσιμα στοιχεία μέχρι σήμερα δείχνουν ότι τα παιδιά πιθανότατα συντελούν στο COVID-19 στα νοικοκυριά τους ή μέσω επαφής με μολυσμένα μέλη της οικογένειας, ιδιαίτερα σε χώρες όπου έχει εφαρμοστεί το κλείσιμο του σχολείου και η αυστηρή φυσική απόσταση. Σε μια δημοσίευση από την Ιταλία, η έκθεση στο SARS-CoV-2 από μια άγνωστη πηγή ή από μια πηγή εκτός της οικογένειας του παιδιού αντιπροσώπευε το 55% των περιπτώσεων μόλυνσης, ενώ σε μια άλλη ιταλική κοόρτη, επικοινωνήστε με ένα SARS-CoV -2 μολυσμένο άτομο εκτός της οικογένειας σπάνια αναφέρθηκε και το 67,3% (113/168) των παιδιών είχε τουλάχιστον έναν γονέα που είχε θετικά αποτελέσματα για λοίμωξη SARS-CoV-2 ().

Δύο μελέτες για τη μετάδοση των νοικοκυριών υπολόγισαν ότι το ποσοστό δευτερογενούς επίθεσης των νοικοκυριών ήταν 16,3% και 13,8%. Η ανάλυση στρωματοποιημένης ηλικίας, έδειξε ότι το ποσοστό δευτερογενούς επίθεσης στα συμπτωματικά παιδιά ήταν 4,7% σε σύγκριση με 17,1% σε ενήλικες (≥ 20 ετών) και ότι η πιθανότητα μόλυνσης στα παιδιά ήταν 0,26 φορές χαμηλότερη (95% CI 0,13 - 0,54) από ό,τι στους ηλικιωμένους (≥ 60 ετών). Σε ένα χειρόγραφο (που δεν έχει ακόμη αξιολογηθεί από ομότιμους) σχετικά με τις προσπάθειες ανίχνευσης επαφών που πραγματοποιήθηκαν κατά το κλείσιμο του σχολείου στο Τρέντο της Ιταλίας, το ποσοστό επίθεσης μεταξύ των επαφών περιστατικών ηλικίας 0-14 ετών ήταν 22,4%, το οποίο είναι υψηλότερο από αυτό της ηλικίας εργασίας. ενήλικες (περίπου 13,1%) (Comas-Herrera, et al., 2020).

Σε αυτή τη μελέτη, δεν δοκιμάστηκαν όλες οι ασυμπτωματικές επαφές. Η Νότια Κορέα έχει ανεκτές προτάσεις δοκιμών για επαφές που εντοπίζονται κατά τον εντοπισμό επαφών, πράγμα που σημαίνει ότι περισσότερες δευτερεύουσες περιπτώσεις εντοπίζονται μεταξύ των παιδιών από ό, τι σε άλλες ρυθμίσεις. Το ποσοστό επίθεσης μεταξύ των νοικοκυριών Οι επαφές των περιπτώσεων ευρητηρίου ηλικίας 0-9 ετών και 10-19 ετών ήταν 5,3% και 18,6%, αντίστοιχα, υποδεικνύοντας το δυναμικό μετάδοσης τόσο σε παιδιά όσο και σε εφήβους και πιθανώς πιο αποτελεσματική μετάδοση στους εφήβους από ό, τι στους ενήλικες (Douglas, et al., 2020).

Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν το δυναμικό μετάδοσης των παιδιών, σε περιβάλλον νοικοκυριού. Μια πρόσφατη έκθεση από τις ΗΠΑ παρέχει επιπλέον στοιχεία για το ρόλο των παιδιών και των εφήβων στη μετάδοση. Αυτή η μελέτη ανέφερε ένα συνολικό ποσοστό επίθεσης 44% μεταξύ των συμμετεχόντων (δηλαδή παιδιών, εφήβων και ενηλίκων) ενός διανυκτέρευσης όπου ένα εφηβικό προσωπικό ήταν η υπόθεση δείκτη. Τα ποσοστά επίθεσης σε ηλικία ήταν 51% μεταξύ των ατόμων ηλικίας 6-10 ετών. 44% μεταξύ αυτών ηλικίας 11-17 ετών και 33% μεταξύ ατόμων ηλικίας 18-21 ετών (Douglas, et al., 2020). Ασυμπτωματικές λοιμώξεις παρατηρήθηκαν στο 26% αυτών με διαθέσιμα αποτελέσματα δοκιμών και δεδομένα συμπτωμάτων. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι μπορούν να εξαπλώσουν αποτελεσματικά τον ιό, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα εσωτερικού και διανυκτέρευσης.

Τα δεδομένα από τη Γερμανία έδειξαν ότι σε συμπτωματικά παιδιά, τα αρχικά ιικά φορτία SARS-CoV-2 κατά τη διάγνωση είναι συγκρίσιμα με αυτά των ενηλίκων και ότι τα συμπτωματικά παιδιά όλων των ηλικιών ρίχνουν μολυσματικό ιό σε πρόωμη οξεία ασθένεια. Σε αυτή τη μελέτη, η επιτυχία της απομόνωσης του μολυσματικού ιού ήταν συγκρίσιμη με εκείνη των ενηλίκων. Ο νεότερος ασθενής από τον οποίο απομονώθηκε το SARS-CoV-2 ήταν ένα νεογνό επτά ημερών. Σε μια άλλη δημοσίευση χωρίς αξιολόγηση από ομότιμους, αποδείχθηκε επίσης ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ιογενών φορτίων σε άτομα ηλικίας 1-20 ετών σε σύγκριση με τους ενήλικες ηλικίας 21-100 ετών (Appleby, 2020). Επιπλέον, μια άλλη μελέτη δείχνει ότι το ιικό φορτίο σε παιδιά κάτω των 5 ετών με ήπια έως μέτρια συμπτώματα COVID-19 είναι υψηλότερο σε σύγκριση με τα μεγαλύτερα παιδιά και τους ενήλικες (Τούντας, και συν., 2020).

2.5 Διάγνωση

Η διάγνωση του COVID-19 βασίζεται σε συνδυασμό επιδημιολογικών κριτηρίων (επαφή εντός περιόδου επώασης), παρουσία κλινικών συμπτωμάτων καθώς και εργαστηριακές δοκιμές (δοκιμές ενίσχυσης νουκλεϊκών οξέων) και δοκιμές βασισμένες σε κλινική απεικόνιση. Οι δοκιμές ανοσοπροσοφητικού (ELISA) που συνδέονται με αντιγόνο και SARS-CoV - 2 βασίζονται σε αντιγόνο βρίσκονται υπό ανάπτυξη και δεν έχουν ακόμη πλήρως επικυρωθεί. Οι εκτεταμένες δοκιμές αποδεικνύονται αποτελεσματικές στη φάση συγκράτησης της επιδημίας.

Η ποιότητα της συλλογής δειγμάτων (βαθιά ρινική μαπατονέτα) και η μεταφορά (χρόνος) στα εργαστήρια είναι απαραίτητες για την αποφυγή ψευδών αρνητικών αποτελεσμάτων. Η απεικόνιση της τομογραφίας με πνευμονική τομογραφία (CT) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό τεστ στο COVID-19. Όπως αποδεικνύεται από προηγούμενες επιδημίες, συμπεριλαμβανομένων των SARS και MERS, τα ιδιαίτερα ευαίσθητα και ειδικά εργαστηριακά διαγνωστικά είναι απαραίτητα για την αναγνώριση περιπτώσεων, την ανίχνευση επαφών, την εύρεση πηγών ζώων και αποτελεσματικά και ορθολογικά μέτρα περιορισμού.

Η ακριβής αναγνώριση περιπτώσεων είναι απαραίτητη για την απομόνωση ευάλωτων ατόμων. Με βάση την τρέχουσα επιδημιολογική ανάλυση, η CVD μεταδίδει τον κίνδυνο σοβαρότερου αποτελέσματος του COVID-19, επομένως 21,44, οι δοκιμές θα πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερα ευρέως υπόψη σε ασθενείς με CVD. Επιπλέον, σε ομοιότητα με τη γρίπη, ο αποτελεσματικός έλεγχος των φροντιστών και των ατόμων που έρχονται σε επαφή με ασθενείς υψηλού κινδύνου μπορεί να επιτρέψει την προστασία ατόμων με πολλαπλές συννοσηρότητες. Η απόφαση για εξέταση πρέπει να βασίζεται σε κλινικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες και να συνδέεται με την εκτίμηση της πιθανότητας μόλυνσης, ιδίως όταν η διαθεσιμότητα των δοκιμών είναι περιορισμένη (Spiteri, et al., 2020).

Οι διαθέσιμες στρατηγικές δοκιμών περιγράφονται παρακάτω (Πίνακας 1). Ενώ η απομόνωση του ίδιου του ιού χρησιμοποιώντας ηλεκτρονική μικροσκοπία θα ήταν η πιο συγκεκριμένη διάγνωση, απαιτεί εγκαταστάσεις βιοασφάλειας επιπέδου-3 που δεν είναι διαθέσιμες στα περισσότερα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι δοκιμασίες ανίχνευσης αντισωμάτων και αντιγόνων στον ορό θα ήταν οι ευκολότερες και ταχύτερες, αλλά δεν έχουν ακόμη επικυρωθεί και μπορεί να υπάρχει διασταυρούμενη αντιδραστικότητα με άλλους κορωνοϊούς, ειδικά SARS-κορωνοϊούς. Επιπλέον, τα αντισώματα δεν είναι μετρήσιμα στην αρχική φάση της μόλυνσης. Επομένως, το PCR σε πραγματικό χρόνο παραμένει το πιο χρήσιμο εργαστηριακό διαγνωστικό τεστ για το COVID-19 παγκοσμίως.

2.6 Ύαση

Αναφερόμενος κανείς στην ανάπτυξη του ρίσκου για την πανδημία του ιού COVID-19, θα πρέπει να έχει κατά νου πως ο γενικός στόχος κάθε κράτους ως προς την αξιολόγηση των κινδύνων που προέρχονται από την ύπαρξη του ιού, είναι να παράσχει ένα σύνολο στόχων και θεμάτων δημόσιας υγείας για επιδημιολογικά κριτήρια, δείκτες και συνοδευτικά μέτρα, που υποστηρίζουν την εφαρμογή αυτού του οδικού χάρτη βάσει των διαθέσιμων επιστημονικών στοιχείων και ως προς τους στόχους της δημόσιας υγείας (Remuzzi, Remuzzi, 2020). Οι στόχοι αυτοί λοιπόν, αναφέρονται στα εξής στοιχεία

- ✓ Μείωση της νοσηρότητας, της σοβαρής νόσου και της θνησιμότητας στον πληθυσμό μέσω αναλογικών μη ιατρικών αντιμέτρων, με έμφαση στην προστασία

ευάλωτων ομάδων (υψηλού κινδύνου), έως ότου γίνουν διαθέσιμα αποτελεσματικά εμβόλια, θεραπείες και φάρμακα.

- ✓ Περιορισμός και έλεγχος στην κυκλοφορία και τη μετάδοση ιών στον γενικό πληθυσμό και για τα επόμενα χρόνια για να διατηρήσετε τον αριθμό των νέων λοιμώξεων SARS-CoV-2 σε διαχειρίσιμα επίπεδα για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και πιθανώς επιτρέποντας τη σταδιακή απόκτηση ασυλία πληθυσμού.
- ✓ Μια ισχυρή στρατηγική επιτήρησης που βασίζεται σε βελτιωμένες δοκιμές, η οποία παρακολουθεί διεξοδικά και συνεχώς τον πανικό συγκεντρώνοντας συγκρίσιμα δεδομένα μεταξύ των κρατών μελών, παρακολουθεί την ένταση και τη γεωγραφική εξάπλωση, εντοπίζει νοσοκομειακές εστίες, εντοπίζει και παρακολουθεί τις αλλαγές σε ομάδες κινδύνου, παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον πληθυσμό για συγκεκριμένες ηλικίες ασυλία, μετρά τον αντίκτυπο στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, παρακολουθεί τις ιογενείς αλλαγές και μετρά τον αντίκτυπο των μέτρων μετριασμού και φυσικής απόστασης (και τις προσαρμογές τους) μέσω κατάλληλων επιδημιολογικών δεικτών και κριτηρίων.
- ✓ Διευρυμένη ικανότητα δοκιμών και εναρμονισμένες μεθοδολογίες δοκιμών με σκοπό την επιδημιολογική παρακολούθηση, έγκαιρη ανίχνευση και απομόνωση περιπτώσεων, κλινική διαχείριση, παρακολούθηση επαφών, προστασία ομάδων κινδύνου, αξιολόγηση της ασυλίας του πληθυσμού, στρατηγικές επιστροφής στην εργασία. Αυτό περιλαμβάνει την ευθυγράμμιση των μεθοδολογιών δοκιμών, την ανάπτυξη και την αύξηση της διαρκούς ικανότητας διαγνωστικής COVID-19, τη δημιουργία κατάλληλων σχεδίων δοκιμών, την επικύρωση και την ανάπτυξη ορολογικών δοκιμών.
- ✓ Ένα πλαίσιο για την ανίχνευση επαφών, βασισμένο σε εκτεταμένες δοκιμές, ενεργή εύρεση περιπτώσεων, έγκαιρη ανίχνευση περιπτώσεων, απομόνωση περιπτώσεων, καραντίνα και παρακολούθηση επαφών, που ενδεχομένως υποστηρίζεται από ηλεκτρονικά εργαλεία και εφαρμογές.
- ✓ Επαρκής ικανότητα υγειονομικής περίθαλψης και ανθεκτικότητα, συμπεριλαμβανομένης της ανακτημένης γενικής χωρητικότητας (δεν σχετίζεται με το COVID-19) και επαρκών κλινών νοσοκομειακής και εντατικής μονάδας (ICU). Η παρακολούθηση και η εκτίμηση των αναγκών σε πόρους είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν την ικανότητα να ανταποκρίνονται σε μια νέα αύξηση των περιπτώσεων. Πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη δημιουργία ικανοτήτων που σχετίζονται με ιατρικό,

IPC, εργαστήριο και εξοπλισμό ανίχνευσης επαφών καθώς και ανθρώπινους πόρους.

- ✓ Μια αξιολόγηση της απόκρισης στο COVID-19 μέχρι στιγμής, για τον εντοπισμό βέλτιστων πρακτικών και διδαγμάτων που μπορούν να αντλήσουν μελλοντικά μέτρα αντιμετώπισης. Οι αξιολογήσεις μετά τη δράση (AAR) και οι ανασκοπήσεις σε δράση (IAR) μπορούν να διεξαχθούν για την αξιολόγηση τόσο των δυνατοτήτων όσο και των ικανοτήτων για την εφαρμογή στρατηγικών απόκρισης.
- ✓ Μια ισχυρή στρατηγική επικοινωνίας κινδύνου για ενημέρωση και συμμετοχή του κοινού και των ευάλωτων ομάδων που εξηγούν τη λογική της σταδιακής κατάργησης των πολιτικών «παραμονής στο σπίτι» και προσαρμογής των κοινοτικών μέτρων.

Τέλος, στην παρούσα κατάσταση, όπου αρκετές χώρες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν συνεχή μετάδοση της κοινότητας και άλλες χώρες σχεδιάζουν να διευκολύνουν τα μέτρα απομακρυσμένης φυσικής απόστασης σε κοινοτικό επίπεδο, η εκτίμηση κινδύνου θα εξετάσει τα ακόλουθα ερωτήματα:

- ✓ Ποιος είναι ο κίνδυνος για σοβαρή ασθένεια που σχετίζεται με μόλυνση από SARS-CoV-2 στον γενικό πληθυσμό στην ΕΕ / ΕΟΧ και στο ΗΒ;
- ✓ Ποιος είναι ο κίνδυνος για σοβαρή νόσο που σχετίζεται με μόλυνση από SARS-CoV-2 σε πληθυσμούς με καθορισμένους παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για COVID-19 στην ΕΕ / ΕΟΧ και στο ΗΒ;
- ✓ Ποιος είναι ο κίνδυνος επανεμφάνισης της διαρκούς κοινοτικής μετάδοσης στην ΕΕ / ΕΟΧ και το Ηνωμένο Βασίλειο τις επόμενες εβδομάδες, ως συνέπεια της σταδιακής κατάργησης των πολιτικών «παραμονής στο σπίτι» και της προσαρμογής των μέτρων φυσικής απόστασης σε κοινοτικό επίπεδο χωρίς κατάλληλα συστήματα και ικανότητες θέση;

3. Κεφάλαιο Τρίτο – Προετοιμασία Συστήματος Υγείας των Χωρών Διεθνώς

3.1 Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί την κάλυψη της καθολικής υγείας το κλειδί για τη διασφάλιση της υγείας και της ευημερίας για όλα τα άτομα όλων των ηλικιών και το καθιστά θεμελιώδη στόχο για όλες τις χώρες για την επίτευξη δίκαιων και βιώσιμων αποτελεσμάτων της παροχής των υπηρεσιών της υγείας. Ένα ανθεκτικό σύστημα υγείας είναι σε θέση να παρέχει έγκαιρη αντίδραση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μέσω ανίχνευσης και πρόληψης όπως στην περίπτωση του ιού Covid-19, διατηρώντας ταυτόχρονα την ευημερία και προστατεύοντας την οικονομία.

3.2 Σκοπός και Στόχοι Χωρών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Αναφερόμενοι στους σκοπούς και τους στόχους των χωρών ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα ως προς την αντιμετώπιση του ιού Covid-19, θα λέγαμε πρώτιστα πως ο δραματικός αντίκτυπος του ιού covid-19 θεωρείται μια κατάλληλη υπενθύμιση για όλες τις χώρες, ανεξάρτητα από το εισόδημά των πολιτών τους και ως προς την ανάγκη να ανανεωθεί η πολιτική δέσμευση για την βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών της υγείας, ως κεντρικό στοιχείο της ατζέντας των στόχων της αειφόρου ανάπτυξης (SDGs) (OECD, 2020).

Στο πλαίσιο αυτό, έως τις μέρες μας, η πανδημία του ιού Covid-19 καταδεικνύει, τα διδάγματα που έχουν αντληθεί από το παρελθόν, ότι η ανθεκτικότητα είναι ένα

ουσιαστικό και οικονομικά αποδοτικό χαρακτηριστικό ενός συστήματος υγείας που αντιμετωπίζει σύνθετες προκλήσεις . Οι χώρες με αποτελεσματική καθολική κάλυψη για την υγεία, όπως η Νότια Κορέα και η Σιγκαπούρη, σημειώνεται πως έχουν καλύτερες επιδόσεις αναφορικά με την παροχή των υπηρεσιών της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 (OECD, 2020).

Ο αντίκτυπος τόσο των φυσικών όσο και των ανθρωπογενών καταστροφών επιδεινώνεται από τα αδύναμα συστήματα υγείας και ο ιός covid-19 έχει επηρεάσει αρνητικά τα συστήματα υγείας των χωρών που έχουν πληγεί, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων από τα πλουσιότερα έθνη του κόσμου. Έχει θέσει το επίκεντρο της ανεπαρκούς ασφάλειας υγείας και ετοιμότητας, συμπεριλαμβανομένων ανεπαρκών εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και πόρων, όπως είναι η έλλειψη νοσοκομειακών κλινών, φαρμάκων, αναπνευστικών και υγειονομικού προσωπικού (OECD, 2020)

Η πανδημία έχει καταφέρει να εξαντλήσει τα εθνικά συστήματα υγείας σε χώρες που έχουν προσπαθήσει να παρέχουν άριστες υπηρεσίες υγείας προς τους πολίτες τους, εμποδίζοντας τις όποιες οδούς και φιλοδοξίες τους να επιτύχουν το ήθος της καθολικής κάλυψης για την υγεία που είναι «να μην αφήσει κανέναν πίσω». Ωστόσο, οι χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο από την πανδημία, είναι αυτές που έχουν κάνει ελάχιστα στο παρελθόν για να ενισχύσουν το σύστημα υγείας τους, μέσω κατάλληλων επενδύσεων σε καθολική κάλυψη υπηρεσιών υγείας, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες (Τούντας, και συν., 2020).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το Ιράν, το οποίο αντιμετωπίζει ένα μοναδικό παράδοξο στο πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών της υγείας προς τους πολίτες. Έχει μεταμορφώσει το σύστημα υγείας του όλα τα προηγούμενα χρόνια, με σκοπό να φθάσει σε καθολική κάλυψη υγείας, ασφαρίζοντας πάνω από το 90% των 83 εκατομμυρίων κατοίκων του, αφού έχει ένα καθιερωμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και αυξημένη πρόσβαση σε ποιοτική περίθαλψη καθώς και ολοκληρωμένα προγράμματα για την πρόληψη και τον έλεγχο των μη μεταδοτικών ασθενειών (OECD, 2020). Παρόλα αυτά, το Ιράν θεωρείται το πιο επηρεασμένο ασιατικό έθνος από τον ιό covid-19, μετά την Κίνα. Αυτό οφείλεται όχι μόνο στις ελλείψεις στην ενσωμάτωση της αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης και ετοιμότητας

στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, αλλά και στις αμερικανικές κυρώσεις που παρεμποδίζουν τις επενδύσεις και την πρόσβαση σε φάρμακα και βασικό εξοπλισμό στη χώρα αυτή (OECD, 2020).

Ωστόσο, ως ένας παγκόσμιος συντονιστής της τρέχουσας πανδημίας, ο ΠΟΥ έχει επιχειρήσει να ενισχύσει την αποστολή του να προωθήσει την υγεία, να διατηρήσει τον κόσμο ασφαλή και να εξυπηρετήσει τους ευάλωτους πληθυσμούς, υποστηρίζοντας την καθολική κάλυψη της υγείας, μεταξύ των κρατών μελών της. Έτσι λοιπόν, ο ΠΟΥ έχει επιχειρήσει να προωθήσει μεταξύ των κρατών την ενίσχυση των κοινοτήτων με συστήματα παρακολούθησης ενσωματωμένα στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, την παροχή επιπλέον οικονομικών πόρων, την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού, την εξασφάλιση επαρκών φαρμάκων, διαγνωστικών και εξοπλισμού και την πρόσληψη περισσότερου προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, όπου είναι τα βασικά βήματα προς την καθολική κάλυψη υγείας που απαιτείται σε πολλές χώρες τους επόμενους μήνες για να προετοιμαστεί η επαναφορά στη κανονικότητα. Το πιο σημαντικό όμως, είναι ότι απαιτείται καλύτερη κυβερνητική διαχείριση για τη δημιουργία ισχυρών και ανθεκτικών συστημάτων υγείας, μια προσέγγιση ολόκληρης της κυβέρνησης που πρέπει να στοχεύει όλους τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και επείγουσες επενδύσεις στην έρευνα και την καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη (OECD, 2020).

Ωστόσο, αναφορικά με τη βέλτιστη παροχή των υπηρεσιών της υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες λόγω του αντίκτυπου του ιού covid-19, θα πρέπει να σημειωθεί πως ο πρώτος επίσημα αναφερόμενος θάνατος λόγω του ιού στην ήπειρο της Ευρώπης στις 15 Φεβρουαρίου 2020, με τον ιό να υφίσταται στην εν λόγω περιοχή από τον μήνα Ιανουάριο ή σε προηγούμενη βάση (Spiteri et al., 2020). Στη συνέχεια, ο ιός εξαπλώθηκε ραγδαία σε όλη την περιοχή της Ευρώπης με αναφορά σε περισσότερα από 1.000.000 κρούσματα επιβεβαιωμένα στις 31 Οκτωβρίου 2021.

