

**ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΕΠΕ) ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ**

A) Λειτουργικές Εξετάσεις Πνεύμονα

- 1) Τόσο ο έλεγχος της σωστής διενέργειας όσο και η ερμηνεία των λειτουργικών εξετάσεων πνεύμονα (συμπεριλαμβανομένης της σπιρομέτρησης) είναι έργο αποκλειστικά του ειδικού πνευμονολόγου και αποτελεί σημαντικό και αναπόσπαστο κομμάτι της ειδικότητας Πνευμονολογία - Φυματιολογία.
- 2) Η ΕΠΕ δεν αναγνωρίζει οποιοδήποτε πιστοποίηση γνώσης ή επάρκειας διενέργειας και ερμηνείας λειτουργικών εξετάσεων πνεύμονα (συμπεριλαμβανομένης της σπιρομέτρησης) από οποιονδήποτε άλλο λειτουργό υγείας, εκτός βέβαια από ειδικό πνευμονολόγο, και από οπουδήποτε και αν προέρχεται η όποια πιστοποίηση (παρακολούθηση σεμιναρίων, μεταπτυχιακών προγραμμάτων/σπουδών, κλπ) είτε του εσωτερικού είτε του εξωτερικού.
- 3) Η ΕΠΕ θεωρεί απαράδεκτη ενέργεια από οποιοδήποτε μέλος της και ιδίως από πανεπιστημιακούς δασκάλους την χορήγηση οποιασδήποτε μορφής πιστοποίηση γνώσης ή επάρκειας διενέργειας και ερμηνείας λειτουργικών εξετάσεων πνεύμονα (συμπεριλαμβανομένης της σπιρομέτρησης) σε οποιονδήποτε λειτουργό υγείας μέσω διενέργειας σεμιναρίων, μεταπτυχιακών προγραμμάτων/σπουδών, κλπ.

B) Συμμετοχή Πνευμονολόγων σε Συνέδρια άλλων Ειδικοτήτων

- 1) Η ΕΠΕ δεν αρνείται την συμμετοχή των μελών της στην διαρκή ιατρική εκπαίδευση και επιμόρφωση γιατρών άλλων ειδικοτήτων για τα θέματα του αναπνευστικού συστήματος. Αντίθετα μάλιστα, το θεωρεί σημαντική της υποχρέωση. Βλέπει όμως την παρέμβαση αυτή να γίνεται συντεταγμένα μέσω πρόσκλησης προς την ΕΠΕ για συμμετοχή σε συνέδρια και εκδηλώσεις των άλλων ειδικοτήτων.
- 2) Η ΕΠΕ συνιστά στα μέλη της να μη συμμετέχουν σε δορυφορικά συμπόσια που γίνονται σε συνέδρια και εκδηλώσεις άλλων Ιατρικών Εταιρειών πλην της ΕΠΕ και των υπολοίπων Ιατρικών Εταιρειών της ειδικότητας, τα οποία δορυφορικά συμπόσια έχουν σκοπό την διαχείριση των χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων από μη πνευμονολόγους.

- 3) Η ΕΠΕ συμμετέχει ενεργά με πολλά μέλη της στη δημιουργία διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων των αναπνευστικών παθήσεων σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και περιμένει την έναρξη και άμεση εφαρμογή αυτών των πρωτοκόλλων, ιδίως αυτών που αφορούν τις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, αποκλειστικά από τον ειδικό Πνευμονολόγο.

Γ) Γνωμοδότηση για Οξυγονοθεραπεία και Αναλώσιμα Υλικά Αναπνευστικών Συσκευών (ΕΟΠΠΥ)

1) Προσδιορισμός αερίων αίματος και λοιπών όρων και προϋποθέσεων για έκδοση γνωμάτευσης για οξυγονοθεραπεία

Μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία συνταγογραφείται μόνο από ειδικό πνευμονολόγο και ενδείκνυται σε σταθεροποιημένους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια, οφειλόμενη σε χρόνια πνευμονική νόσο. Η χρόνια πνευμονική νόσος να τεκμηριώνεται από ιστορικό, τον κλινικό έλεγχο και τις παρακλινικές εξετάσεις.

Η έναρξη της χρόνιας οξυγονοθεραπείας γίνεται κατόπιν λήψεως αερίων αίματος και με τιμές : $PO_2 < 55 \text{ mmHg}$ ή $< 60 \text{ mmHg}$ και συνοδό πνευμονική υπέρταση -που να τεκμηριώνεται από παρακλινικό έλεγχο (υπερηχογράφημα ή καθετηριασμό)- πολυκυτταραιμία με $Hct > 55\%$ ή περιφερικό οίδημα λόγω συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Σε περίπτωση έναρξης οξυγονοθεραπείας, ιδίως μετά από νοσηλεία, η (ο)ασθενής πρέπει να επανεκτιμάται μετά από 60 ως 90 μέρες με επανάληψη των αερίων αίματος σε ατμοσφαιρικό αέρα για να δειχθεί αν χρειάζεται συνέχιση της οξυγονοθεραπείας.

