

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

ΤΗΣ ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ ΛΥΔΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2024

ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

ΤΗΣ ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ ΛΥΔΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2024

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ (ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ

ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΣΙΣΚΟΥ ΟΛΓΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ
ΕΝΩΣΗ**

ΤΗΣ ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ ΛΥΔΙΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Καθημερινά, οι ζωές όλων των ανθρώπων βρίσκονται στα χέρια των συστημάτων υγείας. Από την στιγμή της γέννησης ενός μωρού έως την φροντίδα ενός ηλικιωμένου ανθρώπου, τα συστήματα υγείας πρέπει να στέκονται δίπλα στον άνθρωπο και να φροντίζουν για την καλύτερη ποιότητας της ζωής του. Από 100 χρόνια πριν έως και σήμερα, τα συστήματα υγείας έχουν υποστεί τεράστιες αλλαγές, διότι κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν αναδυόμενες ασθένειες και νέους μικροβιακούς παράγοντες που ήταν ικανά να πλήξουν ολόκληρες χώρες, γεγονός που προέκυψε με την παγκοσμιοποίηση και την μετακίνηση πληθυσμών.

Τον Δεκέμβριο του 2019, στην επαρχιακή πόλη Wuhan της Κεντρικής Κίνας ανακαλύφθηκε ένας νέος κορωνοϊός, που στην συνέχεια προκάλεσε μία παγκόσμια πανδημία, με τα κράτη να καλούνται να αντιμετωπίσουν μία υγειονομική κρίση που δεν είχαν συναντήσει πάλι στο

παρελθόν. Τα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έλαβαν μέτρα με σκοπό τον περιορισμό της μετάδοσης της ασθένειας αλλά και τον όσο γινόταν μικρότερο αριθμό απωλειών από την ασθένεια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με τα Ηνωμένα Έθνη προχώρησαν στην λήψη αποφάσεων με σκοπό να βοηθήσουν τα κράτη μέλη τους να ανταποκριθούν στην δύσκολη συνθήκη που προέκυψε εκείνη την περίοδο. Η Ιταλία, η Αγγλία, η Σουηδία, η Γερμανία και η Ελλάδα υπήρξαν χώρες των οποίων τα συστήματα υγείας κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν την επερχόμενη πανδημία με περιορισμένους διαθέσιμους πόρους και μειωμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Εφήρμοσαν με διαφορετικό τρόπο τις πολιτικές αντιμετώπισης και εμφάνισαν διαφορετικά αποτελέσματα όσον αφορά τον αριθμό των κρουσμάτων και τα ποσοστά θνησιμότητας.

Αυτό που προκύπτει από τα παραδείγματα αυτών των χωρών είναι πως υπήρχαν διαφορές μεταξύ των κυβερνήσεων και των φορέων που διαχειρίζονταν την κατάσταση της πανδημίας σε κάθε χώρα. Σε άλλες χώρες τα μέτρα ήταν πιο αυστηρά, ενώ υπήρξε και το παράδειγμα της Σουηδίας στην οποία τα μέτρα ήταν πιο χαλαρά και όχι τόσο επεμβατικά. Επίσης σε πολλές περιπτώσεις το αίσθημα αβεβαιότητας για τις αποφάσεις των κυβερνητικών φορέων, και η ψυχολογική δυσaráεσκεια λόγω του αυστηρού lockdown που επιβλήθηκε εκείνη την περίοδο από τις κυβερνήσεις, οδηγούσε τους πολίτες της κάθε χώρας σε σύγχυση.

Λέξεις κλειδιά: Covid-19, συστήματα υγείας, θνησιμότητα, κρούσματα, καραντίνα, προστατευτική μάσκα, μέτρα δημόσιας υγείας, αποτελεσματικότητα μέτρων αντιμετώπισης.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

FACULTY OF NURSING

**INTERUNIVERSITY POSTGRADUATE PROGRAM IN HEALTH CARE
MANAGEMENT**

COVID-19: CONFRONTATION POLICIES IN THE EUROPEAN UNION

BY LYDIA MARGARITI

SUMMARY

Every day, the lives of all people are in the hands of health systems. From the moment a baby is born to the care of an elderly person, health systems must stand by the person and take care of the best quality of life. From 100 years ago to the present day, health systems have undergone enormous changes as they have been called upon to deal with emerging diseases and new microbial agents capable of affecting entire countries, a fact that has arisen with globalization and the movement of populations.

In December 2019, a new coronavirus was discovered in the provincial city of Wuhan in Central China, which subsequently caused a global pandemic, with nations being called upon to face a health crisis they had never seen before. The health systems of the countries of the European Union took measures with the aim of limiting the transmission of the disease as well as the smallest possible number of losses from the disease. The World Health Organization in collaboration with the United Nations proceeded to take decisions in order to help their member states respond to the difficult situation that arose at that time. Italy, England, Sweden, Germany

and Greece were among the countries whose health systems were called upon to deal with the coming pandemic with limited available resources and reduced medical and nursing staff. They implemented response policies differently and showed different results in terms of case numbers and case fatality rates.

What emerges from the examples of these countries is that there were differences between the governments and agencies managing the pandemic situation in each country. In other countries the measures were stricter, while there was also the example of Sweden in which the measures were more relaxed and not so invasive. Also in many cases the feeling of uncertainty about the decisions of government bodies, and the psychological dissatisfaction due to the strict lockdown imposed at that time by the governments, led the citizens of each country to confusion.

Key words: Covid-19, health systems, mortality, cases, effectiveness of countermeasures.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρακάτω διπλωματική εργασία έγινε στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακού διϋδρυματικού προγράμματος με ειδίκευση στην «Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών κατά το έτος 2023.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά για την βοήθεια του τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Οικονόμου Χαράλαμπο για την βοήθεια και την άμεση ανταπόκριση του σε κάθε μου ερώτημα και απορία που είχα κατά την διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου διότι με παρακίνησε να προχωρήσω τις ακαδημαϊκές μου σπουδές και με την δική τους συμβολή παρακολούθησα το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
SUMMARY.....	6
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	8
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Οι πανδημίες στην διάρκεια των χρόνων	13
1.1 Η Φυματίωση.....	14
1.2 Η Ευλογιά.....	16
1.3 Η Πανώλη.....	17
1.4 Η Χολέρα	20
1.5 Η Ισπανική γρίπη.....	21
2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Τι είναι η Covid-19 και ποιά ήταν τα μέτρα που έλαβε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.....	25
3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Οι συνολικές πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε κεντρικό επίπεδο για την αντιμετώπιση της πανδημίας.....	33
4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Οι πολιτικές αντιμετώπισης της Ιταλίας, της Σουηδίας, της Γερμανίας και της Αγγλίας για την πανδημία Covid-19.....	44
4.1 Η Ιταλία.....	45
4.1.1 Κύριοι φορείς για την αντιμετώπιση της πανδημίας.....	45
4.1.2 Μέτρα αντιμετώπισης της χώρας για την Covid-19.....	46
4.1.3 Τα ρυθμιστικά μέτρα της κυβέρνησης για το σύστημα υγείας της Ιταλίας...	47
4.1.4 Θνησιμότητα στην Ιταλία.....	51
4.1.5 Συμπέρασμα.....	52
4.2 Η Σουηδία.....	53

4.2.1	Κύριοι φορείς αποφάσεων για την δημόσια υγεία στην Σουηδία κατά την περίοδο της Covid-19.....	53
4.2.2	Βασικοί στόχοι της στρατηγικής αντιμετώπισης της Σουηδίας.....	55
4.2.3	Έναρξη περιόδου ανησυχίας.....	56
4.2.4	Οι κινήσεις της χώρας κατά την περίοδο της πανδημίας.....	56
4.2.5	Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	58
4.2.6	Θνησιμότητα στην Σουηδία.....	61
4.2.7	Συμπέρασμα.....	62
4.3	Η Γερμανία.....	62
4.3.1	Κύριοι φορείς αποφάσεων για την αντιμετώπιση της πανδημίας στην Γερμανία.....	63
4.3.2	Μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας.....	64
4.3.3	Θνησιμότητα στην Γερμανία.....	68
4.3.4	Συμπέρασμα.....	69
4.4	Η Αγγλία.....	70
4.4.1	Οι στρατηγικές αντιμετώπισης της πανδημίας στην Αγγλία.....	71
4.4.2	Ερευνητικοί φορείς για την πανδημία.....	72
4.4.3	Μέτρα αντιμετώπισης της ασθένειας.....	73
4.4.4	Θνησιμότητα στην Αγγλία.....	76
4.4.5	Συμπέρασμα.....	77
4.5	Γενικό συμπέρασμα.....	78
5 ^ο	ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Οι πολιτικές αντιμετώπισης της Ελλάδας για την πανδημία Covid-19.....	80
5.1	Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας.....	81
5.2	Κύριοι φορείς για την αντιμετώπιση της Covid-19.....	82
5.3	Μέτρα αντιμετώπισης της ασθένειας.....	84
5.4	Θνησιμότητα στην Ελλάδα.....	93
5.5	Συμπέρασμα.....	94

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Συμπερασματικές διαπιστώσεις	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	99

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν μία μεταδοτική λοιμώδης ασθένεια ξεπερνά τα όρια μίας περιοχής και επεκτείνεται και σε άλλους πληθυσμούς άλλων γεωγραφικών περιοχών τότε η κατάσταση αυτή ορίζεται ως πανδημία. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου ο ανθρώπινος πληθυσμός δοκιμάστηκε από μεταδιδόμενες και θανατηφόρες ασθένειες όπως η Covid-19 που εμφανίστηκε στην πόλη Wuhan της Κίνας τον Δεκέμβριο του 2019 και προκάλεσε μέσα σε λίγους μήνες μία παγκόσμια υγειονομική κρίση.

Η εργασία διαρθρώνεται σε επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για το πώς οι πανδημίες επανεκύπτουν και στο πως τα συστήματα υγείας τις αντιμετωπίζουν. Η φυματίωση, η ευλογιά, η πανώλη, η χολέρα, αλλά και η ισπανική γρίπη ως οι πιο σημαντικές ασθένειες παγκοσμίως αναφέρονται αναλυτικά καθώς επίσης και τα μέτρα αντιμετώπισης τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφερόμαστε στην έννοια της Covid-19 και στις κινήσεις που προχώρησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Θέλοντας να βοηθήσει τα κράτη μέλη του ο ΠΟΥ προχώρησε στην λήψη ορισμένων μέτρων όπως επίσης στην έρευνα και την ανάπτυξη για την συγκεκριμένη ασθένεια.

Στο τρίτο κεφάλαιο τονίζονται οι πολιτικές αντιμετώπισης της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε κεντρικό επίπεδο για την αντιμετώπιση της Covid-19. Αρκετές χώρες αποφάσισαν να λάβουν δραστικά μέτρα όμως ορισμένες δεν πέτυχαν το επιθυμητό αποτέλεσμα είτε επειδή έδρασαν καθυστερημένα, είτε επειδή δεν υπήρξε καθολική εφαρμογή των εκάστοτε μέτρων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στις πολιτικές αντιμετώπισης της Ιταλίας, της Αγγλίας, της Σουηδίας και της Γερμανίας. Και οι τέσσερις χώρες εφάρμοσαν μέτρα για την αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης με τα υγειονομικά συστήματα τους να καλούνται να την αντιμετωπίσουν με τους διαθέσιμους πόρους. Ξεχωριστά, στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται το παράδειγμα της Ελλάδας.

Στο έκτο κεφάλαιο τονίζονται οι συμπερασματικές διαπιστώσεις που προκύπτουν από όλα όσα έχουν αναφερθεί. Οι πέντε χώρες διαχειρίστηκαν διαφορετικά την κατάσταση και σε αυτό το κεφάλαιο αναφερόμαστε στα στοιχεία που θα έπρεπε να ληφθούν υπ' όψιν με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Οι πανδημίες στην διάρκεια των χρόνων

Σήμερα, τα συστήματα υγείας σε όλες τις χώρες, πλούσιες και φτωχές, παίζουν μεγάλο ρόλο και έχουν μεγάλη επιρροή στις ζωές των ανθρώπων. Τα συστήματα υγείας υπάρχουν εδώ και πολύ καιρό καθώς οι άνθρωποι προσπάθησαν να προστατευτούν και να θεραπεύσουν ασθένειες. Όμως, πριν από 100 χρόνια τα οργανωμένα συστήματα υγείας δεν υπήρχαν σχεδόν καθόλου. Λίγοι άνθρωποι που ζούσαν εκείνα τα χρόνια, επισκέπτονταν ένα νοσοκομείο σε περίπτωση ασθένειας. Οι περισσότεροι γεννήθηκαν σε πολύτεκνες οικογένειες και αντιμετώπισαν μία βρεφική και παιδική ηλικία που απειλούνταν από μία σειρά θανατηφόρων επιδημικών ασθενειών (1) . Μάλιστα κάποιες από αυτές τις επιδημικές νόσους εξελίχθηκαν ταχύτατα, με αποτέλεσμα να προκληθούν τεράστιες ανθρώπινες απώλειες αλλά και να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την οικονομική αλλά και κοινωνική κατάσταση των χωρών που πλήττουν.

Οι μεταδοτικές ασθένειες λοιπόν, είναι μία πολύ σημαντική απειλή για την ανθρωπότητα, από την στιγμή που άρχισαν να οργανώνονται οι κοινότητες. Όταν μία μεταδοτική λοιμώδης ασθένεια ξεπερνά τα όρια μίας περιοχής και επεκτείνεται και σε άλλους πληθυσμούς άλλων γεωγραφικών περιοχών, τότε η κατάσταση αυτή ορίζεται ως πανδημία. Οι πανδημίες είναι γνωστό ότι λόγω της παγκόσμιας εξάπλωσής τους αλλά και του ότι προκαλούν σημαντικά μεγάλο αριθμό θανάτων, έχουν ως αποτέλεσμα την κοινωνική αλλά και οικονομική αναστάτωση των χωρών που επλήγησαν. Πολλές πανδημίες έχουν εμφανιστεί σε όλη την ιστορία της ανθρωπότητας. Επίσης, οι πανδημίες επανεκύπτουν και τα συστήματα υγείας καλούνται να τις αντιμετωπίσουν. Η φυματίωση, η ευλογιά, η πανώλη, η χολέρα, αλλά και η ισπανική γρίπη είναι οι πιο μακροχρόνιες και επαναλαμβανόμενες πανδημίες που προκάλεσαν μεγάλους αριθμούς θανάτων (2). Παρακάτω θα αναφερθούμε στις παραπάνω ασθένειες, καθώς επίσης και στο πώς επηρέασαν την ανθρωπότητα μεταγενέστερα.

1.1 Η ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Η φυματίωση έχει επηρεάσει τους ανθρώπινους πολιτισμούς, πιθανότατα από την Νεολιθική εποχή (2) . Η χρονολογία της θεωρείται πολύ αρχαία. Χαρακτηριστικά της φυματίωσης φέρουν και αιγυπτιακές μούμιες από το 2.400 π. Χ. Παρ' όλα αυτά, σε αιγυπτιακούς παπύρους δεν αναφέρονται στοιχεία για βλάβες που θα μπορούσε να είχε προκαλέσει η φυματίωση. Τα πρώτα γραπτά έγγραφα που κάνουν σαφή αναφορά και περιγραφή της νόσου, έχουν χρονολογία πριν από 3.300 χρόνια στην Ινδία και πριν από 2.300 χρόνια στην Κίνα. Έχει επιβιώσει πάνω από 70.000 χρόνια και έχει μολύνει σχεδόν δύο δισεκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως.

Κατά την διάρκεια της βιομηχανικής επανάστασης, έγινε έντονη αναφορά ως προς τις προβληματικές κοινωνικές συνθήκες ζωής (3). Οι εξαιρετικά υποβαθμισμένες συνθήκες εργασίας, ο κακός αερισμός, η υπερπλήρη στέγαση, η υποβαθμισμένη υγιεινή όπως επίσης και ο υποσιτισμός υπήρξαν σημαντικοί παράγοντες εξάπλωσης της νόσου.