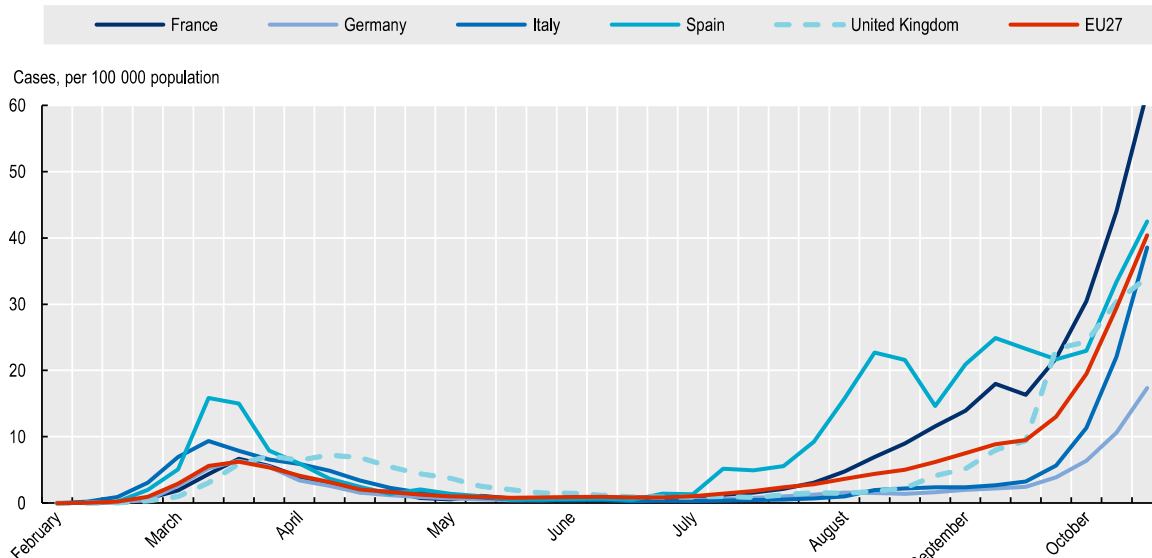
Βέβαια, στους πρώτους 10 μήνες του έτους 2020, τα σχετικά ποσοστά κρουσμάτων μόλυνσης, αναφέρονταν υψηλότερα στις χώρες του Βελγίου, της Τσεχίας και της Ισπανίας, τα οποία ανέφεραν περισσότερα από 25.000 επιβεβαιωμένα κρούσματα ανά εκατομμύριο άτομα. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ο αριθμός των

επιβεβαιωμένων περιπτώσεων του ιού covid-19, επηρεάζεται από διαφορές μεταξύ των χωρών στις στρατηγικές δοκιμών, την ένταση των δοκιμών και τις διαφορές στην πραγματική μετάδοση του ιού.

Οι περισσότεροι ασθενείς που μολύνθηκαν με τον ιό covid-19, συνεχίζουν να ζουν τελικώς με τις περιπτώσεις από τα ποσοστά θνησιμότητας από λοιμώξεις, να κυμαίνονται μεταξύ 0,17-1,7% (Meyerowitz-Katz and Merone, 2020). Ωστόσο, ο αριθμός των θανάτων εξακολουθεί να είναι εντυπωσιακός, λόγω του μεγάλου αριθμού ατόμων που έχουν μολυνθεί, από τις 31 Οκτωβρίου 2020, περισσότεροι από 7 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έχουν μολυνθεί από τον ιό.

Βέβαια σε μεγάλο αριθμό χωρών στη Δυτική και τη Βόρεια Ευρώπη, το 1^ο κύμα της επιδημίας του ιού, συνέβη το μήνα Μάρτιο του έτους 2020 όπου κατά την καλοκαιρινή περίοδο, οι περισσότερες χώρες σημείωσαν μικρό αριθμό κρουσμάτων, πριν επέλθει πάλι αύξηση στους ασθενείς με τον ιό από τον μήνα Σεπτέμβριο του έτους 2020, όπου ο αριθμός τους άρχισε να αυξάνεται εκθετικά από τον μήνα Αύγουστο (OECD, 2020).

Σχήμα Νο.1.1 - Σε μεγάλο αριθμό χωρών στη Δυτική και τη Βόρεια Ευρώπη, το 1^ο κύμα της επιδημίας του ιού, συνέβη το μήνα Μάρτιο του έτους 2020 όπου κατά την καλοκαιρινή περίοδο, οι περισσότερες χώρες σημείωσαν μικρό αριθμό κρουσμάτων, πριν επέλθει πάλι αύξηση στους ασθενείς με τον ιό από τον μήνα Σεπτέμβριο του έτους 2020, όπου ο αριθμός τους άρχισε να αυξάνεται εκθετικά από τον μήνα Αύγουστο (OECD, 2020).

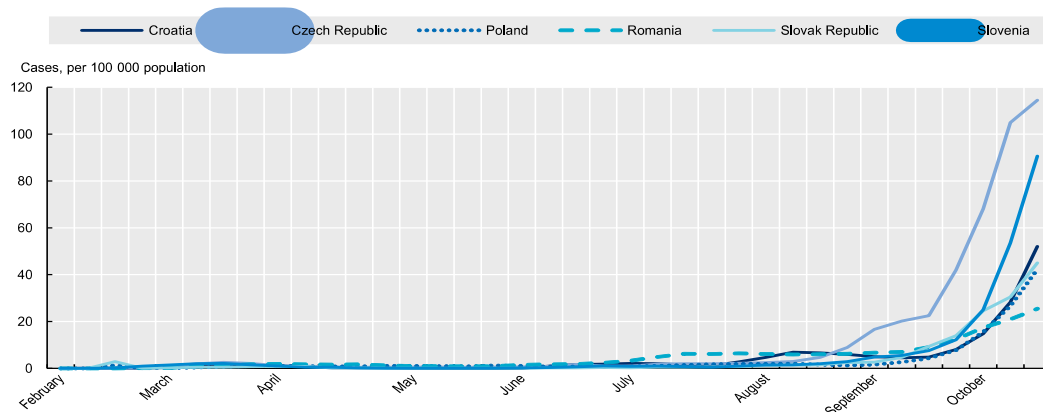


Πηγή - OECD (2020)

Όσον αφορά τους αναφερόμενους θανάτους λόγω του ιού covid-19, από τις 31 Οκτωβρίου 2020 και έπειτα, το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφερε τον υψηλότερο απόλυτο αριθμό (πάνω από 46.000), ακολουθούμενο από την Ιταλία, τη Γαλλία και την Ισπανία με καθένα να αναφέρει περισσότερους από 35.000 θανάτους. Προσαρμόζοντας το μέγεθος του πληθυσμού, το Βέλγιο ανέφερε πάνω από 1.000 θανάτους λόγω του ιού covid-19, ανά εκατομμύριο άτομα. Ακολούθησε η Ισπανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιταλία, η Σουηδία και η Γαλλία, με πάνω από 500 θανάτους λόγω του ιού covid-19, ανά εκατομμύριο άνθρωποι. Κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος, οι ημερήσιοι θάνατοι λόγω του ιού covid-19, έφθασαν στην κορύφωση τους στις αρχές Απριλίου για αυτές τις χώρες, προτού σταδιακά μειωθούν από τον Μάιο έως τον Ιούλιο 2020, αν και από τα τέλη Αυγούστου οι θάνατοι άρχισαν να αυξάνονται ξανά. Τα αναφερόμενα ποσοστά έως τα τέλη Οκτωβρίου 2020, ήταν χαμηλότερα σε ορισμένες σκανδιναβικές χώρες (Φινλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία), τις χώρες της Βαλτικής (Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία), τη Σλοβακική Δημοκρατία, την Ελλάδα και την Κύπρο (OECD, 2020).

Σχήμα Νο.1,2 και 1.3 – Αναφορά Περιπτώσεων Μολύνσεων από τον Ιό Covid-19 στις Κεντρικές και Ανατολικές Ευρωπαϊκές Χώρες από Φεβρουάριο έως Τέλος Οκτωβρίου 2020 Καθώς και Ποσοστά Θνησιμότητας Λόγω του Ιού στις Συγκεκριμένες Περιοχές

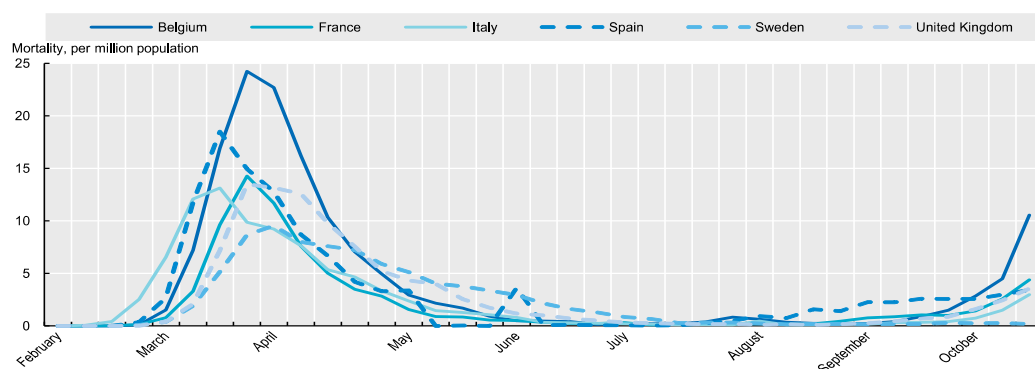
Figure 1.2. Evolution in reported COVID-19 cases, selected Central and Eastern European countries, February to end of October 2020



Source: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

StatLink <https://stat.link/0rsxlt>

Figure 1.3. Evolution in reported COVID-19 mortality rates in some of the most adversely affected countries in Europe, February to end of October 2020



Source: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

StatLink <https://stat.link/uiybal>

Πηγή - OECD (2020)

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί πως ενώ οι αναφερόμενοι θάνατοι λόγω του ιού covid-19, αποτελούν κρίσιμο μέτρο του αντίκτυπου της πανδημίας στη παροχή των υπηρεσιών της υγείας για τις χώρες της Ευρώπης, η συγκρισιμότητα αυτού του δείκτη περιορίζεται από τις διαφορές στις πρακτικές καταγραφής, καταχώρισης και κωδικοποίησης σε αυτές (OECD, 2020). Επιπλέον, λοιποί παράγοντες, όπως η χαμηλή διαθεσιμότητα διαγνωστικών εξετάσεων κατά την έναρξη της πανδημίας, είναι πιθανό να έχουν επηρεάσει την ακρίβεια της απόδοσης των αιτιών θανάτου.

Επομένως, ο αριθμός των θανάτων που αναφέρθηκαν λόγω του ιού covid-19, μπορεί να υποτιμηθεί σε διάφορους βαθμούς μεταξύ των χωρών.

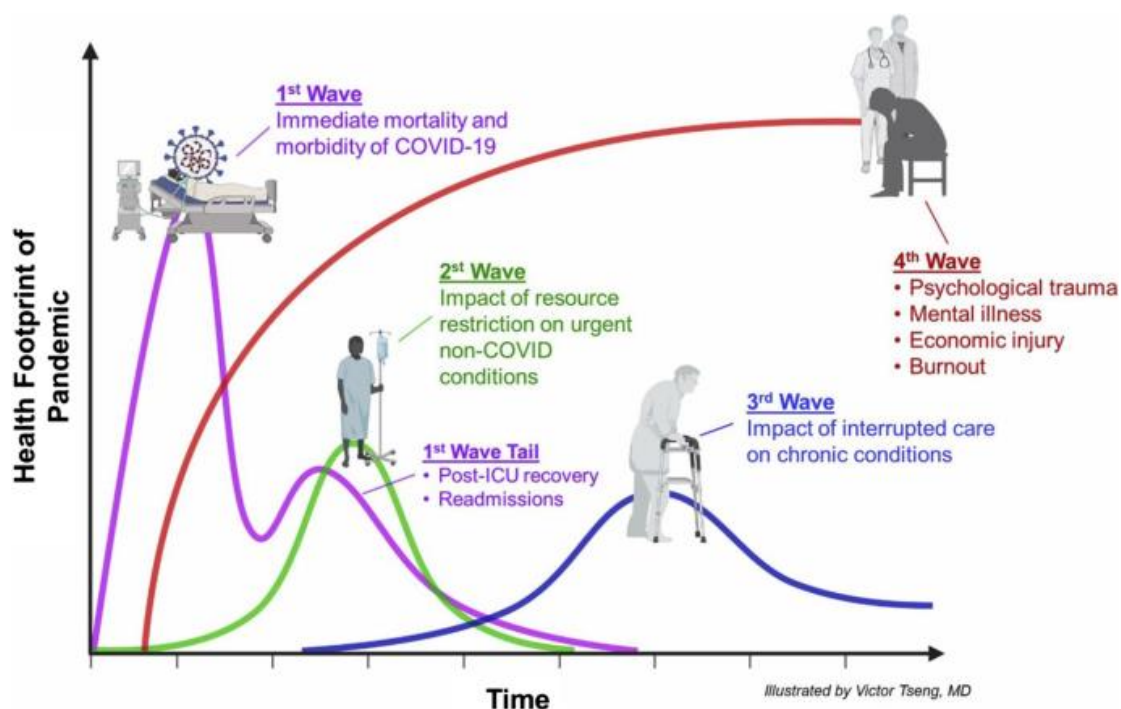
Μια ανάλυση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες - και ιδιαίτερα από την υπερβολική θνησιμότητα ως ένα μέτρο αιτιολόγησης των θανάτων πέρα από αυτό που θα ήταν κανονικά αναμενόμενο σε μια δεδομένη περίοδο του έτους - παρέχει ένα ευρύτερο μέτρο θνησιμότητας λόγω του ιού covid-19. Παρόλο που τα δεδομένα σχετικά με την υπερβολική θνησιμότητα δεν αποτελούν άμεσο μέτρο θανάτων λόγω του ιού covid-19, αυτό το μέτρο έχει το πλεονέκτημα ότι περιλαμβάνει όλους τους θανάτους που αποδίδονται άμεσα στον ιό covid-19 και αυτούς που συνδέονται έμμεσα με αυτόν τον ιό (OECD, 2020).

Αυτός ο δείκτης συνεπώς καταγράφει την άμεση επίδραση των διαφόρων δράσεων που έχουν αναλάβει οι Κυβερνήσεις και τα άτομα κατά τη διάρκεια της πανδημίας που επηρεάζουν τα ποσοστά θνησιμότητας των κατοίκων στην Ευρώπη. Για παράδειγμα, ο αριθμός των έμμεσων θανάτων μπορεί να αυξηθεί λόγω διαταραχών στη φροντίδα των ασθενών για άλλες καταστάσεις ή μπορεί να μειωθεί ως αποτέλεσμα λιγότερων θανάτων από τροχαία ατυχήματα και εργασιακά ατυχήματα μετά τα μέτρα της κοινωνικής αποστασιοποίησης. Παρ'όλα αυτά, απαιτείται προσοχή κατά τη σύγκριση της υπερβολικής θνησιμότητας μεταξύ των χωρών σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, κυρίως λόγω των διακυμάνσεων μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών δομών του πληθυσμού, των υποκείμενων ποσοστών θανάτου και της εξέλιξης του ιού που επηρεάζουν την όποια κατάσταση παροχής των υπηρεσιών της υγείας στους πολίτες των Ευρωπαϊκών χωρών (Τούντας, 2020).

3.3 Αρμοδιότητες και Ανθρώπινοι Πόροι

Αποτελεί γεγονός ότι η συγκεκριμένη πανδημία συνετέλεσε για όλους να μπορέσουν να εκτιμήσουν καλύτερα τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας. Οι εργαζόμενοι στην υγεία, κατέχουν μια μοναδική θέση ως απάντηση στην αντιμετώπιση του ιού. Η επιδημιολογία του ιού συμβάλλει σε μια άνευ προηγουμένου αύξηση του όγκου και της ζήτησης οξύτητας στο εργατικό δυναμικό για την υγεία, ενώ ταυτόχρονα μειώνει την προσφορά των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Ως η ραχοκοκαλιά των συστημάτων υγείας, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι οι βασικοί αποκριτές

της κρίσης καθώς εκτυλίσσεται, και ότι βρίσκονται στο σημείο της φροντίδας, κινδυνεύουν επίσης περισσότερο (Luceño-Moreno et al., 2020).



Μια χρήσιμη απεικόνιση των διαφόρων τύπων επιπτώσεων της πανδημίας στην υγεία βραχυπρόθεσμα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα απεικονίζεται στο παραπάνω σχήμα. Αυτό περιλαμβάνει ένα πρώτο κύμα που απευθύνεται στην άμεση απόκριση στον ιό, το οποίο μπορεί επίσης να συνεπάγεται αποκατάσταση και επανεισοχή μιας μονάδας μετά από εντατική θεραπεία. Τρεις επιπλέον ανάγκες για την υγεία του πληθυσμού περιλαμβάνουν ένα δεύτερο κύμα ασθενών όχι από τον συγκεκριμένο ιό καθώς και της καθυστέρησης άλλων επειγόντων καταστάσεων υγείας (OECD, 2020).

Ένα τρίτο κύμα απεικονίζει τον αντίκτυπο της διακοπής της φροντίδας των χρόνιων παθήσεων, οι οποίες θα μπορούσαν να βρίσκονται σε ρυθμίσεις πρωτοβάθμιας ή μακροχρόνιας περίθαλψης. Το σκηνικό σε κάθε ένα από αυτά τα κύματα είναι ένα τέταρτο κύμα που επισημαίνει το ψυχολογικό τραύμα και την οικονομική ζημία που προκαλείται στον ευρύτερο πληθυσμό. Για καθένα από αυτά τα κύματα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι αντίστοιχες απαιτήσεις για το εργατικό δυναμικό υγείας που παραλληλίζουν κάθε κύμα του ιού COVID-19.

Η εθελοντική ανάκληση συνταξιούχων υπαλλήλων ή ατόμων που βρίσκονται σε άδεια ή ανενεργού επαγγελματικά πληθυσμού, αποτελεί κοινή απάντηση σε πολλές χώρες. Στις Κάτω Χώρες, για παράδειγμα, υπήρξε μια συντριπτική απάντηση από 20.000 συνταξιούχους εργαζομένους στον τομέα της υγείας και εκείνους που είχαν άδεια να επιστρέψουν στον τομέα της υγείας ως απάντηση στο COVID-19, με περισσότερους από 3000 εργαζόμενους μέχρι τα τέλη Μαρτίου 2020 (Robert Koch Institute, 2020).

Στη Γερμανία, ο πρόεδρος της γερμανικής ομοσπονδιακής ένωσης κάλεσε επίσης τους συνταξιούχους ιατρούς να επιστρέψουν στην ιατρική εργασία ή να βοηθήσουν στην ανίχνευση περιπτώσεων ή τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας. Οι ρυθμιστικές αρχές ανταποκρίθηκαν γρήγορα για να επιτρέψουν στους ανενεργούς ασκούμενους να επιστρέψουν στη δουλειά τους καθώς και τους γρήγορους ασκούμενους. Αυτές οι κλήσεις δεν προκαλούν ανησυχία λόγω της συχνά παραμελημένης ανάγκης για βραχυπρόθεσμη επανεκπαίδευση, αλλά και επειδή οι μεγαλύτεροι πιθανοί κίνδυνοι για τους ηλικιωμένους εργαζόμενους στην έκθεση στον ιό.

Τέλος αναφέρονται περιπτώσεις με ασκούμενους με γρήγορη εκπαίδευση κοντά στο τέλος των φοιτητικών προγραμμάτων τους, όπου είναι μια άλλη κοινή στρατηγική. Των χωρών Στην Αυστραλία, για παράδειγμα, φοιτητές νοσηλευτικής προσλήφθηκαν ως βοηθοί νοσηλευτές για να ελευθερώσουν εγγεγραμμένο χρόνο νοσηλευτικής για να αντιμετωπίσουν πιο οξείες περιπτώσεις. Στη Γερμανία, ύστερα από πρόσκληση από την ομοσπονδιακή ένωση φοιτητών ιατρικής, πάνω από 20.000 φοιτητές ιατρικής έχουν εγγραφεί για να εργαστούν στην κλινική πρακτική μέχρι τα τέλη Μαρτίου. Στις Κάτω Χώρες, οι φοιτητές ιατρικής υποστήριξαν πρακτικές ιατρούς και παρείχαν πληροφορίες υγείας στον γενικό πληθυσμό. Οι εκπαιδευόμενοι έχουν επίσης προσφερθεί εθελοντικά, όπως για παράδειγμα στην Τζαμάικα, για να βοηθήσουν στη στήριξη των εργαζομένων στην πρώτη γραμμή υγείας παρέχοντας φροντίδα παιδιών (OECD, 2020).

3.4 Η Ανταπόκριση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων στην Παροχή Υπηρεσιών Φροντίδας σε Ασθενείς με τον ιό covid-19 Καθώς και Σχετικές Ελλείψεις σε Νοσοκομειακές Κλίνες και ΜΕΘ

Θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει πως με την έναρξη της πανδημίας, ορισμένα συστήματα υγείας δεν διέθεταν επαρκή νοσοκομειακά κρεβάτια, εξοπλισμό, προμήθειες και φάρμακα για τη θεραπεία των ασθενών, αλλά οι πολιτικές για την αύξηση των εξόδων για την υγεία βοήθησαν τα νοσοκομεία να ανταπεξέλθουν στην τεράστια πίεση και τις κυβερνήσεις να βρουν καινοτόμες λύσεις, ιδιαίτερα για μονάδες εντατικής θεραπείας (OECD, 2020).

Ενώ λοιπόν η ο ιός τοποθέτησε τις προσφερόμενες υπηρεσίες περίθαλψης σε σοβαρές πιέσεις, όπου η επιρροή του ιού στα διάφορα νοσοκομεία, θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντικός. Σε αυτό το σημείο η ιδιαίτερη αύξηση ζήτησης κρεβατιών για τους πολίτες, είναι μια χρήσιμη γενική πληροφόρηση της σχετικής ικανότητας των διαφόρων νοσοκομείων να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις αυξήσεις της ζήτησης (OECD, 2020).

Σχετικά με τις υπάρχουσες ικανότητες, η χώρα της Γερμανίας κατείχε τα περισσότερα νοσοκομειακά κρεβάτια κατά κεφαλή το 2018, με 8 κρεβάτια ανά 1.000 άτομα πληθυσμό, όπου ακολουθούσαν οι χώρες της Αυστρίας και Βουλγαρίας. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ευρωπαϊκών χωρών κατέχουν από τρία (3) έως επτά (7) νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1.000 άτομα πληθυσμό, ωστόσο η ποσότητά τους είναι μικρότερη στις χώρες της Δανίας, Σουηδίας, Ισλανδίας και Αγγλίας. Τα ποσοστά πληρότητας κρεβατιών, παρέχουν συμπληρωματικές πληροφορίες για την ανάλυση της χωρητικότητας του νοσοκομείου, με υψηλά ποσοστά πληρότητας που είναι αναλογικά ενός συστήματος υγείας με περιορισμένη ικανότητα αντιμετώπισης απροσδόκητων αυξήσεων σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία (OECD, 2020).