Η ανάλυση των αερίων αίματος να επαναλαμβάνεται ανά 6 ως 12 μήνες . Στα μεσοδιαστήματα η μηνιαία συνταγογράφηση, μπορεί να αναφέρεται στα προηγούμενα αέρια αίματος και σε οξυμετρία σε ηρεμία με κορεσμό $< 88\%$.

Χρόνια οξυγονοθεραπεία συνίσταται επίσης σε περιπτώσεις αναπνευστικών διαταραχών σε ασθενείς που παρουσιάζουν αναπνευστικές διαταραχές στον ύπνο και παρά την χρήση ειδικών αναπνευστικών συσκευών ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης βρίσκεται κάτω από 88% . Στην περίπτωση αυτή πρέπει να υπάρχει μελέτη ύπνου τιτλοποίησης πίεσης συσκευής από Ε.Κ.ε.Δ.Υ (Εργαστήριο – Κέντρο Διαταραχών Ύπνου).

2) **Για το αναλώσιμο υγειονομικό υλικό συσκευών μηχανικής υποστήριξης αναπνοής (σε ασθενείς χωρίς τραχειοστομία)**

Για συσκευές CPAP (απλή ή αυτόματη), BiPAPS, BiPAPS/T, αναπνευστήρες όγκου-πίεσης, σερβο-αναπνευστήρες τα υλικά που χρήζουν αντικατάσταση είναι η μάσκα (ρινική ή στοματο-ρινική), ο κεφαλοδέτης, ο σωλήνας αέρος και τα φίλτρα αέρος της συσκευής

Η μάσκα και ο κεφαλοδέτης χρήζουν αλλαγής ανά έτος. Θα πρέπει υπάρχει δυνατότητα χορήγησης νέας μάσκας και όχι τμημάτων αυτής. Επίσης θα πρέπει να διευκρινίζεται εάν πρόκειται για ρινική ή στοματο-ρινική μάσκα.

Η αλλαγή σωλήνα να γίνεται ανά διετία

Η αλλαγή φίλτρων έως 6 φορές ετησίως

3) **Προσδιορισμός αναλώσιμου υγειονομικού υλικού αναπνευστικών συσκευών σε ασθενείς που φέρουν τραχειοστομίες και διενεργείται κατ' οίκον νοσηλεία**

1 φίλτρο τραχειοστομίας ανά 3 ημέρες

1 γάζα τραχειοστομίας ανά ημέρα

100 καθετήρες αναρρόφησης ανά μήνα (περίπου 3-4 αναρροφήσεις ανά ημέρα)

1 τραχειοσωλήνας ανά μήνα

4) **Συντήρηση αναπνευστήρων όγκου-πίεσης**

Θα πρέπει να γίνει σε συνεννόηση με τους συμβεβλημένους παρόχους καθότι εξαρτάται από τον τύπο της εκάστοτε συσκευής.

5) **Χρόνος αλλαγής συσκευής νεφελοποίησης**

Τα 3 έτη

Δ) Διαχείριση Ασθενών με Αναπνευστικές Παθήσεις (Υπουργείο Υγείας-ΕΟΠΠΥ) [μαζί με την Ένωση Πνευμονολόγων Ελλάδος (ΕΠΝΕΛ)]

Έναρξη και άμεση εφαρμογή των πρωτοκόλλων για τις αναπνευστικές παθήσεις με διάγνωση, έλεγχο-παρακολούθηση και συνταγογράφηση, ιδίως σε ότι αφορά τις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, αποκλειστικά από τον ειδικό Πνευμονολόγο.

Ο επανέλεγχος σε τακτικά χρονικά διαστήματα και η διαχείριση της πορείας της χρόνιας πάθησης του ασθενούς θα πραγματοποιείται από τον ειδικό Πνευμονολόγο, ενώ η αντιγραφή της φαρμακευτικής συνταγής δυνατόν να

γίνεται από Αγροτικό, Γενικό Γιατρό ή γιατρό ΚΥ/ΠΕΔΥ/ΤΟΜΥ με αναγραφή σε pop up ανάρτηση ή στα σχόλια της συνταγής της ημερομηνίας και του ονόματος του Πνευμονολόγου που αποτελεί και τον θεράποντα γιατρό του ασθενούς.

Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εννοείται ότι την θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση του ασθενούς αναλαμβάνει ο εκάστοτε επαγγελματίας υγείας.