Η αντίληψη για την φυματίωση τότε ήταν ανάλογη με μία πανδημία. Από όλες τις ασθένειες που έπλητταν τον ανθρώπινο πληθυσμό, εκείνη ήταν η πιο δολοφονική και δεν εξαιρούσε κανέναν. Ωστόσο, δεν υπήρχαν τα μέσα για να μελετηθεί εάν τα άτομα με φυματίωση θα μπορούσαν να επιζήσουν καθώς, η διαδικασία ανάμεσα στη μόλυνση και την διάγνωση ήταν αρκετά χρονοβόρα. Ο Wilhelm Weinberg, Γερμανός ιατρός, ανέπτυξε τις μελέτες κοόρτης. Χρησιμοποίησε μητρώα πληθυσμού της Στουτγάρδης, και παρακολούθησε 25.786 παιδιά από την γέννηση τους έως τα είκοσι τους χρόνια. Σύγκρινε λοιπόν, παιδιά από οικογένειες που ο ένας γονέας είχε πεθάνει από φυματίωση και παιδιά από οικογένειες που ο γονέας δεν είχε πεθάνει από φυματίωση. Εύρημα της έρευνας του, ήταν ότι τα παιδιά των οποίων ο γονέας είχε πεθάνει από φυματίωση, ζούσαν λιγότερο σε σχέση με τα άλλα παιδιά (4). Κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι οι μελέτες κοόρτης αποτέλεσαν σημαντικό εργαλείο για τις επακόλουθες επιδημιολογικές έρευνες για χρόνια νοσήματα.

Το γεγονός που είχε καταλυτικό ρόλο ως προς την ανάπτυξη μίας θεραπείας, ήταν η ανακάλυψη της αιτίας της φυματίωσης από τον γερμανό ιατρό Robert Koch, την οποία και ανακοίνωσε το 1882 (5). Παρά τις φρικτές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας που επικρατούσαν εκείνη την περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης, οι εκτιμήσεις για τα ποσοστά θνησιμότητας έφτασαν στο απόγειο τους περίπου το 1800, ενώ στην συνέχεια ξεκίνησε μία αργή και σχετικά σταθερή

μείωση θανάτων για περισσότερο από 100 χρόνια. Η θεραπεία του ανακοινώθηκε το 1890 και ονομάστηκε φυματίνη. Αν και υιοθετήθηκε ως δοκιμή προσυμπτωματικού ελέγχου της φυματίωσης, η φυματίνη δεν ήταν αποτελεσματική σε πολύ μεγάλο βαθμό (5).

Οι Albert Calmette, Γάλλος ιατρός, βακτηριολόγος και ανοσολόγος, και Camille Guérin, Γάλλος κτηνίατρος, βακτηριολόγος και ανοσολόγος, δημιούργησαν το 1906 εμβόλιο με το οποίο πέτυχαν την ανοσοποίηση κατά της φυματίωσης. Το εμβόλιο έγινε αποδεκτό μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο μόνο από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Γερμανία (3).

Κατά τον 19^ο αιώνα και αρχές του 20^{ου} η φυματίωση προκάλεσε μία πιο γενική ανησυχία στο κοινό ως μία ενδημική νόσος στις πόλεις. Η ασθένεια θεωρούνταν ως μία από τις αιτίες θανάτων το 1815 στην Αγγλία και το 1918 στην Γαλλία. Την δεκαετία του 1880, οι ερευνητές όρισαν την φυματίωση ως μολυσματική ασθένεια.

Ως ένα μέσο εξάλειψης της νόσου, υπήρξαν οι εκστρατείες με σκοπό να παροτρύνουν το κοινό να αποφεύγει τους δημόσιους χώρους αλλά και όσους ήταν ασθενείς από φυματίωση να κάνουν εισαγωγή σε σανατόρια. Παρά το γεγονός ότι τα σανατόρια φέρονταν να προσφέρουν στους ασθενείς την δυνατότητα φρέσκου αέρα, υψηλού επιπέδου φροντίδας αλλά και συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης, σχεδόν το μισό ποσοστό ασθενών που εισάγονταν σε σανατόρια πέθαιναν. Εκείνη την εποχή, εκτός από τα σανατόρια, εισήχθησαν και αρκετές νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως ο τεχνητός πνευμοθώρακας και η εκτομή του πνεύμονα. Παρά το γεγονός ότι πραγματοποιήθηκαν αρκετές επεμβάσεις τεχνητού πνευμοθώρακα, καμία από τις διαδικασίες δεν δοκιμάστηκε αυστηρά με σκοπό την θεραπεία της νόσου (5).

Κατά τις επόμενες δεκαετίες, πολλοί επιστήμονες διεξήγαγαν μελέτες και ανακάλυψαν φάρμακα τα οποία ήταν ικανά να βοηθήσουν στην εξάλειψη της φυματίωσης. Καθώς η μείωση των περιπτώσεων έγινε αισθητή, η ευαισθητοποίηση του κοινού μειώθηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό. Η περιορισμένη προσοχή στον έλεγχο της φυματίωσης αλλά και οι ανεπαρκείς υποδομές δημόσιας υγείας οδήγησαν σε αύξηση των κρουσμάτων στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Δόθηκε οικονομική υποστήριξη με σκοπό την εύρεση νέων φαρμάκων για την εξάλειψη της νόσου.

Αν και έχουν αναπτυχθεί δερματικές διαγνωστικές εξετάσεις, εμβόλια και αντιφυματικά φάρμακα, σήμερα η φυματίωση εξακολουθεί να θεωρείται ένα από τα μείζονα θέματα δημόσιας υγείας. Για αυτόν τον λόγο, κρίνεται απαραίτητη μία στρατηγική, η οποία θα βασίζεται στην βελτίωση της φαρμακευτικής αγωγής και των διαγνωστικών μέσων προκειμένου να εξαλειφθεί αυτή η νόσος.

1.2 Η ΕΥΛΟΓΙΑ

Η ευλογιά είναι μία από τις πιο θανατηφόρες ασθένειες και έχει προκαλέσει καταστροφικές επιδημίες σε όλο τον κόσμο. Η προέλευση της συγκεκριμένης ασθένειας παραμένει άγνωστη. Πρώτες κλινικές περιγραφές φαίνεται να έγιναν στην Κίνα τον 4^ο αιώνα, στην Ινδία τον 7^ο αιώνα και στην Μεσόγειο κατά τον 10^ο αιώνα. Βέβαια, έχουν ανακαλυφθεί και αιγυπτιακές μούμιες που έχουν σημάδια της ευλογιάς. Η ευλογιά παρατηρήθηκε στην Ευρώπη και την Ασία πριν τον 15^ο αιώνα. Η ευλογιά εισήχθη από την Ευρώπη στην Αμερική, την Νότια Αφρική και την Αυστραλία μεταξύ του 15^{ου} και 18^{ου} αιώνα, κατά την περίοδο της αποικιοκρατίας (8). Περίπου στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, μία μορφή ευλογιάς, λιγότερο θανατηφόρα, φαίνεται να στοιχειοθετείται στην Νότια Αφρική και τις Ηνωμένες Πολιτείες, και αργότερα και στην Νότια Αμερική (6).

Ακριβείς αριθμοί θανάτων δεν έχουν καταγραφεί, παρ' όλα αυτά οι εκτιμήσεις αναφέρουν ότι πέθαναν περίπου 400.000.000 άνθρωποι από την ασθένεια μόνο τον 20^ο αιώνα. Τον 18^ο αιώνα, η ευλογιά ήταν ενδημική στην Ευρώπη και παρατηρήθηκαν αρκετοί θάνατοι εξαιτίας αυτής και στην Αμερική από τις αρχές του 16^{ου} αιώνα. Οι άνθρωποι που επιβιώνουν από αυτήν την ασθένεια, είτε είχαν να αντιμετωπίσουν ορισμένες συνέπειες αυτής της κατάστασης, είτε είχαν εξασφαλίσει την ανοσία τους.

Έγιναν εκστρατείες για την ανάπτυξη νέων μεθόδων εξάλειψης της νόσου, παρά το γεγονός ότι τα αίτια και οι μηχανισμοί της ευλογιάς ήταν άγνωστα. Οι παλαιότερες μέθοδοι, κατά τον 10^ο αιώνα, ήταν στην Κίνα η εμφύσηση και στην Ινδία ο δερματικός εμβολιασμός. Το 1769 ξεκίνησε στην Αγγλία και την Γερμανία η χρήση του εμβολίου κατά της ευλογιάς στους ανθρώπους. Κατά τα τέλη του 18^{ου} αιώνα ο Edward Jenner, Άγγλος ιατρός, ανακάλυψε ότι η επαφή με τα ζώα εξέθετε τους αγρότες σε μία ασθένεια μεταδοτική στον άνθρωπο, την ευλογιά

των αγελάδων. Το 1796, ο Jenner ανέπτυξε τα πρώτα στάδια της διαδικασίας του εμβολιασμού και σε μία περίοδο είκοσι ετών, οι διαδικασίες που ακολουθούσε οδήγησαν στην καθιέρωση της μεθόδου του εμβολιασμού με σκοπό την εξάλειψη της νόσου. Κάτι το οποίο αξίζει να σημειωθεί είναι ότι στην Ευρώπη, παράλληλα με την μέθοδο του εμβολιασμού, εφαρμόζονταν και άλλα μέτρα προκειμένου να περιοριστεί η διασπορά της νόσου, όπως η καραντίνα και η απομόνωση των προσβεβλημένων από την ευλογιά ατόμων. Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, ο εμβολιασμός εξαπλώθηκε με ταχύτατους ρυθμούς σε όλο τον Δυτικό κόσμο, γεγονός που συνέβαλε σημαντικά στην δημογραφική αλλαγή του κόσμου. Το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, οι πρώτες εκστρατείες εμβολιασμού που πραγματοποιήθηκαν, αλλά και το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου που εισήγαγε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, είχαν μεγάλη επιτυχία, με αποτέλεσμα να ανακηρυχτεί η εξάλειψη της ευλογιάς το 1980, με τελευταίο περιστατικό να καταγράφεται το 1977 (7).

Ωστόσο κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι υπάρχει ανησυχία σχετικά με το πως θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί η ευλογιά για ένα βιοτρομοκρατικό συμβάν, γεγονός που αν συνέβαινε θα προκαλούσε παγκόσμια καταστροφή. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) έχει σχέδιο αντιμετώπισης της ευλογιάς το οποίο εστιάζει στην εθνική ηγεσία και τον προγραμματισμό. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται στο σχέδιο της κοινότητας, τις ενέργειες αντιμετώπισης της δημόσιας υγείας και το πόσο έγκαιρα θα ανταποκριθούν οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (7).

1.3 Η ΠΑΝΩΛΗ

Η πανώλη, ή αλλιώς πανούκλα, πλήττει την ανθρωπότητα για χιλιάδες χρόνια. Τρεις πανδημίες της πανώλης είναι εντοπισμένες από τους μελετητές.

Η πρώτη πανδημία, ή διαφορετικά η πανώλη του Ιουστινιανού, ξεκίνησε κατά πάσα πιθανότητα από την Ινδία και προχώρησε μέχρι την Κωνσταντινούπολη το 541-542 μ. Χ. Σε αυτήν την πρώτη πανδημία πανώλης επηρεάστηκαν ιδιαίτερα η Βόρεια Αφρική, η Ευρώπη, η Κεντρική και η Νότια Ασία και η Αραβία. Η πανώλη του Ιουστινιανού αφάνισε περίπου το 30% του

πληθυσμού της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας, πράγμα που σημαίνει ότι κατά την υποχώρηση της άφησε μεγάλες πληγές (9) (10).

Το κενό αρκετών αιώνων μεταξύ του τέλους της πρώτης πανδημίας και της αρχής της δεύτερης γεφυρώνεται από σύντομα και, μερικές φορές, αμφίβολα αρχεία εστιών στην Ευρώπη και την Ασία. Σε αντίθεση με παλαιότερες πανδημίες, η μεσαιωνική πανούκλα τεκμηριώνεται από πολλούς συγγραφείς και αρχεία. Σύμφωνα λοιπόν με τους συγγραφείς, η δεύτερη πανδημία, ή αλλιώς ο Μαύρος Θάνατος, έφτασε στην Μεσσήνη της Σικελίας, ενδεχομένως από την Κεντρική Ασία, μέσω πλοίων που μετέφεραν ποντίκια με ψύλλους τον Οκτώβριο του 1347. Αμέσως ξέσπασε κύμα λοιμώξεων από πανώλη με ταχεία εξάπλωση σε όλη την Ευρώπη. Μεταξύ 1347 και 1352, πέθανε το ένα τρίτο του πληθυσμού της Ευρώπης από τον Μαύρο Θάνατο. Εξαπλώθηκε το 1348 στην Γαλλία και την Ισπανία και στην συνέχεια προχώρησε στην Γερμανία, την Ελβετία και την Αυστρία. Την εποχή του Μαύρου Θανάτου και τους επόμενους αιώνες, η πραγματική αιτία της ασθένειας παρέμεινε άγνωστη και εκτός από τις έννοιες που ανέπτυξαν ο Γαληνός και άλλοι γιατροί της αρχαίας εποχής, η αιτία αποδόθηκε μεταξύ άλλων σε δυσμενείς αστερισμούς και υπερφυσικές δυνάμεις. Μετά την πανδημία του Μαύρου Θανάτου, πολλές πόλεις εισήγαγαν το μέτρο της καραντίνας για την αποφυγή επιδημιών πανώλης. Με την καραντίνα εννοούσαν τον περιορισμό των ταξιδιωτών για σαράντα ημέρες μετά από ένα ταξίδι. Το μέτρο αυτό επιβλήθηκε στην Μασσαλία το 1348. Τον 17^ο αιώνα εφευρέθηκε μία προστατευτική στολή αποτελούμενη από μία μακριά κάπα και μία μάσκα με σκοπό την προστασία από την μετάδοση της ασθένειας (9).

Η δεύτερη πανδημία θεωρείται ότι επηρέασε σε σημαντικό βαθμό και έφερε μεγάλες αλλαγές στην κοινωνία, την πολιτική, την οικονομία και την επιστήμη. Τα υπάρχοντα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα εντάθηκαν σοβαρά λόγω των μεγάλων δημογραφικών απωλειών ακόμη και πολλά χρόνια μετά την πρώτη επιδημία. Μετά την πανδημία του Μαύρου Θανάτου, η Ευρώπη χρειάστηκε περίπου τρεις αιώνες για να ανακάμψει από τις επιπτώσεις που προκάλεσε η πανδημία. Αν δούμε τα γεγονότα από άλλη σκοπιά, ο Μαύρος Θάνατος υπήρξε η αιτία για να ξεκινήσει σταδιακά η ανατομική εξέταση του ανθρώπινου σώματος και κατ' επέκταση να προχωρήσει η ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής (10).

Η τρίτη πανδημία πανώλης πιθανότατα προήλθε από την Κινεζική επαρχία Γιουνάν γύρω στο 1855 με τοπικά ξεσπάσματα και εξαπλώθηκε στην νότια ακτή της Κίνας, ιδίως λόγω της

συστηματικής κυκλοφορίας στρατευμάτων τα επόμενα χρόνια. Το 1894 έφτασε στο Hong Kong και στο Canton προκαλώντας ραγδαία εξάπλωση με μεγάλο ποσοστό θανάτων, γεγονός που σηματοδότησε το τρίτο κύμα πανδημίας πανώλης. Οι επόμενες χώρες που επηρεάστηκαν ήταν η Ιαπωνία, η Φορμόζα (η σημερινή Ταιβάν) και η συνοριακή γραμμή του σημερινού Ιράν και Πακιστάν. Στην Βομβάη η ασθένεια έφτασε το 1896, και η εξάπλωση σε πολλά μέρη της Ινδίας ήταν ραγδαία. Μεταξύ 1898 και 1918 υπολογίζεται ότι πέθαναν 12,5.000.000 άνθρωποι. Όταν η επιδημία πανώλης έφτασε στο Hong Kong το 1894, η ιαπωνική κυβέρνηση έστειλε μία επιτροπή που περιελάμβανε τον ιάπωνα ιατρό και βακτηριολόγο, Shibasaburo Kitasato. Την ίδια περίπου περίοδο, ο Alexandre Yersin, Γάλλος ιατρός, εστάλη από τον γάλλο υπουργό αποικιοκρατίας σε παρόμοια αποστολή. Και οι δύο έφτασαν στο Hong Kong το 1894 και ανακάλυψαν σχεδόν αμέσως ένα νέο είδος βακτηρίου σε ασθενής με πανώλη και μπόρεσαν να το αναλύσουν (9). Και οι δύο βρήκαν το ίδιο βακτήριο σε όργανα νεκρών αρουραίων σε περιοχή που μαστιζόταν από την πανώλη. Παρ' όλα αυτά η περιγραφή του Yersin ήταν πιο ακριβής, με στοιχειοθετημένα όλα τα χαρακτηριστικά του βάκιλλου, του παράσιτου που ευθύνεται για την πανώλη. Το όνομα του δόθηκε σε αυτό το μικρόβιο, ονομάστηκε λοιπόν *Yersinia Pestis*. Θεραπευτικές προσεγγίσεις για την ίαση των μολυσμένων ασθενών δόθηκαν από τους Yersin, Calmette (Γάλλος ιατρός, βακτηριολόγος και ανοσολόγος) και Borrel. Χρησιμοποίησαν ορό εμβολιασμένων κουνελιών για να θεραπεύσουν μολυσμένα ζώα (10).

Κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι η πανώλη αντιπροσωπεύει μία επανεμφανιζόμενη μολυσματική ασθένεια με πιθανή χρήση για βιοτρομοκρατία. Από την προϊστορία έως και την σύγχρονη εποχή, η πανώλη έχει σκοτώσει εκατομμύρια ανθρώπους. Εστίες της ασθένειας επανεμφανίζονται τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις υπανάπτυκτες χώρες. Αν και η σύγχρονη ιατρική έχει βελτιώσει σε πολύ σημαντικό βαθμό τις θεραπείες και την διάδοση της, πολλοί κλινικοί ιατροί θεωρούν άγνωστη τα συμπτώματά της, με αποτέλεσμα να αποτρέπεται η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία (9).

Η πανδημία της πανώλης έχει σημαντικούς παραλληλισμούς με την πανδημία του Covid-19. Όπως και η πανώλη έτσι και ο κορωνοϊός ήταν ασθένειες που προήλθαν κατά πάσα πιθανότητα από την Ασία. Κατά την περίοδο του Μαύρου Θανάτου, Εβραίοι διώχθηκαν για την υποτιθέμενη εξάπλωση της ασθένειας. Σε αντίστοιχη περίπτωση, οι Ασιάτες αλλά και άλλες μειονότητες κατηγορήθηκαν κατά καιρούς για την διάδοση του Covid-19. Και στις δύο πανδημίες, η φυλετική εχθρότητα προκάλεσε την ψευδή πεποίθηση ότι τα συγκεκριμένα άτομα, λόγω της

εθνικότητας τους, έφεραν σε όλο τον κόσμο την ασθένεια. Η μελέτη της ιατρικής και της κοινωνίας, μας βοηθάει να κατανοήσουμε την αλληλεπίδραση της ανθρωπότητας και της επιστήμης, κάτι το οποίο μας είναι χρήσιμο για την καλύτερη διαβίωση.

1.4 Η ΧΟΛΕΡΑ

Η χολέρα ήταν ενδημική σε ορισμένες περιοχές της Ασίας πριν τον 19^ο αιώνα. Τα Μέσα Μεταφοράς ήταν αυτά που προκάλεσαν την εξάπλωση της χολέρας και σε άλλες περιοχές καθώς έκαναν εφικτό για τους ασθενείς ταξιδιώτες να μετακινούνται από μέρος σε μέρος και συγκεκριμένα από την Ινδία στην Ευρώπη. Η χολέρα εξαπλώθηκε κατά κύματα ή πανδημίες.

Κατά το δεύτερο κύμα πανδημίας (1826-1837), η χολέρα έφτασε έως την Ευρώπη, την Βόρεια Αφρική και την Βόρεια Αμερική. Κατά το 1831-1832 η θνησιμότητα στην Βιέννη ήταν αρκετά υψηλή (έφτανε το 49,02% από 4360 περιπτώσεις) (2).

Το τρίτο κύμα πανδημίας συνέβη κατά την περίοδο 1841-1859, κατά την οποία η χολέρα έφτασε στην Κεντρική και την Νότια Αμερική. Οι ειδικοί εκείνη την περίοδο θεωρούσαν πως η χολέρα μεταδιδόταν με τον αέρα καθώς ήταν μία περίοδος έντονης βιομηχανικής δραστηριότητας στο Λονδίνο και η ατμόσφαιρα ήταν αποπνικτική. Ο Jon Snow, Άγγλος ιατρός, διεξήγαγε μία έρευνα για τον εντοπισμό της πηγής της χολέρας στο Λονδίνο το 1854. Σύγκρινε λοιπόν, Λονδρέζους που κατοικούν στις ίδιες περιοχές και είναι εκτεθειμένοι στην ατμοσφαιρική ρύπανση και τη δυσοσμία (11). Σε ορισμένες περιοχές η θνησιμότητα ήταν σε αρκετά υψηλά επίπεδα και σε άλλες περιοχές η θνησιμότητα ήταν χαμηλή. Κατά την διάρκεια της έρευνας του, ο Snow κατάλαβε ότι οι περιοχές που είχαν αρκετά υψηλά ποσοστά θνησιμότητας είχαν πρόσβαση σε νερό από ακατάλληλες πηγές ύδρευσης. Τον Σεπτέμβριο του 1854, ο Snow ανέφερε τα ευρήματα της έρευνάς του, με αποτέλεσμα να σταματήσει η λειτουργία ακατάλληλων αντλιών και να μειωθεί σημαντικά το ποσοστό θνησιμότητας (11).

Συμπεραίνοντας, οι πανδημίες της χολέρας, έδωσαν την δυνατότητα χρήσης ενός σχεδιασμού συγκριτικής μελέτης πληθυσμών, με σκοπό την αντιμετώπιση της πανδημίας. Ο Snow θεωρείται

από τους πρωτοπόρους καθώς χρησιμοποίησε την γεωγραφική απεικόνιση για την μελέτη της εξάπλωσης μίας πανδημίας.

1.5 Η ΙΣΠΑΝΙΚΗ ΓΡΙΠΗ

Η ισπανική γρίπη του 1918 στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, εκτιμήθηκε ότι προκάλεσε 50 εκατομμύρια θανάτους. Η ισπανική γρίπη στο τέλος του Μεγάλου Πολέμου το 1918-1919 ήταν μία από τις πιο θανατηφόρες πανδημίες που έγινε ποτέ, καθώς επηρέασε κάθε ήπειρο, από τις τροπικές έως και τις πολικές περιοχές (12). Εκτός από πολύ μεγάλο αριθμό θανάτων, η πανδημία προκάλεσε έντονες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.

Εκτιμάται ότι εξαπλώθηκε σε τρία κύματα. Το πρώτο κύμα ξεκίνησε την άνοιξη του 1918 ήταν μέτριας σημασίας αλλά με ταχύτατη εξάπλωση. Δεν θεωρήθηκε παγκοσμίως ως γρίπη, καθώς και τα συμπτώματα αλλά και ο αριθμός των θανάτων ήταν παρόμοια με εκείνα μίας κοινής γρίπης. Το δεύτερο κύμα ξεκίνησε τον Αύγουστο του 1918, ήταν σοβαρό αλλά και αρκετά καταστροφικό καθώς ολόκληρος ο πληθυσμός των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής προσβλήθηκε από την γρίπη και ένα μέτρο που επιβλήθηκε υποχρεωτικά ήταν η χρήση μάσκας. Το τρίτο κύμα εξάπλωσης της πανδημίας, συνέβη τον Φεβρουάριο του 1920, ήταν πιο σοβαρό από το πρώτο κύμα αλλά όχι τόσο καταστροφικό όσο το δεύτερο. Οι Ηνωμένες Πολιτείες γνώρισαν το τελευταίο αυτό σοβαρό ξέσπασμα της γρίπης, το οποίο χαρακτηρίστηκε από την αρκετά σημαντική πτώση του προσδόκιμου ζωής. Συνολικά, λιγότεροι άνθρωποι προσβλήθηκαν από τον ιό κατά το τελευταίο αυτό κύμα, ωστόσο τα ποσοστά θνησιμότητας θεωρείται πως ήταν το ίδιο υψηλά με το δεύτερο κύμα.

Τον Ιούνιο του 1918, εμφανίστηκαν τα πρώτα κρούσματα της νέας γρίπης στην Σουηδία, η οποία πιθανότατα έφτασε από ταξιδιώτες που έρχονταν από την Γερμανία, όπου η επιδημία ήταν σε εξέλιξη. Την ίδια στιγμή, εμφανίστηκαν περιπτώσεις της ισπανικής γρίπης στο Gothenburg, στην Δυτική Ακτή όπου υπήρχαν διασυνδέσεις με την Αγγλία. Συνεπώς, η μετάδοση της γρίπης έγινε από πολλές κατευθύνσεις, όπως η Νορβηγία, η Αγγλία, η Γερμανία και η Δανία. Η εξάπλωση της προχώρησε σε μερικές εβδομάδες σε όλη την Σουηδία (13). Στα μέσα Ιουλίου του 1918, έφτασε στην Στοκχόλμη και άρχισε να εξαπλώνεται μεταξύ των νεοσύλλεκτων στρατιωτών που έκαναν στάσεις σε πόλεις σε όλη την χώρα. Ο Τύπος ενημέρωνε για

περιπτώσεις ισπανικής γρίπης που εντοπίζονταν σε χώρους εργασίας, όπως σε εργοστάσια και σιδηροδρομικούς σταθμούς. Σε αυτό το στάδιο δεν υπήρξαν πολλοί θάνατοι, και παρά το γεγονός ότι υπήρχε συνείδηση των συνεπειών της νέας γρίπης, δεν θεωρήθηκε σημαντική απειλή σε εκείνο το σημείο. Ο αριθμός των θανάτων όμως ήταν αυξανόμενος στην Σουηδία, γεγονός που οδήγησε σε έντονη ανησυχία. Τα κρούσματα της γρίπης αυξήθηκαν στις αρχές Σεπτεμβρίου 1918. Ο ρόλος των σχολείων και το αν θα έπρεπε να συνεχίσουν τη λειτουργία τους, υπήρξε ένα πολύ σημαντικό θέμα συζήτησης εκείνη την εποχή, ειδικά στην Στοκχόλμη όμως δεν υπήρξε κάποια απόφαση για καθυστερημένη έναρξη ή πρόωρη λήξη της σχολικής χρονιάς. Ωστόσο στο Gothenburg τα σχολεία έκλεισαν τον Οκτώβριο. Οι δημόσιες συναθροίσεις όπως ο κινηματογράφος σε πολλές περιοχές σταμάτησαν προσωρινά, με σκοπό τον περιορισμό εξάπλωσης της γρίπης. Αν και η υγειονομική φροντίδα είχε αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό τις προηγούμενες δεκαετίες, με γιατρούς, νοσηλευτές και νοσοκομειακά κρεβάτια, εκείνη την χρονική στιγμή αυτά τα μέσα δεν ήταν επαρκή ώστε να περιθάλψουν τον μεγάλο αριθμό των κρουσμάτων. Εκτός όμως από τα παραπάνω, πολύ σημαντικό θεωρήθηκε και το γεγονός ότι εκείνη την εποχή δεν υπήρχαν διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της ισπανικής γρίπης. Οι κινητοποιημένοι στρατιώτες στην Σουηδία επλήγησαν σοβαρά από την πανδημία του 1918 με αποτέλεσμα κατά την περίοδο 1918-1919 ένα πολύ σημαντικό ποσοστό της στρατιωτικής δύναμης της χώρας να πεθάνει. Ο αριθμός των κρουσμάτων έφτασε στην κορύφωση του τον Οκτώβριο και τον Νοέμβριο, αλλά συνεχίστηκε και τον επόμενο χρόνο με μία μικρή αύξηση τον Απρίλιο του 1919. Ακόμη ένα ξέσπασμα υπήρξε την άνοιξη του 1920, επηρεάζοντας πιο απομακρυσμένες περιοχές στα βόρεια μέρη της Σουηδίας. Ωστόσο, κατά την διάρκεια της πανδημίας της ισπανικής γρίπης στην Σουηδία, δύο ομάδες ανθρώπων θεωρήθηκαν ότι ήταν ιδιαίτερα σημαντικές για την εξάπλωση της ασθένειας. Από την μία οι στρατιώτες και από την άλλη τα παιδιά σχολικής ηλικίας υπήρξαν ομάδες με ιδιαίτερα αυξημένα κρούσματα και θανάτους. Λόγω του ότι δεν λήφθηκαν αποφασιστικές παρεμβάσεις που ως στόχο θα είχαν την αντιμετώπιση της ασθένειας σε αυτές τις δύο ομάδες, η κυβέρνηση δέχθηκε επικρίσεις ως προς τις ανεπάρκειες που είχε για την αντιμετώπιση της πανδημίας (13).

Στην Ευρώπη, τα πρώτα επίσημα προληπτικά μέτρα εφαρμόστηκαν τον Αύγουστο του 1918. Αυτά περιελάμβαναν την επιτήρηση κοινοτήτων όπως τα σχολεία και τους στρατώνες. Τον Οκτώβριο του 1918, σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες ενισχύθηκαν αυτές οι νομοθεσίες όπως επί παραδείγματι το κλείσιμο των θεάτρων και τον χρονικό περιορισμό των θρησκευτικών

συναθροίσεων (14). Εκτός από τα παραπάνω, ο καθαρισμός και η απολύμανση των δημόσιων χώρων ήταν δύο μέτρα που έδρασαν καταλυτικά ως προς τον περιορισμό της εξάπλωσης της ασθένειας.

Επίσης, ο εντοπισμός κρουσμάτων μέσω της επιτήρησης και της εθελοντικής ή και υποχρεωτικής καραντίνας, βοήθησε σε πολύ μεγάλο βαθμό τον περιορισμό της εξάπλωσης της ισπανικής γρίπης. Εκείνη την εποχή, αυτά τα μέτρα ήταν τα μοναδικά που λειτούργησαν αποτελεσματικά κατά της νόσου, καθώς δεν υπήρχαν διαθέσιμα εμβόλια ή φάρμακα κατά του ιού (14).

Συμπεραίνοντας, η πανδημία της ισπανικής γρίπης ήταν μία παγκόσμια καταστροφή για την υγεία, καθορίζοντας υψηλά ποσοστά θνησιμότητας λόγω λοιμώδους ασθένειας. Έπληξε όλα τα κοινωνικά στρώματα όπως το στρατιωτικό προσωπικό με αποτέλεσμα να επηρεαστούν οι στρατιωτικές επιχειρήσεις, αλλά έπληξε και εκείνους που ζούσαν σε προνομιακή θέση, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον βασιλιά της Ισπανίας Αλφόνσο ΙΓ' (12). Η πανδημία οδήγησε σε τεράστιες βελτιώσεις στη δημόσια υγεία. Αρκετές στρατηγικές και μέτρα που ελήφθησαν εκείνη την εποχή όπως η αγωγή υγιεινής, η απομόνωση και η επιτήρηση των κρουσμάτων βελτίωσαν τις γνώσεις και τις τεχνικές μας για τον περιορισμό εξάπλωσης μίας ασθένειας, και είναι μέτρα που εξακολουθούν να εφαρμόζονται μέχρι και σήμερα για τον περιορισμό ασθενειών με μεγάλη εμβέλεια όπως επί παραδείγματι με την Covid-19.

Κατά καιρούς, γίνεται εμφάνιση πανδημιών που προκαλούν κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές επιπτώσεις στα κράτη τα οποία πλήττουν. Για την καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων, εφαρμόζονται διάφορα μέτρα δημόσιας υγείας, όπως η χρήση της προστατευτικής μάσκας και η καραντίνα. Παρατηρούμε λοιπόν, πως αυτά τα μέτρα αντιμετώπισης είναι διαχρονικά καθώς οι τρόποι αντιμετώπισης των πανδημιών συνδέονται σε πολύ μεγάλο βαθμό με τα μέτρα δημόσιας υγείας. Όπως και στην σημερινή εποχή με την πανδημία της Covid-19, έτσι και το 1918 με την Ισπανική Γρίπη έγινε εφαρμογή της καραντίνας και της υποχρεωτικής χρήσης της προστατευτικής μάσκας, με σκοπό την μείωση της μετάδοσης της ασθένειας και την απομόνωση των κρουσμάτων.

Επίσης, τα συστήματα υγείας έχουν υποστεί πολλαπλές γενιές μεταρρυθμίσεων τα τελευταία 100 χρόνια, συμπεριλαμβανομένης της ίδρυσης εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Σε όλα τα σημερινά συστήματα υπάρχουν άτομα με μεγάλη εξειδίκευση και αφοσιωμένα στον σκοπό τους, ο οποίος είναι η βελτίωσης της υγείας των πολιτών. Εκτός όμως από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, και η νέα τεχνολογία έχει συμβάλει σε πολύ μεγάλο βαθμό για την καλύτερη δημόσια υγεία και διαβίωση της ανθρωπότητας. Σχεδόν κάθε μέρα ένα νέο φάρμακο, μία νέα θεραπεία ή ένα νέο μηχάνημα ανακοινώνονται. Ο ρυθμός προόδου είναι γρήγορος την ίδια στιγμή που, και οι προσδοκίες των ανθρώπων για τα συστήματα υγείας είναι μεγαλύτερες από ποτέ. Και στον δημόσιο αλλά και στον ιδιωτικό τομέα της υγείας σε όλες τις χώρες, είτε πλούσιες είτε φτωχές, οι απαιτήσεις των ανθρώπων αυξάνονται καθημερινά. Οι κυβερνήσεις παρέχουν χρηματοδότηση στις χώρες, ώστε να μπορέσουν τα συστήματα υγείας τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες της υγείας των πολιτών. Σαφώς υπάρχουν όρια στο τι μπορούν να χρηματοδοτήσουν οι κυβερνήσεις και στις υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν, κάτι που σημαίνει ότι υπάρχουν και ορισμένοι περιορισμοί σε αυτήν την διαδικασία.