Ως εκ τούτου, θα πρέπει να σημειωθεί πως οι εθνικοί μέσοι όροι *κρύβουν* μεγάλες διακυμάνσεις στα ποσοστά πληρότητας νοσοκομειακών κρεβατιών εντός των χωρών, καθώς και κυκλικές διαφορές καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, πράγμα που σημαίνει ότι τα ποσοστά πληρότητας μπορούν να φτάσουν ή ακόμη και να ξεπεράσουν το

100% σε ορισμένα νοσοκομεία κατά τις περιόδους αιχμής. Ενώ η γενική χωρητικότητα των νοσοκομειακών κρεβατιών έχει ιδιαίτερη σημασία, η χωρητικότητα της εκάστοτε μονάδας εντατικής θεραπείας (ICU) είναι υψίστης σημασίας για τις χώρες, όπως άλλωστε μαρτυράται στις μέρες μας στην Ελλάδα, η οποία διέρχεται το τρίτο κύμα του ιού.

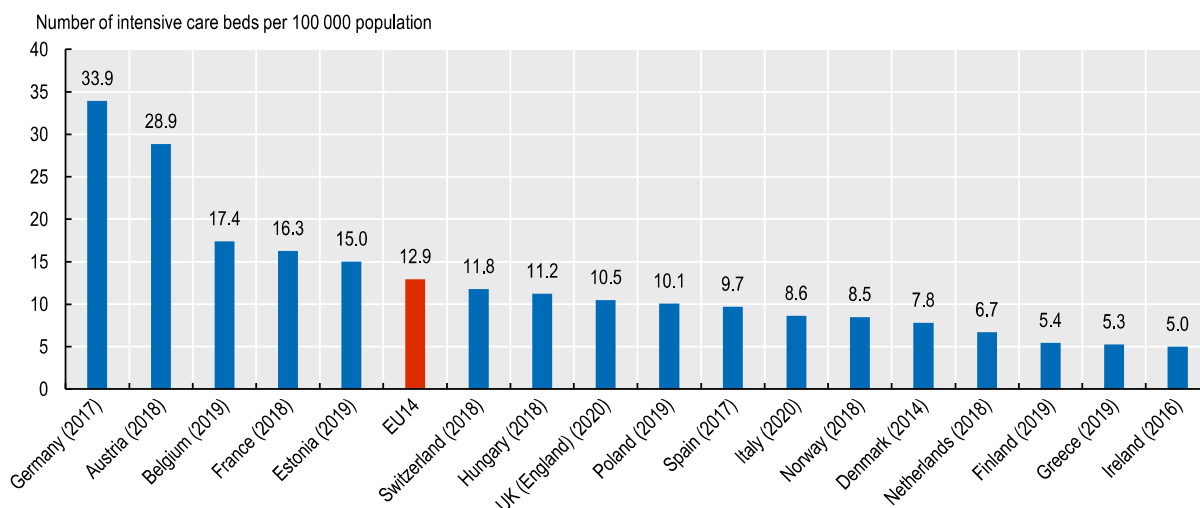
Αυτό συμβαίνει επειδή ένα ορισμένο ποσοστό ασθενών που έχουν προσβληθεί από τον ιό covid-19, θα αναπτύξει μια σοβαρή μορφή της νόσου που απαιτεί φροντίδα σε επίπεδο ICU. Ο αριθμός των κλινών ICU - οι οποίοι συνήθως είναι εξοπλισμένοι με συσκευές όπως αναπνευστήρες και εξοπλισμό παρακολούθησης - είναι επομένως ένας σημαντικός δείκτης της ικανότητας ενός συστήματος υγείας να ανταποκρίνεται σε μια κρίση όπως αυτή.

Εκτός από τις σχετικές διαφορές, τα πλέον νεότερα δεδομένα στα κοινά στοιχεία αναφέρουν πως ο αριθμός κλινών σε ICU σε 17 ευρωπαϊκές χώρες κυμαινόταν από 34 κρεβάτια ICU ανά 100.000 άτομα στη χώρα της Γερμανίας, έως 5 κρεβάτια ICU ανά 100.000 άτομα στη χώρα της Ιρλανδίας (Σχήμα Νο.1.15). Αυτά τα δεδομένα σχετικά με τη συνολική χωρητικότητα νοσοκομειακών κρεβατιών και τα κρεβάτια ICU στα νοσοκομεία, παρέχουν μια ένδειξη της βασικής χωρητικότητας των ευρωπαϊκών χωρών πριν από την κρίση (OECD, 2020).

Ακόμα κι αν παραμείνει κάποια χωρητικότητα σε εθνικό επίπεδο, αυτοί οι αριθμοί δείχνουν ότι η χωρητικότητα της τοπικής ΜΕΘ στις περιοχές που έχουν πληγεί περισσότερο από αυτές τις χώρες, είναι υπερβολικά μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια των επόμενων επιδημιολογικών κυμάτων του ιού στις χώρες. Για παράδειγμα, στη Γαλλία, η χωρητικότητα ICU σχεδόν επιτεύχθηκε στην ευρύτερη περιοχή του Παρισιού και στην ανατολική περιοχή, αλλά παρέμεινε σχεδόν ανέγγιχτη στις περισσότερες άλλες περιοχές. Αντίθετα, οι ασθενείς με covid-19, κατείχαν λιγότερο από το 15% των τακτικών κλινών ICU πριν από την κρίση στην Αυστρία και την Ουγγαρία την χειρότερη ημέρα της επιδημίας σε αυτές τις χώρες.

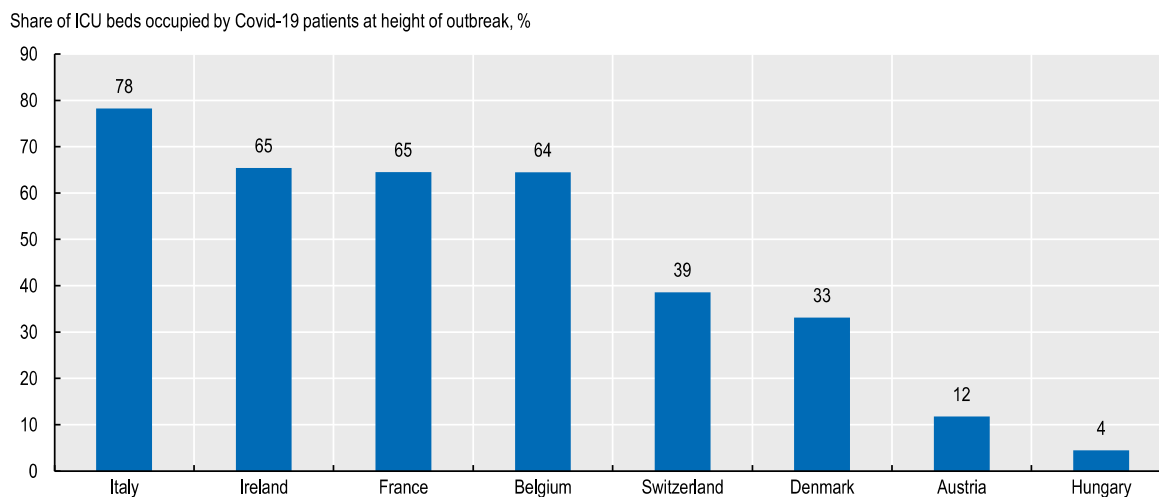
Σχήμα Νο.1.15 και 1.16 -Διαθέσιμα Κρεβάτια ΜΕΘ πριν τον Ιό covid-19 το 2017 έως 2018 Καθώς και Διαθέσιμα Κρεβάτια ΜΕΘ μετά τον Ιό covid-19 σε Πληθυσμό ανά 100.000 άτομα

Figure 1.15. Intensive care capacity – ICU beds before the COVID-19 crisis, latest year available



Πηγή - OECD (2020)

Figure 1.16. Estimated ICUs capacity to cope with the surge in COVID-19 patients during the first wave of the pandemic in 2020 (selected countries)



Πηγή - OECD (2020)

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία λοιπόν και σε απάντηση αυτής της πίεσης στα νοσοκομεία μετά τον ιό covid-19, και ιδίως στις κλίνες ICU, ποικίλες ευρωπαϊκές χώρες έχουν εφαρμόσει πολιτικές για την αύξηση παροχής εξειδικευμένες φροντίδας στους ασθενείς.

Επίσης πολλές ευρωπαϊκές χώρες συνέβαλαν στην επιλεκτική επέμβαση ασθενών με σκοπό να ελευθερώσουν ένα μέγιστο αριθμό νοσοκομειακών κρεβατιών για να αντιμετωπίσουν την πανδημία. Τέτοιες πολιτικές έχουν αυξήσει σημαντικά την ικανότητα αύξησης σε αρκετές χώρες. Για παράδειγμα, το Βέλγιο δημιούργησε επιπλέον 759 μονάδες ICU (δηλαδή επιπλέον 6,6 ανά 100.000 άτομα πληθυσμού) από την έναρξη του ιού covid-19, στην Ιρλανδία άλλα 399 κρεβάτια ICU (δηλαδή επιπλέον 8,1 ανά 100.000 άτομα πληθυσμού). Στην περιοχή της Λομβαρδίας της Ιταλίας, η μετατροπή των νοσοκομειακών θαλάμων σε ICU, αύξησε τη χωρητικότητα κατά 376 κρεβάτια (Τούντας, και συν., 2020).

Μια επίμονη πρόκληση, ωστόσο, ήταν ο τρόπος επαρκούς στελέχωσης πρόσθετων ΜΕΘ, με την επακόλουθη επίδραση των μη χρησιμοποιούμενων κλινών ICU. Σε γενικές γραμμές, οι τέσσερις ευρείες πολιτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν με στόχο τη της μέγιστη διαθεσιμότητα των κλινών ΜΕΘ, ήταν οι εξής:

- ✓ Η συστηματική μετατροπή άλλων κλινικών θαλάμων σε ΜΕΘ.
- ✓ Τη λειτουργία σε νοσοκομεία αναφοράς σε ασθενείς τον ιό covid-19.
- ✓ Η μεταφορά ασθενών σε σχετικά σημεία με σχετική πλεονασματική χωρητικότητα
- ✓ Συνεργασίες με διοικήσεις ιδιωτικών νοσοκομείων.

Ταυτόχρονα θα πρέπει να σημειωθεί πως οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προσαρμόστηκαν ταχέως σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες για να βελτιώσουν την καταγραφή των ασθενών με τον ιό covid-19. Η απόκτηση του απαραίτητου εξοπλισμού, προμηθειών και φαρμάκων έχει επίσης αποδειχθεί μια βασική πρόκληση, ιδιαίτερα στις αρχές της κρίσης. Δίπλα στα κρεβάτια (γενικά και ICU κρεβάτια), τα νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγείας απαιτούν επαρκή ιατρικό εξοπλισμό, προμήθειες και φάρμακα.

Ωστόσο, η αγορά και διανομή τέτοιων αντικειμένων υπό συνθήκες, εξαιρετικά επείγουσας ανάγκης και αβεβαιότητας, είναι δύσκολη - με κινδύνους ελλείψεων, οι χώρες έχουν αναφέρει αυξημένες ελλείψεις κρίσιμων ιατρικών προμηθειών και προϊόντων. Για παράδειγμα, σε ένα δείγμα 14 χωρών του ΟΟΣΑ, ο αριθμός των

κοινοποιήσεων για αναμενόμενες ή πραγματικές ελλείψεις φαρμάκων αυξήθηκε κατά περισσότερο από 60% μεταξύ του 2017 και του 2019 (ΟΟΣΑ 2020).

3.5 Μέτρα Πρόληψης και Ελέγχου Μετάδοσης του Ιού σε Υγειονομικούς και Μη Χώρους

Ως προς τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου μετάδοσης σε υγειονομικούς και μη χώρους, θα μπορούσε να σημειωθεί πως οι διάφορες ανά τον κόσμο χώρες έχουν λάβει μέτρα για τον μετριασμό του αντίκτυπου του τον ιό covid-19, τόσο στους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας όσο και στους εργαζομένους σε αυτούς (ΟΟΣΑ, 2020). Αυτό περιλαμβάνει μέτρα για την προστασία των ανθρώπων από τη μόλυνση του ιού, αλλά και προσπάθειες για τη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι οι πολιτικές αντιδράσεις στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, θα μπορούσαν να είναι γρηγορότερες, με τις χώρες να εστιάζουν συχνά πρωτίστως στα νοσοκομεία. Για παράδειγμα, στη Γαλλία, την Ιταλία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία), υπήρχε μια καθυστέρηση τουλάχιστον δύο μηνών μεταξύ των πρώτων αναφερόμενων περιπτώσεων ασθενών με τον ιό covid-19 και της έκδοσης κατευθυντήριων γραμμών για την πρόληψη μόλυνσης σε ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ορισμένες χώρες αύξησαν τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας για να καλύψουν το αυξημένο κόστος που προκαλείται από την πανδημία. Για παράδειγμα, στην Αυστρία, ένα ειδικό κονδύλιο ύψους 100 εκατομμυρίων ευρώ μεταφέρθηκε στα ομόσπονδα κράτη για πρόσθετες δαπάνες σε νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των πληρωμών επιπλέον χρημάτων για το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η Γαλλία ανακοίνωσε επίσης υποστήριξη με τη μορφή μόνους για τους εργαζομένους και τα ιδρύματα αποζημίωσης για ορισμένα από τα αυξημένα κόστη που προκαλούνται από τον ιό covid-19. Στη Γερμανία, η πρόσθετη οικονομική υποστήριξη για τα νοσοκομειακά ιδρύματα, περιελάμβανε τη χρηματοδότηση της αύξησης των ελάχιστων μισθών στον τομέα και τα επιδόματα για τους εργαζόμενους

σε αυτά. Η Αυστρία, η Ουγγαρία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Λετονία, οι Κάτω Χώρες, η Σλοβενία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αύξησαν τον αριθμό προσωπικού για την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω αυξημένης χρηματοδότησης ή ανακατανομής νοσηλευτικού προσωπικού. Προσφέρθηκε επίσης ψυχολογική υποστήριξη στο νοσηλευτικό προσωπικό φροντίδας του σπιτιού.

Όσον αφορά τον περιορισμό της εξάπλωσης λοιμώξεων, τουλάχιστον 17 από 31 ευρωπαϊκές χώρες εφάρμοσαν περιορισμούς με τη μορφή μέτρων απομόνωσης και περιορισμένες επισκέψεις σε κατοίκους σε ιδρύματα νοσηλευτικής φροντίδας. Για παράδειγμα, η Αυστρία, η Ουγγαρία, η Ιταλία και η Σλοβενία απαγόρευσαν πλήρως όλες τις επισκέψεις σε κάθε σπίτι. Η Ιρλανδία και η Πορτογαλία ανέστειλαν όλες τις επισκέψεις εκτός από τις ειδικές άδειες για να επισκέπτονται άτομα που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Ορισμένα γηροκομεία περιόρισαν επίσης τις ομαδικές δραστηριότητες, για παράδειγμα στη Γαλλία και την Ισπανία, αν και αυτοί οι περιορισμοί χαλαρώθηκαν σε μεταγενέστερο στάδιο.

Οι δραστηριότητες ημερήσιας φροντίδας και η κατ'οίκον φροντίδα, ήταν επίσης συχνά πιο περιορισμένες από ό,τι πριν από την πανδημία. Καταβλήθηκαν ευρέως προσπάθειες για την απομόνωση των κατοίκων που έχουν μολυνθεί από τον ιό, στο μέτρο του δυνατού, δεδομένης της πρόκλησης της απομόνωσης των κατοίκων που ζουν σε συλλογικές κατοικίες με περιορισμένη πλεονάζουσα χωρητικότητα. Στην Τσεχική Δημοκρατία, για παράδειγμα, οι εγκαταστάσεις παροχής φροντίδας υγείας, ήταν υποχρεωμένες να διατηρήσουν το 10% της ικανότητάς τους να φιλοξενήσουν ύποπτα ή μολυσμένα περιστατικά με τον ιό covid-19.

Ωστόσο, αυτοί οι περιορισμοί δεν εφαρμόστηκαν πάντα εγκαίρως. Για παράδειγμα, σε σύγκριση με το πότε οι χώρες εφάρμοσαν το κλείσιμο δημόσιων χώρων, υπήρχε καθυστέρηση άνω των τεσσάρων εβδομάδων στην εισαγωγή περιορισμών στη Σλοβακική Δημοκρατία και το Ηνωμένο Βασίλειο (OECD, 2020).

Ο τομέας παροχής υπηρεσιών, δεν είχε προτεραιότητα σε όλη την Ευρώπη τις πρώτες ημέρες της πανδημίας. Ομοίως, χρειάστηκε χρόνος για τις χώρες να βελτιώσουν την πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υπηρεσιών υγείας. Καθώς οι χώρες κατάφεραν να μετριάσουν τις αρχικές ελλείψεις, οι περισσότερες χώρες εξασφάλισαν την πρόσβαση

σε αυτές για τους εργαζομένους κοινωνικής μέριμνας μέσω πρόσθετων κεφαλαίων ή απευθείας διανομής σε σημεία ανάγκης. Στη Γαλλία, για παράδειγμα, η κυβέρνηση έστειλε μάσκες απευθείας σε εργαζόμενους στις σχετικές υπηρεσίες υγείας. Στη Γερμανία, πολλά κράτη διευκόλυναν τη διανομή μασκών και ειδών για τους παρόχους φροντίδας.

Η διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας, έχει επίσης αποδειχθεί πρόκληση. Το κλείσιμο της ημερήσιας φροντίδας, η μειωμένη διαθεσιμότητα της κατ'οίκον φροντίδας και η απουσία κάποιου προσωπικού στο τομέα της υγείας, έχουν διαταράξει τη φροντίδα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, μεταξύ των ηλικιωμένων που χρειάζονται υποστήριξη με δύο ή περισσότερες δραστηριότητες καθημερινής ζωής, ένας στους δέκα ανέφερε ότι έλαβε λιγότερη βοήθεια από ό, τι πριν από την πανδημία (Evandrou et al., 2020). Συνδυαστικά, αυτοί οι παράγοντες τοποθέτησαν ένα επιπλέον βάρος στους άτυπους φροντιστές.

Πίνακας Νο.1.6. Επισκόπηση των πολιτικών που εφαρμόζονται για την προστασία των αποδεκτών και των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας από τον ιό COVID-19 και για τη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας ηλικιωμένων κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας

| Country | Improve access to PPE (funding or direct distribution) | Prioritised testing of care home residents and staff | Restrictions within facilities (restricted visits, isolation measures) | Boosting staff numbers (funding or staff redeployment) | Expanded telehealth services |
|-----------------|--|--|--|--|------------------------------|
| Austria | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Belgium | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Bulgaria | | | | | |
| Croatia | | | | | |
| Cyprus | | | | | |
| Czech Republic | ✓ | | ✓ | | ✓ |
| Denmark | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Estonia | | | | | ✓ |
| Finland | | | ✓ | | ✓ |
| France | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Germany | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Greece | ✓ | | ✓ | | ✓ |
| Hungary | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| Iceland | | | | | |
| Ireland | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Italy | | | ✓ | ✓ | |
| Latvia | ✓ | | | ✓ | |
| Lithuania | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Luxembourg | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Malta | | | | | |
| Netherlands | | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Norway | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Poland | ✓ | | ✓ | | ✓ |
| Portugal | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Romania | | | | | |
| Slovak Republic | | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Slovenia | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Spain | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| Sweden | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Switzerland | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| United Kingdom | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Πηγή OECD (2020)

Τα μέτρα για τον περιορισμό του ιού έχουν επίσης κάνει τους παραλήπτες υπηρεσιών υγείας, ακόμη πιο κοινωνικά απομονωμένους, με δυνητικά σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία. Ωστόσο, υπάρχουν μερικά παραδείγματα χωρών που έχουν χρησιμοποιήσει ψηφιακές τεχνολογίες για τη διατήρηση της απαραίτητης κλινικής και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και για τον περιορισμό της κοινωνικής απομόνωσης διευκολύνοντας την εικονική επαφή με τις οικογένειες. Για παράδειγμα,

στην Αγγλία οι εργαζόμενοι κοινωνικής φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να συνδεθούν χρησιμοποιώντας ειδικά ψηφιακά εργαλεία και οι κάτοικοι σε εγκαταστάσεις υπηρεσιών υγείας, έχουν την επιλογή τηλεδιαβουλεύσεων (OECD, 2020).

Η Γερμανία, η Αυστρία και η Ιταλία έχουν επίσης προωθήσει την παροχή φροντίδας εξ αποστάσεως μέσω ψηφιακών μέσων (Comas-Herrera, Ashcroft και Lorenz-Dant, 2020). Παρόλο που η τηλεθεραπεία δεν μπορεί να αντικαταστήσει όλη την απαιτούμενη φροντίδα, οι αξιολογήσεις που βασίζονται στην τηλεϊατρική και το smartphone φαίνεται ότι βοήθησαν στην απομακρυσμένη παρακολούθηση και φροντίδα για άτομα με άνοια ή άλλες γνωστικές διαταραχές (Cuffaro et al., 2020). Όσον αφορά την παρηγορητική φροντίδα, η Αυστρία, η Γαλλία, η Ιταλία και η Ισπανία παρείχαν οδηγίες για τη διαχείριση των συμπτωμάτων σε μια περίοδο περιορισμένης χωρητικότητας και τρόπους για να βοηθήσουν τους ασθενείς να διατηρήσουν την εικονική επαφή με τις οικογένειες.

**Πίνακας Νο.2 Χρόνος εφαρμογής των περιορισμών παροχής υπηρεσιών υγείας
(μεταξύ των χωρών που θεσπίζουν περιορισμούς)**

| Country | Date restrictions introduced for long-term care | Introduced before, after, or same day as closure of public spaces? | Difference (days) |
|-----------------|---|--|-------------------|
| Austria | 21 March | After | 5 |
| Belgium | 11 March | Before | -2 |
| Czech Republic | 18 March | After | 2 |
| Denmark | 18 March | Same day | 0 |
| France | 11 March | Before | -5 |
| Germany | 2 April | After | 17 |
| Hungary | 6 April | After | 24 |
| Ireland | 6 March | After | 5 |
| Italy | 6 March | Before | -4 |
| Luxembourg | 15 March | Before | -1 |
| Netherlands | 19 March | After | 7 |
| Norway | 6 March | Before | -6 |
| Portugal | 13 March | Same day | 0 |
| Slovak Republic | 7 May | After | 52 |
| Slovenia | 9 April | After | 25 |
| Spain | 24 March | After | 10 |
| Sweden | 30 March | (no closure of public spaces) | NA |
| Switzerland | 20 March | After | 4 |
| United Kingdom | 15 April | After | 30 |

Πηγή - OECD (2020)

Η Ελλάδα ανταποκρίθηκε γρήγορα και αποτελεσματικά στην πανδημία Covid-19 και ουσιαστικά έως τα τέλη Ιουνίου 2020, είχε καταφέρει να περιορίσει την εξάπλωση

των σχετικών λοιμώξεων, ωστόσο η οικονομία της χώρας έχει πληγεί σκληρά, προσθέτοντας μακροχρόνιες προκλήσεις, σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ τον Σεπτέμβριο του τρέχοντος έτους. Στην τελευταία οικονομική έρευνα της Ελλάδας τον μήνα Σεπτέμβριο 2020, ο ΟΟΣΑ αναφέρει ότι τα κυβερνητικά μέτρα για την ενίσχυση του συστήματος υγείας, τη στήριξη των επιχειρήσεων και των εισοδημάτων των ανθρώπων, πρέπει να συνεχιστούν, αλλά και να προσαρμοστούν καθώς εξελίσσεται η κατάσταση της πανδημίας (OECD, 2020).