Ε) Διαχείριση Ασθενών με Πνευμονικό Καρκίνο από Πνευμονολόγους (ΕΟΠΠΥ-Υπουργείο Υγείας)

Οι Πνευμονολόγοι εμπλέκονται καίρια στη διάγνωση και σταδιοποίηση της νόσου. Τεχνικές που χειρίζονται κατά αποκλειστικό τρόπο όπως είναι η βρογχοσκόπηση, ο ενδοβρογχικός υπέρηχος, η θωρακοκέντηση και η ιατρική πλευροσκόπηση αποτελούν πολύτιμα και ιδιαίτερα μέσα παροχής βιολογικού υλικού για κυτταρολογική, ιστολογική και μοριακή αξιολόγηση. Ο προεγχειρητικός λειτουργικός αναπνευστικός έλεγχος και η διαχείριση των σημαντικότερων και συχνότερων συν-νοσηροτήτων διενεργούνται από Πνευμονολόγους.

Από το 2010 η ΕΠΕ συγκρότησε Επιτροπή Πιστοποίησης Πνευμονολογικών Κλινικών για την συστηματική θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Στην επιτροπή μετέχουν πνευμονολόγοι ασχολούμενοι ιδιαίτερα με τη νόσο καθώς επίσης και δύο καθηγητές Πνευμονολογίας με ιδιαίτερο γνωστικό αντικείμενο την ογκολογία θώρακος. Τα κριτήρια αξιολόγησης αφορούν στις υποδομές, στην εμπειρία και στην επιστημονική επάρκεια του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού). Τα ετήσια αποτελέσματα αυτής της αξιολόγησης κοινοποιούνται στο ΚΕΣΥ.

Οι πιστοποιημένες από την ΕΠΕ Πνευμονολογικές Κλινικές διαθέτουν την απαραίτητη γνώση και εμπειρία να εφαρμόζουν συστηματική χημειοθεραπεία και να αντιμετωπίζουν τις επιπλοκές της νόσου και τις παρενέργειες των εφαρμοζόμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία από την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη χορηγούνται από Πνευμονολογικές κλινικές πάνω από 10.000 χημειοθεραπείες κατ' έτος και ο αριθμός βαίνει

συνεχώς αυξανόμενος. Επίσης μεγάλος αριθμός ασθενών λαμβάνει στοχευόμενες θεραπείες κατ'όικον με συστηματική παρακολούθηση.

Η σφαιρική διαχείριση του πνευμονικού καρκίνου απαιτεί ασφαλώς διεπιστημονική προσέγγιση. Όμως, ως εκ των ανωτέρω, ο ρόλος των πνευμονολόγων είναι καίριος και καθοριστικός. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν τα ακόλουθα **τρία προβλήματα** που δυσχεραίνουν σημαντικά το ρόλο τους:

- 1) **Η μη επιτρεπτή (απαγόρευση) συνταγογράφηση από πνευμονολόγους των ειδικών βιολογικών παραγόντων (EGFR, ALK, PL1 κ.λ.π), που είναι άκρως απαραίτητοι για την μοριακή ταυτοποίηση του πνευμονικού καρκίνου και την επιλογή της θεραπείας του.** Είναι απορίας άξιο ότι αυτή επιτρέπεται σε παθολόγους, γενικούς γιατρούς, αλλεργιολόγους κλπ. που δεν έχουν οποιαδήποτε σχέση με το καρκίνο του πνεύμονα.
- 2) **Για τη σταδιοποίηση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα κατά κανόνα απαιτούνται τρεις αξονικές τομογραφίες (θώρακα, άνω κοιλίας, εγκεφάλου). Παρά ταύτα οι πνευμονολόγοι δύνανται να συνταγογραφήσουν μόνο δύο αξονικές τομογραφίες, με αποτέλεσμα τη μη πλήρη και ακριβή σταδιοποίηση αυτών των ασθενών.**
- 3) Πριν λίγο καιρό καθορίστηκαν από τον ΕΟΠΥΥ οι ειδικότητες που μπορούν να χορηγούν **σκευάσματα ειδικής διατροφής για καρκινοπαθείς**, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα, αλλά η συνταγογράφηση δεν είναι δυνατή από πνευμονολόγους.

Η συνέχιση της αντιμετώπισης των ασθενών μας σύμφωνα με τα διεθνή επιστημονικά δεδομένα, καθιστά αναγκαία την επίλυση των παραπάνω προβλημάτων.

Ε) Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τις Αναπνευστικές Ασθένειες (Υπουργείο Υγείας-ΕΟΠΠΥ)

Το ΔΣ της ΕΠΕ πιστεύει στην ανάγκη δημιουργίας διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων για όλες τις αναπνευστικές ασθένειες, όχι μόνο τις αποφρακτικές, και πρότεινε τα εξής μέλη της ΕΠΕ, εξειδικευμένα στο εκάστοτε αντικείμενο, για την δημιουργία των ανωτέρω Πρωτοκόλλων.