2º ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Τι είναι η Covid-19 και ποια ήταν τα μέτρα που έλαβε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Τον Δεκέμβριο του 2019, στην πόλη Wuhan, στην επαρχία Hubei στη Κίνα, προέκυψε ένα πρωτοφανές ξέσπασμα πνευμονίας άγνωστης αιτιολογίας. Η αιτία αυτής της πνευμονίας έγινε γνωστή στην συνέχεια ως ένα καινούργιο στέλεχος κορωνοϊού. Το νέο αυτό στέλεχος εκδηλώνεται ως πνευμονία στους ανθρώπους, καθώς επηρεάζει την κατώτερη αναπνευστική οδό. Τα συμπτώματα αυτής της νόσου είναι κυρίως ο ξηρός βήχας, η δύσπνοια και ο πυρετός. Τον Ιανουάριο του 2020 λοιπόν, ο ιός αναγνωρίστηκε ως εστία στην Κίνα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), συνεργαζόμενος πάντα με το σύστημα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), αλλά και με τους εταίρους, παρέχει υποστήριξη και στις 194 χώρες του μέσω της παγκόσμιας, περιφερειακής και εθνικής παρουσίας του (15) (17) (18). Μείζον σκοπός του είναι οι χώρες να προετοιμαστούν και να ανταποκριθούν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως είναι οι πανδημίες. Ωστόσο μετά το ξέσπασμα του ιού Ebola στην Δυτική Αφρική το 2016, ο ρόλος του ΠΟΥ σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης εξελίχθηκε σημαντικά, με σκοπό να μπορεί να παρασχεθεί περισσότερη υποστήριξη σε χώρες με ανθρωπιστικές κρίσεις (16). Για να μπορέσει να παράσχει βοήθεια στις χώρες, ο ΠΟΥ θα πρέπει να συνεργάζεται με αυτές και να έχει πρόσβαση στα επιδημιολογικά δεδομένα των κρατών μελών του (19). Βασική λειτουργία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) είναι να παρέχει ηγεσία σε ζητήματα κρίσιμα για την υγεία όλων των ανθρώπων, να συγκαλεί και να συντονίζει αποτελεσματική κοινή δράση πολλών εταίρων εντός της χώρας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διοργάνωσε μία 15μελή Επιτροπή Έκτακτης Ανάγκης Διεθνών Κανονισμών Υγείας προκειμένου να συζητηθεί επισταμένως η κατάσταση της επιδημίας της νόσου του κορωνοϊού του 2019. Προκειμένου ο ΠΟΥ να δηλώσει μία κατάσταση ως Έκτακτη Ανάγκη για την Δημόσια Υγεία, πρέπει να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις σύμφωνα με τους Διεθνείς Κανονισμούς Υγείας (16). Αυτοί περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του σημαντικού κινδύνου διεθνούς εξάπλωσης του ιού και της επιπτώσεις που έχει η

μολυσματική νόσος στα ταξίδια και το εμπόριο. Η αξιολόγηση του ΠΟΥ είναι ιδιαιτέρως προσεκτική, καθώς κάθε χρόνο γίνεται αναφορά αρκετών περιπτώσεων μολυσματικών ασθενειών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας λοιπόν καθορίζει ένα συμβάν ως Έκτακτη Ανάγκη για την Δημόσια Υγεία όταν:

- Το συμβάν αυτό έχει σοβαρό αντίκτυπο στην δημόσια υγεία.
- Είναι μία ασυνήθιστη και πρωτοφανής μολυσματική νόσος.
- Ενέχει σημαντικό κίνδυνο διεθνούς εξάπλωσης.
- Ενέχει σημαντικό κίνδυνο στις εμπορικές συναλλαγές.

Δεκαπέντε εμπειρογνώμονες εκπροσωπούν τις έξι περιοχές του ΠΟΥ. Οι τομείς εξειδίκευσης τους έχουν να κάνουν με την επιδημιολογία, τις μολυσματικές ασθένειες, την δημόσια υγεία καθώς επίσης και την επικοινωνία κινδύνου. Η δήλωση ενός συμβάντος ως αυτού της Έκτακτης Ανάγκης για την Δημόσια Υγεία απαιτεί συναίνεση από τα μέλη της επιτροπής, γεγονός που δεν επετεύχθη στην πρώτη συνεδρίαση που πραγματοποιήθηκε στις 22-23 Ιανουαρίου 2020. Αφού έγινε παρακολούθηση της εξέλιξης της μετάδοσης σε άλλες χώρες μέσω των κοινοτήτων τους, ο ΠΟΥ προχώρησε σε συναίνεση στην δεύτερη συνεδρίαση (16).

Στις 30 Ιανουαρίου 2020 λοιπόν, και έπειτα από δύο τηλεδιασκέψεις, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε την επιδημία Covid-19 ως Έκτακτη Ανάγκη για την Δημόσια Υγεία Διεθνούς Ανησυχίας. Ένας από τους βασικούς λόγους που η επιδημία Covid-19 κηρύχθηκε ως έκτακτη ανάγκη, ήταν για να προειδοποιήσει τις χώρες με αδύναμες υποδομές δημόσιας υγείας ώστε να μπορέσουν να προετοιμαστούν άμεσα για την κατάσταση που επρόκειτο να αντιμετωπίσουν αλλά και για να παράσχουν στον ΠΟΥ ένα πλαίσιο για την προληπτική υποστήριξη αυτών των χωρών. Αυτό το ξέσπασμα κορωνοϊού λοιπόν, θεωρήθηκε ότι ενέχει υψηλό κίνδυνο για χώρες με ανεπαρκή συστήματα υγείας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission) ανέφερε σε δήλωση της ότι η διακοπή μετάδοσης της Covid-19 θα μπορούσε να επιτευχθεί εφόσον λαμβάνονταν ισχυρά μέτρα για τον έγκαιρο εντοπισμό των κρουσμάτων, την απομόνωση και την θεραπεία τους, τον εντοπισμό των επαφών και τέλος την προώθηση της κοινωνικής αποστασιοποίησης (16). Τόνισε επίσης ότι όλα τα παραπάνω μέτρα θα μπορούσαν να αναθεωρηθούν ενόψει των εξελισσόμενων καταστάσεων. Αρχικά λοιπόν, τονίστηκε ότι ο ΠΟΥ θα στείλει εμπειρογνώμονες στην Κίνα και άμεσος σκοπός του θα είναι η οργάνωση μίας κοινής αποστολής για την αντιμετώπιση της κατάστασης (16). Η κοινή αποστολή θα αξιολογήσει την

κατάσταση της επιδημίας της Κίνας και τα μέτρα αντιμετώπισης που έλαβε η χώρα, ώστε να προτείνει αναλόγως συστάσεις για την καταπολέμηση της επιδημίας. Επίσης, στην δήλωση της η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατέστησε σαφές ότι ο ΠΟΥ θα παρέχει υποστήριξη σε χώρες με ευάλωτες υποδομές δημόσιας υγείας και θα υπάρχει πλήρη συνεργασία μαζί τους για την καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης. Δεύτερον, απαριθμήθηκαν τα μέτρα που πρέπει να λάβει η Κίνα. Αυτά περιλαμβάνουν την συνεργασία με τον ΠΟΥ και τους σχετικούς φορείς, καθώς επίσης και την άμεση ταυτοποίηση μολυσμένων ταξιδιωτών μέσω ελέγχων εξόδου σε αεροδρόμια και λιμάνια (16). Αυτό το μέτρο είναι πολύ βασικό καθώς στόχος είναι η ελαχιστοποίηση των ταξιδιωτικών περιορισμών από την Κίνα σε άλλες χώρες. Σε τρίτο στάδιο, στην δήλωση αναφερόταν ότι ο ΠΟΥ δεν θα συστήσει την ίδια στιγμή κανέναν ταξιδιωτικό ή εμπορικό περιορισμό με βάση τις τρέχουσες διαθέσιμες ενημερώσεις της Κίνας (21). Έγινε πρόταση ώστε εάν ένα κράτος μέλος έπρεπε να εφαρμόσει μέτρα που θα περιόριζαν την διεθνή κυκλοφορία ταξιδιωτών και εμπορευμάτων, θα έπρεπε το κράτος αυτό, να κοινοποιήσει στον ΠΟΥ μία ενδελεχή αναφορά της δημόσιας υγείας του κράτους εντός 48 ωρών, με σκοπό ο ΠΟΥ να επανεξετάσει την αιτιολόγηση ενός τέτοιου μέτρου. Κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι στην δήλωση αναφέρθηκε πως τα κράτη μέρη προειδοποιήθηκαν να μην προωθούν το στίγμα ή τις διακρίσεις σε βάρος συγκεκριμένων ομάδων γεγονός που τονίζεται και στις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η Επιτροπή Έκτακτης Ανάγκης ανέφερε ότι η διακοπή μετάδοσης της Covid-19 μπορεί να γίνει μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης της νόσου, της απομόνωσης του ατόμου που νοσεί και της άμεσης θεραπείας του, καθώς επίσης και της εφαρμογής ενός ισχυρού συστήματος μέσω του οποίου θα γίνεται ο εντοπισμός των επαφών. Εκτός από τα παραπάνω, ορισμένοι σημαντικοί στρατηγικοί στόχοι για την αντιμετώπιση της Covid-19 θα μπορούσαν επίσης να είναι ένα μέσο εξακρίβωσης της κλινικής σοβαρότητας των κρουσμάτων, της έκτασης και της μετάδοσης τους, και τέλος ένα μέσο βελτιστοποίησης των επιλογών θεραπείας. Ακόμη ένας πολύ βασικός στόχος είναι η ελαχιστοποίηση του κοινωνικοοικονομικού αντίκτυπου στις χώρες που θα πληγούν από τον ιό, όπως και η αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης σε παγκόσμια κλίμακα, γεγονός που θα επιφέρει μεγάλη αναστάτωση. Με σκοπό λοιπόν μία ενοποιημένη παγκόσμια απάντηση που ως στόχο θα έχει να βοηθήσει στον περιορισμό της νόσου, διάφοροι φορείς δεσμεύτηκαν να παραχωρήσουν άρθρα που σχετίζονται με την Covid-19 σε ανοιχτή πρόσβαση ώστε να μπορούν όλοι οι πολίτες να πληροφορούνται σχετικά με την πορεία της ασθένειας.

Αμέσως μετά την δήλωσης της κατάστασης ως Έκτακτου Ανάγκης για την Δημόσια Υγεία, πρωταρχικός στόχος του ΠΟΥ, ήταν να αποτρέψει όσο το δυνατόν περισσότερο την διεθνή εξάπλωση της μολυσματικής νόσου και να υποστηρίξει την Κίνα, η οποία είχε πληγεί από τον ιό. Παράλληλα, προσπάθησε να μην υποβάλει υπερβολικούς περιορισμούς στις εμπορικές συναλλαγές. Ο ΠΟΥ καταβάλλει αρκετές προσπάθειες για να συντονίσει διεθνώς την απαραίτητη υποστήριξη προκειμένου να τερματίσει η περίοδος Έκτακτης Ανάγκης όσο το δυνατόν πιο σύντομα (16). Τον Φεβρουάριο του 2020, ο οργανισμός πρότεινε ένα Στρατηγικό Σχέδιο Ετοιμότητας και Αντίδρασης για την Covid-19. Κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι το γεγονός ότι το συγκεκριμένο στρατηγικό σχέδιο περιλαμβάνει επίσης την επιτάχυνση της διαδικασίας της Έρευνας και Ανάπτυξης ως μία από τις κύριες στρατηγικές για την μείωση της εξάπλωσης της νόσου.

Το επόμενο βήμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έγινε στις 11-12 Φεβρουαρίου 2020 δημιουργώντας το Παγκόσμιο Forum Έρευνας και Καινοτομίας. Αυτό το forum σκοπό είχε να δημιουργήσει έναν οδικό χάρτη με σκοπό τον περιορισμό εξάπλωσης της Covid-19. Κάτι που αξίζει να αναφερθεί είναι πως το γεγονός ότι ένα forum έρευνας και ανάπτυξης συγκλήθηκε σχεδόν αμέσως μετά την κήρυξη της κατάστασης της Covid-19 ως Έκτακτου Ανάγκης για την Δημόσια Υγεία, αποδεικνύει την σημασία της έρευνας και ανάπτυξης στην αντιμετώπιση των αναδυόμενων μολυσματικών ασθενειών (16). Επιλέχθηκαν οχτώ ερευνητικοί τομείς όπως επίσης και μεσοπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες προτεραιότητες σε τομείς όπως η επιδημιολογία, ο έλεγχος λοιμώξεων και η ανάπτυξη εμβολίων. Η Κορέα, υπό την κοινή καθοδήγηση του ΠΟΥ, θα πρέπει να συμμετάσχει ενεργά στην έρευνα για την Covid-19, προκειμένου να αποδοθούν αποτελέσματα που θα μπορούν να βοηθήσουν ως προς την ανάπτυξη μίας κοινής πολιτικής για αυτήν την μολυσματική νόσο (16).

Διάφοροι φορείς, συμπεριλαμβανομένου του ΠΟΥ και των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ, διαθέτουν συμβουλές στο κοινό για την πρόληψη της περαιτέρω εξάπλωσης της Covid-19. Συνιστούν την αποφυγή ταξιδιών σε περιοχές υψηλού κινδύνου, την επαφή με άτομα που έχουν συμπτώματα και την κατανάλωσης κρέατος από περιοχές με γνωστή επιδημία Covid-19. Εξίσου σημαντικά είναι τα βασικά μέτρα υγιεινής των χεριών και της χρήσης προστατευτικής μάσκας προσώπου (21). Ο ΠΟΥ και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ έχουν εκδώσει και σχετικές οδηγίες που αφορούν τα βασικά κλινικά

ευρήματα που υποδηλώνουν μόλυνση από Covid-19, γεγονός που είναι εξαιρετικά βοηθητικό για άτομα με πολλαπλές νοσηρότητες και για άτομα επιρρεπή σε σοβαρή μόλυνση. Η ηλικία θεωρείται ο μεγαλύτερος καθοριστικός παράγοντας θνησιμότητας από την Covid-19, όπως επίσης και τα άτομα με υποκείμενες ιατρικές παθήσεις (20).