Η βοήθεια των εργαζομένων και των επιχειρήσεων να μετακινηθούν από τους τομείς που έχουν πληγεί σοβαρά σε δραστηριότητες με τις καλύτερες ευκαιρίες ανάπτυξης θα είναι απαραίτητη, αναφέρει η έκθεση. Η αλλαγή αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει ενίσχυση της υποστήριξης αναζήτησης εργασίας και κατάρτισης, αναβάθμιση των δεξιοτήτων των εργαζομένων, ιδίως στις ψηφιακές τεχνολογίες, και διευκόλυνση της αναδιάρθρωσης των επιχειρήσεων. Η πανδημία κινδυνεύει να επιδεινώσει τα μακροχρόνια προβλήματα της Ελλάδας, αναφέρει η έρευνα (OECD, 2020).

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη τις αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας, ενώ η Ελληνική Κυβέρνηση παρακολουθούσε επίσης προσεκτικά την κατάσταση στη γειτονική Ιταλία, ήλπιζε να αποφύγει τα χειρότερα. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, το 2017, η Ελλάδα είχε 4,2 νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1.000 άτομα, σε σύγκριση με 6 ανά 1.000 άτομα στη Γαλλία. Μεταξύ 2009 και 2015, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ανά άτομο μειώθηκαν κατά 37,7% και έκλεισαν περισσότερο από το 20% των μονάδων εντατικής ή ειδικής φροντίδας (OECD, 2020).

Προκειμένου να ανταποκριθεί στην κρίση, το υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε ότι θα προσλάμβανε επιπλέον 4.200 γιατρούς και νοσοκομειακό προσωπικό. Ο αριθμός των κλινών εντατικής θεραπείας αυξάνεται από 565 στα τέλη Φεβρουαρίου σε 910 στα μέσα Μαρτίου, επιτυγχάνεται σε μεγάλο βαθμό μέσω της απόκτησης κλινών από ιδιωτικές κλινικές υγείας και στρατιωτικά νοσοκομεία. Στις 12 Μαρτίου, μετά τον πρώτο θάνατο του του ιού COVID-19 και με μόλις 117 περιπτώσεις στη χώρα, ελήφθησαν δραστικά μέτρα για την πρόληψη της εξάπλωσης του ιού σε σχολεία, πανεπιστήμια, κέντρα παιδικής μέριμνας, θέατρα και κέντρα αναψυχής. Δύο ημέρες

αργότερα, η Αθήνα κλείνει όλες τις μη απαραίτητες επιχειρήσεις (Tountas et al., 2020).

3.6 Η Ανταπόκριση της Ελληνικής Κυβέρνησης στην Εμφάνιση της Πανδημίας στη 1^η Φάση Προστασίας του Πληθυσμού

Καθώς η Ελλάδα ήταν μια από τις μεταγενέστερες χώρες της Ευρώπης που επλήγη από τον ιό COVID-19, με την πρώτη της υπόθεση ασθενούς να αναφέρεται στα τέλη Φεβρουαρίου, η χώρα είχε χρόνο να προετοιμαστεί ενάντια στην εξάπλωση του ιού. Όπως και στην Αυστρία, η ελληνική κυβέρνηση έλαβε δραστικά μέτρα μόλις εντοπίστηκαν οι πρώτες περιπτώσεις στη χώρα, όπως ακύρωση πολιτιστικών εκδηλώσεων, κλείσιμο σχολείων και απαγόρευση δημόσιων συγκεντρώσεων.

Στις 23 Μαρτίου 20, με μόνο 13 νεκρούς, οι αρχές διέταξαν γενικό lockdown. Λίγο αργότερα, από τον Απρίλιο 2020, τα αποτελέσματα ήταν, κατά μέσο όρο, ένα άτομο με τον ιό COVID-19 όπου μολύνθηκε από ένα άλλο άτομο. Λόγω της *εξασθενημένης* κατάστασης της υγειονομικής περίθαλψης μετά από δέκα χρόνια οικονομικής κρίσης και περιορισμών στον προϋπολογισμό, η ελληνική κυβέρνηση γνώριζε ότι έπρεπε να δράσει γρήγορα και να προετοιμάσει νοσοκομεία για την πανδημία.

Στην αρχή της επιδημίας, η Ελλάδα διέθετε μόνο 120 κρεβάτια για ασθενείς με ιό COVID-19, ενώ στα τέλη Σεπτεμβρίου, διέθετε 351, 4200 γιατρούς και προσλήφθηκαν επιπλέον υγειονομικό προσωπικό για την ενίσχυση του συστήματος. Η μεγαλύτερη βοήθεια όμως προς την καταπολέμηση του ιού και τον περιορισμό των θανάτων ήρθε από τους πολίτες που πειθάρχησαν στο lockdown της κυβέρνησης για την προστασία των ιδίων αλλά και των συμπολιτών τους.

Οι πολίτες εντάχθηκαν αμέσως σε αυτήν τη έκτακτη διαδικασία λήψης αποφάσεων και η συντριπτική πλειοψηφία τους συμμορφώθηκε με τις εντολές περιορισμού, ακόμη και κατά τη διάρκεια των εορτασμών του Πάσχα των Ορθοδόξων, της μεγαλύτερης θρησκευτικής εορτής στη χώρα κατά την οποία οι πιστοί συνήθως παρευρίσκονται στην εκκλησία και έχουν οικογενειακές συγκεντρώσεις. Πρόστιμα,

που ξεκίνησαν από 150 ευρώ για όλες τις μη εξουσιοδοτημένες κινήσεις, ήταν επίσης ένα σημαντικό αποτρεπτικό μέσο της κυκλοφορίας των πολιτών στους δρόμους.

3.6.1 Η Εξάπλωση του Ιού COVID-19 και Μέτρα Απαγόρευσης στη Χώρα με Σκοπό την Προστασία του Πληθυσμού

Οι πρώτες εμφανίσεις των υποθέσεων του ιού COVID-19 στην ελληνική επικράτεια, συνδέονταν με άτομα που είχαν ταξιδέψει στην Ιταλία εκείνη τη περίοδο. Στις 26 Φεβρουαρίου 2020, μια γυναίκα που επέστρεψε από επαγγελματικό ταξίδι στο Μιλάνο, βρέθηκε θετική στον ιό, στο νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Αυτή είναι η πρώτη γνωστή περίπτωση του ιού COVID-19 στην Ελλάδα, ακόμη και αν ορισμένοι επιδημιολόγοι πιστεύουν ότι άλλες μη εντοπισμένες περιπτώσεις είχαν εισέλθει στο παρελθόν στη χώρα.

Κάθε φορά που εμφανίζονταν ένα "κρούσμα", κυρίως στα βόρεια της Ελλάδας κοντά στην Καστοριά ή στην περιοχή του Έβρου, η κυβέρνηση απομόνωνε αμέσως τα χωριά αυτά. Ωστόσο, ο πρώτος θάνατος από τον ιό COVID-19 τελικά συνέβη στις 12 Μαρτίου στην Πάτρα, στη νότια Ελλάδα. Ο 66χρονος συνταξιούχος ήταν μέρος μιας ομάδας προσκυνητών που είχαν ταξιδέψει στο Ισραήλ. Η καμπύλη των υποθέσεων ασθενών του ιού COVID-19 στην Ελλάδα, δεν ήταν ποτέ τόσο εκθετική όσο και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο ο αριθμός των θανάτων δεν αυξήθηκε απότομα και τα νοσοκομεία δεν κατακλύστηκαν από ασθενείς στη πρώτη φάση της πανδημίας.

Επιπλέον, ενώ οι μάσκες προστασίας εξαντλήθηκαν κατά την έναρξη της επιδημίας, γρήγορα αποκαταστάθηκαν χάρη σε δωρεές από άλλες χώρες (Κίνα, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα) και από ιδιωτικά ιδρύματα πλοιοκτητών και επιχειρήσεων. Η Ελλάδα απέφυγε επίσης τα ποσοστά θανάτου που παρατηρήθηκαν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Στις 4 Μαΐου 2020, το ποσοστό θνησιμότητας του ιού COVID-19 στην Ελλάδα, ήταν 5,4%, σε αντίθεση με το μέσο παγκόσμιο ποσοστό 7,13% και περισσότερο από 18% στη Γαλλία. Ωστόσο, αυτά τα στοιχεία πρέπει να ληφθούν υπόψη με προσοχή, καθώς ο αριθμός των δοκιμών που πραγματοποιούνταν σε έναν πληθυσμό, ποικίλλει από τη μια χώρα στην άλλη. Στην Ελλάδα, τα τεστ εξέτασης για τον ιό COVID-19, ήταν περιορισμένες και αποτελούσαν αντικείμενο κριτικής. Στις 6

Μαΐου, πραγματοποιήθηκαν 8,35 δοκιμές για κάθε 1.000 άτομα στην Ελλάδα (Baeten et al., 2020).

Ωστόσο, η κυβέρνηση επιβεβαίωσε ότι έως και 500 κινητές ομάδες θα αναπτύσσονταν τις επόμενες εβδομάδες για να κάνουν τεστ στις ευάλωτες ομάδες και τα άτομα που ζούσαν σε κλειστές δομές (φυλακές, συνταξιοδοτικές κατοικίες), ως προτεραιότητα. Ο αριθμός των διασωληνωμένων ασθενών στα νοσοκομεία συνέχιζε να μειώνεται από τα μέσα Απριλίου 2020 και η κυβέρνηση μπορούσε να καταρτίσει ένα σχέδιο για τη μείωση των μέτρων lockdown, νωρίτερα από ό,τι σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Lionis et al., 2020).

Στην Ιταλία, χρειάστηκαν 18 ημέρες μετά τον πρώτο θάνατο προτού τεθούν σε εφαρμογή τέτοια μέτρα. Αυτά τα μέτρα lockdown, συνοδεύονται από το κλείσιμο των χερσαίων συνόρων της χώρας. Από τις 15 Μαρτίου, όλοι οι ταξιδιώτες που εισέρχονταν στη χώρα, έκαναν τεστ σε αεροδρόμια και μεταφέρονταν σε ξενοδοχεία. Οι ταξιδιώτες έπρεπε να υποβληθούν σε καραντίνα για 14 ημέρες σε δηλωμένη κατοικία. Οι πτήσεις προς και από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ισπανία, την Ιταλία και την Τουρκία αναστάλθηκαν από τις 23 Μαρτίου και μετά και οι αεροπορικές υπηρεσίες προς άλλους προορισμούς, μειώθηκαν σημαντικά (Lionis et al., 2020).

Στις 17 Μαρτίου, η κυβέρνηση εφάρμοσε επίσης αυστηρά μέτρα περιορισμού σε στρατόπεδα προσφύγων σε ολόκληρη τη χώρα. Επίσης, η κυβέρνηση εφάρμοσε επίσης αυστηρά μέτρα περιορισμού σε στρατόπεδα προσφύγων σε ολόκληρη τη χώρα. Οι εργαζόμενοι της βοήθειας δεν επιτρέπονταν πλέον να εισέρχονται σε στρατόπεδα, οι δραστηριότητες αναστάλθηκαν, ίσχυαν περιορισμοί για τον περιορισμό των ταξιδιών έξω από τα κέντρα και θεσπίστηκε βραδινή απαγόρευση κυκλοφορίας.

Τέλος, πολλές ΜΚΟ φοβούνταν ότι ο υπερπληθυσμός και η έντονη έλλειψη υγιεινής στα νησιά του Αιγαίου, θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε καταστροφή. Στο στρατόπεδο της Λέσβου της Μόριας, το οποίο χτίστηκε για 2.880 άτομα, περισσότεροι από 20.000 αιτούντες άσυλο ζούσαν με περιορισμένη πρόσβαση σε νερό, εγκαταστάσεις υγιεινής και υγειονομική περίθαλψη.

3.6.2 Κινήσεις από Μέρους της Ελληνικής Κυβέρνησης για την Αντιμετώπιση της Πανδημίας COVID-19 και την Ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Πρώτη και Δεύτερη Φάση της Πανδημίας

Αποτελεί γεγονός στις μέρες μας, πως η εν λόγω επιδημία του ιού Covid-19, έχει αποδειχθεί ότι επιταχύνει την ανάγκη για γρήγορες αντιδράσεις σε μακροχρόνιες συστηματικές ελλείψεις, λαμβανόμενες ως ενδημικές στη δομή του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η ταχεία και εστιασμένη ανταπόκριση με τη σειρά της, βελτίωσε τη συνολική ικανότητα και τις δυνατότητες υπηρεσιών του συστήματος με παράδοση σε αυτούς που είναι πιο ευάλωτοι, αποτελεσματικότητα στην κινητοποίηση και *συντήρηση* βασικών υπηρεσιών υγείας στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού στην Ελλάδα (Tountas et al., 2020).

Στις δυο πρώτες φάσεις της επιδημίας η Ελλάδα διαχειριστικέ εξαιρετικά την κρίση δημιουργήθηκαν 13 νοσοκομεία αναφοράς και 4 νοσοκομεία αποκλειστικά για νοσηλεία COVID 19. Έχουν επίσης οριστεί θάλαμοι απομόνωσης, και σε κάθε Περιφερειακή Αρχή Υγείας (υπάρχουν 7 συνολικά θάλαμοι που περιλαμβάνουν τόσο υπηρεσίες πρωτοβάθμιας όσο και δευτεροβάθμιας υγείας σε όλη τη χώρα) καθώς επίσης υπάρχει τουλάχιστον ένα νοσοκομείο αναφοράς με θάλαμο απομόνωσης αρνητικής πίεσης (Baeten et al., 2020).

Επίσης, σε αυτή τη δεύτερη φάση της πανδημίας στην Ελλάδα, έχουν οριοθετηθεί συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα για την αγορά υπηρεσιών εντατικών μονάδων διασωλήνωσης ασθενών του ιού (ICU) από τον ιδιωτικό τομέα, ώστε να χρησιμοποιούνται όποτε κρίνεται απαραίτητο για την κάλυψη πιθανών μελλοντικών αναγκών νοσηλείας COVID-19. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης και ως προς τις εντατικές μονάδες νοσηλείας ασθενών με τον ιό από τον ΕΟΠΥΥ (Lionis et al., 2020). Το κόστος αποζημίωσης ανέρχεται σε 800 ευρώ ανά υπάρχον κρεβάτι και 1600 ευρώ ανά κρεβάτι, μόνο για τα επιπλέον κρεβάτια εντατικών μονάδων διασωλήνωσης ασθενών του ιού που έχουν ζητηθεί από ιδιωτικές κλινικές (αύξηση χωρητικότητας 40%) για την κάλυψη πιθανών μελλοντικών αναγκών νοσηλείας COVID-19 (Tountas et al., 2020).

Οι ασθενείς που θα νοσηλευτούν σε ιδιωτικά νοσοκομεία, δεν θα υποβληθούν σε συγχρηματοδότηση. Υπάρχει ένα σχέδιο έκτακτης ανάγκης σε περίπτωση που οι περιπτώσεις COVID-19 αυξηθούν δραματικά, πράγμα που συνεπάγεται την απαίτηση ιδιωτικών κλινικών (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός ατομικής προστασίας, φαρμακευτικά προϊόντα και προσωπικό). Στις 19 Νοεμβρίου 2020 ωστόσο, η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε στην εξαγορά δύο ιδιωτικών κλινικών στη Θεσσαλονίκη, μετά την άρνηση των ιδιωτικών νοσοκομείων να παρέχουν 200 κρεβάτια στο σύστημα δημόσιας υγείας για τη θεραπεία ασθενών με COVID-19 (Lionis et al., 2020).

Έως σήμερα βέβαια τα δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης και άλλων περιοχών της Βόρειας Ελλάδας, αγωνίζονται να αντιμετωπίσουν την εισροή ασθενών με COVID-19, παρά το γεγονός ότι, μέσα σε ένα μήνα, τα κρεβάτια εντατικών μονάδων διασωλήνωσης ασθενών του ιού που προορίζονται για ασθενείς με COVID-19 στην πόλη της Θεσσαλονίκης, σχεδόν αυξήθηκαν πέντε φορές (από 43 στις 23.10. 2020 έως 201 στις 23.11.2020) και τα νοσοκομειακά κρεβάτια ειδικά για τον COVID-19 σχεδόν τριπλασιάστηκαν (από 498 στις 23.10.2020 σε 1.420 στις 23.11.2020), ανταποκρινόμενοι στις αυξανόμενες ανάγκες (Lionis et al., 2020).

Επίσης, η απόφαση στρατολόγησης των δύο νοσοκομείων για δύο εβδομάδες στο εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδος, σημαίνει ότι το κράτος αναλαμβάνει τη διοικητική διαχείριση ολόκληρου του χώρου των εγκαταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων όλων των κλινικών των ιδιωτικών κλινικών, εκτός από τη διοικητική επίβλεψη του προσωπικού, η οποία θα προσφέρει τις υπηρεσίες τους στο ευρύ κοινό (Baeten et al., 2020).

Στο πλαίσιο αυτό, για πρώτη φορά, στις 26 Νοεμβρίου 2020, τρεις ασθενείς με COVID-19 από τη Βόρεια Ελλάδα, μεταφέρθηκαν αεροπορικώς σε νοσοκομεία στην Αθήνα, λόγω υπερβολικής πίεσης στα νοσοκομεία και της χωρητικότητας της ΜΕΘ. Οι ασθενείς μεταφέρθηκαν σε κάψουλες απομόνωσης με C-130 από την Ελληνική Πολεμική Αεροπορία. Έτσι λοιπόν, σε μια προσπάθεια ενίσχυσης της συμβολής της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη διαχείριση της επιδημίας, πέντε (5) κέντρα υγείας στην Αττική (Περιφέρεια Πρωτεύουσας) έχουν αφιερώσει τη λειτουργία τους σε ασθενείς με COVID-19, με πιθανή επέκταση σε αγροτικά κέντρα υγείας.

Σε αυτό το πλαίσιο, δημιουργήθηκε ένα ηλεκτρονικό μητρώο για την παρακολούθηση ασθενών που έχουν διαγνωστεί με COVID-19 και για τη διασφάλιση της συνέχειας της περίθαλψης. Παρά το γεγονός ότι η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί στο μέγιστο των δυνατοτήτων της και αναφέρονται προβλήματα πρόσβασης, συνέχειας της φροντίδας και συντονισμού, ο ρόλος της ενισχύθηκε κατά τη διαχείριση της πανδημίας μέσω των ακόλουθων δράσεων:

- ✓ Έγκαιρη ανίχνευση και διαχείριση πιθανών περιπτώσεων COVID-19 (με ήπια συμπτώματα που δεν απαιτούν νοσηλεία) σε ειδικά κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ Παραπομπή από πρωτοβάθμια σε εξειδικευμένη φροντίδα όσων χρειάζονται νοσηλεία.
- ✓ Βοήθεια σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ή οξείες ασθένειες που δεν σχετίζονται με το COVID-19 στις υπόλοιπες (εκτός COVID-19) εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- ✓ Ελαχιστοποίηση κινδύνου έκθεσης ασθενών και ιατρικού προσωπικού στο SARS-CoV-2 σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.

Ωστόσο το Σχέδιο Δράσης, που ανακοινώθηκε στις 3 Απριλίου 2020, είχε δύο βασικούς στόχους:

1. Τη λειτουργία καθορισμένων κέντρων υγείας COVID-19 σε 24ωρη βάση αποκλειστικά για τον έλεγχο και τη διαχείριση ασθενών με COVID-19 που δεν χρειάζονται νοσοκομειακή παραπομπή.
2. Τη μετατροπή ορισμένων κέντρων υγείας σε κέντρα υγείας 24 ωρών αφιερωμένα στη φροντίδα ασθενών με μη COVID-19 με χρόνιες παθήσεις, διαχείριση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και επικοινωνία με εγγεγραμμένους ασθενείς που βρίσκονται σε απομόνωση στο σπίτι.

Εκτός από τα προαναφερθέντα, στις αρχές Οκτωβρίου 2020, το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε την επιχειρησιακή επέκταση 185 Κέντρων Υγείας και 42 Περιφερειακών Κλινικών, ώστε να συμπεριληφθεί η διαχείριση περιπτώσεων πολιτών με συμπτώματα κορωνοϊού. Η ενεργοποίηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη

μάχη κατά της πανδημίας, αναμένεται να αποσυμφορηθεί σε μεγάλο βαθμό Νοσοκομεία, ειδικά τα Νοσοκομεία αναφοράς COVID-19 (EODDY, 2021).

4. Κεφάλαιο Τέταρτο – Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα

4.1 Εισαγωγή

Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα, ανέρχονται στο 5% του ΑΕΠ, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ 7,2%. Οι επίσημες ή άτυπες πληρωμές εκτός τσέπης, αποτελούν το 35% των συνολικών δαπανών για την υγεία, υπερδιπλασιάζοντας τον μέσο όρο της ΕΕ (15%). Το μεγαλύτερο μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία (πάνω από 90%) για ιδιωτικά αγορασμένες υπηρεσίες και όχι για πληρωμές (OECD, 2017).

Το ελληνικό σύστημα υγείας ορίζεται από μια σχετικά αδύναμη πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, όσον αφορά την πρόσβαση, την ένταξη στη φροντίδα και τη συνέχεια στη φροντίδα (Kringos et al. 2013). Το ένα έως τα δύο τρίτα των ασθενών παρίστανται σε τμήματα έκτακτης ανάγκης νοσοκομείου με προβλήματα που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Tountas et al. 2020). Παρά τις πολλές προσπάθειες, από τις αρχές της δεκαετίας του 2000, για την ενίσχυση και την τυποποίηση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, η Ελλάδα εξακολουθεί να αγωνίζεται να επιτύχει ένα βιώσιμο μοντέλο ολοκληρωμένων υπηρεσιών με βάση την πολιτική (Sifaki-Pistolla et al. 2017).

4.2 Διαχείριση Ατόμων στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ως προς τον Ιό Covid-19

Από το 2010, το σύστημα δημόσιας υγείας έχει επηρεαστεί σοβαρά από τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόζει η Τρόικα. Υψηλά επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών για την υγεία αναφέρθηκαν μεταξύ των ανέργων (21,5%) και εκείνων των ομάδων χαμηλού εισοδήματος (34,3% στο χαμηλότερο εισόδημα έναντι 0,4% στο πεμπτημόριο υψηλότερου εισοδήματος) (Baeten et al. 2018). Σε αυτό το πλαίσιο, η κυβέρνηση επικεντρώθηκε εκ νέου στις προσπάθειές της για τη βελτίωση των εθνικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, θεσπίζοντας δύο νομοθετικές πράξεις το 2014 και το 2017, με έμφαση στην αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και στην καθιέρωση οικογενειακών ιατρικών οδών φροντίδας. Επιπλέον, το 2016, η κάλυψη της υγείας επεκτάθηκε στους ανασφάλιστους (περίπου 2,2 εκατομμύρια), οι οποίοι ωστόσο συνέχισαν να έχουν πρόσβαση κυρίως σε υπηρεσίες υγείας που βασίζονται σε νοσοκομεία (ΟΟΣΑ, 2017).