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Κουλούρης Νικόλαος (συντονιστής), Τζανάκης Νικόλαος, Χειλάς Γεώργιος,
Τρύφων Σταύρος, Παπαϊωάννου Ανδριάννα, Περλικός Φώτης

Άσθμα

Λουκίδης Στέλιος (συντονιστής), Μπακάκος Πέτρος, Ζέρβας Ελευθέριος,
Σάμιτας Κωνσταντίνος, Ροβίνα Νικολέττα

Διάμεσα Νοσήματα Πνεύμονος

Μπούρος Δημοσθένης (συντονιστής), Παπίρης Σπύρος, Δανιήλ Ζωή,
Αντωνίου Κατερίνα, Κολιλέκας Λυκούργος, Τζίλας Βασίλης

Καρκίνος Πνεύμονα

Ράπτη Αγγελική (συντονίστρια), Κοντακιώτης Θεόδωρος, Ζαρογουλίδης
Κωνσταντίνος, Βλαστός Φώτης, Σκούρας Βασίλης, Χαρπίδου Ανδριανή,
Γκιόζος Γιάννης

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Αρμαγανίδης Απόστολος (συντονιστής), Πνευματικός Γιάννης, Ρούτση
Χριστίνα, Κονδύλη Ευμορφία, Σιγάλα Ιωάννα, Ισχάκη Ελένη, Μακρής
Δημοσθένης

Λοιμώξεις Πνεύμονος (πλην Φυματίωσης)

Λιαπίκου Αδαμαντία (συντονίστρια), Κιουμής Γιάννης, Ντάγανου Μαρία,
Σωτηρίου Αδαμαντία

Φυματίωση

Παπαβασιλείου Απόστολος (συντονιστής), Τουμπής Μιχάλης, Μόσχος
Χαράλαμπος, Μανίκα Κατερίνα

Πνευμονική Υπέρταση

Άνθη Αναστασία (συντονίστρια), Ορφανός Στέλιος, Πίτσιου Γεωργία,
Μητρούσκα Ιωάννα

Πνευμονική Εμβολή

Πολυχρονόπουλος Βλάσσης (συντονιστής), Μάναλη Ευφροσύνη, Γιαννιού
Νίκη, Ασημάκος Ανδρέας, Καρακοντάκη Φωτεινή

Νοσήματα Υπεζωκότα

Καλομενίδης Γιάννης (συντονιστής), Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος,
Σπυράτος Διονύσης, Ψαθάκης Κωνσταντίνος

Διαταραχές Ύπνου

Βαγιάκης Μανώλης (συντονιστής), Σχίζα Σοφία, Μερμίγκης Χαράλαμπος,
Τρακαδά Γεωργία, Στειρόπουλος Πασχάλης

Ενδοσκοπικές Τεχνικές και Επεμβατική Πνευμονολογία

Στρατάκος Γρηγόρης (συντονιστής), Κατής Κωσταντίνος, Μπαλής Βαγγέλης,
Ζίας Νίκος

Διακοπή Καπνίσματος

Κατσαούνου Παρασκευή (συντονίστρια), Πατάκα Παρασκευή, Φλώρου
Αγγελική, Τσικρικά Σταματούλα

ΣΤ) Θέσεις ΕΠΕ για την Πνευμονολογία στην Π.Φ.Υ. (Υπουργείο Υγείας-ΕΟΠΠΥ) (μαζί με την ΕΠΝΕΛ)

Το πιο κάτω υπόμνημα, συντάχθηκε και κατατίθεται στα πλαίσια του Σχεδίου Νόμου Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), από τους επίσημους Πανελλήνιους Φορείς της Πνευμονολογίας, την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία και την Ένωση Πνευμονολόγων Ελλάδας, έχει δε ως στόχο την ενημέρωση σχετικά με τον επιστημονικό ρόλο και την θέση που οφείλει να κατέχει ο Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, στην Κοινότητα και στην ΠΦΥ.

Κατά την άποψη μας, το σημαντικότερο κριτήριο δημιουργίας της Π.Φ.Υ., πρέπει να είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών με κύριο προσανατολισμό, την πρόληψη και αγωγή της Υγείας, τη θεραπεία, καθώς και την αποκατάσταση των χρονίως πασχόντων, μέσα από διαγνωστικά και θεραπευτικά και φαρμακευτικά πρωτόκολλα.