Εκείνη την περίοδο έγινε κριτική στα μέτρα ατομικής προστασίας που τέθηκαν σε ισχύ για την προστασία της υγείας των πολιτών. Η χρήση της προστατευτικής μάσκας και η καραντίνα ήταν τα δύο πιο βασικά μέτρα που εφαρμόστηκαν με σκοπό τον περιορισμό της μετάδοσης της Covid-19. Εκτός από τα παραπάνω, ασκήθηκε κριτική και για τα εμβόλια τα οποία εφαρμόστηκαν στην συνέχεια ως μέσο προστασίας από τον ιό. Οι στρατηγικές περιορισμού και μετριασμού μετάδοσης της νόσου που υιοθετήθηκαν εκείνη την περίοδο ήταν βασισμένες σε εθνικές εκτιμήσεις, καθώς ήταν διαφορετική η κατάσταση που επικρατούσε σε κάθε χώρα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα προγράμματα εμβολιασμού που υιοθετήθηκαν από τις χώρες είχαν αποδειχθεί αποτελεσματικά. Παρ' όλα αυτά, τα περισσότερα εμβόλια δεν παρείχαν την απόλυτη προστασία απέναντι στον ιό και δεν ήταν επιβεβαιωμένο ότι θα προστατεύσουν το ευρύ κοινό από ακόμη μία ενδεχόμενη μελλοντική πανδημία Covid-19, καθώς ο ιός έχει και μεταλλάξεις που εμφανίζονται σταδιακά (98), (99), (100). Σε μεγάλο βαθμό, το ποσοστό του πληθυσμού που έπρεπε να εμβολιαστεί για να επιτευχθεί η ανοσία της αγέλης εξαρτάται σημαντικά από τις μελλοντικές μεταλλάξεις του ιού (101). Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις σε γενικό πλαίσιο είχαν αποδειχθεί θετικές για την μείωση της μετάδοσης των ιών που έχουν σχέση με το αναπνευστικό σύστημα (102). Αρχικά η καραντίνα, ή διαφορετικά το καθολικό lockdown, είχε σημαντικά οφέλη στην μείωση της θνησιμότητας σε χώρες όπως η Αυστραλία και η Κίνα. Ωστόσο, η καραντίνα είναι ένα μέτρο αρκετά δύσκολο, καθώς από την μία προστατεύει τα άτομα υψηλού κινδύνου αλλά από την άλλη, μειώνει την οικονομική λειτουργικότητα μίας χώρας (103). Ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόστηκε το lockdown σε όλο τον κόσμο διαφέρει από χώρα σε χώρα, και η κάθε κυβέρνηση κάθε χώρας έλαβε διαφορετικές πολιτικές αποφάσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση της πανδημίας (104). Η καραντίνα έφερε ως φυσικό επόμενο την αναστολή λειτουργίας επιχειρήσεων και των σχολείων. Χαρακτηρίστηκε ως αποτελεσματικό μέτρο για την μείωση της μετάδοσης του ιού, ωστόσο κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι σε περιβάλλοντα χαμηλού εισοδήματος δεν εφαρμόστηκε τόσο ικανοποιητικά (105), (106), (107). Επίσης, ακόμη μία φαρμακευτική παρέμβαση είναι η προσωπική υγιεινή και συγκεκριμένα το πλύσιμο των χεριών, το οποίο βοήθησε στην σημαντική μείωση της συχνότητας της Covid-19.

Πολύ σημαντικό σημείο που θα πρέπει να αναφερθεί, είναι και το γεγονός ότι κοινωνικοί, πολιτικοί και οικονομικοί παράγοντες μπορούν να αυξήσουν τα ποσοστά θνησιμότητας σε διάφορες περιοχές. Η μετανάστευση και το χαμηλό οικονομικό εισόδημα μπορούν να αποδειχθούν παράγοντες μη συμμόρφωσης του ατόμου στα μέτρα δημόσιας υγείας (108), (109). Η δυσμενής οικονομική κατάσταση που πλήττει αρκετά μεγάλο πληθυσμό σε πολλές χώρες, μπορεί να επηρεάσει και να καταστήσει δύσκολη την κοινωνική αποστασιοποίηση ειδικά σε περιβάλλοντα όπου κατοικεί αρκετός κόσμος (110), (111), (112).

Επίσης, ένα ερώτημα που προβληματίσε πολλούς ανθρώπους εκείνη την περίοδο ήταν αν ο ιός της Covid-19 ήταν φυσικός ιός ή προήλθε από κάποιο εργαστηριακό ατύχημα. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης διαδραμάτισαν καταλυτικό ρόλο ως προς την παρουσίαση διαφορετικών απόψεων σχετικά με το ζήτημα της προέλευσης του ιού. Κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα του 2020, ο ιός Covid-19 αντιμετωπίστηκε ως ένας φυσικός, κρίνοντας τον ισχυρισμό ότι προήλθε από εργαστηριακό ατύχημα ως αβάσιμο. Τους πρώτους μήνες του 2021 έως και σήμερα, αυτή η οπτική άλλαξε καθώς τα περισσότερα μέσα μαζικής ενημέρωσης συμφωνούν στο ότι το σενάριο του εργαστηριακού λάθος αξίζει να ερευνηθεί σε μεγάλο βαθμό (93). Αυτό το γεγονός είναι πολύ σημαντικό, καθώς με την διερεύνηση του, ενδέχεται να αποφευχθεί μία αντίστοιχη κατάσταση στο μέλλον. Αρκετοί επιστήμονες κατά την περίοδο έναρξης της Covid-19 οι οποίοι εργάζονταν πάνω σε ιούς που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε πανδημίες, χαρακτήρισαν την θεωρία του εργαστηριακού ατυχήματος ως "θεωρία συνωμοσίας". Ο Peter Daszak ήταν ο πρόεδρος της EcoHealth Alliance ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού που έλαβε επιχορηγήσεις από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με σκοπό την έρευνα ιών και την ετοιμότητα που θα πρέπει να βρίσκεται ο κόσμος σε περίπτωση ξεσπάσματος μίας πανδημίας. Η έρευνα αυτή ανατέθηκε μετά από χρόνια στο Ινστιτούτο ιολογίας της Wuhan. Λίγο διάστημα μετά την έναρξη της πανδημίας του Covid-19 ο Daszak σε σχετική ανακοίνωση του στο Lancet ανέφερε ότι η θεωρία πως ο ιός ήταν εργαστηριακό ατύχημα και όχι φυσικός ήταν μία καθαρή θεωρία συνωμοσίας (94). Παρ' όλα αυτά η θεωρία ότι ο ιός προήλθε από εργαστηριακό ατύχημα αυξήθηκε και γνώρισε έδαφος, ειδικά μετά την δήλωση της Dr Fillipa Lentzos, συνδιευθύντριας στο Κέντρο Μελετών του King's College του Λονδίνου, ότι αρκετοί επιστήμονες δεν ανέφεραν τις τοποθετήσεις τους επί του θέματος της προέλευσης της Covid-19 καθώς είχαν τον φόβο μήπως καταστρέψουν τις επαγγελματικές σταδιοδρομίες τους (95).

Μέχρι το τέλος του 2020, λίγοι δημοσιογράφοι αναφέρθηκαν στην σκόπιμη προέλευση του ιού καθώς οι περισσότεροι ανέφεραν ότι θα ήταν αδύνατον να προήλθε από ανθρώπινο λάθος στα εργαστήρια της Wuhan. Κάτι που αξίζει να αναφερθεί είναι πως με το τέλος της προεδρίας του Donald Trump τον Ιανουάριο του 2021, άλλαξε και ο συντονισμός των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Καθώς ο Trump είχε αναφέρει ότι θα μπορούσε ο ιός να έχει ξεφύγει από τα εργαστήρια της Wuhan και με αυτόν τον τρόπο να έχει πλήξει όλο τον κόσμο, η υπόθεση της προέλευσης του ιού είχε διαμορφωθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό ως κομματικό ζήτημα. Επίσης μετά από πολλούς μήνες συζητήσεων, και διαπραγματεύσεων, η κινεζική κυβέρνηση έδωσε το πράσινο φώς στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να μεταβεί στην Wuhan και να διερευνήσει το ζήτημα της προέλευσης της ασθένειας. Ωστόσο, τον Ιανουάριο του 2021, ο ΠΟΥ επέστρεψε χωρίς σχεδόν κανένα στοιχείο ότι ο ιός είχε προκύψει με φυσικό τρόπο (96). Αξίζει να τονιστεί ότι στα μέλη του ΠΟΥ επιτράπη να βρίσκονται στο Ινστιτούτο Ιολογίας της Wuhan πολύ λίγες ώρες, συνεπώς δεν είχαν τον απαιτούμενο χρόνο να εντοπίσουν στοιχεία για την ακριβή προέλευση της ασθένειας.

Ουσιαστικά, η προέλευση της ασθένειας παραμένει άγνωστη μέχρι και σήμερα. Ο διευθυντής του NIH (National Institute of Health), Francis Collins, σε συνέντευξη που έδωσε τόνισε πως η κινεζική κυβέρνηση πρέπει να δώσει απαντήσεις όσον αφορά τους ανθρώπους που νόσησαν εκείνη την περίοδο και εργάστηκαν κανονικά στα εργαστήρια Ιολογίας της Wuhan (97).

Συμπεραίνοντας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι μία εξειδικευμένη υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών, με στόχο την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας. Το ξέσπασμα της κρίσης του κορωνοϊού ανέδειξε για ακόμη μία φορά τον σημαντικό ρόλο του ΠΟΥ αλλά και των Ηνωμένων Εθνών. Από την πρώτη κοινοποίηση εξάπλωσης του ιού εντός της Κίνας, το πρόγραμμα Έκτακτης ανάγκης του ΠΟΥ εφάρμοσε ένα παγκόσμιο σύστημα επιτήρησης για την Covid-19, που ως στόχο είχε την διαρκή παρακολούθηση της επέκτασης της πανδημίας σε όλες τις χώρες, καθώς επίσης και του αντίκτυπου που θα είχαν τα μέτρα που θα λαμβάνονταν για την καταπολέμηση του ιού. Ως συνέχεια, η ασθένεια εξαπλώθηκε ταχύτατα σε όλο τον κόσμο και ο ΠΟΥ κήρυξε την πανδημία της Covid-19, τον Μάρτιο του 2020. Κάθε χώρα έλαβε διαφορετικά μέτρα για τον περιορισμό της μετάδοσης της ασθένειας και για την προστασία των ευάλωτων ομάδων, όπως οι ηλικιωμένοι και όσοι είχαν χρόνια νοσήματα. Σε κάθε χώρα τα μέτρα δημόσιας

υγείας εφαρμόστηκαν διαφορετικά, με τις κυβερνήσεις να λαμβάνουν διαφορετικές πολιτικές αποφάσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας.

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Οι συνολικές πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε κεντρικό επίπεδο για την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες εφάρμοσαν μέτρα που επιβράδυναν με επιτυχία την μετάδοση της Covid-19. Παρ' όλα αυτά, υπήρξαν και χώρες που κατά τον πρώτο χρόνο της πανδημίας δυσκολεύτηκαν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση, είτε επειδή ενήργησαν με αργό ρυθμό, είτε επειδή δεν εφάρμοσαν τα μέτρα αποτελεσματικά.

Τον Μάρτιο του 2020 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το περιφερειακό γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας, για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου, πήραν την πρωτοβουλία και δημιούργησαν το σύστημα Παρακολούθησης και Ανταπόκρισης του Συστήματος Υγείας (Health Systems Response Monitor - HSRM). Στόχος αυτού του συστήματος, ήταν να συλλέξει και να διαδώσει έγκαιρα ενημερώσεις σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα συστήματα υγείας των χωρών, κυρίως στην ευρωπαϊκή κοινότητα του ΠΟΥ, ανταποκρίνονταν στην κρίση του κορωνοϊού. Οι πληροφορίες που συλλέγονταν σχετίζονταν με απαντήσεις πολιτικής όσον αφορά την διακυβέρνηση, την χρηματοδότηση, την δημιουργία πόρων και την παροχή υπηρεσιών. Εκτός από τα παραπάνω, το συγκεκριμένο σύστημα ενημερωνόταν τακτικά ώστε να έχει τις πιο πρόσφατες εξελίξεις σχετικά με την πανδημία της Covid-19. Διάφοροι εμπειρογνώμονες συμμετείχαν στην πλατφόρμα, και συμπλήρωναν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο. Το Παρατηρητήριο διέθετε μία εξειδικευμένη ομάδα η οποία είχε να αναλάβει την επεξεργασία των απαντήσεων του ερωτηματολογίου. Οι πληροφορίες συλλέγονταν με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνεται και πιο εύκολη η σύγκριση μεταξύ των χωρών (22).

Από τις εμπειρίες των χωρών αντλούνται σημαντικά στοιχεία, όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου Covid-19. Η συμπεριφορά των πολιτών στα μέτρα κατά της Covid-19 διαδραματίζει μεγάλο ρόλο για την αντιμετώπιση των κρουσμάτων και την μείωση της μετάδοσης της νόσου. Επίσης, σημαντική θεωρείται και η ανάγκη ενός συστήματος που ως στόχο του θα έχει αρχικά, τον εντοπισμό όλων όσων αποτελούν κίνδυνο μετάδοσης της ασθένειας σε άλλους, και στην

συνέχεια την επιβολή μέτρων με σκοπό τον περιορισμό της. Εκτός των παραπάνω, κρίσιμη θεωρείται η ανάγκη για την ανάπτυξη σχεδίου, που κύριο μέλημά του θα έχει τον εμβολιασμό ώστε να αποκατασταθεί η δημόσια υγεία.

Αρχικά, ο τρόπος δράσης του κάθε ανθρώπου είναι μοναδικός, με αποτέλεσμα η ατομική συμπεριφορά να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην μείωση της μετάδοσης. Σε αρκετές περιπτώσεις βέβαια, σημειώθηκε δυσκολία ως προς την συνεργασία αυτών των συμπεριφορών, με τα εκάστοτε μέτρα που λήφθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, ο ιός μεταδίδεται σε καταστάσεις όπου υπάρχει αρκετός συνωστισμός για αρκετή ώρα σε κλειστούς χώρους. Η κοινωνική απόσταση, η χρήση μάσκας αλλά και η παραμονή στο σπίτι είναι τρεις περιπτώσεις οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση της μετάδοσης του κορωνοϊού. Αυτές είναι οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Η επιτυχία ή η αποτυχία αυτών των παρεμβάσεων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ατομική ευθύνη του κάθε ανθρώπου (22). Όσον αφορά την χρήση προστατευτικής μάσκας, αρχικά ο ΠΟΥ αλλά και ορισμένες κυβερνήσεις θεωρούσαν ότι η χρήση της θα ήταν μηδαμινή. Ωστόσο, το Βέλγιο, η Τσεχία και η Πολωνία υπήρξαν τρεις χώρες των οποίων οι κυβερνήσεις, κατά την έναρξη της πανδημίας, ενθάρρυναν τον γενικό πληθυσμό να φοράει προστατευτική μάσκα προσώπου, ενώ στην Φινλανδία μάλιστα γινόταν και διανομή μασκών με σκοπό την άμεση εφαρμογή τους από τους πολίτες. Η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο αποτελούσαν χαρακτηριστικά παραδείγματα χωρών που ήταν πιο προσεκτικές σχετικά με το ζήτημα των μασκών, καθώς ήταν σπάνιες προμήθειες που προορίζονταν μόνο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που βρισκόταν στην πρώτη γραμμή της πανδημίας. Αξίζει να αναφερθεί ότι, ο βαθμός που γινόταν χρήση της μάσκας διέφερε από χώρα σε χώρα. Επί παραδείγματι στην Ισπανία, εξαιρούνταν από την χρήση μάσκας τα παιδιά ηλικίας 6 ετών και κάτω, ενώ στην Ελβετία η χρήση μάσκας ήταν υποχρεωτική για άτομα ηλικίας 12 ετών και άνω. Με σκοπό την καλύτερη επιβολή των μέτρων, η κάθε χώρα είχε θεσμοθετήσει και ποινές για τους παραβάτες, οι οποίες όμως θεωρούνταν ως η εσχάτη λύση.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί την Covid-19 από τις άλλες ασθένειες, είναι το γεγονός ότι μπορεί να μεταδοθεί από άτομα που φαίνονται ως επί το πλείστον υγιή. Αυτό συμβαίνει, είτε επειδή η επαφή μεταξύ ενός ασθενή με ένα υγιές άτομο έγινε λίγες μέρες πριν από την εκδήλωση των συμπτωμάτων, αλλά και είτε επειδή δεν έχουν εκδηλωθεί καθόλου συμπτώματα κατά την διάρκεια της ασθένειας. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητος ο έλεγχος για την

παρουσία του ιού. Οι εργαστηριακές δοκιμές έχουν αποδειχθεί υψίστης σημασίας για την αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19. Υπάρχουν δύο τύποι δοκιμών που χρησιμοποιούνται για αυτόν το σκοπό, οι μοριακές δοκιμές (RT-PCR tests) και οι δοκιμές ταχείας ανίχνευσης (Rapid tests). Οι μοριακές δοκιμές (RT-PCR) είναι εξαιρετικά ευαίσθητες για την ανίχνευση του ιού και συνιστώνται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την επιβεβαίωση της διάγνωσης σε άτομα που έχουν συμπτώματα. Οι δοκιμές ταχείας ανίχνευσης (Rapid tests), ανιχνεύουν τον ιό, και έχουν το σημαντικό πλεονέκτημα του να δίνουν γρηγορότερο αποτέλεσμα, σε αντίθεση με την μοριακή μέθοδο, αλλά και να έχουν χαμηλότερο κόστος. Ένα μειονέκτημα της ταχείας ανίχνευσης είναι η μικρότερη ευαισθησία σε σύγκριση με τις μοριακές δοκιμές. Παρ' όλα αυτά, η χρήση των δοκιμών ταχείας ανίχνευσης είναι ιδιαίτερος σημαντική για ποικίλους λόγους. Αρχικά, χρησιμοποιούνται ως εργαλείο δημόσιας υγείας με σκοπό την προστασία ομάδων που έχουν κάποιο υποκείμενο νόσημα και είναι κλινικά ευάλωτοι. Επίσης, μέσω αυτών των δοκιμών, εξασφαλίζεται η ασφάλεια στις μετακινήσεις, όπως τα ταξίδια, όπως επίσης και η επανέναρξη των σχολικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων. Συνεπώς, μέσω των δοκιμών ταχείας ανίχνευσης διευκολύνεται και η οικονομική ανάκαμψη μίας χώρας που έχει πληγεί από τον κορωνοϊό. Ακόμη ένας διαγνωστικός έλεγχος είναι και η ανίχνευση αντισωμάτων, τα οποία ανιχνεύουν την ανταπόκριση του ασθενούς στην μόλυνση. Ακόμη ένας λόγος που οι συγκεκριμένοι διαγνωστικοί έλεγχοι είναι σημαντικοί, είναι επειδή βοηθούν στην παρατήρηση της αντίδρασης του ασθενούς στον εμβολιασμό. Είναι ένα χρήσιμο εργαλείο λοιπόν, όσον αφορά την επιτήρηση για την ενημέρωση της δημόσιας υγειονομικής πολιτικής. Κάτι που αξίζει να αναφερθεί όμως είναι ότι, οι έλεγχοι ανίχνευσης αντισωμάτων δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για την εξασφάλιση ανοσίας. Και οι τρεις τύποι διαγνωστικών ελέγχων διαδραμάτισαν κρίσιμο ρόλο για την αντιμετώπιση της πανδημίας (22), (23).