Η συμμετοχή των πολιτών στο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, οφείλεται στην «υποχρεωτική» εγγραφή σε έναν οικογενειακό ιατρό (γενικό ιατρό, παθολόγο, παιδίατρο) που λειτουργεί σε οποιαδήποτε από τις εγκαταστάσεις της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ή με συμβασιούχους ιδιωτικούς επαγγελματίες. Ωστόσο, λόγω της ανεπαρκούς χρηματοδότησης του συστήματος, μόνο το 20% του πληθυσμού καταγράφηκε.

Σύμφωνα με το γεγονός πως η Ελλάδα προέρχεται από μια περίοδο μεγάλης οικονομικής και σχετικά κοινωνικής κρίσης (Tsobanoglou, 2014), το σύστημα της δημόσιας περίθαλψης υγείας, αναφέρεται το «ξέσπασμα» του ιού. Η πρώτη περίπτωση του ιού COVID-19 διαγνώστηκε στην Ελλάδα στις 26 Φεβρουαρίου. Την 1η Μαρτίου, το πρώτο μέτρο που έλαβε η ελληνική κυβέρνηση, η ακύρωση των καρναβαλιών, θεωρήθηκε από το κοινό ως υπερβολικό, δεδομένου ότι εκείνη την εποχή μόνο επιβεβαιώθηκαν τρεις περιπτώσεις του ιού COVID-19. Στις 10 Μαρτίου 2020, με 89 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 0 θανάτους, όλα τα σχολεία και τα πανεπιστήμια έκλεισαν. Από εκείνη την ημέρα, εισήχθησαν σταδιακά νέα ρυθμιστικά μέτρα για τον μετριασμό του κινδύνου εκθετικής μετάδοσης ιών. Περίπου 4

εβδομάδες μετά την πανδημία, με 695 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 17 θανάτους, στις 23 Μαρτίου 2020, εφαρμόστηκαν αυστηρά εθνικά μέτρα κλειδώματος.

Ωστόσο, ως προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για τις περιπτώσεις ασθενών με τον ιό Covid-19, δεκατρία (13) νοσοκομεία ορίστηκαν αρχικά ως νοσοκομεία αναφοράς για την αντιμετώπιση περιπτώσεων του ιού COVID-19. Οι κλινικές έχουν κλείσει και εκκενώνονται οι θάλαμοι. Μερικά από αυτά έχουν σχεδιαστεί για τη φροντίδα μολυσμένων ασθενών, ενώ άλλα έχουν μετατραπεί σε κρεβάτια του ιού COVID-19 για ΜΕΘ. Οι προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις και τα ραντεβού σε νοσοκομεία εξειδικευμένων ασθενών, έχουν ακυρωθεί και εξακολουθούν να εμφανίζονται μόνο έκτακτες ανάγκες. Η εστίαση της προσοχής του κράτους στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19, κυρίως σε επίπεδο νοσοκομείων και κλινών ΜΕΘ, καθώς και η τρέχουσα διακοπή των «τακτικών» υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία, δημιουργεί τον κίνδυνο σημαντικής αύξησης σε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας.

Επιπλέον, η μερική αναστολή της τακτικής λειτουργίας του μάλλον ανεπαρκούς συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μαζί με ορισμένες ιδιωτικές χειρουργικές αίθουσες που αναγκάστηκαν να κλείσουν λόγω ανεπαρκούς προστατευτικού εξοπλισμού για να συνεχίσει να λειτουργεί, εγείρει σοβαρές ανησυχίες σχετικά με την πρόσβαση και συνέχεια της φροντίδας. Στις 4 Απριλίου 2020, ανακοινώθηκε η «αναδιάρθρωση» των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με τρόπους που θα υποστηρίξουν ένα πιο αποτελεσματικά στοχευμένο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Επίσης ειδικά κέντρα υγείας σε έξι (6) μεγάλες αστικές περιοχές (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα και Ηράκλειο) έχουν καθοριστεί αποκλειστικά για τον έλεγχο ασθενών με αναπνευστική λοίμωξη. Αυτά τα Κέντρα Υγείας του ιού COVID-19 θα συμμετάσχουν στην έγκαιρη ανίχνευση, παρακολούθηση και διαχείριση πιθανών και επιβεβαιωμένων περιπτώσεων με ήπια συμπτώματα που δεν απαιτούν φιλοξενία, στο σπίτι και θα λειτουργούν υπηρεσία τηλεφωνικής εξυπηρέτησης για αυτούς τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με τον ιό COVID- 19.

Ωστόσο, οι μακροχρόνιες ελλείψεις του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επιφέρουν την δημιουργία σημαντικών προκλήσεων ως προς την κάλυψη των αναγκών για τις ευάλωτες πληθυσμιακών ομάδων, όπως άστεγοι και τοξικομανείς αλλά και λοιπών αποκλεισμένων ομάδων. Τη παρούσα περίοδο, το γεγονός αυτό διεξάγεται μια πληθώρα θρησκευτικών και πολιτικών ΜΚΟ και κάποιες υπηρεσίες τοπικής αυτοδιοίκησης.

4.3 Ενδονοσοκομειακή Διαχείριση Ασθενών στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας και ως προς τον Ιό Covid-19 και Ειδικότερα σε ΜΕΘ

Το σχέδιο αύξησης της χωρητικότητας ΜΕΘ στην Ελλάδα την άνοιξη του 2020 αποτελούνταν από 3 φάσεις:

- Φάση 1 (ολοκληρώθηκε). Στόχος: Η διάθεση τουλάχιστον 200 κρεβάτια ΜΕΘ αποκλειστικά για περιπτώσεις COVID-19. Η Φάση 1 είχε ολοκληρωθεί σε 4 εβδομάδες και έχει τεθεί σε ισχύ έως τις 31 Μαρτίου (223 κρεβάτια διαθέσιμα).
- Φάση 2 (ολοκληρώθηκε). Στόχος: Η διάθεση σε συνολικά 400 κρεβάτια ΜΕΘ (συμπεριλαμβανομένων των κρεβατιών που θεωρούνται διαθέσιμα από την προηγούμενη φάση) αποκλειστικά για περιπτώσεις COVID-19 ().

Ορισμένα από αυτά τα κρεβάτια έχουν προγραμματιστεί να διατεθούν μεταφέροντας ασθενείς χωρίς COVID-19 σε κρεβάτια ICU σε ιδιωτικές κλινικές, παράλληλα με την ανάπτυξη 100 νέων κρεβατιών ΜΕΘ. Εκτός από το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, αυτή η φάση έχει απαιτήσει επίσης εξοπλισμό (134 αναπνευστήρες, 95 οθόνες, 81 κρεβάτια). Μέρος αυτού του εξοπλισμού καθίσταται απολύτως απαραίτητο για τη διασφάλιση της λειτουργικότητας, ενώ ο υπόλοιπος εξοπλισμός απαιτείται (α) για την αντικατάσταση εξοπλισμού που μεταφέρεται προσωρινά από άλλες μονάδες. β) αντικατάσταση παλαιού εξοπλισμού και (γ) ως

κατάσταση αναμονής σε περίπτωση βλάβης. Το κόστος του πρόσθετου εξοπλισμού αναμένεται να καλυφθεί είτε από δωρεές, είτε από προσφορές που πραγματοποιούνται από το Υπουργείο Υγείας. Χρειάστηκαν επίσης επίσης αντλίες έγχυσης φαρμάκων και ειδικές σύριγγες έγχυσης φαρμάκων, καθώς και μεγάλες ποσότητες масκών PPE που χρησιμοποιούνται ειδικά στη ΜΕΘ ().

- Φάση 3. Στόχος: Να υπάρχει χωρητικότητα 1.000 μονάδων ICU (συμπεριλαμβανομένων των υπαρχόντων κρεβατιών) αποκλειστικά για τη θεραπεία των περιπτώσεων COVID-19. Υπήρχε η πρόθεση να διατεθούν από: α) Δημιουργία ΜΕΘ σε ISO-BOXES στο κύριο Νοσοκομείο Αναφοράς στην Αθήνα (περίπου 40-50 κρεβάτια). β) Ανάπτυξη κλινών ICU σε χειρουργεία, αίθουσες ανάνηψης σε τμήματα καρδιοχειρουργικής και νευροχειρουργικές κλινικές. γ) Η χρήση 40-50 κλινών ΜΕΘ που παρέχονται από στρατιωτικά νοσοκομεία.

Στο αποκορύφωμα του πρώτου κύματος της πανδημίας (τον Απρίλιο του 2020), αναπτύχθηκαν 1.017 κλίνες ΜΕΘ από τις οποίες 840 ήταν σε νοσοκομεία δημοσίου δικαίου, σε στρατιωτικά νοσοκομεία, 32 τον αριθμό, για μη στρατιωτική θεραπεία και 145 σε ιδιωτικά νοσοκομεία χωρίς οικονομική επιβάρυνση για τους πολίτες. Τα 840 κρεβάτια δημόσιων νοσοκομείων περιλάμβαναν επίσης 130 κρεβάτια σε Μονάδες Υψηλής Εξάρτησης (HDU) ή ειδικά ΜΕΘ για καρδιακές ή αναπνευστικές παθήσεις που ενισχύθηκαν με ειδικό εξοπλισμό και προσωπικό για να λειτουργούν προσωρινά ως ICU-COVID για να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες.

Με την επίλυση του πρώτου κύματος της πανδημίας, τα επιπλέον κρεβάτια COVID επέστρεψαν στην προ-πανδημική χρήση τους. Έτσι, τον Ιούλιο του έτους 2020 αναφέρονται 9120 κλίνες ΜΕΘ με την διαδικασία επιπλέον αύξησης της χωρητικότητας ασθενών, παράλληλα με την αύξηση κλινών ΜΕΘ.

Στο 2^ο κύμα περιόδου της πανδημίας, μέχρι τις αρχές Νοεμβρίου 2020, το Εθνικό Σύστημα Υγείας διέθετε 1.006 κρεβάτια ICU, με τη δέσμευση της κυβέρνησης να φτάσει τα 1.200 κρεβάτια ΜΕΘ μέχρι το τέλος του έτους, αντανακλώντας τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, κάτι που δεν πραγματοποιήθηκε.

Τέλος, στο τρίτο κύμα της πανδημίας, δηλαδή αυτό που συμβαίνει στις μέρες μας και έως τις 25 Μαρτίου 2021, σημειώνεται πως οι εμπειρογνώμονες στον τομέα της

υγείας και κυβερνητικοί αξιωματούχοι θεωρούν τις επόμενες 10 ημέρες ως αποφασιστική δοκιμασία για την ανθεκτικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) στον αγώνα κατά του τρίτου κύματος της πανδημίας του ιού.

Στις 24 Μαρτίου 2021, καταγράφηκαν 3.586 περιπτώσεις που επιβεβαιώθηκαν και οι διασωληνώσεις αυξήθηκαν στις 706 ασθενών σε ΜΕΘ από τις σύνολο 1.100 που διατίθενται στις μέρες μας, ενώ επίσης αναφέρθηκαν 51 θάνατοι σε ημερήσια βάση. Αντιμέτωποι με αυξανόμενα περιστατικά, οι αρχές σύμφωνα με πληροφορίες εξετάζουν τη δυνατότητα διάθεσης περισσότερων νοσοκομείων ΕΣΥ, αποκλειστικά για τη φροντίδα ασθενών με τον ιό.

Επίσης το Σεισμανόγλειο και το Κοργιαλένιο-Μπενάκειο έχουν ήδη γίνει νοσοκομεία αναφοράς με τον ιό Covid-19, τα οποία από τις 23 Μαρτίου 2021, έχουν ενισχυθεί με ιδιωτικούς γιατρούς που προσλήφθηκαν από το Υπουργείο Υγείας - 187 από τους 206 που είχαν επιστρατευθεί να εμφανιστούν για δουλειά. Επιπλέον, θεωρείται ότι το νοσοκομείο Γεώργιος Γεννηματά και το Θριάσιο θα είναι τα επόμενα νοσοκομεία που θα μετατραπούν σε νοσοκομεία Covid-19 από τις 29 Μαρτίου 2021.

Ωστόσο, η Ομοσπονδία Συλλόγων Ιατρών Νοσοκομείων της Ελλάδας έχει τονίσει ότι σε καθημερινή βάση, δεκάδες ασθενείς με ενδοσωματική κρίση με σοβαρή ασθένεια υποβάλλονται σε θεραπεία εκτός ΜΕΘ σε τακτικούς θαλάμους και σε αυτοσχέδιους αναπνευστήρες και ότι πολλοί από τους γιατρούς δεν διαθέτουν την απαραίτητη εξειδίκευση.

5. Κεφάλαιο Πέμπτο – Στατιστικά Στοιχεία για τον Ιό Covid-19 (SARS-coV-2)

5.1 Εισαγωγή

Στην Ελλάδα, από τις 3 Ιανουαρίου 2020 έως τις 24 Μαρτίου 2021, έχουν επιβεβαιωθεί 242.347 περιπτώσεις με τον ιό COVID-19 με 7.582 θανάτους, που αναφέρθηκαν στον ΠΟΥ. Από τις 8 Μαρτίου 2021, έχουν χορηγηθεί συνολικά 1.218.668 δόσεις εμβολίου. Σήμερα η κατάσταση στην Ελλάδα, αναφέρεται σε 242,347 επιβεβαιωμένα κρούσματα με 7.582 θανάτους (ΠΟΥ, 2021)

5.2 Στατιστικά Στοιχεία Διεθνώς

5.2.1 Κρούσματα

Αναφερόμενοι στα κρούσματα σε παγκόσμιο επίπεδο, σημειώνεται πως από στις 24 Μαρτίου 2021, είχαν αναφερθεί 123.902.242 επιβεβαιωμένα κρούσματα με τον ιό Covid-19, συμπεριλαμβανομένων 2.727.837 θανάτων, που αναφέρθηκαν στον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας. Έως τις 22 Μαρτίου 2021, έχουν χορηγηθεί συνολικά 403.269.879 δόσεις εμβολίου (ΠΟΥ, 2021).

5.2.2 Θάνατοι

Ο μέσος αριθμός νέων μολύνσεων που αναφέρονταν καθημερινά στην Ελλάδα, αυξάνεται κατά περισσότερο από 1.500 τις τελευταίες 3 εβδομάδες, 50% της προηγούμενης αιχμής του. Οι μολύνσεις COVID-19 αυξάνονται στην Ελλάδα, με 1.987 νέες μολύνσεις να αναφέρθηκαν κατά μέσο όρο κάθε μέρα. Αυτό είναι το 65% της κορυφής - ο υψηλότερος ημερήσιος μέσος όρος που αναφέρεται στις 5 Απριλίου. Έχουν αναφερθεί 440.872 λοιμώξεις και 12.802 θάνατοι που σχετίζονται με κορονοϊούς στη χώρα από την έναρξη της πανδημίας (ΠΟΥ, 2021).

5.2.3 Ίαση

Από τις 22 Μαρτίου 2021, υπήρχαν σχεδόν 124 εκατομμύρια παγκόσμιες περιπτώσεις ασθενών με τον Covid-19. Σχεδόν 100 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν αναρρώσει από την ασθένεια, ενώ υπήρχαν πάνω από 2,7 εκατομμύρια θάνατοι. Ο ιός SARS-CoV-2 είναι ο έβδομος γνωστός κοροναϊός που μολύνει ανθρώπους. Η εμφάνισή του το καθιστά το τρίτο τα τελευταία χρόνια που προκαλεί εκτεταμένες μολυσματικές ασθένειες μετά τους ιούς που ευθύνονται για το SARS και το MERS. Ένα συνεχές πρόβλημα είναι ότι οι ιοί μεταλλάσσονται φυσικά καθώς προσπαθούν να επιβιώσουν. Νέες παραλλαγές του SARS-CoV-2 έχουν εντοπιστεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Νότια Αφρική και τη Βραζιλία. Αυτές οι παραλλαγές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον επειδή σχετίζονται με αυξημένη μετάδοση (ΠΟΥ, 2021).

5.3 Στατιστικά Στοιχεία στην Ελλάδα

5.3.1 Κρούσματα, Θάνατοι και Ίαση

Ωστόσο, έως τις 15 Δεκεμβρίου 2020, ο συνολικός αριθμός επιβεβαιωμένων κρουσμάτων είχε αυξηθεί σε 126.372 και ο αριθμός των θανάτων σε 3.785. Έως τις 30 Δεκεμβρίου 2020, ο συνολικός αριθμός επιβεβαιωμένων κρουσμάτων είχε αυξηθεί σε 137.918 και ο αριθμός των θανάτων σε 4.788 έως τον Ιανουάριο 2021. Μέχρι τις 15 Ιανουαρίου, ο συνολικός αριθμός των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων Η Ελλάδα έχει χορηγήσει τουλάχιστον 1.503.487 δόσεις εμβολίων COVID έως τώρα (ΠΟΥ, 2021).

Η Ελλάδα έχει χορηγήσει τουλάχιστον 9.325.449 δόσεις εμβολίων COVID μέχρι στιγμής. Υποθέτοντας ότι κάθε άτομο χρειάζεται 2 δόσεις, αυτό αρκεί για να έχει εμβολιαστεί περίπου το 43,5% του πληθυσμού της χώρας. Κατά την τελευταία εβδομάδα που αναφέρθηκε, η Ελλάδα κατά μέσο όρο περίπου 80.555 δόσεις που χορηγήθηκαν κάθε μέρα. Σε αυτό το ποσοστό, θα χρειαστούν 27 ακόμη ημέρες για να χορηγηθούν αρκετές δόσεις για το 10% του πληθυσμού (ΠΟΥ, 2021).

6. Κεφάλαιο Έκτο – Ηθικά Διλήμματα

Κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας, τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν μια επιστημονική μελέτη. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στη σωστή χρήση των δευτερογενών πηγών, με στόχο την αποφυγή της λογοκλοπής. Η παράθεση της βιβλιογραφίας γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να επαληθεύονται όσα παρατίθενται στην μελέτη.

Επίσης οι ακόλουθες κατευθυντήριες γραμμές δεοντολογίας έχουν οριοθετηθεί σχετικά με τις περιόδους έρευνας, ως ακολούθως:

- ✓ Η σχετική αξιοπιστία καθώς και η ακρίβεια καταγραφής των στοιχείων που θα χρησιμοποιηθούν και που θα προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες για το θέμα, με προστασία των προσωπικών δεδομένων.
- ✓ Τα προσωπικά δεδομένα τυχόν ατόμων που λαμβάνει η έρευνα, θα πρέπει να παραμείνουν εμπιστευτικά σε όλη τη διάρκεια της μελέτης από τον ερευνητή.
- ✓ Ο ερευνητής θα λάβει την άδεια των ατόμων, συγγραφέων αν χρειαστεί που θα προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες για το θέμα, για να χρησιμοποιήσει στην ερευνητική του έκθεση.

7. Κεφάλαιο Έβδομο – Ερευνητικό Μέρος Εργασίας

7.1 Εισαγωγή

Η έρευνα που ακολουθεί στο παρών κεφάλαιο, αναφέρεται σε 60 άτομα ιατρούς και νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στη Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια υπηρεσία υγείας σε Δημόσιο ή/και Ιδιωτικό φορέα, αναφορικά με το σκοπό της εργασίας που είναι να αναπτύξει την στρατηγική και τον τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας COVID 19, την προσαρμογή του υγειονομικού συστήματος στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και την ικανότητα παρακολούθησης και συντονισμού σε εθνικό επίπεδο.

7.2 Στοιχεία Διεξαγωγής της Έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε την περίοδο 20/03/21 έως 30-03/21 με σκοπό την αποτύπωση των απόψεων ιατρών και νοσηλευτών ως προς την ανάπτυξη της στρατηγικής και του τρόπου αντιμετώπισης της πανδημίας COVID 19, την προσαρμογή του υγειονομικού συστήματος στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και την ικανότητα παρακολούθησης και συντονισμού σε εθνικό επίπεδο. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε καθεμιά από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, όπου οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, εισάγονται στο στατιστικό «εργαλείο» spss, όπου κατόπιν αναλύονται και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα με την παραγωγή πίνακα, σχεδιαγράμματος και σχολιασμού για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων έρευνας.

7.3 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας Σχετικά με την Ανάπτυξη στη Στρατηγική και τον Τρόπο Αντιμετώπισης της Πανδημίας COVID 19 και την

Προσαρμογή του Υγειονομικού Συστήματος στις Συνεχώς Μεταβαλλόμενες Συνθήκες και την Ικανότητα Παρακολούθησης και Συντονισμού σε Εθνικό Επίπεδο

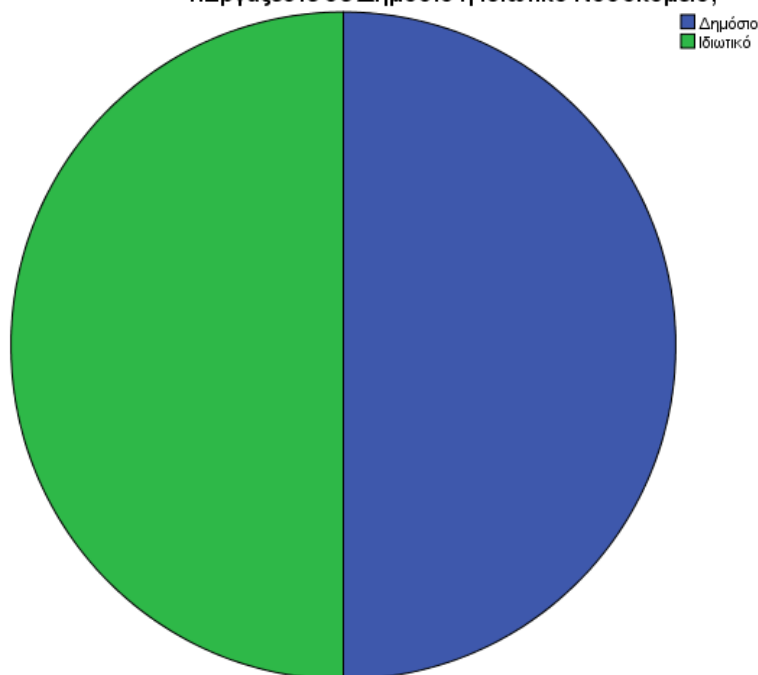
Ερώτηση 1

Το 50% των ερωτηθέντων εργάζονται σε Δημόσιο Νοσοκομείο και το υπόλοιπο 50% σε Ιδιωτικό.