Είναι σαφές ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξημένη αναγνώριση και ταυτόχρονα επίπτωση των αναπνευστικών νοσημάτων. Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα, **η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και το Βρογχικό Άσθμα**, αποτελούν τα πλέον συνήθη νοσήματα, για τα οποία αναζητείται ιατρική βοήθεια και συνδρομή, με τη ΧΑΠ να αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Αναφέρουμε τεκμηριωμένες μελέτες που δείχνουν ότι η επίπτωση του άσθματος ανέρχεται στο 9% [ZervasERScongress 2012], ενώ της ΧΑΠ 8.5-10.5% [TzanakisChest 2005, SichletidisRespiration 2009]. Πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες του 2017 [SouliotisIntJCOPD 2017], θεωρούν ότι το συνολικό ετήσιο κόστος διαχείρισης ανά ασθενή με ΧΑΠ ανέρχεται σε 4.730 €, με το τελευταίο να εξαρτάται σημαντικά, από την ύπαρξη νοσηλείας λόγω παροξύνσεων της νόσου. Αντίστοιχα, σε ανάλογη μελέτη για το άσθμα, το ετήσιο κόστος

φαίνεται να είναι λιγότερο και να ανέρχεται στις 2.300 € ανά ασθενή, με σημαντικό όμως στοιχείο, ότι το 72% των ασθενών παρακολουθείται από ειδικό Πνευμονολόγο, πράγμα που δεν ισχύει για την ΧΑΠ [SouliotisFrontiers 2017]. Παραμένοντας στα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, θα πρέπει επίσης να τονισθεί, η σαφής αύξηση των **Διάχυτων Διάμεσων Πνευμονοπαθειών**, για την διάγνωση και διαχείριση των οποίων απαιτούνται ειδικές γνώσεις, που μόνο οι Πνευμονολόγοι γνωρίζουν, ενώ 3 άλλες κατηγορίες νοσημάτων, **ο Καρκίνος του Πνεύμονα, οι Λοιμώξεις του Αναπνευστικού Συστήματος (που αποτελούν τις συχνότερες λοιμώξεις) και η Φυματίωση** αποτελούν σήμερα, καθημερινές προκλήσεις για την διαχείριση τους από τον ειδικό.

Ο ρόλος λοιπόν του Πνευμονολόγου στη Π.Φ.Υ., δεν εντοπίζεται στα 2 κύρια αποφρακτικά νοσήματα των αεραγωγών που είναι η ΧΑΠ και το άσθμα. Δεν σταματά επίσης στη διενέργεια της σπιρομέτρησης που έχει σαν κύριο στόχο την διάγνωση των 2 αυτών νοσημάτων. Ο ρόλος του είναι πολύπλευρος, με πολλαπλές στοχεύσεις που άπτονται όχι μόνο στην αναγνώριση νοσημάτων, αλλά ταυτόχρονα στην αξιολόγηση και διαχείριση αυτών. Η μη ορθή διαχείριση των νοσημάτων του Αναπνευστικού, από μη εκπαιδευμένους επαγγελματίες Υγείας, χωρίς εμπειρία στην ανίχνευση, διάγνωση & θεραπεία, επιβαρύνει σημαντικά τόσο το σύστημα Υγείας, όσο και τον ίδιο τον ασθενή, επιφέροντας μεγάλες καθυστερήσεις στην αντιμετώπιση τους, ευνοεί και συντηρεί την πολυφαρμακία, αυξάνει ιδιαίτερα το κόστος και φυσικά εξαντλεί πόρους από το Υγειονομικό Σύστημα, ενώ παράλληλα μειώνει σημαντικά το επίπεδο ποιότητας ζωής των αναπνευστικών ασθενών και καταγράφει υψηλά ποσοστά θνησιμότητας.

Αναμφισβήτητα, το “κόστος” των αναπνευστικών νοσημάτων, λόγω της αυξημένης επίπτωσής τους στο γενικό πληθυσμό, εξαρτάται από τη διαχειριστική ικανότητα του ειδικού και φυσικά η πρόωμη διάγνωση τους δεν είναι απλά θετική για τον ασθενή μόνο, αλλά και για το σύστημα Υγείας. Η ύπαρξη Πνευμονολόγου στην ΠΦΥ, δεν αποτελεί μόνο μια δικλείδα ασφάλειας για τη μείωση του ρυθμού παραπομπής σε τριτοβάθμια κέντρα, αλλά μια σημαντική παρέμβαση στη γενική διαχείριση των νοσημάτων σε διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο. Να τονισθεί ακόμα, ότι είναι η ειδικότητα εκείνη, που έχει σημαντικό ρόλο και στην αξιολόγηση νοσημάτων

άλλων ειδικοτήτων, μια και υπάρχει σημαντικός αριθμός νοσημάτων που χαρακτηρίζονται ως συν-νοσηρότητες. Αναφέρουμε ενδεικτικά τα **συστηματικά νοσήματα της Ρευματολογίας, τα Καρδιαγγειακά, τις Νεοπλασίες** και φυσικά το μεγάλο ζήτημα των **Φαρμακογενών Πνευμονοπαθειών**, που αποτελούν σημαντικό κομμάτι στη καθημερινότητα όλων των ειδικοτήτων και αποτελούν ταυτόχρονα σημαντικό ζήτημα ασφάλειας και πρώιμης αναγνώρισης, με σκοπό τη μείωση του κόστους από τυχόν εξέλιξη τους. Τέλος στο τεράστιο θέμα της **Πρόληψης**, να σημειωθεί η μεγάλη συνδρομή της ειδικότητας, σε **θέματα ενημέρωσης και διακοπής καπνίσματος, σε γενικό και ειδικό πληθυσμό**, όπως σχολεία, εκπαιδευτικά ιδρύματα και λοιπούς επαγγελματικούς χώρους, με τη χρήση εκπαιδευτικών-ενημερωτικών προγραμμάτων και άλλων κατάλληλων εργαλείων (ιατρεία διακοπής καπνίσματος, Προγράμματα Υπ. Παιδείας, κλπ)