Η ικανότητα των δοκιμών ήταν η κύρια πρόκληση για όλες τις χώρες. Η Γερμανία επί παραδείγματι, επωφελήθηκε από τις υπάρχουσες εργαστηριακές της υποδομές, γεγονός που συνέβη και στην Γαλλία, την Λιθουανία και την Κροατία. Η Ιρλανδία και η Φινλανδία έστειλαν δείγματα στο εξωτερικό, ενώ η Δανία χρειάστηκε χρόνο για να κλιμακώσει την χωρητικότητά στα εργαστήρια της. Οι δοκιμές σταδιακά αυξάνονταν, με τις περισσότερες χώρες να κάνουν διαγνωστικές δοκιμές σε συμπτωματικούς ταξιδιώτες που καταφθάνουν από μέρη υψηλού κινδύνου. Τα άτομα με σοβαρά συμπτώματα, και ιδιαίτερα τα άτομα που χρήζουν νοσηλείας, είχαν την υψηλότερη προτεραιότητα. Αμέσως επόμενοι ήταν οι εργαζόμενοι στον τομέα της

υγείας, καθώς επίσης και οι εργαζόμενοι στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας. Οι προτεραιότητες δίνοντας στις παραπάνω κατηγορίες ατόμων, διότι η χωρητικότητα των δοκιμών παρέμενε περιορισμένη σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες. Όσοι επιθυμούν να πραγματοποιήσουν μία διαγνωστική εξέταση θα έπρεπε να μεταβούν σε ένα εξεταστικό κέντρο. Αυτό ενδέχεται να βρίσκεται σε ένα μέρος με αρκετό πληθυσμό, ή διαφορετικά για όσους κατοικούσαν σε απομακρυσμένες περιοχές, λύση θα μπορούσαν να είναι οι κινητές μονάδες διαγνωστικών ελέγχων. Μία δεύτερη λύση, θεωρείται το kit στο σπίτι, μία τεχνική που χρησιμοποιήθηκε από την Αυστρία, την Εσθονία και το Ηνωμένο Βασίλειο (22).

Αρχικά, όλες οι δοκιμές πραγματοποιήθηκαν με την μοριακή μέθοδο ανίχνευσης, η οποία θεωρείται η καλύτερη για τον εντοπισμό του ιού. Ένα στοιχείο που κατέστη σαφές για την ανίχνευση των περιπτώσεων και την διακοπή της μετάδοσης της νόσου, ήταν η δημιουργία ενός συστήματος που θα ενσωμάτωνε μέσα αρκετές δοκιμές. Πρωτίστως, αυτό το σύστημα θα έπρεπε να διαθέτει έναν λειτουργικό μηχανισμό προμήθειας, παραγωγής και διανομής διαγνωστικού υλικού (π.χ. αντιδραστήρια, μηχανές ανάλυσης RT-PCR). Δεύτερον, κρίνεται χρήσιμη η επαρκής υποδομή και η τεχνογνωσία, ώστε να φτάνουν έγκαιρα τα δείγματα στα εργαστήρια. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό στοιχείο, είναι η ισχυρή εργαστηριακή ικανότητα για άμεση ανάλυση δειγμάτων, η οποία απαιτεί επαρκή υποδομή αλλά και εργατικό δυναμικό, εξειδικευμένο σε τέτοιου είδους συνθήκες (22).

Ενώ λοιπόν κατά την έναρξη της πανδημίας, όλες οι δοκιμές πραγματοποιούνταν μέσω των μοριακών ελέγχων εξαιτίας της υψηλής ευαισθησίας τους, μέχρι το φθινόπωρο του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστήριξε και τις δοκιμές ταχείας ανίχνευσης σε χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος, όπου οι εργαστηριακές εγκαταστάσεις και υποδομές δεν ήταν επαρκείς. Το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστρία, η Ιταλία, η Τσεχία αλλά και η Σλοβακία χρησιμοποίησαν τις δοκιμές ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου για την πραγματοποίηση μαζικών ελέγχων (28). Σημαντικά πλεονεκτήματα αυτών των μεθόδων, θεωρούνταν το άμεσο αποτέλεσμα, το χαμηλό κόστος, αλλά και το ότι για την διενέργεια τους δεν απαιτούνταν εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό και εργαστήριο. Ωστόσο, όταν τα δείγματα λαμβάνονταν από μη εξειδικευμένα άτομα, ενδέχεται να είχαν χαμηλή ευαισθησία, που οδηγούσαν σε λάθος αποτελέσματα. Η Ιταλία χρησιμοποίησε αυτήν την μέθοδο σε σχολεία για τακτικό έλεγχο, και η Γερμανία τα χρησιμοποίησε για την μείωση της εξάπλωσης σε οίκους φροντίδας. Κάτι που

αξίζει να αναφερθεί, είναι πως ένα αρνητικό αποτέλεσμα με την μέθοδο της ταχείας ανίχνευσης, δεν είναι αρκετό ώστε να επιτρέψει σε ένα άτομο να συμμετέχει πάλι σε δραστηριότητες καθώς εξακολουθεί να υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού και πάλι στο ίδιο άτομο. Οι δοκιμές λοιπόν, πρέπει να συμπληρώνονται αρχικά με την αυστηρή διερεύνηση των επαφών του ασθενή, και δεύτερον με την απομόνωση του, έτσι ώστε να επιτευχθεί η προστασία των πολιτών από τον ιό.

Η ανίχνευση των επαφών είναι μία βασική λειτουργία για την δημόσια υγεία. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η διερεύνηση των επαφών μπορεί να επιτευχθεί με εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό πάνω στην ανίχνευση των επαφών. Αν και όλες οι χώρες έχουν προσωπικό που ασχολείται με αυτόν τον τομέα της υγείας, συχνά είναι λίγοι σε αριθμό, συνεπώς θα έπρεπε να αυξήσουν την χωρητικότητά τους. Αυτό συνέβη με διάφορους τρόπους. Αρχικά, οι υπάρχοντες εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αλλά και όσοι είχαν συνταξιοδοτηθεί πρόσφατα, μετέβησαν στο κομμάτι της ανίχνευσης επαφών. Παρ' όλα αυτά, το Ηνωμένο Βασίλειο δεν χρησιμοποίησε όλο το υπάρχον εργατικό δυναμικό της δημόσιας υγείας για αυτόν τον σκοπό, αν και ορισμένοι είχαν εξειδίκευση στην ανίχνευση επαφών. Σύνηψε συμβόλαιο με εταιρείες που εκπαιδευαν άτομα για αυτήν την δουλειά, τα περισσότερα από τα οποία, σε μεγάλο ποσοστό τους, εργάζονταν σε εταιρείες που σταμάτησαν να λειτουργούν λόγω της πανδημίας. Αυτές οι ομάδες ατόμων έλαβαν πολύ βασική εκπαίδευση, αλλά σε πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορούσαν να παραπεμφθούν για βοήθεια σε πιο έμπειρους επαγγελματίες υγείας (22) (29). Σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία χρησιμοποίησε την υπάρχουσα εργατική της δύναμη, με το Υπουργείο Υγείας να υποστηρίζει να τοπικά γραφεία δημόσιας υγείας. Με τον ίδιο τρόπο κινήθηκε και η Αυστρία, στην οποία τα τοπικά γραφεία πραγματοποιούσαν ανίχνευση επαφών και παρακολουθούσαν τις επαφές σε καραντίνα. Ένα στοιχείο που πρέπει επίσης να σημειωθεί, είναι ότι η ανίχνευση επαφών θεωρείται ένας πολύ σημαντικός τομέας, καθώς χρειάζεται μεγάλη εξειδίκευση (24). Ενδέχεται να υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους ένα μολυσμένο άτομο να μην επιθυμεί να αποκαλύψει τις επαφές του. Για αυτόν τον λόγο, οι ανιχνευτές έπρεπε να είναι ικανοί να κερδίσουν την εμπιστοσύνη όσων μιλούν, με σκοπό την γνωστοποίηση όλων των επαφών. Ιδανικά, αυτή η διαδικασία γινόταν αυτοπροσώπως, αλλά πολλές χώρες χρησιμοποιούσαν συστήματα που βασίζονταν στην τηλεφωνική επικοινωνία. Μερικοί έχουν συστήματα που βασίζονται και στα γραπτά μηνύματα στο κινητό. Προφανώς, καμία από τις δύο μεθόδους δεν υπήρξε αποτελεσματική στον απόλυτο βαθμό. Η ανίχνευση επαφών μέσω τηλεφώνου

προσδιορίζει μόνο δύο με τρεις επαφές , οι οποίες συχνά περιορίζονταν σε άτομα που κατοικούσαν με τον ίδιο τον ασθενή.

Η ανίχνευση επαφών θα πρέπει να λειτουργεί με δύο τρόπους. Αρχικά, κατά την μελλοντική ιχνηλάτηση, πρέπει να επιδιώκεται ο εντοπισμός όλων εκείνων που είχαν έρθει σε επαφή με ένα μολυσμένο άτομο και να δίνονται οδηγίες για απομόνωση, ώστε να αποφευχθεί μία περαιτέρω μόλυνση. Κατά την αναδρομική ανίχνευση επαφών, περιλαμβάνεται η επανάληψη των βημάτων που έκανε το μολυσμένο άτομο για να προσδιοριστεί επακριβώς σε ποια χρονική στιγμή και σε ποιο μέρος εκτέθηκε στον ιό, και στην συνέχεια ακολουθεί ο εντοπισμός των ατόμων που βρίσκονταν εκεί και ενδέχεται να είχαν εκτεθεί την ίδια στιγμή. Η ταχύτητα μετάδοσης της ασθένειας ήταν σημαντική, απαιτούνταν συνεπώς ένα σύστημα ανίχνευσης που θα διέθετε επαρκές εργατικό δυναμικό, αλλά και την κατάλληλη τεχνολογία.

Κάτι που αποδείχθηκε σε μεγάλο βαθμό στην πορεία της πανδημίας, ήταν το γεγονός ότι ακόμη και τα καλύτερα συστήματα ανίχνευσης επαφών δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στο μέγιστο μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, καθώς ο αριθμός των ασθενών από Covid-19 αυξήθηκε ραγδαία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Γερμανία, στην οποία η ιχνηλάτηση επαφών διεκόπη στα τέλη του 2020. Επομένως, η συγκεκριμένη διαδικασία είναι πιο αποτελεσματική είτε ως μέσο πρόληψης της αύξησης μετάδοσης, στην αρχή μίας πανδημίας του ιού, είτε ως μέσο καταστολής από την στιγμή που τα ποσοστά κρουσμάτων έχουν μειωθεί σημαντικά. Άρα και στις δύο περιπτώσεις, τα κρούσματα δεν θα πρέπει είναι ιδιαίτερα υψηλά, ώστε να μπορούν να αποδώσουν τα συστήματα ανίχνευσης επαφών στον καλύτερο βαθμό.

Μία πολύ σημαντική λειτουργία που πρέπει να υπάρχει σε μία πανδημία είναι ένα σύστημα για την απομόνωση και τη υποστήριξη των κρουσμάτων από την στιγμή που θα εντοπιστούν μέχρι και την στιγμή που θα ανακάμψουν από τον ιό. Ωστόσο, μεγαλύτερη προτεραιότητα δίνεται στην ανίχνευση επαφών και στις διαγνωστικές δοκιμές. Το αποτέλεσμα είναι να μην δίνεται προσοχή στην απομόνωση των κρουσμάτων και των επαφών τους για αρκετό καιρό, ώστε να διασφαλιστεί ότι δεν θα εξαπλωθεί περαιτέρω ο ιός.

Οι ομάδες που ενδέχεται να χρειαστούν απομόνωση είναι δύο. Στην πρώτη ομάδα εντάσσονται τα άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με ένα κρούσμα. Οι χώρες είχαν υιοθετήσει διαφορετικές διάρκειες απομόνωσης των επαφών, αλλά οι περισσότερες είχαν ορίσει τις δέκα ημέρες ως

χρονικό διάστημα απομόνωσης. Στην δεύτερη ομάδα εντάσσονται εκείνοι που προέρχονται από περιοχές υψηλού κινδύνου. Σε αυτήν την περίπτωση η καραντίνα αποτελεί μέτρο για την πραγματοποίηση ταξιδιών. Στην Ευρώπη υπήρξε σημαντική αντίσταση στην επιβολή ελέγχων, γεγονός που άλλαξε, στα τέλη του 2020, με την εμφάνιση νέων παραλλαγών του ιού που ήταν και πιο μεταδοτικές. Στη Ισλανδία και την Νέα Ζηλανδία, λόγω των μεγάλων ποσοστών κρουσμάτων που εισήχθησαν μέσω των ταξιδιωτικών μετακινήσεων, η συζήτηση για συνοριακούς ελέγχους ήταν ιδιαίτερα έντονη.

Η απομόνωση των πολιτών είναι ιδιαίτερα δύσκολη χωρίς κατευθυντήριες γραμμές. Υπάρχουν κάποια βασικά βήματα, ώστε να βοηθηθούν οι επαφές κατά την διάρκεια της απομόνωσης τους. Το πρώτο βήμα είναι η παροχή οικονομικής υποστήριξης για την περίοδο της απομόνωσης, ειδικά στην κατηγορία των πολιτών που θα χάσουν εισόδημα λόγω του ότι εκείνες τις ημέρες δεν θα μπορούν να εργαστούν. Το Ηνωμένο Βασίλειο και η Φινλανδία μέσω των συστημάτων πρόνοιας που είχαν παρείχαν υποστήριξη, αν και υπήρχε ανησυχία ότι τα ποσά που δόθηκαν ήταν ανεπαρκή. Αυτό το μέτρο είναι πιο πιθανό να είναι αποτελεσματικό, εάν τα άτομα που επρόκειτο να απομονωθούν είναι απόλυτα σίγουρα για την παροχή της οικονομικής ενίσχυσης, χωρίς να χρειαστεί να υποβάλλουν αίτηση σε ένα σύστημα, που εν τέλει να μην τους παρείχε ποτέ τα χρήματα. Κατά συνέπεια, υπήρχε μεγάλη συζήτηση για την παροχή ενός οικονομικού βοηθήματος, ακόμη και αν αυτό κατέληγε σε άτομα που δεν το είχαν πραγματική ανάγκη. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ορισμένα από αυτά τα χρήματα ανακτώνται από το φορολογικό σύστημα. Ένα δεύτερο βήμα είναι η παροχή διαμονής, ειδικά σε ανθρώπους που ταξίδευαν από μία χώρα σε μία άλλη. Στην Σουηδία παρασχέθηκε οικονομική υποστήριξη, καθώς επίσης και διαμονή σε ξενοδοχεία. Ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις παρασχέθηκαν επίσης και στην Δανία, για τους ανθρώπους που δεν είχαν την δυνατότητα να απομονωθούν στο σπίτι. Ένα τρίτο βήμα, είναι η μείωση της χρονικής διάρκειας της καραντίνας σε όσες χώρες ήταν δυνατόν. Αυτό είναι μία διαδικασία που θα μπορούσε να επιτευχθεί με την συχνή διεξαγωγή διαγνωστικών ελέγχων, για αυτόν τον λόγο και αρκετοί συνδέουν την μείωση του χρονικού διαστήματος της καραντίνας με τις διαγνωστικές δοκιμές. Επί παραδείγματι, το Ηνωμένο Βασίλειο έδωσε την δυνατότητα σε ταξιδιώτες που επέστρεφαν από χώρες υψηλού κινδύνου να βγουν από την καραντίνα, εάν και εφόσον έκαναν μοριακό έλεγχο RT-PCR πέντε ημέρες μετά την επιστροφή τους, και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό (26). Ένα τέταρτο βήμα ήταν η επιβολή οικονομικών κυρώσεων. Η Ιταλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία είναι χώρες στις οποίες υιοθετήθηκε αυτό το

μέτρο, με σκοπό οι πολίτες να λαμβάνουν πιο συνειδητές αποφάσεις σχετικά με τους κινδύνους που είχε η μη τήρηση της καραντίνας και για τους ίδιους αλλά και για τις επαφές τους. Πέμπτο και τελευταίο βήμα ήταν η διασφάλιση πως τα κρούσματα και οι επαφές τους θα παρακολουθούνταν κατάλληλα ώστε να γίνει πιο σίγουρη η απομόνωση τους. Το πρόγραμμα Test-to-care είναι ένα νέο κοινοτικό μοντέλο που αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής για ανθρώπους χαμηλού οικονομικού εισοδήματος. Αυτό το πρόγραμμα απαρτιζόταν από άτομα που σχετίζονταν με την δημόσια υγεία και με μέλη της κοινότητας του Latinx του Σαν Φρανσίσκο της Καλιφόρνια. Βασικοί στόχοι του Test-to-care ήταν:

- Παροχή εκπαίδευσης σχετικά με την Covid-19 και ενημέρωση για τους διαθέσιμους πόρους της κοινότητας.
- Κατ' οίκον παράδοση υλικών αγαθών με σκοπό την τήρηση της καραντίνας.
- Παροχή κοινωνικής υποστήριξης στα απομονωμένα άτομα.