1.Εργάζεστε σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Νοσοκομείο;

| | | Συχνότητα | Επι τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποστό |
|-------|----------|-----------|------------|----------------|--------------------------|
| Valid | Δημόσιο | 30 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| | Ιδιωτικό | 30 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

1.Εργάζεστε σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Νοσοκομείο;

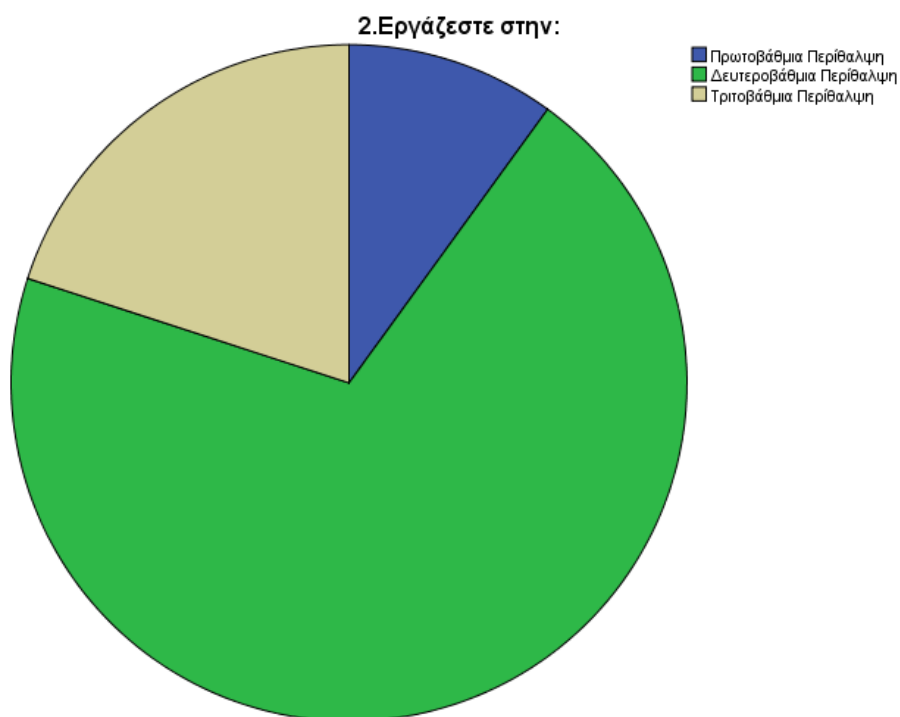


Ερώτηση 2

Το 70% των ερωτηθέντων εργάζονται στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη, το 20% στη Τριτοβάθμια περίθαλψη και το υπόλοιπο 10% στη Πρωτοβάθμια περίθαλψη.

2.Εργάζεστε στην:

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Πρωτοβάθμια Περίθαλψη | 6 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | Δευτεροβάθμια Περίθαλψη | 42 | 70,0 | 70,0 | 80,0 |
| | Τριτοβάθμια Περίθαλψη | 12 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

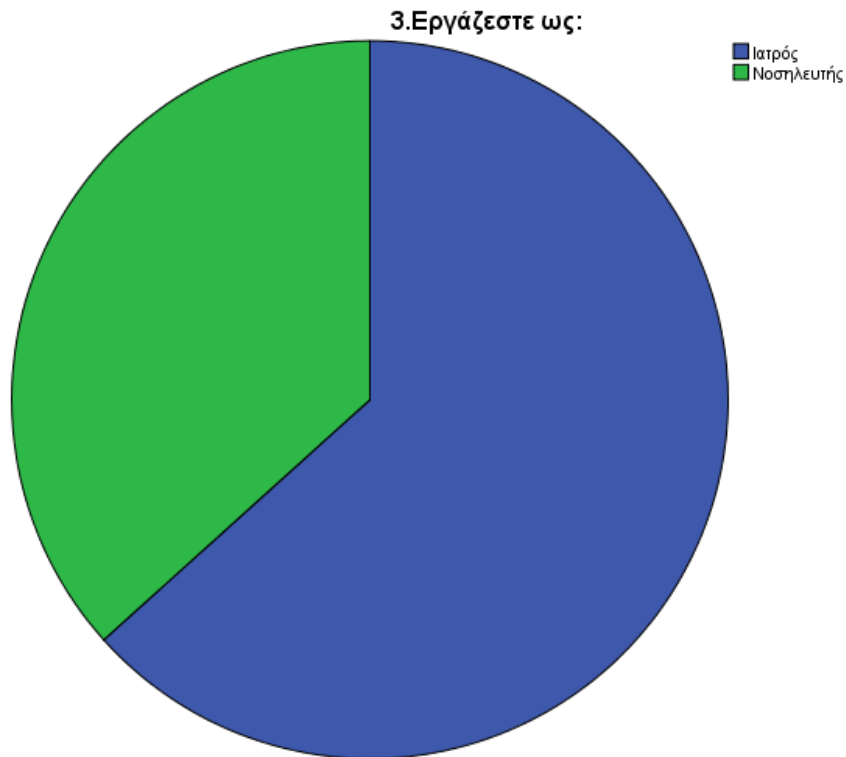


Ερώτηση 3

Το 63,3% των ερωτηθέντων είναι ιατροί και το υπόλοιπο 36,7% είναι νοσηλευτές.

3.Εργάζεστε ως:

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Έγκυρο Ποσοστό | Συσσωρευτικό Ποσοστό |
|-------|------------|-----------|------------|----------------|----------------------|
| Valid | Ιατρός | 38 | 63,3 | 63,3 | 63,3 |
| | Νοσηλευτής | 22 | 36,7 | 36,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |



Ερώτηση 4.1

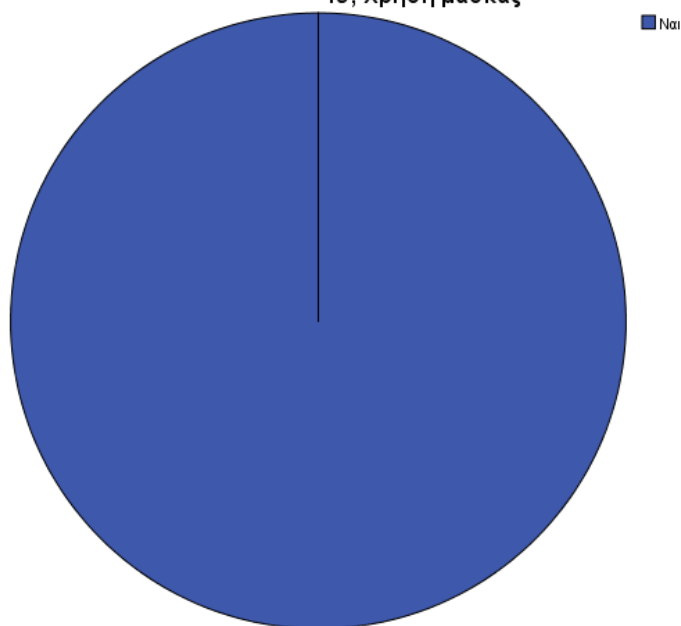
Το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι η χρήση μάσκας.

4.1 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19;

Χρήση μάσκας

| | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-----------|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid Ναι | 60 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

4.1 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Χρήση μάσκας



Ερώτηση 4.2

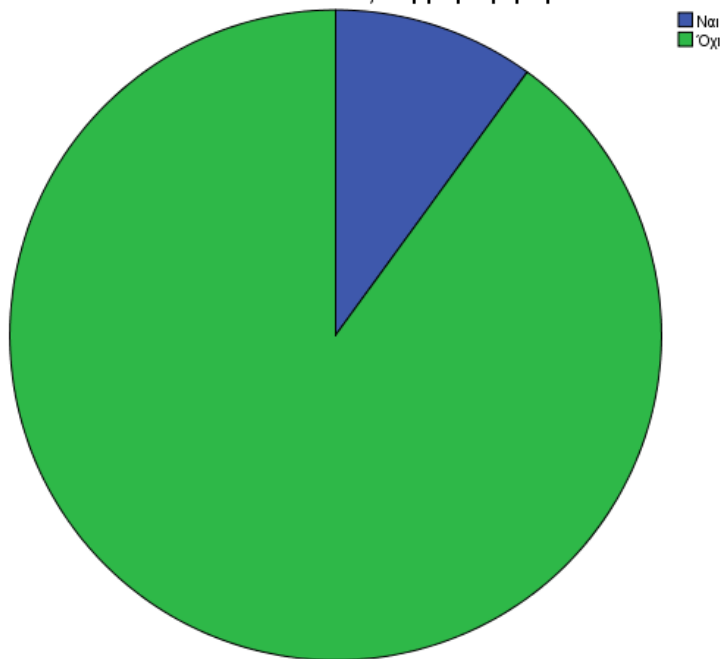
Το 90% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι η θερμομέτρηση και το 10% δήλωσαν πως δεν είναι απαραίτητη.

4.2 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19;

Θερμομέτρηση

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-----|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Ναι | 6 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | Όχι | 54 | 90,0 | 90,0 | 100,0 |
| Total | | 60 | 100,0 | 100,0 | |

4.2 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Θερμομέτρηση



Ερώτηση 4.3

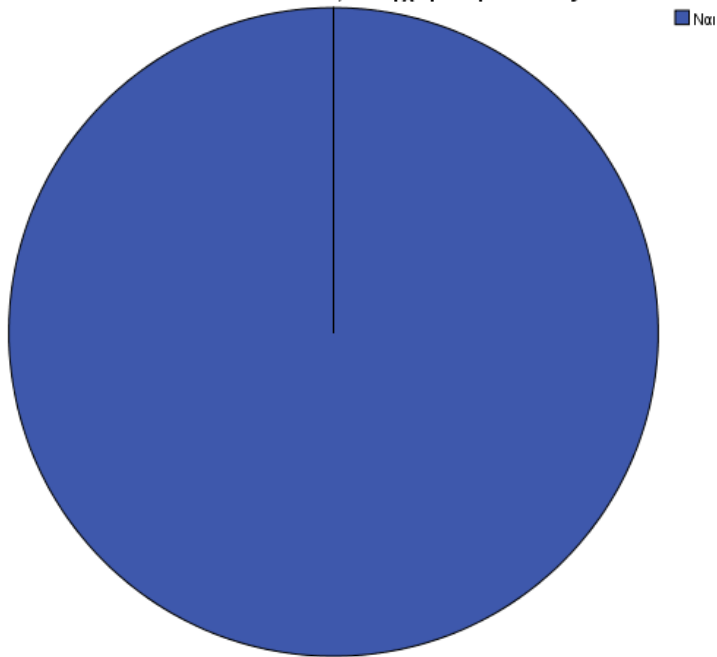
Το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι η ελεγχόμενη είσοδος.

4.3 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19;

Ελεγχόμενη είσοδος

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-----|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Ναι | 60 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

4.3 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Ελεγχόμενη είσοδος



Ερώτηση 4.4

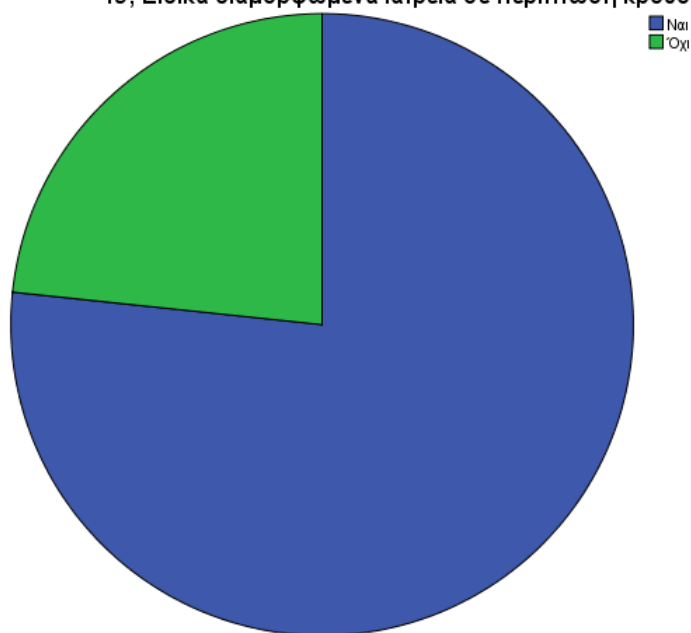
Το 76,7% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία σε περίπτωση κρούσματος.

4.4 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19;

Ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία σε περίπτωση κρούσματος

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-----|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Ναι | 46 | 76,7 | 76,7 | 76,7 |
| | Όχι | 14 | 23,3 | 23,3 | 100,0 |
| Total | | 60 | 100,0 | 100,0 | |

4.4 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία σε περίπτωση κρούσματος



Ερώτηση 4.5

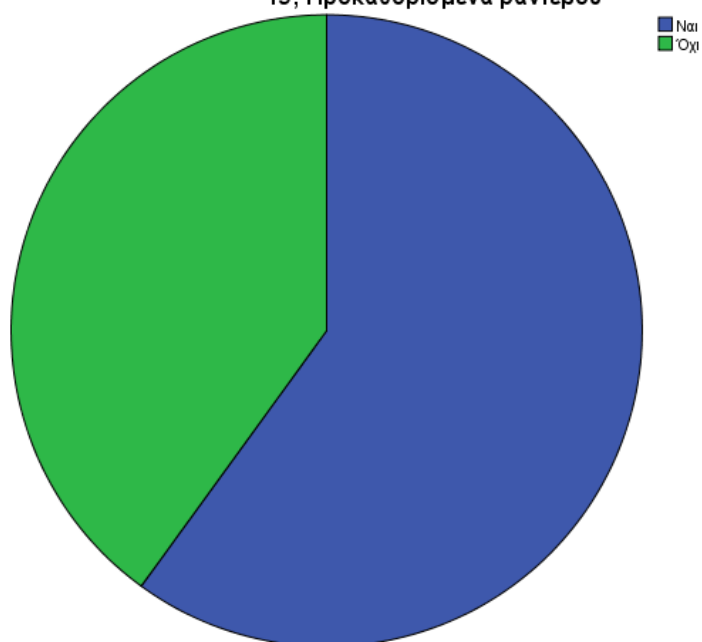
Το 60% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι τα προκαθορισμένα ραντεβού των ασθενών και το 40% δήλωσαν πως δεν παρέχεται αυτή η δυνατότητα.

4.5 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19;

Προκαθορισμένα ραντεβού

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-----|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Ναι | 36 | 60,0 | 60,0 | 60,0 |
| | Όχι | 24 | 40,0 | 40,0 | 100,0 |
| Total | | 60 | 100,0 | 100,0 | |

4.5 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Προκαθορισμένα ραντεβού



Ερώτηση 4.6

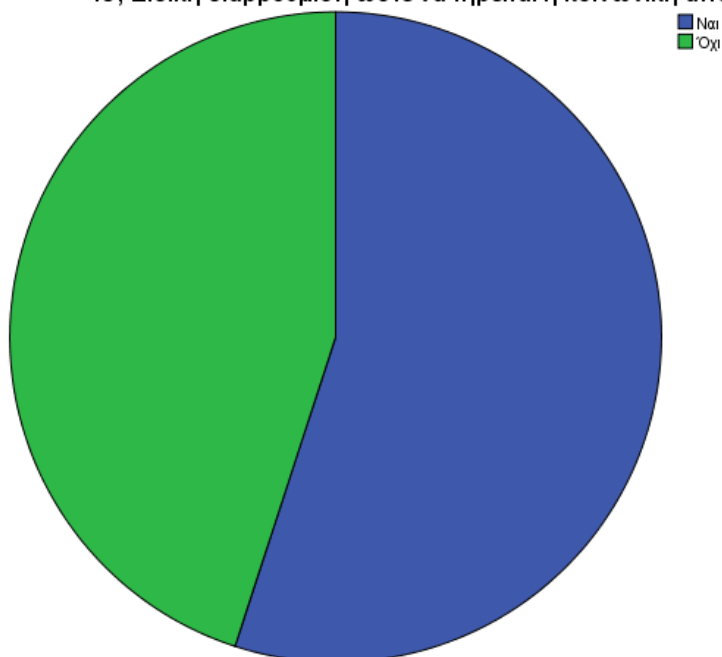
Το 55% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι η ειδική διαρρύθμιση ώστε να τηρείται η κοινωνική απόσταση των ασθενών και το 45% δήλωσαν πως δεν παρέχεται αυτή η δυνατότητα.

4.6 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19;

Ειδική διαρρύθμιση ώστε να τηρείται η κοινωνική απόσταση

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-----|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Ναι | 33 | 55,0 | 55,0 | 55,0 |
| | Όχι | 27 | 45,0 | 45,0 | 100,0 |
| Total | | 60 | 100,0 | 100,0 | |

4.6 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Ειδική διαρρύθμιση ώστε να τηρείται η κοινωνική απόσταση



Ερώτηση 4.7

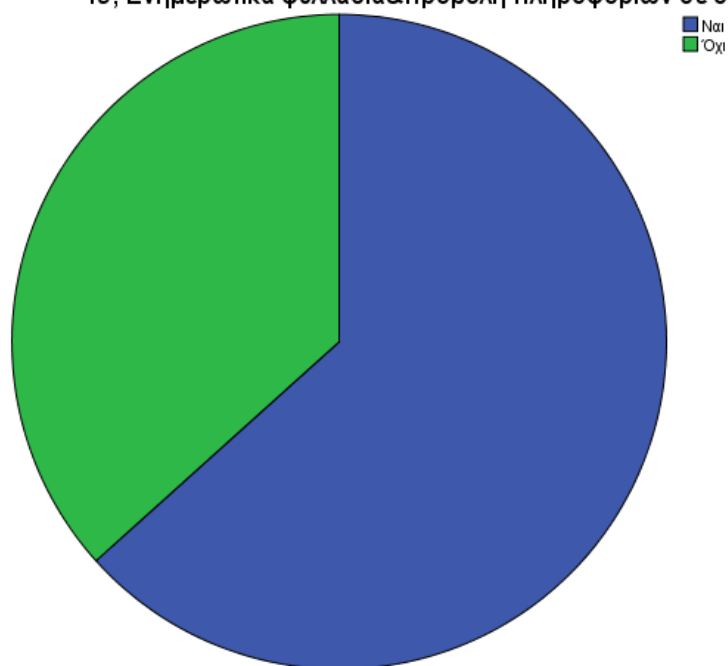
Το 63,3% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι ενημερωτικά φυλλάδια & προβολή πληροφοριών σε οθόνες και το 36,7% δήλωσαν πως δεν παρέχεται αυτή η δυνατότητα.

4.7 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19;

Ενημερωτικά φυλλάδια & προβολή πληροφοριών σε οθόνες ...

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-----|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Ναι | 38 | 63,3 | 63,3 | 63,3 |
| | Όχι | 22 | 36,7 | 36,7 | 100,0 |
| Total | | 60 | 100,0 | 100,0 | |

4.7 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Ενημερωτικά φυλλάδια&προβολή πληροφοριών σε οθόνες ...



Ερώτηση 4.8

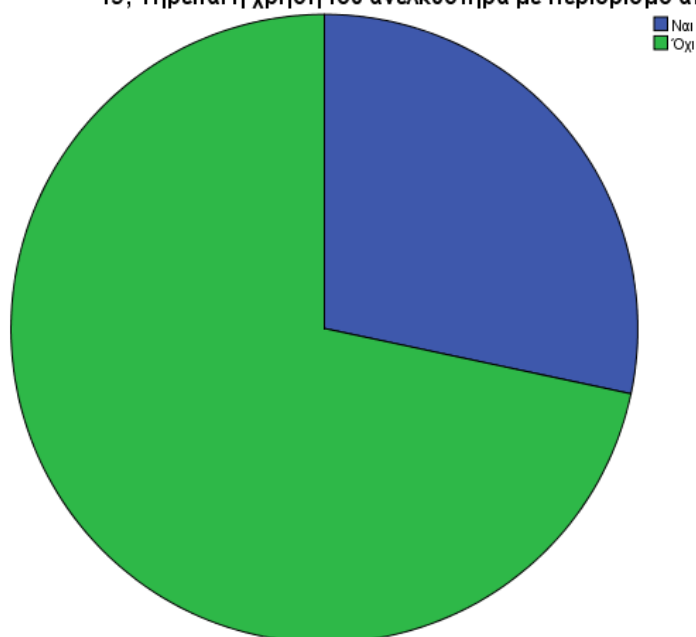
Το 28,3% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι να τηρείται η χρήση του ανελκυστήρα με περιορισμό ατόμων και το 71,7% δήλωσαν πως δεν τηρείται.

4.8 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19;

Τηρείται η χρήση του ανελκυστήρα με περιορισμό ατόμων

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-------|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Ναι | 17 | 28,3 | 28,3 | 28,3 |
| | Όχι | 43 | 71,7 | 71,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

4.8 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Τηρείται η χρήση του ανελκυστήρα με περιορισμό ατόμων



Ερώτηση 4.9

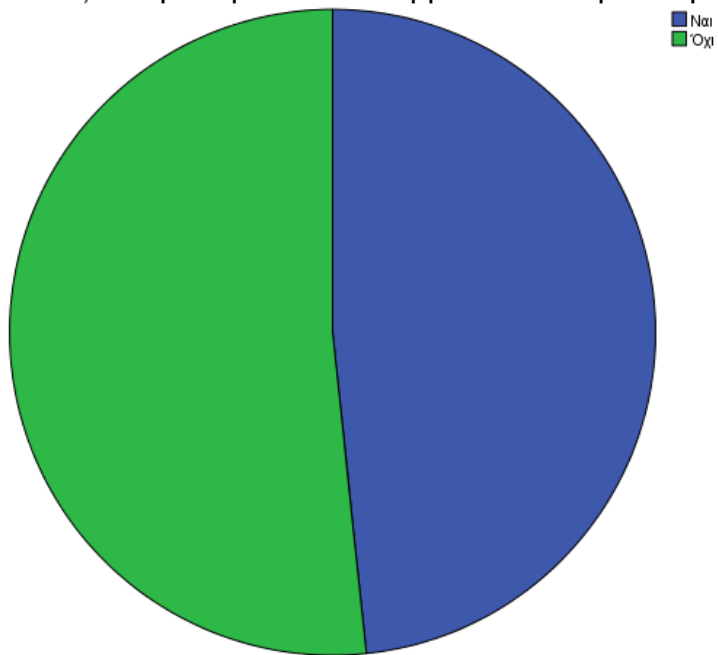
Το 48,3% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι το ιατρικό προσωπικό να διενεργεί τεστ τακτικά για τη διασφάλιση όλων, εργαζομένων και ασθενών, ενώ το 51,7% δήλωσαν πως αυτό δεν γίνεται.

4.9 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19;

Το ιατρικό προσωπικό διενεργεί τεστ τακτικά για διασφάλιση όλων

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-----|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Ναι | 29 | 48,3 | 48,3 | 48,3 |
| | Όχι | 31 | 51,7 | 51,7 | 100,0 |
| Total | | 60 | 100,0 | 100,0 | |

4.9 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Το ιατρικό προσωπικό διενεργεί τεστ τακτικά για διασφάλιση όλων



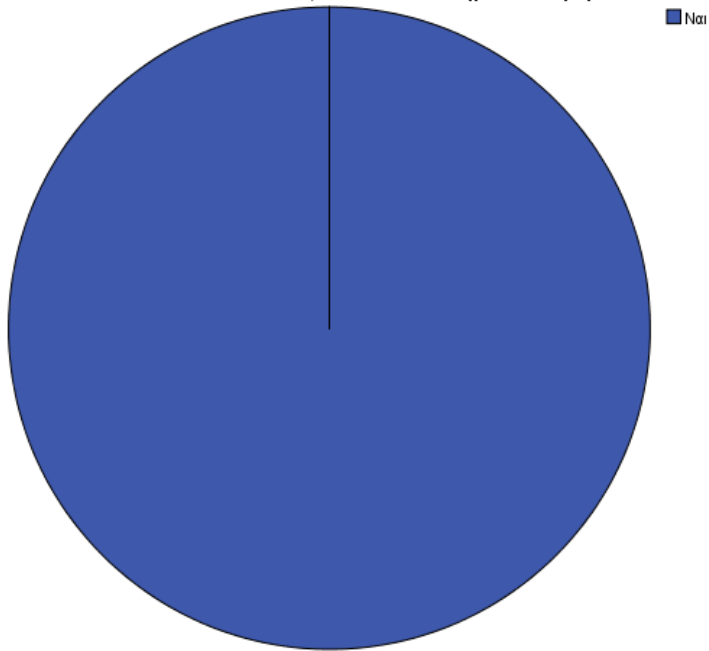
Ερώτηση 4.10

Το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι να απαγορεύεται το επισκεπτήριο.