Είναι λοιπόν σαφές ότι ο Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος αποτελεί και πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ΠΦΥ, με σημαντικό ρόλο στα νέα πολυδύναμα Κέντρα Υγείας. Η τεκμηριωμένη, επιδημιολογικά με μελέτες, αυξημένη επίπτωση αναπνευστικών νοσημάτων, θεωρείται σημαντικό στοιχείο ώστε στη στατιστική παρέμβαση η αναλογία του Πνευμονολόγου να είναι 1/20.000 κατοίκους.

Θεωρούμε ότι είναι επιτακτική ανάγκη η πολιτεία να υιοθετήσει τις παραπάνω θέσεις μας, με σκοπό την θωράκιση του συστήματος Υγείας και των Πολιτών.

Z) Θέσεις ΕΠΕ για τον «Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας 1/10/2015» (ΕΟΠΠΥ)

Μετά την πρόσφατη ανακοίνωση από τον ΕΟΠΥΥ του προς διαβούλευση «ΕΝΙΑΙΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 01-10-2015» η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία έχει τις παρακάτω επισημάνσεις- προτάσεις για τις τροποποιήσεις που έγιναν σε θέματα σχετικά με τη χορήγηση αναπνευστικών συσκευών:

Στην σελίδα 26 προτείνεται ότι η χορήγηση αναπνευστικών συσκευών απαιτεί την προσκόμιση γνωμάτευσης από Πνευμονολόγο και ΩΡΛ ιατρό. Η πρόταση αυτή έρχεται σε αντίθεση με τις ισχύουσες έως τώρα αποφάσεις. Συγκεκριμένα η ισχύουσα υπουργική απόφαση 21/12/1991 (Αριθ. Πρωτ.

A7α/15.533) αναφέρει ότι «η πιστοποίηση της ανάγκης χρήσεως των πιο πάνω συσκευών πρέπει να γίνεται από γιατρούς με ειδικότητα Πνευμονολόγου ή με ειδικότητα Εντατικολόγου. Επιπρόσθετα το ΙΚΑ με την Γ.Ε: Γ 32/983/1-6-2007 ορίζει λεπτομερώς τα θέματα σχετικά με τις αναπνευστικές συσκευές και δεν αναφέρει σε κανένα σημείο την ανάγκη γνωμάτευσης από ιατρό ειδικότητας ΩΡΛ.

Η παρουσία εμφανών ανατομικών προβλημάτων (διογκωμένες αδενοειδείς εκβλαστήσεις ή/και υπερτροφικές αμυγδαλές) αφορά ως επί το πλείστον τον παιδιατρικό πληθυσμό με σύνδρομο υπνικής άπνοιας, όπου η χειρουργική αντιμετώπιση από ΩΡΛ αποτελεί διεθνώς τη μέθοδο εκλογής. Αντίθετα στους ενήλικες με σύνδρομο υπνικής άπνοιας, το αίτιο της απόφραξης είναι συνήθως πολυεστιακό (απόφραξη αεραγωγού κατά τον ύπνο στο επίπεδο της βάσης της γλώσσας ή/ και μαλθακής υπερώας, υποφάρυγγα), η δε παθοφυσιολογία του νοσήματος είναι πολυπαραγοντική, λόγοι για τους οποίους η χειρουργική αντιμετώπιση δεν έχει δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα και η διεθνώς εφαρμοζόμενη αντιμετώπιση είναι η χρήση αναπνευστικών συσκευών CPAP (απλών ή αυτόματων) κατά τον ύπνο. Είναι σαφές ότι σε περιπτώσεις ενηλίκων ασθενών με σαφές ανατομικό πρόβλημα, οι ασθενείς αυτοί μετά την μελέτη ύπνου παραπέμπονται σε ΩΡΛ ιατρό για την δέουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Αυτό ωστόσο δεν είναι δυνατόν να γίνει στο σύνολο των ασθενών λόγω άσκοπης ταλαιπωρίας αυτών, αύξηση του κόστους και επιβάρυνση των ταμείων για άσκοπες ΩΡΛ εκτιμήσεις και καθυστέρηση στην έναρξη αντιμετώπισης ενός συνδρόμου που έχει διεθνώς αναγνωρισθεί ως σημαντικός παράγοντας πρόκλησης αλλά και επίτασης της νοσηρότητας και θνητότητας από το καρδιαγγειακό. Επιπρόσθετα πολλοί εκ των ασθενών με έντονη ημερήσια υπνηλία λόγω του συνδρόμου έχουν αυξημένη πιθανότητα για πρόκληση τροχαίων και εργατικών ατυχημάτων οπότε η καθυστέρηση έναρξης αντιμετώπισης με αναπνευστικές συσκευές θέτει σε άμεσο κίνδυνο όχι μόνο τους ίδιους αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο .

Για τους άλλους τύπους αναπνευστικών συσκευών πέραν της CPAP (αναπνευστήρες, BiPAP) που αφορούν σε ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια που οφείλεται σε αναπνευστικά, νευρομυικά ή καρδιολογικά νοσήματα και συνήθως με βαριά κλινική εικόνα, η χορήγηση ΩΡΛ

γνωμάτευσης δεν έχει απολύτως κανένα νόημα. Είναι μάλιστα εξαιρετικά αμφίβολο κατά πόσον ασθενείς με βαρύτερη εικόνα (πολλοί εκ των οποίων αδυνατούν να παραμείνουν ακόμα και κατά τη διάρκεια της ημέρας για μεγάλα χρονικά διαστήματα χωρίς αναπνευστική συσκευή) είναι δυνατόν να μετακινηθούν σε ΩΡΛ ιατρείο για χορήγηση γνωμάτευσης.

Ειδικά για το σύνδρομο υπνικής άπνοιας σε ενήλικες πρέπει να αναγράφεται ότι για τη χορήγηση της θεραπείας, στα απαραίτητα δικαιολογητικά είναι αναγκαία η προσκόμιση των δύο μελετών ύπνου (μιας διαγνωστικής και μιας θεραπευτικής με εφαρμογή συσκευής CPAP) που διενεργούνται σε κέντρο μελέτης ύπνου, με βάση τη διεθνή επιστημονική πρακτική και τις δημοσιευμένες διεθνείς οδηγίες και όπου ΩΡΛ γνωμάτευση δεν είναι αναγκαία.

Με βάση τα ανωτέρω θεωρούμε σκόπιμο όπως γίνουν οι ακόλουθες τροποποιήσεις στο υπό διαβούλευση κείμενο

- 1) Η παραμονή της διάταξης βάσει της οποίας η χορήγηση αναπνευστικών συσκευών απαιτεί τη χορήγηση γνωμάτευσης από πνευμονολόγο και απαραίτητως τις σχετικές γνωματεύσεις από κέντρο μελέτης ύπνου (διαγνωστική μελέτη ύπνου που θέτει την διάγνωση του συνδρόμου υπνικής άπνοιας και μελέτη τιτλοποίησης πιέσεων που καταδεικνύει την επιτυχή αντιμετώπισή του με CPAP)
- 2) Σε περιστατικά που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή μονάδες αυξημένης φροντίδας ή θαλάμους με εφαρμογή μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού και εξέρχονται του νοσηλευτικού ιδρύματος με ανάγκη για κατ' οίκον συνέχιση του μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού θα αρκεί η γνωμάτευση Πνευμονολόγου ή Εντατικολόγου μαζί με το σχετικό ιστορικό που καταδεικνύει την ανάγκη για εφαρμογή της συσκευής αυτής. Σε αυτά τα περιστατικά η διενέργεια μελέτης ύπνου είναι συχνά μη δυνατή (ενίοτε και επικίνδυνη εάν οι ασθενείς δε μπορούν να αποδεσμευθούν από την αναπνευστική συσκευή) οπότε η στοιχειοθέτηση της αναγκαιότητας τους θα δίδεται με σχετική γνωμάτευση χωρίς μελέτη ύπνου.

Η) Χορήγηση Επινεφρίνης καθώς και Ανοσοθεραπεία στο άσθμα από Πνευμονολόγους (ΕΟΠΠΥ)

Ο Πνευμονολόγος στα πολλαπλά επίπεδα φροντίδας υγείας είναι ο κατ' εξοχήν διαχειριστής της νόσου του βρογχικού άσθματος. Είτε σε επίπεδο σταθερής νόσου είτε σε επίπεδο παρόξυνσης. Παράλληλα με τη διαχείριση αποφασίζει τη θεραπευτική στρατηγική της νόσου. Το φαρμακευτικό σκεύασμα που αφορά την επινεφρίνη [Anapen] δεν μπορεί να χορηγηθεί από Πνευμονολόγους. Αυτή η απόφαση προκαλεί δυσλειτουργία στην εξάσκηση των καθκόντων τους με αποτέλεσμα να μην μπορεί με ασφάλεια να χορηγήσουν σκεύασμα όπως η αντιIGE που σε ένα μικρό ποσοστό προκαλεί αναφυλακτικές αντιδράσεις και χρειάζεται προληπτική συνταγογράφηση επινεφρίνης μια και οι αντιδράσεις αυτές μπορεί δυνητικά να συμβούν και αρκετές ώρες μετά τη επιτηρούμενη χορήγηση του φαρμάκου σε ιατρεία και νοσοκομεία. Επιπρόσθετα αποτελεί θεραπεία σε ασθενείς με ιστορικό σοβαρών κρίσεων άσθματος με ταχεία εξέλιξη που συνδυάζονται με αναφυλαξία [brittle asthma]. Για τους λόγους αυτούς είναι ανάγκη να επιτρέπεται η συνταγογράφηση της επινεφρίνης [Anapen] από την ειδικότητα μας με σκοπό να γίνεται ασφαλής διαχείριση της νόσου.