Ένα μήνα μετά την εφαρμογή αυτού του μοντέλου, περίπου 10% περισσότερα άτομα αποκάλυψαν τις επαφές του νοικοκυριού τους, ενώ άλλοι ζήτησαν προσωρινά να μετακινηθούν σε δωμάτια ξενοδοχείων, μία παροχή την οποία στην αρχή είχαν αρνηθεί (25).

Για την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου σχεδίου για την αντιμετώπιση της πανδημίας είναι σημαντική η ανάπτυξη μίας στρατηγικής εμβολιασμού. Αυτό ήταν ένα ζήτημα που είχε προκαλέσει αντιδράσεις και έντονες συζητήσεις σε όλη την Ευρώπη, κατά την διάρκεια της πανδημίας. Το Ισραήλ και το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν οι δύο χώρες που μπόρεσαν να εγκρίνουν και να εξασφαλίσουν εμβόλια, πριν το κάνει η Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι εμβολιασμοί αυξήθηκαν ταχύτατα, φτάνοντας σε υψηλό ποσοστό του πληθυσμού μέσα σε πολύ λίγες εβδομάδες. Η ταχύτητα εξάπλωσης του εμβολιασμού διαφέρει μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα οποία τελικά έλαβαν επαρκείς προμήθειες εμβολίων. Κάτι που αξίζει να αναφερθεί είναι πως ενώ η επίτευξη υψηλού ποσοστού εμβολιασμών είναι ένα κρίσιμο ζήτημα για τον έλεγχο της ασθένειας, είναι σημαντικό να υπάρχει και κάποια προσοχή.

Ο εμβολιασμός είναι ένα από τα καλύτερα μέτρα για την αποτελεσματική πρόληψη από την Covid-19, καθώς θεωρείται ως ο μόνος βασισμένος τρόπος για την δημιουργία της ανοσίας της αγέλης. Επιπλέον, προκειμένου να γίνει παραγωγή ενός αποτελεσματικού και ασφαλούς εμβολίου για τον γενικό πληθυσμό, είναι σημαντικό να γίνουν κλινικές μελέτες και δοκιμές

καθώς είναι σημαντικό να διερευνηθούν και τυχόν παρενέργειες του εμβολίου. Μέχρι τον Ιούλιο του 2021, αναπτύχθηκαν 292 εμβόλια εκ των οποίων τα 184 προχώρησαν σε προκλινικές δοκιμές σε ανθρώπους (113). Οι δημιουργοί των εμβολίων προχώρησαν στην υποβολή αιτήσεων ευρεσιτεχνείας για την προστασία των εμβολίων τους. Πιο συγκεκριμένα, η ευρεσιτεχνεία, ή διαφορετικά πατέντα, είναι η διαδικασία κατά την οποία δίνεται το απόλυτο δικαίωμα χρήσης μίας νέας μεθόδου ή δημιουργίας στον εφευρέτη για κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση χαρακτήρισε ως μείζον ζήτημα την ανάπτυξη ενός υγιούς και αποτελεσματικού εμβολίου με σκοπό την αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης που προκλήθηκε από το ξέσπασμα της Covid-19. Για την εξαγωγή ενός εμβολίου στην αγορά, χρειάζονται περίπου 10-15 χρόνια μελετών, με σκοπό να εξακριβωθεί εάν αυτό το εμβόλιο είναι αποτελεσματικό και δεν αποτελεί κίνδυνο για την δημόσια υγεία με παρενέργειες που ενδέχεται να έχει (116). Στα μέσα του 2020, η Ευρωπαϊκή Ένωση προχώρησε στην έναρξη της διαδικασίας σύναψης συμβάσεων, κάτι όμως που ήταν άγνωστο εκείνη την περίοδο ήταν το πότε θα μπορούσε να βγει στην αγορά, με σκοπό να διοχετευθεί στο ευρύ κοινό. Η ΕΕ προχώρησε σε μία σειρά μέτρων προκειμένου να ελαχιστοποιήσει όσο το δυνατόν περισσότερο τον χρόνο εξαγωγής του εμβολίου στην αγορά. Σκοπός της ήταν να δημιουργηθεί εμβόλιο σε δώδεκα με εικοσιτέσσερις μήνες (117). Στις 10 και 26 Μαρτίου του 2020, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ανέφερε ότι θα προχωρούσε σε αύξηση της χρηματοδότησης με σκοπό να επιτευχθεί αυτή η διαδικασία (121), (122).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (European Medicines Agency – EMA) φρόντισε να δώσει άμεσα οδηγίες στις φαρμακευτικές εταιρείες, σε σχέση με τον τρόπο που θα γίνονταν οι κλινικές μελέτες για το εμβόλιο. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο μαζί με το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδωσαν την έγκριση τους ώστε να χρησιμοποιηθούν γεννητικά τροποποιημένοι οργανισμοί στα εμβόλια τα οποία επρόκειτο να δημιουργηθούν (118). Εκτός όμως από την στρατηγική που καθόρισε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή με σκοπό την δημιουργία των εμβολίων, προχώρησε στην υπογραφή συμφωνίας με τα κράτη μέλη της, με σκοπό να συνάψει συμφωνίες με εταιρείες παρασκευαστές εμβολίων αντί για τα ίδια τα κράτη μέλη. Μέσω αυτών των συμφωνιών, τα κράτη μέλη έχουν το δικαίωμα να προχωρήσουν στην αγορά ενός συγκεκριμένου αριθμού δόσεων του εμβολίου για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και με μία συγκεκριμένη τιμή. Οι παρασκευαστές των εμβολίων με την σειρά τους, χρηματοδοτήθηκαν

με προκαταβολές από τον προϋπολογισμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με αυτόν τον τρόπο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα κράτη μέλη της ΕΕ θέλησαν να εξασφαλίσουν επαρκή αριθμό δόσεων εμβολίων.

Κατά την περίοδο του Αυγούστου του 2020 και του Νοεμβρίου του 2021, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προχώρησε στην υπογραφή 11 συμβάσεων με 8 παρασκευάστριες εταιρείες εμβολίων. Μέχρι το τέλος του 2021, είχαν παραδοθεί πάνω από μισό δισεκατομμύριο δόσεις εμβολίων στα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι περισσότερες είχαν προέλθει από την Pfizer/BioNTech. Το μεγαλύτερο ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού στην Ευρώπη είχε εμβολιαστεί (119). Παρά το γεγονός ότι η ΕΕ αντιμετώπισε πολλές δυσκολίες όσον αφορά τον εφοδιασμό με εμβόλια από δύο παρασκευάστριες εταιρείες, συγκεκριμένα με την AstraZeneca και την Janssen, μέχρι το τέλος του καλοκαιριού του 2021 είχε καταφέρει να έχει απόθεμα εμβολίων για το μεγαλύτερο ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού της. Και οι δύο εταιρείες παρέδωσαν το ποσοστό εμβολίων που ανέφεραν οι συμβάσεις. Παρ' όλα αυτά και η Pfizer/BioNTech, αλλά και η Moderna είχαν να αντιμετωπίσουν ορισμένα προβλήματα που επηρέασαν σε έναν βαθμό τον εφοδιασμό εμβολίων των χωρών της ΕΕ, αλλά η περίοδος αυτή ήταν παροδική. Μάλιστα οι δύο αυτές εταιρείες προχώρησαν σε ορισμένους συμπληρωματικούς εφοδιασμούς εμβολίων με αποτέλεσμα να καλύψουν την καθυστέρηση των παραδόσεων των εταιρειών AstraZeneca και Janssen (119).

Στις 18 Ιουνίου του 2020, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποφάσισε να προχωρήσει στην χρηματοδότηση για την προμήθεια των εμβολίων. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αλλά και τα κράτη μέλη, με σκοπό να εξασφαλίσουν ένα σημαντικό ποσοστό εμβολίων έδωσαν το πράσινο φως στο διοικητικό συμβούλιο να έχει την πλήρη ευθύνη των διαπραγματεύσεων. Επίσης το διοικητικό συμβούλιο λάμβανε σοβαρά υπ' όψιν του την γνώμη εμπειρογνομόνων που προέρχονταν από κράτη μέλη, με σκοπό να αξιολογηθούν οι πιθανότητες επιτυχίας των εμβολίων που ήταν προτεινόμενα. Παρ' όλα αυτά, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πριν από την λήψη οποιασδήποτε απόφασης μπορούσε να ζητήσει την γνώμη επιστημόνων υγείας σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των εμβολίων, γεγονός που όμως δεν έγινε κατά κύριο λόγο καθώς το διοικητικό συμβούλιο χρειάστηκε να λάβει αποφάσεις χωρίς να υπάρχουν άμεσα σε διαθεσιμότητα επιστημονικά τεκμήρια.

Μία κοινή ανησυχία ήταν και το γεγονός ότι επειδή τα εμβόλια δοκιμάζονταν σε συγκεκριμένο αριθμό ανθρώπων στην χώρα παραγωγής τους, ενδέχεται να έχουν άγνωστα αποτελέσματα κατά

την εφαρμογή τους σε παγκόσμιο πληθυσμό (123). Κάτι που αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο λοιπόν, είναι πως τα κράτη μέλη ανέλαβαν ένα πολύ σημαντικό μέρος του οικονομικού κινδύνου που, ως επί πλείστον, επιβαρύνει τους παρασκευαστές εμβολίων σε περίπτωση που τα εμβόλια είχαν ανεπιθύμητες ενέργειες στον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, 11 κράτη μελών διέθεταν σύστημα αποζημίωσης του παθόντος από τυχόν παρενέργειες του εμβολίου (120).

Στα μέσα του Μαρτίου του 2021, το διοικητικό συμβούλιο αποφάσισε να προγραμματίσει κάποιες συναντήσεις με συμβούλους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής με σκοπό να αποφασιστεί η στρατηγική που θα ακολουθούσαν για τα εμβόλια του 2022. Την ίδια περίοδο, η πρόεδρος της Επιτροπής προχώρησε την διαδικασία των διαπραγματεύσεων με σκοπό την σύναψη σύμβασης με την Pfizer/BioNTech. Το διοικητικό συμβούλιο συμφώνησε να προχωρήσει στην διαδικασία υπογραφής της σύμβασης, με αποτέλεσμα να θεωρείται η μεγαλύτερη σύμβαση προμήθειας εμβολίων που έχει υπογράψει η Ευρωπαϊκή Ένωση για το 2023.

Ο εμβολιασμός δεν πρέπει να θεωρείται υποκατάστατο όλων των άλλων μεθόδων για τον τερματισμό του ιού, αλλά θα πρέπει να γίνεται εντατικά επιτήρηση του ποσοστού των κρουσμάτων μεταξύ των εμβολιασμένων. Οι νέες παραλλαγές του ιού προέκυψαν από την κυκλοφορία του πληθυσμού σε όλο τον κόσμο. Αυτές οι παραλλαγές είναι λιγότερο καλά εξουδετερωμένες από τα υπάρχοντα εμβόλια, και σε συνδυασμό με την παγκόσμια εξάπλωση του ιού μπορούν να προκαλέσουν ακόμη ένα μεγάλο ξέσπασμα (114), (115). Αυτό συνεπάγεται ότι τα συγκεκριμένα εμβόλια θα έπρεπε να επαναπροσδιοριστούν με σκοπό να καλύπτουν τους πολίτες απόλυτα από τον ιό, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σημαντικές υλικοτεχνικές προκλήσεις (27).

Συμπεραίνοντας, ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που μπορεί να αντληθεί από τον τρόπο διαχείρισης της πανδημίας από την Ευρωπαϊκή Ένωση, είναι η άμεση ανάγκη που υπήρχε για ένα στρατηγικό σύστημα με σαφείς λειτουργίες. Υπήρχε ανάγκη λοιπόν, για συστήματα που θα μπορούσαν να μειώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης της ασθένειας, προσπαθώντας να μειώσουν την αλληλεπίδραση των ανθρώπων, όπου και όταν ήταν αυτό εφικτό. Παράλληλα, έπρεπε να παρέχεται κοινωνική υποστήριξη σε όσους θεωρούσαν πως ήταν δύσκολο να ακολουθήσουν αυτά τα μέτρα, ίσως λόγω της εργασίας τους. Επίσης, ήταν πολύ σημαντικό να διασφαλιστεί η έγκαιρη αντιμετώπιση εστιών κρουσμάτων, γεγονός που απαιτούσε ένα σύνολο μέτρων για την εύρεση, τον έλεγχο, τον εντοπισμό και την απομόνωση των ασθενών αλλά και των επαφών τους.

4° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Οι πολιτικές αντιμετώπισης της Ιταλίας, της Σουηδίας, της Γερμανίας και της Αγγλίας για την πανδημία Covid-19

Κατά την περίοδο της Covid-19, οι ευρωπαϊκές χώρες έλαβαν διαφορετικά μέτρα αντιμετώπισης για τον περιορισμό της ασθένειας ανάλογα με τις υποδομές που είχαν εκείνη την περίοδο. Τα υγειονομικά συστήματα της κάθε χώρας ανταποκρίθηκαν με τον δικό τους τρόπο στην αντιμετώπιση της πανδημίας, με ορισμένες χώρες να επιτυγχάνουν χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με άλλες που ενώ διαχειρίστηκαν την κατάσταση με τα ίδια μέτρα είχαν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Ο διαφορετικός χειρισμός της κατάστασης από την κάθε χώρα εμφάνισε τα δυνατά αλλά και τα αδύναμα στοιχεία του κάθε συστήματος υγείας τόσο στις δομές υγείας, όσο και στον πληθυσμό των χωρών.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στις πολιτικές αντιμετώπισης που έλαβαν η Ιταλία, η Αγγλία, η Σουηδία και η Γερμανία για την πανδημία της Covid-19. Επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες χώρες καθώς είχαν και ομοιότητες και διαφορές, όσον αφορά τους τρόπους χειρισμού της κατάστασης, αλλά τα αποτελέσματα ως επί το πλείστον ήταν διαφορετικά για την κάθε χώρα.

4.1 Η ΙΤΑΛΙΑ

Η Ιταλία ήταν η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που επλήγη από την πανδημία της Covid-19. Μέτρησε πολλά κρούσματα αλλά και εκατομμύρια θανάτους από την ασθένεια. Οι περιοχές με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του ιού ήταν το Veneto, η Emilia – Romagna, η περιφέρεια της Βορειοανατολικής Ιταλίας το Friuli-Venecia Giulia και το Bolzano. Με την πιο αυξημένη θνησιμότητα σημειώνονται οι περιοχές Vald’Aosta, Friuli-Venecia Giulia, Emilia – Romagna και Lombardia.