4.10 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Το επισκεπτήριο απαγορεύεται

| | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-----------|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid Ναι | 60 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

4.10 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Το επισκεπτήριο απαγορεύεται



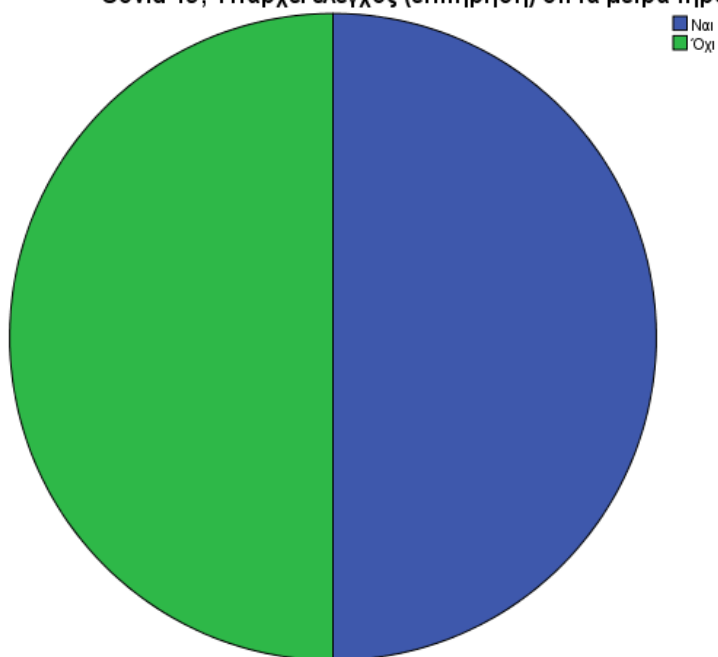
Ερώτηση 4.11

Το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι υπάρχει έλεγχος (επιτήρηση) ότι τα μέτρα τηρούνται, ενώ το 50% δήλωσαν πως αυτό δεν γίνεται.

4.11. Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Υπάρχει έλεγχος (επιτήρηση) ότι τα μέτρα τηρούνται

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-----|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Ναι | 30 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| | Όχι | 30 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| Total | | 60 | 100,0 | 100,0 | |

4.11 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Υπάρχει έλεγχος (επιτήρηση) ότι τα μέτρα τηρούνται



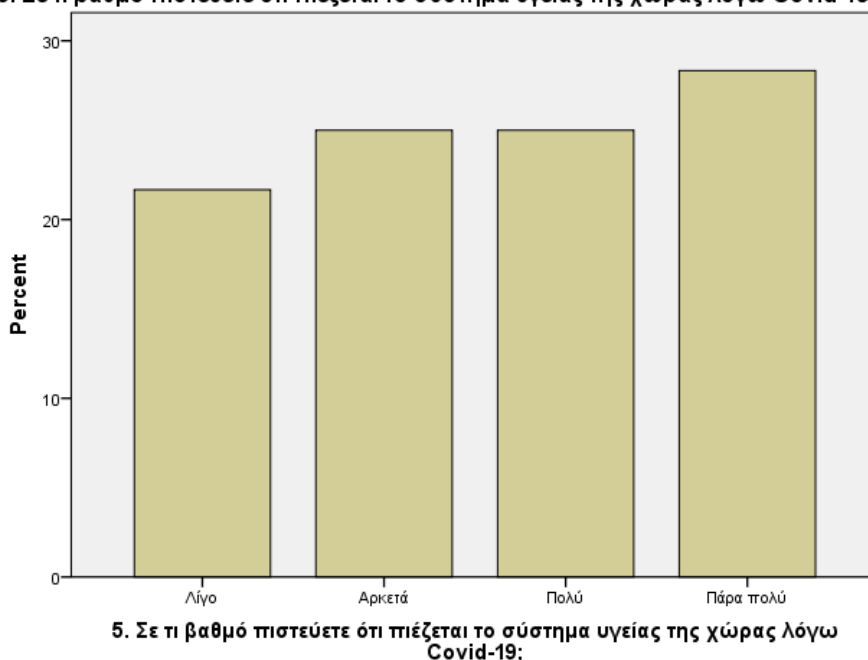
Ερώτηση 5

Το 28,3% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως το σύστημα υγείας της χώρας πιέζεται σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό λόγω Covid-19, το 50% (αθροιστικά) δήλωσαν πως πιέζεται από αρκετό έως πολύ μεγάλο βαθμό και το υπόλοιπο 21,7% δήλωσαν πως πιέζεται σε λίγο βαθμό.

5. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι πιέζεται το σύστημα υγείας της χώρας λόγω Covid-19;

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|-----------|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Λίγο | 13 | 21,7 | 21,7 | 21,7 |
| | Αρκετά | 15 | 25,0 | 25,0 | 46,7 |
| | Πολύ | 15 | 25,0 | 25,0 | 71,7 |
| | Πάρα πολύ | 17 | 28,3 | 28,3 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

5. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι πιέζεται το σύστημα υγείας της χώρας λόγω Covid-19;

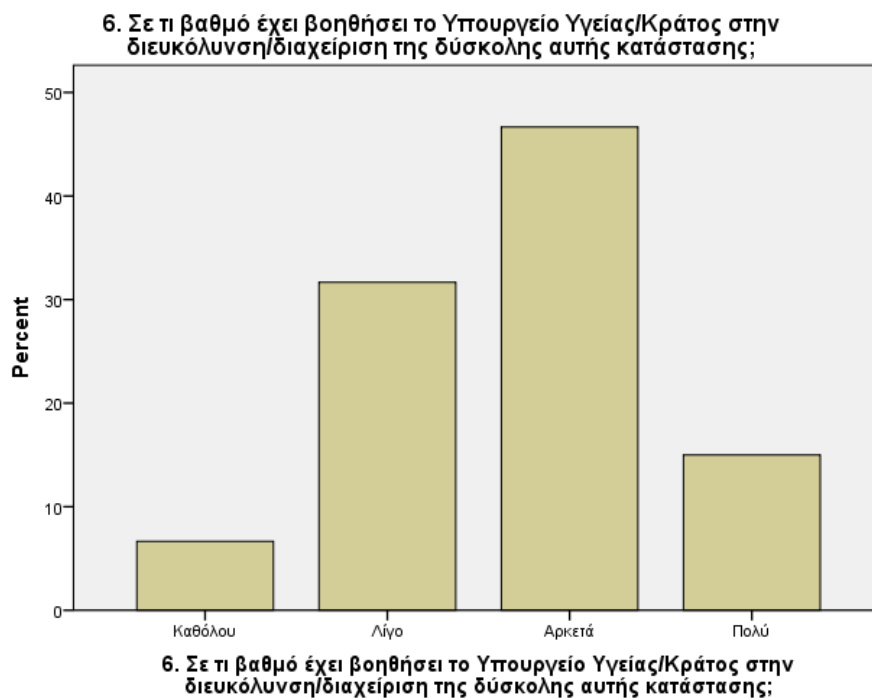


Ερώτηση 6

Το 46,7% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως το Υπουργείο Υγείας/Κράτος έχει βοηθήσει στην διευκόλυνση/διαχείριση της δύσκολης αυτής κατάστασης σε αρκετά μεγάλο βαθμό, και το υπόλοιπο 6,7% δήλωσαν πως το Υπουργείο Υγείας/Κράτος δεν έχει βοηθήσει καθόλου.

6. Σε τι βαθμό έχει βοηθήσει το Υπουργείο Υγείας/Κράτος στην διευκόλυνση/διαχείριση της δύσκολης αυτής κατάστασης;

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|---------|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Καθόλου | 4 | 6,7 | 6,7 | 6,7 |
| | Λίγο | 19 | 31,7 | 31,7 | 38,3 |
| | Αρκετά | 28 | 46,7 | 46,7 | 85,0 |
| | Πολύ | 9 | 15,0 | 15,0 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |



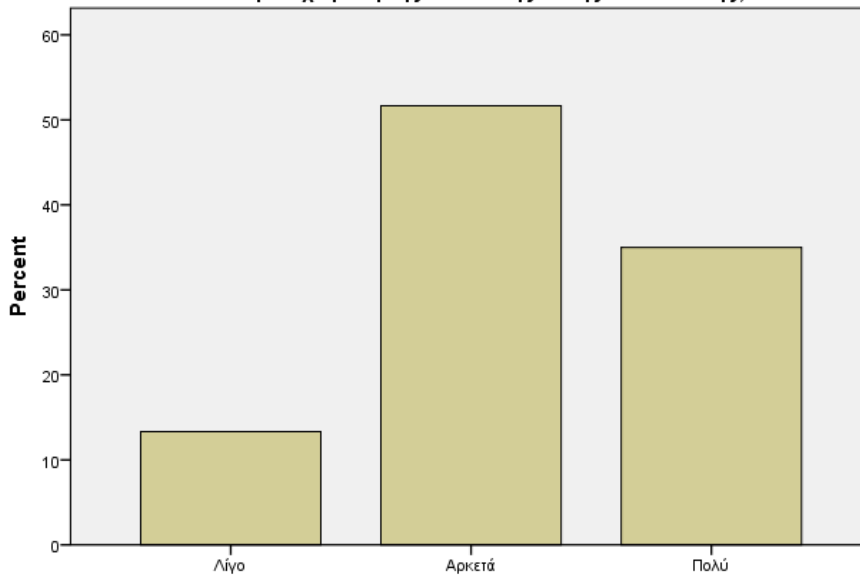
Ερώτηση 7

Το 51,7% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως η Διοίκηση της μονάδας όπου εργάζονται έχει βοηθήσει στην διευκόλυνση/διαχείριση της δύσκολης αυτής κατάστασης σε αρκετά μεγάλο βαθμό, το 35% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το υπόλοιπο 13,3% σε λίγο βαθμό.

7. Σε τι βαθμό έχει βοηθήσει η Διοίκηση της μονάδας όπου εργάζεστε στην διευκόλυνση/διαχείριση της δύσκολης αυτής κατάστασης;

| | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|------------|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid Λίγο | 8 | 13,3 | 13,3 | 13,3 |
| Αρκετά | 31 | 51,7 | 51,7 | 65,0 |
| Πολύ | 21 | 35,0 | 35,0 | 100,0 |
| Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

7. Σε τι βαθμό έχει βοηθήσει η Διοίκηση της μονάδας όπου εργάζεστε στην διευκόλυνση/διαχείριση της δύσκολης αυτής κατάστασης;



7. Σε τι βαθμό έχει βοηθήσει η Διοίκηση της μονάδας όπου εργάζεστε στην διευκόλυνση/διαχείριση της δύσκολης αυτής κατάστασης;

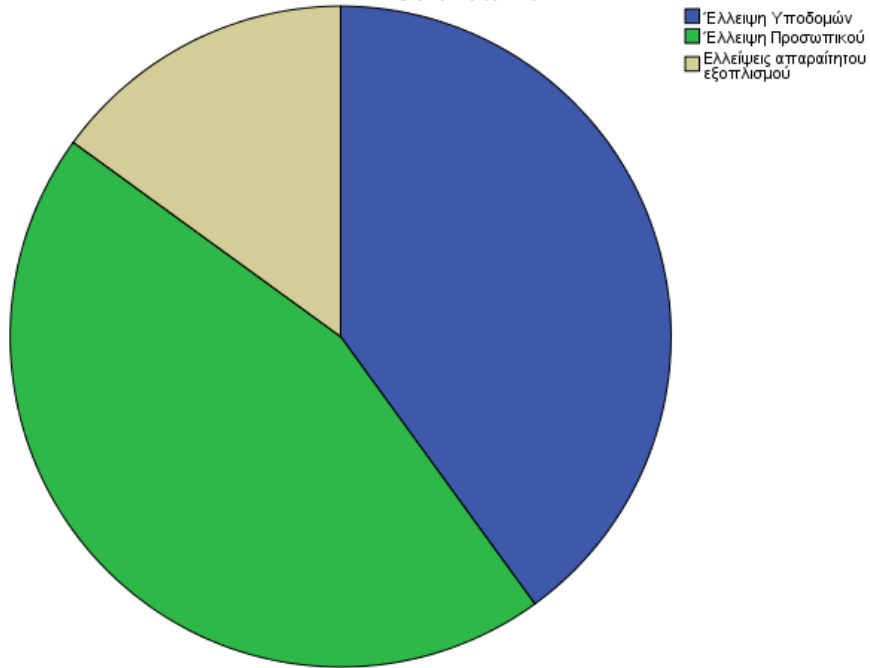
Ερώτηση 8

Το 45% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η μονάδα στην οποία εργάζονται με σειρά προτεραιότητας είναι η έλλειψη προσωπικού, το 40% δήλωσαν είναι η έλλειψη υποδομών και το υπόλοιπο 15% οι ελλείψεις του απαραίτητου εξοπλισμού.

8. Αναφέρατε τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζεται στη μονάδα σας (Ιεραρχικά)

| | | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|-------|----------------------------------|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid | Έλλειψη Υποδομών | 24 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| | Έλλειψη Προσωπικού | 27 | 45,0 | 45,0 | 85,0 |
| | Ελλείψεις απαραίτητου εξοπλισμού | 9 | 15,0 | 15,0 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

8. Αναφέρατε τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζεται στη μονάδα σας (Ιεραρχικά)

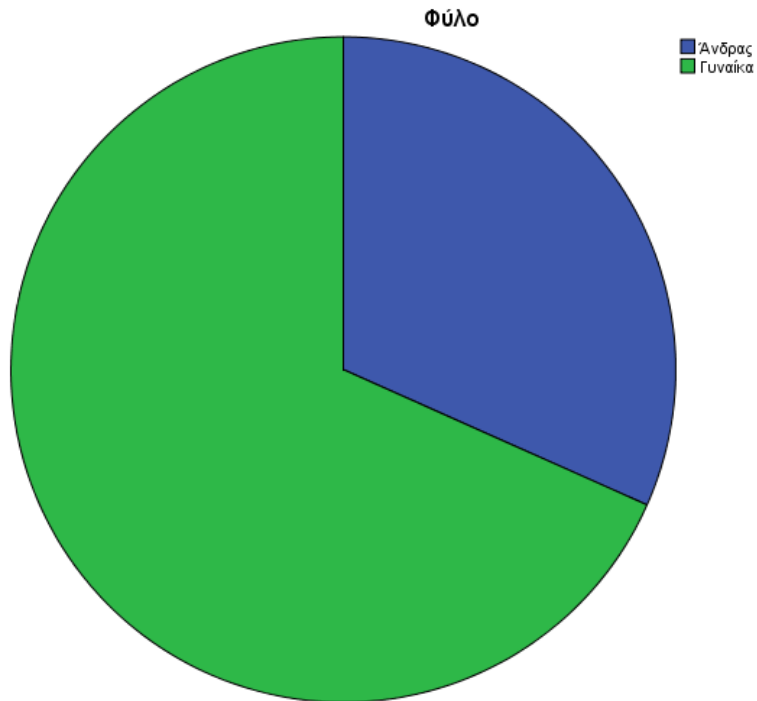


Φύλο

Το 68,3% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 31,7% ήταν άνδρες.

Φύλο

| | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|--------------|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid Άνδρας | 19 | 31,7 | 31,7 | 31,7 |
| Γυναίκα | 41 | 68,3 | 68,3 | 100,0 |
| Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

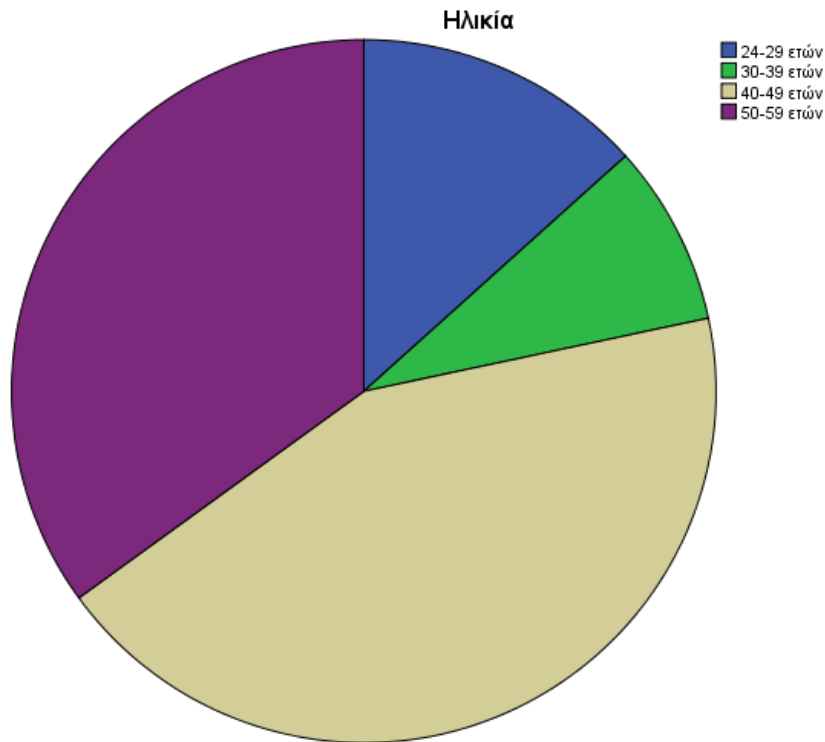


Ηλικία

Το 43,3% των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας από 40-49 ετών, το 35% ήταν από 50-59 ετών, το 13,3% από 24-29 ετών και το υπόλοιπο 8,3% ήταν από 30-39 ετών.

Ηλικία

| | Συχνότητα | Επί τοις % | Εγκυρο Ποσοστό | Συμπεριλαμβανόμενο Ποσοστό |
|------------------|-----------|------------|----------------|----------------------------|
| Valid 24-29 ετών | 8 | 13,3 | 13,3 | 13,3 |
| 30-39 ετών | 5 | 8,3 | 8,3 | 21,7 |
| 40-49 ετών | 26 | 43,3 | 43,3 | 65,0 |
| 50-59 ετών | 21 | 35,0 | 35,0 | 100,0 |
| Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |



7.2 Συσχετίσεις με Χ²

Πρώτη Συσχέτιση

Σχέση Δημόσιου ή Ιδιωτικού Νοσοκομείου και ερώτησης 4.4 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία σε περίπτωση κρούσματος

Διαφαίνεται ότι σχεδόν όλοι οι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως υπάρχουν ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία σε περίπτωση κρούσματος σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που ναι μεν υπερίσχυσαν οι θετικές απαντήσεις αλλά υπήρχαν και αρκετές περιπτώσεις που δήλωσαν πως δεν υπάρχουν ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία.

Crosstab

Count

| | | 4.4 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία σε περίπτωση κρούσματος | | Total |
|---|----------|--|-----|-------|
| | | Ναι | Όχι | |
| 1.Εργάζεστε σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Νοσοκομείο; | Δημόσιο | 17 | 13 | 30 |
| | Ιδιωτικό | 29 | 1 | 30 |
| Total | | 46 | 14 | 60 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 13,416 ^a | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 11,273 | 1 | ,001 | | |
| Likelihood Ratio | 15,370 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 13,193 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Δεύτερη Συσχέτιση

Σχέση Δημόσιου ή Ιδιωτικού Νοσοκομείου και ερώτησης 4.5 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Προκαθορισμένα ραντεβού

Διαφαίνεται πως όλοι οι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως τα ραντεβού στο νοσοκομείο πραγματοποιούνται μόνο με προκαθορισμένα ραντεβού σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που υπερίσχυσαν οι περιπτώσεις όπου οι εισερχόμενοι ασθενείς δεν είναι μόνο με προκαθορισμένα ραντεβού.

Crosstab

Count

| | | 4.5 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Προκαθορισμένα ραντεβού | | Total |
|---|----------|--|-----|-------|
| | | Ναι | Όχι | |
| 1.Εργάζεστε σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Νοσοκομείο; | Δημόσιο | 6 | 24 | 30 |
| | Ιδιωτικό | 30 | 0 | 30 |
| Total | | 36 | 24 | 60 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 40,000 ^a | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 36,736 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 50,737 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 39,333 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Τρίτη Συσχέτιση

Σχέση Δημόσιου ή Ιδιωτικού Νοσοκομείου και ερώτησης 4.6 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Ειδική διαρρύθμιση ώστε να τηρείται η κοινωνική απόσταση

Διαφαίνεται πως όλοι οι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως υπάρχει ειδική διαρρύθμιση ώστε να τηρείται η κοινωνική απόσταση ως μέτρο πρόληψης κατά του Covid-19 σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που υπερίσχυσαν οι περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ειδική διαρρύθμιση.

Crosstab

Count

| | | 4.6 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Ειδική διαρρύθμιση ώστε να τηρείται η κοινωνική απόσταση | | Total |
|---|---------------------|---|---------|----------|
| | | Ναι | Όχι | |
| 1.Εργάζεστε σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Νοσοκομείο; | Δημόσιο Ιδιωτικό | 3 30 | 27 0 | 30 30 |
| Total | | 33 | 27 | 60 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 49,091 ^a | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 45,522 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 63,072 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 48,273 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Τέταρτη Συσχέτιση

Σχέση Δημόσιου ή Ιδιωτικού Νοσοκομείου και ερώτησης 4.9 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Το ιατρικό προσωπικό διενεργεί τεστ τακτικά για διασφάλιση όλων

Διαφαίνεται πως όλοι οι περισσότεροι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως διενεργούνται τεστ τακτικά για την διασφάλιση της υγείας όλων ως μέτρο πρόληψης κατά του Covid-19 σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που υπερίσχυσαν οι περιπτώσεις όπου δεν διενεργούνται τεστ τακτικά.

Crosstab

Count

| | | | | |
|---|----------|---|-----|-------|
| | | 4.9 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Το ιατρικό προσωπικό διενεργεί τεστ τακτικά για διασφάλιση όλων | | Total |
| | | Ναι | Όχι | |
| 1.Εργάζεστε σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Νοσοκομείο; | Δημόσιο | 5 | 25 | 30 |
| | Ιδιωτικό | 24 | 6 | 30 |
| Total | | 29 | 31 | 60 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 24,093 ^a | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 21,624 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 26,053 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 23,692 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Πέμπτη Συσχέτιση

Σχέση Δημόσιου ή Ιδιωτικού Νοσοκομείου και ερώτησης 4.11 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Υπάρχει έλεγχος (επιτήρηση) ότι τα μέτρα τηρούνται

Διαφαίνεται πως όλοι οι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως υπάρχει έλεγχος ότι τα μέτρα πρόληψης κατά του Covid-19 τηρούνται σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που υπερίσχυσαν οι περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει επιτήρηση.