Επεκτείνοντας τη παραπάνω τοποθέτηση θα θέλαμε να επανεξετάσετε την διενέργεια ανοσοθεραπείας από Πνευμονολόγους που έχουν εκπαιδευτεί σε αυτή. Αν και η χρήση της είναι σχετικά περιορισμένη είναι ανάγκη η ειδικότητα μας να μπορεί να συνταγογραφεί την υπογλώσσια ανοσοθεραπεία με σκοπό τη καλύτερη διαχείριση του άσθματος. Ο κατ' εξοχήν ιατρός που διαχειρίζεται το άσθμα πρέπει να έχει πρόσβαση σε όλα τα θεραπευτικές στρατηγικές και όχι να περιορίζεται σε συγκεκριμένες.

Παρακαλούμε πολύ για τις ενέργειές σας ώστε α) να επιτρέπεται η συνταγογράφηση επινεφρίνης από την ειδικότητα μας στα πλαίσια διαχείρισης του άσθματος και β) να διενεργείται ανοσοθεραπεία από εκπαιδευμένους σε αυτή πνευμονολόγους που διαχειρίζονται το βρογχικό άσθμα.

Θ) PETscan στην σαρκοείδωση (ΕΟΠΗΥ)

Η σαρκοείδωση είναι πολυσυστημικό νόσημα το οποίο προσβάλλει κατ' εξοχήν (>95%) τους πνεύμονες και ο πνευμονολόγος είναι αυτός ο οποίος επιφορτίζεται με την ορθή και έγκαιρη διάγνωση, την εντόπισή της σε άλλα όργανα ως μέρος της ολοκληρωμένης προσέγγισης καθώς και την έναρξη και

την παρακολούθηση της θεραπείας. Στα πλαίσια αυτά η διάγνωση της προσβολής του μυοκαρδίου που είναι πιθανό να αποβεί μοιραία για τον ασθενή αν δεν διαγνωσθεί έγκαιρα, γίνεται η μεν χρόνια προσβολή με MRIκαρδίας, η δε ενεργός οξεία προσβολή με την τεχνική του PETscan καρδίας.

Στα πλαίσια αυτά παρακαλούμε όπως εντάξετε στις ενδείξεις αποζημίωσης του PETscan από τον ΕΟΠΥΥ και τους ασθενείς με υπόνοια προσβολής του μυοκαρδίου (ΗΚΓ ευρήματα, holter ρυθμού, triplex καρδίας, παθολογικά ευρήματα).

I) Συνταγογράφηση Διφωσφονικών από πνευμονολόγους (ΕΟΠΠΥ)

Σε πολλά νοσήματα του αναπνευστικού, όπως σαρκοείδωση, πνευμονικές εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων (πχ νόσων του συνδετικού ιστού, αγγειίτιδες πνεύμονος) είναι απαραίτητη η χορήγηση επί μακρόν κορτικοειδών. Για τους ασθενείς αυτούς επιβάλλεται η προφύλαξη από την οστεοπόρωση που προκαλούν τα κορτικοειδή με την παράλληλη χορήγηση διφωσφονικών (κεφάλαιο 10.07.02 Εθνικό Συνταγολόγιο). Αιτούμαστε όπως επιτραπεί η συνταγογράφηση διφωσφονικών από θεράποντες πνευμονολόγους ασθενών υπό χορήγηση κορτικοειδών επί μακρόν προς αποφυγή άσκοπης ταλαιπωρίας και οικονομικής επιβάρυνσης των ασθενών αυτών.

K) Μετατροπή του κονδυλίου ειδικευομένων για πρόσληψη επικουρικών γιατρών (Υπουργείο Υγείας)

Λόγω της μεγάλης μείωσης των ειδικευομένων γιατρών στην ειδικότητά μας έγιναν επανειλημμένα αιτήματα για την μεταφορά του κονδυλίου αυτών σε άλλο κονδύλι για πρόσληψη πολλών επικουρικών γιατρών στις Πνευμονολογικές Κλινικές της χώρας..