Crosstab

Count

| | | 4.11 Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας σας κατά του Covid-19; Υπάρχει έλεγχος (επιτήρηση) ότι τα μέτρα τηρούνται | | Total |
|-----------------------------------|----------|--|-----|-------|
| | | Ναι | Όχι | |
| 1.Εργάζεστε σε Δημόσιο ή Ιδιωτικό | Δημόσιο | 4 | 26 | 30 |
| Νοσοκομείο; | Ιδιωτικό | 26 | 4 | 30 |
| Total | | 30 | 30 | 60 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 32,267 ^a | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 29,400 | 1 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 36,057 | 1 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,000 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 31,729 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 60 | | | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,00.

b. Computed only for a 2x2 table

8. Κεφάλαιο Όγδοο – Συμπεράσματα - Προτάσεις

Προς επίρρωση των παραπάνω, η πανδημία COVID-19 έφερε στο φως τις μακροχρόνιες ελλείψεις και κενά του υποχρηματοδοτούμενου συστήματος δημόσιας υγείας της Ελλάδας, λόγω της θεμελιώδους ανισορροπίας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών συμφερόντων (Tountas et al. 2020). Η ανεπαρκής ασφάλεια της απασχόλησης, ο υψηλός αριθμός ανέργων γιατρών και η σημαντική άτυπη οικονομία που βρίσκονται σε ένα «ελεύθερο» πολιτικό σύστημα αγοράς καθορίζουν ένα ξεπερασμένο και τελικά ακριβό σύστημα υγείας.

Η επένδυση στην υγεία δεν πρέπει να θεωρείται ως κόστος, αλλά ως κοινωνική επένδυση προτεραιότητας. Το Lockdown υπήρξε ένα επιτυχημένο μέτρο δημόσιας υγείας, αλλά με τη σταδιακή επανέναρξη της ελεύθερης κυκλοφορίας και της δραστηριότητας, θα πρέπει να καταβληθεί κάθε προσπάθεια για τη διατήρηση και την ενίσχυση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης με την ενίσχυση της κοινοτικής περίθαλψης και την καθιέρωση της ικανότητας χρήσης του «αποθεματικού στρατού» της υγείας επαγγελματίες σε επίπεδο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Η πανδημία, ως απειλή για όλους, πρέπει να είναι ο λόγος για να επιστρέψουμε στην κύρια ιπποκρατική προληπτική μέθοδο της ιατρικής (Baeten et al., 2020).

Σύμφωνα με τα παραπάνω ωστόσο, οι σχετικές περιπτώσεις που περιγράφονται, επισημαίνουν τους κινδύνους να μην δοθεί επαρκές βάρος σε ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα τα επείγοντα προβλήματα υγείας να παραμένουν μη διαγνώσιμα και να επιδεινώνουν τις χρόνιες ασθένειες. Η διατήρηση πρακτικών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, η καθιέρωση κοινοτικών εγκαταστάσεων περίθαλψης, η επέκταση προγραμμάτων στο σπίτι, η επέκταση του ρόλου των εργαζομένων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και η αύξηση των διαβουλεύσεων τηλεϊατρικής είναι βασικά στοιχεία λειτουργίας της δημόσιας υγείας (Tountas et al., 2020).

Επίσης, πριν από την κρίση, πολλές ευρωπαϊκές χώρες εστίασαν στη διασφάλιση ενός σωστού συνδυασμού δεξιοτήτων για το εργατικό δυναμικό πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Το πεδίο πρακτικής των νοσηλευτών στην Εσθονία, την Ιρλανδία, τη Λετονία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, είχε ήδη διευρυνθεί. Οι

κοινοτικοί φαρμακοποιοί διαδραμάτισαν επίσης μεγαλύτερο ρόλο στην προώθηση και την πρόληψη της υγείας, ιδίως σε απομακρυσμένες και ανεπαρκείς περιοχές, στο Βέλγιο, το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία), τη Φινλανδία, την Ιταλία και την Ελβετία (ΟΟΣΑ, 2020).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η εφαρμογή τέτοιων πολιτικών επιταχύνθηκε. Για παράδειγμα, το πεδίο πρακτικής των κοινοτικών φαρμακοποιών επεκτάθηκε ταχέως για να επιτρέψει μεγαλύτερη συνέχεια της περίθαλψης για ασθενείς χωρίς ασθενών τον ιό covid-19 (ΟΟΣΑ, 2020). Στο Ηνωμένο Βασίλειο (Σκωτία), η επέκταση της Υπηρεσίας Μικρής Ασθένειας (MAS) έχει δώσει τη δυνατότητα στους φαρμακοποιούς της κοινότητας να υποστηρίξουν περισσότερους ασθενείς επιτρέποντάς τους να δώσουν ορισμένα φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή. Η τηλεϊατρική βοήθησε στη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας ενώ ταυτόχρονα περιείχε την εξάπλωση της υιοθέτησης της τεχνολογίας, η οποία ήταν περιορισμένη στην Ευρώπη πριν από την πανδημία, με παρόχους και ασθενείς να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην ευρύτερη χρήση (Hashiguchi, 2020).

Ωστόσο, με τις αυξανόμενες περιπτώσεις και το lockdown που περιορίζουν την προσωπική φροντίδα, οι χώρες έχουν κινηθεί με ταχύτητα και κλίμακα για να επιτρέψουν μια σειρά υπηρεσιών να παρέχονται εξ' αποστάσεως μέσω ψηφιακών μέσων. Η ευκολία ή η επιστροφή υπηρεσιών όπως η τηλεθεραπεία, έκτοτε επέτρεψαν στον πάροχο να πληρώσει για ορισμένες διαβουλεύσεις με την τηλεθεραπεία και αποσαφήνισε τους κανονισμούς (Tountas et al., 2020).

Τουλάχιστον έντεκα (11) ευρωπαϊκές χώρες διαθέτουν γραμμές βοήθειας *αφιερωμένες* στον ιό, συμπεριλαμβανομένων των αναγκών που προκαλούνται από το κλείδωμα, με έμφαση στην ψυχική υγεία και τη συναισθηματική υποστήριξη (Mental Health Europe, 2020). Η Δανία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και ο Π.Ο.Υ. στην Ευρώπη, μεταξύ άλλων, χρησιμοποίησαν επίσης διαδραστικά στοιχεία που λειτουργούν με τεχνητή νοημοσύνη για να αντιμετωπίσουν την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών, καθώς και για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τα συμπτώματα, τη θεραπεία ασθενών και την καταπολέμηση παραπληροφόρησης. Τέλος, ακόμη και πριν από την κρίση, πολλές ευρωπαϊκές χώρες χρησιμοποιούν ήδη την τεχνολογία της τηλεπαρακολούθησης για χρόνιους ασθενείς και αυτά τα

προγράμματα έχουν αποκτήσει νέα ώθηση, με πολλούς ασθενείς να μην μπορούν να παρακολουθήσουν ραντεβού πρόσωπο με πρόσωπο.

Καθώς οι χώρες διευκολύνουν τους περιορισμούς lockdown και οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης ανοίγουν ξανά τις πόρτες τους στους ασθενείς, ο αριθμός των τηλε-διαβουλεύσεων είναι πιθανό να μειωθεί, όπως συμβαίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες (Κοινοπολιτειακό Ταμείο, 2020). Ενώ η πανδημία έχει δείξει ότι οι χώρες μπορούν να κινηθούν πολύ γρήγορα για να διαλύσουν τα εμπόδια στην τηλε-υγεία (και άλλα ψηφιακά εργαλεία), ορισμένα εμπόδια είναι διαρθρωτικά και λιγότερο επιδεκτικά βραχυπρόθεσμων ρυθμιστικών αλλαγών. Η πρόσβαση στην ευρυζωνική σύνδεση, την ιατρική ευθύνη σε όλες τις δικαιοδοσίες, την ασφάλεια στον κυβερνοχώρο και την προστασία δεδομένων, είναι μερικά μόνο παραδείγματα.

Αν και δεν είναι σαφές κατά πόσο η ιατρική περίθαλψη μπορεί να γίνει εξ' αποστάσεως μέσω ψηφιακών μέσων, η τηλεθεραπεία είναι απίθανο να υποκαταστήσει την πλειονότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό και αυξανόμενο ρόλο. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη μελέτη των ΗΠΑ εκτιμά ότι το 20% του συνόλου των δαπανών Medicare θα μπορούσε να εικονικοποιηθεί (McKinsey, 2020). Αυτό που είναι ξεκάθαρο είναι ότι η πανδημία οδήγησε σε μια άνευ προηγουμένου υιοθέτηση και χρήση της τηλε-υγείας που διαφορετικά δεν θα είχε συμβεί διαφορετικά από τα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρώπης και διεθνώς.

Ωστόσο και εκτός των ανωτέρω, θα πρέπει να σημειωθεί πως σχετικά με το ερευνητικό μέρος της εν λόγω εργασίας, είναι σημαντικό το γεγονός πως το 50% των ερωτηθέντων εργάζονται σε Δημόσιο Νοσοκομείο και το υπόλοιπο 50% σε Ιδιωτικό, το 70% των ερωτηθέντων εργάζονται στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη, το 20% στη Τριτοβάθμια περίθαλψη και το υπόλοιπο 10% στη Πρωτοβάθμια περίθαλψη καθώς και το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι η χρήση μάσκας.

Σημειώνεται επίσης πως το 90% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι η θερμομέτρηση και το 10% δήλωσαν πως δεν είναι απαραίτητη όπως και το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο

χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι η ελεγχόμενη είσοδος. Το 76,7% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία σε περίπτωση κρούσματος.

Επίσης, το 60% των ερωτηθέντων στη συγκεκριμένη έρευνα της παρούσης εργασίας, δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι τα προκαθορισμένα ραντεβού των ασθενών και το 40% δήλωσαν πως δεν παρέχεται αυτή η δυνατότητα, το 55% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι η ειδική διαρρύθμιση ώστε να τηρείται η κοινωνική απόσταση των ασθενών και το 45% δήλωσαν πως δεν παρέχεται αυτή η δυνατότητα και το 63,3% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι ενημερωτικά φυλλάδια & προβολή πληροφοριών σε οθόνες και το 36,7% δήλωσαν πως δεν παρέχεται αυτή η δυνατότητα.

Αντίστοιχα, το 28,3% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι να τηρείται η χρήση του ανελκυστήρα με περιορισμό ατόμων και το 71,7% δήλωσαν πως δεν τηρείται, το 48,3% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι το ιατρικό προσωπικό να διενεργεί τεστ τακτικά για τη διασφάλιση όλων, εργαζομένων και ασθενών, ενώ το 51,7% δήλωσαν πως αυτό δεν γίνεται και το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι να απαγορεύεται το επισκεπτήριο.

Το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ένα από τα Μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους κατά του Covid-19 είναι υπάρχει έλεγχος (επιτήρηση) ότι τα μέτρα τηρούνται, ενώ το 50% δήλωσαν πως αυτό δεν γίνεται, το 28,3% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως το σύστημα υγείας της χώρας πιέζεται σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό λόγω Covid-19, το 50% (αθροιστικά) δήλωσαν πως πιέζεται από αρκετό έως πολύ μεγάλο βαθμό και το υπόλοιπο 21,7% δήλωσαν πως πιέζεται σε λίγο βαθμό και το 46,7% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως το Υπουργείο

Υγείας/Κράτος έχει βοηθήσει στην διευκόλυνση/διαχείριση της δύσκολης αυτής κατάστασης σε αρκετά μεγάλο βαθμό.

Επιπρόσθετα, το 51,7% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως η Διοίκηση της μονάδας όπου εργάζονται έχει βοηθήσει στην διευκόλυνση/διαχείριση της δύσκολης αυτής κατάστασης σε αρκετά μεγάλο βαθμό, το 35% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το υπόλοιπο 13,3% σε λίγο βαθμό και το 45% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η μονάδα στην οποία εργάζονται με σειρά προτεραιότητας είναι η έλλειψη προσωπικού, το 40% δήλωσαν είναι η έλλειψη υποδομών και το υπόλοιπο 15% οι ελλείψεις του απαραίτητου εξοπλισμού.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, σχεδόν όλοι οι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως υπάρχουν ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία σε περίπτωση κρούσματος σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που ναι μεν υπερίσχυσαν οι θετικές απαντήσεις αλλά υπήρχαν και αρκετές περιπτώσεις που δήλωσαν πως δεν υπάρχουν ειδικά διαμορφωμένα ιατρεία, όλοι οι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως τα ραντεβού στο νοσοκομείο πραγματοποιούνται μόνο με προκαθορισμένα ραντεβού σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που υπερίσχυσαν οι περιπτώσεις όπου οι εισερχόμενοι ασθενείς δεν είναι μόνο με προκαθορισμένα ραντεβού.

Αξίζει επίσης να επισημανθεί πως όλοι οι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως υπάρχει ειδική διαρρύθμιση ώστε να τηρείται η κοινωνική απόσταση ως μέτρο πρόληψης κατά του Covid-19 σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που υπερίσχυσαν οι περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ειδική διαρρύθμιση καθώς επίσης οι περισσότεροι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως διενεργούνται τεστ τακτικά για την διασφάλιση της υγείας όλων ως μέτρο πρόληψης κατά του Covid-19 σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που υπερίσχυσαν οι περιπτώσεις όπου δεν διενεργούνται τεστ τακτικά. Τέλος, οι περισσότεροι εργαζόμενοι σε ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν πως υπάρχει έλεγχος ότι τα μέτρα πρόληψης κατά του Covid-19 τηρούνται σε αντίθεση με τα Δημόσια νοσοκομεία που υπερίσχυσαν οι περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει επιτήρηση.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (2021). Νέος κορωνοϊός Covid-19-Οδηγίες. Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/neos-koronaios-covid-19/>

Λουκάς Δ. και συν., (2016). Επιδημιολογία 1, Εκδόσεις Βήτα.

Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, (2016). Μεγάλες Πανδημίες του Αιώνα. Χρυσός Τύπος, Τόμος 4

Τούντας, Γ. (2020). Τα Συστήματα Υγείας και η Δημόσια Υγεία: Από Το Χθες Στο Αύριο. Διανεοσις: Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης. Απρίλιος 2020.

Τούντας, Γ., και συν. (2020). Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. s.l. : Διανεοσις, 2020.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Appleby, J. (2020), “What is happening to non-covid deaths?”, BMJ, p. m1607

Baeten R, Spasova S, Vanhercke B, Coster S (2020). Inequalities in Access to Healthcare: A Study of National Policies. European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission

BMA (2020), Covid-19 Survey Results for hospital doctors, BMA Covid-19 tracker Survey, <https://www.bma.org.uk/media/3451/bma-covid-19-survey-results-for-hospital-doctors-oct-2020.pdf>.

Chinazzi, M., Davis, J. T., Ajelli, M., Gioannini, C., Litvinova, M., Merler, S., ... & Viboud, C. (2020). The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. Science.

Commonwealth Fund (2020), The Impact of the COVID-19 Pandemic on Outpatient Visits: Practices Are Adapting to the New Normal, <https://www.commonwealthfund.org/publications/2020/jun/impact-covid-19-pandemic-outpatient-visits-practices-adapting-new-normal>.

Comas-Herrera, A., E. Ashcroft and K. Lorenz-Dant (2020), International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings. Report in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, <https://ltccovid.org>

Cuffaro, L. et al. (2020), “Dementia care and COVID-19 pandemic: a necessary digital revolution”, *Neurological Sciences*, p. 1,

Congrex Team. (2020). Disruption in the business events industry; Rising to the challenges of Covid-19. Online available at <https://congrex.com/blog/disruptionbusiness-events-industry-challenges-covid-19/>.
retrieved on 25th April 2020.

Daily FT. (2020). Tourism industry meets to assess COVID-19 impact, way forward. Retrieved from <http://www.ft.lk/front-page/Tourism-industry-meets-to-assess-COVID-19-impact-way-forward/44-696983>

Daily Ft. (2020). Tourist arrivals fall 17.7% in Feb. Retrieved from aily FT. (2020). Tourism industry meets to assess COVID-19 impact, way forward. Retrieved from <http://www.ft.lk/front-page/Tourism-industry-meets-to-assess-COVID-19-impact-way-forward/44-696983>

Dianeosis (2020). Public Opinion Survey [in Greek] (https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/03/tpe_2020_final.pdf).

Douglas, M. et al. (2020), “Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response”, *The BMJ*, Vol. 369,

Economou C (2015). Barriers and Facilitating Factors in Access to Health Services in Greece. World Health Organization (<http://www.euro.who.int/en/countries/greece/>

publications/barriers-and-facilitating-factors-in-access- to-health-services-in-greece-2015).

Kanavos P, Souliotis K (2017). Reforming health care in Greece: balancing fiscal adjustment with health care needs In *Beyond Austerity: Reforming the Greek economy* (ed. Meghir C., Pissarides C. A., Vayanos D., Vettas N.), pp. 359–402. MIT Press: Cambridge

Kaitelidou D, Katharaki M, Kalogeropoulou M, Economou C, Siskou O, Souliotis K, Tsavalias K, Liaropoulos L (2016). The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences* 4, 111–125 (<http://www.ejbss.com/recent.aspx/>).

Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 63, e742–e75

Lazzerini, M. et al. (2020), *Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19*, Elsevier B.V.,

Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Petelos E, Papadakis S, Sifaki-Pistolla D, Papadakakis M, Souliotis K, Tziraki C (2020). Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne’s thread. *Primary Health Care Research & Development* 20.

McKinsey (2020), *Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality?*, <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/telehealth-a-quarter-trillion-dollar-post-covid-19-reality#>.

Meyerowitz-Katz, G. and L. Merone (2020), “A systematic review and meta-analysis of published research data on COVID-19 infection-fatality rates”, *International Journal of Infectious Diseases*, Vol. 0/0,

OECD (2020), “COVID-19 and international trade: Issues and actions”, *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris,

<http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-and-international-trade-issues-and-actions-494da2fa/>.

OECD (2020), “Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies”, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/flattening-the-covid-19-peak-containment-and-mitigation-policies-e96a4226/>.

OECD (2020), “Public procurement and infrastructure governance: Initial policy responses to the coronavirus (Covid-19) crisis”, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/public-procurement-and-infrastructure-governance-initial-policy-responses-to-the-coronavirus-covid-19-crisis-c0ab0a96/>.

OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

OECD (2020), “Tackling the coronavirus (COVID-19) crisis together: OECD policy contributions for co-ordinated action”, Beyond containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD, OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/>.

OECD (2020), “Testing for COVID-19: A way to lift confinement restrictions”, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/testing-for-covid-19-a-way-to-lift-confinement-restrictions-89756248/>.

OECD (2020), “The face mask global value chain in the COVID-19 outbreak: Evidence and policy lessons”, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-face-mask-global-value-chain-in-the-covid-19-outbreak-evidence-and-policy-lessons-a4df866>.

OECD (2020), “Tracking and tracing COVID: Protecting privacy and data while using apps and biometrics”, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19),

OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tracking-and-tracing-covid-protecting-privacy-and-data-while-using-apps-and-biometrics-8f394636/>.

OECD (2020), “Trade interdependencies in Covid-19 goods”, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/trade-interdependencies-in-covid-19-goods-79aaa1d6/>.

OECD (2020), “Workforce and Safety in Long-Term Care during the COVID-19 pandemic”, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/workforce-and-safety-in-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic-43fc5d50/>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2020). Greece: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies: Brussels

Perlstadt H (2019). The plague of Athens and the cult of Asklepios as collective behavior and a social movement. *Journal of Regional and Socio-Economic Issue* 9, 6–14 (<https://doi.org/10.13189/sa.2016.041203>).

Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Markaki A, Kritikos K, Petelos E, Lionis C (2017). Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Services Research* 17, 788

Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*.

Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Markaki A, Kritikos K, Petelos E, Lionis C (2017). Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Services Research* 17, 788

Spiteri, G. et al. (2020), First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC),

Tountas Y, Kyriopoulos J, Lionis C, Miltiadis N, Souliotis K, Yfantopoulos J, Filalithis T (2020). The new NHS: Reform of the National Health System [in Greek]

Tsobanoglou GO (2014). The Eurozone crisis: social factors and impacts, emergent sociality and community employment capacity building. In *The Debt Crisis in the Eurozone: Social Impacts* (ed. N.P. Petropoulos, G.O. Tsobanoglou), pp. 396–424. Cambridge Scholars Publishing.

United Nations World Tourism Organization, (2020). Impact assessment of the Covid- 19 outbreak on international tourism online available at <https://www.unwto.org/impact-assessment-of-the-covid-19-outbreak-on-international-tourism>, retrieved on 25th April 2020.

Wen, J., Aston, J., Liu, X., & Ying, T. (2020). Effects of misleading media coverage on public health crisis: A case of the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *Anatolia*

World Health Organization. Novel Coronavirus (2020-nCoV) Situation Report-21, 2020. Available online: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200210-sitrep-21-ncov.pdf> (accessed on 23 April 2020)

World Health Organization. Novel Coronavirus—China, 2020. Available online: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/> (accessed on 23 April 2020).

COVID-19 Management guidelines Compiled by Ali S M Jawad The Author(s) 2020. Published by Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America. All rights reserved. For permissions,

INITIAL GUIDANCE: Management of Infants Born to Mothers with COVID-19 Date of Document: April 2, 2020

ProMED-mail. <https://promedmail.org/promed-post/?id=6864153>. Accessed January 7, 2020. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019

novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020 Jan 24 [Epub ahead of print]
[Published correction appears in Lancet 2020 Jan 30.].

World Health Organization. Novel coronavirus – Thailand (ex-China).
<http://www.who.int/csr/don/14-january-2020-novel-coronavirus-thailand/en/>.
Published January 14, 2020. Accessed January 19, 2020.

World Health Organization. Novel coronavirus – Japan (ex-China).
<http://www.who.int/csr/don/17-january-2020-novel-coronavirus-japan-ex-china/en/>.
Published January 17, 2020. Accessed January 19, 2020

Διαδικτυακές Πηγές

[https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

www.covid19-druginteractions.org

Emerging 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia

Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19)

AGA Institute Rapid Recommendations for Gastrointestinal Procedures During the COVID-19 Pandemic

<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/02/2019-ncov-orismos-kroysmatos-2.pdf>

<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/03/covid-19-eppag-ygeias-ektimisi-kindinou.pdf>

<https://www.resus.org.uk/media/statements/resuscitation-council-uk-statements-on-covid-19-coronavirus-cpr-and-resuscitation/covid-healthcare/>

<https://anaesthesiology.gr/media/File/pdf/2020/Protokollo%20diax%20aer.pdf>

https://academy.eusem.org/eusem/2020/covid-19/290502/session.speakers.covid-webinar.a.unique.insight.in.highly.impactted.countries.html?f=menu=8*browseby=8*sortby=2*label=19798

<https://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-shielding-and-protecting-extremely-vulnerable-persons-from-covid-19/guidance-on-shielding-and-protecting-extremely-vulnerable-persons-from-covid-19>

[https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

<https://www.sccm.org/Blog/March-2020/United-States-Resource-Availability-for-COVID-19>),

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/03/PPE-donning-doffing.pdf>).

<https://bit.ly/BMJremcon>

<http://www.covid19-druginteractions.org/>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/areas-presumed-ongoingcommunity-transmission-2019-ncov>).

<https://www.who.int/>