Στις 31 Ιανουαρίου 2020, το ιταλικό υπουργικό συμβούλιο κήρυξε κατάσταση έκτακτης ανάγκης για έξι μήνες μετά τον εντοπισμό των δύο πρώτων θετικών κρουσμάτων Covid-19 στην χώρα, και συγκεκριμένα στην Ρώμη. Τα δύο αυτά κρούσματα ήταν Κινέζοι τουρίστες που ταξίδευαν από την Wuhan. Ο πρώτος θετικός Ιταλός ασθενής αναφέρθηκε στις τοπικές υγειονομικές αρχές στην Λομβαρδία στις 20 Φεβρουαρίου 2020. Στην συνέχεια σημειώθηκαν επιπλέον κρούσματα στις διπλανές περιοχές το Veneto και την Emilia – Romagna.

4.1.1 ΚΥΡΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η ιταλική κυβέρνηση στα τέλη Ιανουαρίου, ανακοίνωσε κατάσταση έκτακτης ανάγκης ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει την πανδημία της Covid-19. Το Τμήμα Πολιτικής Προστασίας, της προεδρίας του υπουργικού συμβουλίου, ανέλαβε τον συντονισμό και την εκτέλεση της επείγουσας κατάστασης που επικρατούσε εκείνη την περίοδο. Η Πολιτική Προστασία είναι ένας οργανισμός υψίστης σημασίας και με μεγάλη αξιοπιστία καθώς βρέθηκε αντιμέτωπο και στο παρελθόν με αντίστοιχες δυσμενείς καταστάσεις, όπως η αντιμετώπιση των σεισμών (30).

Εκτός όμως από την Πολιτική Προστασία, δημιουργήθηκαν πρόσθετες επιτροπές για την αντιμετώπιση της κατάστασης που επέφερε η πανδημία. Πιο συγκεκριμένα, στις 3 Φεβρουαρίου 2020, το Τμήμα Πολιτικής Προστασίας συγκρότησε μία επιτροπή αποτελούμενη από επιστήμονες και επαγγελματίες υψηλού επιπέδου του Υπουργείου Υγείας της Ιταλίας, το λεγόμενο Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (Istituto Superiore di Sanita-ISS). Επίσης, συγκροτήθηκαν από την ιταλική κυβέρνηση ιολόγοι, επιστήμονες υγείας και κλινικοί ιατροί για την παροχή

επιστημονικών συμβουλών με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης. Και σε περιφερειακό επίπεδο, οι κυβερνήσεις της Λομβαρδίας, του Veneto, της Emilia – Romagna και του Piemonte συγκρότησαν τις δικές τους συμβουλευτικές επιτροπές με σκοπό τον περιορισμό της μετάδοσης της ασθένειας. Ο πρωθυπουργός στις 17 Μαρτίου 2020, για να αντιμετωπίσει την ανεπαρκή διαθεσιμότητα στα Μέσα Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ), όπως οι αναπνευστήρες και οι προστατευτικές μάσκες προσώπου, έχρησε έναν υπεύθυνο για τον καλύτερο συντονισμό των κεντρικών προμηθειών της χώρας (30).

Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης δημιούργησε δύο σημαντικά σημεία στην ιταλική κυβέρνηση. Αρχικά, η κυβέρνηση για να προχωρήσει σε γρήγορες κινήσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση της πανδημίας, παράκαμψε την Βουλή κατά την διαδικασία ορισμού νομοθετικών παρεμβάσεων, κάνοντας πιο θολά τα όρια μεταξύ εκτελεστικής και νομοθετικής εξουσίας. Αυτό είχε ως επακόλουθη την αμφισβήτηση των μέτρων που έλαβε η κυβέρνηση από τους επικριτές, που στόχο είχαν την παράταση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης αρχικά μέχρι τις 31 Οκτωβρίου και στην συνέχεια έως τις 31 Ιανουαρίου 2021. Ακόμη, η κατάσταση έκτακτης ανάγκης έδωσε την δυνατότητα παρέκκλισης των υφιστάμενων κανόνων για τις προμήθειες. Η Ιταλία είχε πολύ αυστηρούς κανόνες όσον αφορά αυτό το ζήτημα, και η εθνική υπηρεσία που ήταν υπεύθυνη για την πάταξη της διαφθοράς είχε σημαντικό ρόλο στην νομιμότητα των προσφορών που αφορούν τις προμήθειες. Σε αυτήν την περίπτωση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης, το Τμήμα Πολιτικής Προστασίας εξέδωσε νέους κανονισμούς όσον αφορά τις προμήθειες, που αφορούν κυρίως την απόκτηση προμηθειών ΜΑΠ, διαγνωστικών δοκιμών kit και αναπνευστήρων, με αποτέλεσμα να απλοποιηθεί η διαδικασία αγοράς τους.

4.1.2 ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ COVID-19

Στις 23 Φεβρουαρίου του 2020, η ιταλική κυβέρνηση εισήγαγε τους πρώτους περιορισμούς μετακίνησης. Στις 10 Μαρτίου της ίδιας χρονιάς, δημοσιεύτηκε επίσημα στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας της Ιταλίας ένα νέο διάταγμα της ιταλικής κυβέρνησης. Σε αυτό το διάταγμα αναφερόταν ότι από εκείνη την στιγμή και μέχρι τις 3 Απριλίου του 2020 θα περιοριζόταν η μετακίνηση των ατόμων σε ολόκληρη την χώρα, με εξαίρεση ορισμένες περιπτώσεις όπως η μετακίνηση για λόγους εργασίας, για λόγους υγείας ή για ανεφοδιασμό του νοικοκυριού. Σε

κάθε περίπτωση, θα έπρεπε ο πολίτης που μετακινείται για τους παραπάνω λόγους να φέρει έγγραφο αιτιολόγησης εξόδου από την κατοικία του (30). Επίσης, μέσω του παραπάνω διατάγματος, οι εκπαιδευτικοί χώροι όπως τα μουσεία, οι κινηματογράφοι και τα θέατρα αλλά και οποιοσδήποτε άλλος εκπαιδευτικός, πολιτιστικός, αθλητικός και ψυχαγωγικός οργανισμός θα παρέμεναν εκτός λειτουργίας για εκείνη την περίοδο. Επίσης απαγορεύτηκε η συνάθροιση σε δημόσιους χώρους, ενώ τα περισσότερα καταστήματα παρέμειναν κλειστά. Όσα καταστήματα πωλούσαν είδη πρώτης ανάγκης όπως τρόφιμα ή φάρμακα, θα συνέχιζαν την λειτουργία τους εξασφαλίζοντας όμως απόσταση ενός μέτρου μεταξύ των πελατών τους για την καλύτερη ασφάλεια τους. Αυτά τα μέτρα είχαν ως άμεσο στόχο την μείωση της μετάδοσης του ιού στην χώρα μετά από κατακόρυφη αύξηση των θανάτων μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Εκτός από τους παραπάνω περιορισμούς που επιβλήθηκαν, πάλι από τις 23 Φεβρουαρίου, ξεκίνησε μία σειρά περιορισμών συγκεκριμένα στο Codogno, όπου εμφανίστηκαν τα πρώτα θετικά κρούσματα της ασθένειας (31). Στις 25 Φεβρουαρίου του 2020, εισήχθησαν πρόσθετα μέτρα για την Λομβαρδία, το Veneto, την Emilia – Romagna, το Friuli-Venecia Giulia, την Liguria και το Piemonte. Στις 4 Μαρτίου η κυβέρνηση κήρυξε την διακοπή λειτουργίας των σχολείων και των πανεπιστημίων, ενώ στις 9 Μαρτίου θεσπίστηκαν πρόσθετα μέτρα κοινωνικής απόστασης. Στις 11 Μαρτίου, επιβλήθηκε ένα μερικό εθνικό lockdown σταματώντας την λειτουργία των καφετεριών και των εστιατορίων, ενώ η κατάσταση έφτασε στο αποκορύφωμα με το ολοκληρωτικό lockdown που ξεκίνησε στις 22 Μαρτίου (30).

4.1.3 ΤΑ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΙΤΑΛΙΑΣ

Στην Ιταλία, λόγω των πολλών περικοπών που είχε υποστεί το σύστημα υγείας, η κατάσταση έκτακτης ανάγκης για την πανδημία υπήρξε σημαντικό πρόβλημα εκείνη την περίοδο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αφού ο ιός εξαπλωνόταν ταχύτατα σε ολόκληρη την χώρα. Ο δημόσιος τομέας ήταν εξαιρετικά απροετοίμαστος για τα νέα δεδομένα που εμφανίζονταν στην χώρα εκείνη την περίοδο. Για να βοηθήσει το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας, η ιταλική κυβέρνηση εξέδωσε διατάγματα το «Cura Italia» και το «Liquidita», με πιο σημαντικό να

θεωρείται το πρώτο (32), (33). Το συγκεκριμένο διάταγμα εγκρίθηκε από το Υπουργικό Συμβούλιο στις 17 Μαρτίου του 2020 και σύμφωνα με αυτό:

- Παρέχεται χρηματοδότηση στο εθνικό σύστημα υγείας της Ιταλίας και σε άλλους δημόσιους φορείς που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση της Covid-19.
- Παρέχεται επέκταση της έκπτωσης του φόρου που αφορά το κόστος απολύμανσης του εργασιακού περιβάλλοντος, καθώς επίσης και για την αγορά εξοπλισμού ατομικής προστασίας, όπως προστατευτικές μάσκες προσώπου και προστατευτικά γυαλιά.
- Παρέχεται η δυνατότητα σε όλους τους επαγγελματίες να λάβουν τραπεζικά δάνεια χωρίς εγγυήσεις. Αυτό έγινε χάρη σε μία συμφωνία που προχώρησε με την «Cassa Depositi e Prestiti» ή διαφορετικά CDP. Η CDP είναι μία ανώνυμη εταιρεία που βρίσκεται υπό δημόσιο έλεγχο και ανήκει στο Υπουργείο Οικονομικών της Ιταλίας και με πολλά τραπεζικά ιδρύματα να κατέχουν τις υπόλοιπες μετοχές της. Άμεση αποστολή της είναι η προώθηση της ανάπτυξης της χώρας.

Σύμφωνα με το διάταγμα «Liquidita»:

- Παρέχεται οικονομική στήριξη στις οικογένειες και σε μικρομεσαίες επιχειρήσεις μέσω του Κεντρικού Εγγυητικού Ταμείου.
- Παρέχεται το δικαίωμα αναστολής πληρωμής φόρων έως τις 30 Σεπτεμβρίου του 2020. Αυτό αφορά τους πολίτες που ασκούν επαγγέλματα με χαμηλά έσοδα και εκείνους που βρίσκονται σε περιοχές με αυξημένα κρούσματα και υψηλά επίπεδα θνησιμότητας.

Στα διατάγματα, γίνεται σαφής και η βοήθεια που παρέχει η χώρα στους επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια της έκτακτης ανάγκης στην οποία βρισκόταν η Ιταλία. Πιο συγκεκριμένα, χορηγούνται κονδύλια για να πληρωθούν περισσότερες βάρδιες υπερωριών σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό οι οποίοι απασχολούνται σε νοσοκομεία την περίοδο της Covid-19. Επίσης υπάρχει η δυνατότητα να εφημερεύουν και οι γιατροί που πρόκειται να συνταξιοδοτηθούν (32).

Για την στήριξη των οικογενειών, το διάταγμα «Cura Italia» παρέχει επίσης στους επαγγελματίες την δυνατότητα να λάβουν ένα χρηματικό ποσό, με σκοπό να εξασφαλίσουν την φύλαξη των παιδιών τους στο σπίτι, λόγω της αναστολής λειτουργίας των σχολείων.

Υπάρχουν επίσης αυξήσεις για γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, όπως οι παιδίατροι και οι οικογενειακοί γιατροί, προκειμένου να προχωρήσουν σε αγορά εξειδικευμένων τεχνολογικών συστημάτων. Στόχος είναι να προωθηθεί η παρακολούθηση των ασθενών εξ αποστάσεως, ώστε να αποφεύγονται οι έξοδοι από το σπίτι κατά το μέγιστο δυνατό.

Επίσης, ορισμένες εταιρείες έχουν επεκτείνει τις υπηρεσίες που παρέχονται στα ασφαλιστήρια τους προκειμένου να επιτρέπουν στους ασφαλισμένους τους που έχουν νοσήσει από Covid-19 και είτε βρίσκονται σε καραντίνα στο σπίτι, είτε νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, να λαμβάνουν αποζημιώσεις για τις ημέρες που δεν μπόρεσαν να παραστούν στην εργασία τους.

Οι πιο σημαντικές ιατρικές ομοσπονδίες ήταν η Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), η Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri (ENPAM) και η Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCEO). Αποφάσισαν να ορίσουν μία ομάδα εργασίας για την ενίσχυση της προστασίας του ιατρικού προσωπικού, που ασχολείται με τον περιορισμό της μετάδοσης του Covid-19 (32).

Το Εθνικό Ινστιτούτο Εργατικών Ατυχημάτων (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro – INAIL) συμπεριέλαβε στην κατηγορία των εργατικών ατυχημάτων και μία ενδεχόμενη λοίμωξη από Covid-19 για τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, τους χειριστές υγειονομικών μηχανημάτων, γενικότερα τους υπαλλήλους του εθνικού συστήματος υγείας αλλά και κάθε ιδιωτική και δημόσια δομή που είναι ασφαλισμένη στο Ινστιτούτο. Η λοίμωξη λοιπόν από τον κορωνοϊό θεωρείται εργατικό ατύχημα αν οφείλεται στην εργατική δραστηριότητα του πολίτη, η οποία έχει να κάνει με τον τομέα της υγείας. Επίσης και οι δημόσιες και οι ιδιωτικές εταιρείες έχουν υποχρέωση να γνωστοποιούν έγκαιρα στις αρχές δημόσιας υγείας της χώρας την κατάσταση της υγείας των εργαζομένων τους (32).

Όπως είναι γνωστό, οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στην πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση της πανδημίας, βιώνοντας πολλές φορές αντίξοες συνθήκες κατά την διάρκεια της εργασίας τους, όπως οι δύσκολες βάρδιες και η έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και πόρων. Η επιδημία επιβαρύνει λοιπόν αρκετά την απόδοση των επαγγελματιών υγείας και μπορεί να οδηγήσει σε δικαστικές αποφάσεις αστικής ευθύνης όταν παρατηρείται ιατρικό λάθος σε βάτος ασθενούς που νοσεί από κορωνοϊό. Για αυτόν το λόγο, τα εθνικά συμβούλια

επαγγελματιών υγείας και οι ομοσπονδίες, αποφάσισαν να προχωρήσουν σε μία σειρά προτάσεων με σκοπό να τροποποιηθεί αυτή η νομοθεσία, η λεγόμενη « Gelli-Bianco » που ορίζει ως κύριους υπεύθυνους για το οποιοδήποτε λάθος τους επαγγελματίες υγείας. Ορισμένες από τις αλλαγές που προτείνονται είναι και η ευθύνη των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων που αναγκάζονται να εργαστούν σκληρά με περιορισμένους διαθέσιμους πόρους αλλά και με περιορισμένο εργατικό δυναμικό (34).

Ένα πρώτο κύμα της πανδημίας θα μπορούσε να θεωρηθεί μεταξύ τέλους Φεβρουαρίου και Μαΐου του 2020 με την κορύφωση του να εμφανίζεται τον Μάρτιο και τον Απρίλιο. Κατά το πρώτο κύμα οι βόρειες περιοχές ήταν πιο επηρεασμένες από την ασθένεια και ως προς τα κρούσματα αλλά και ως προς την θνησιμότητα, ενώ στα κεντρικά της χώρας και στις νότιες περιοχές η Covid-19 είχε μικρότερο αντίκτυπο. Πιθανότατα αυτό συνέβη λόγω της αποτελεσματικότητας των μέτρων ελέγχου και έγκαιρου περιορισμού που έλαβαν οι νότιες περιοχές. Επίσης, οι διαγνωστικές δοκιμές που γίνονταν ήταν αρκετές, με αποτέλεσμα να ελέγχεται σε μεγαλύτερο βαθμό η ασθένεια. Μετά την περίοδο των δύο μηνών του lockdown, ο αριθμός των νέων κρουσμάτων και των θανάτων μειώθηκε αρκετά ειδικά κατά την περίοδο Ιουνίου – Σεπτεμβρίου. Κατά το πρώτο κύμα, περιοχές με προηγμένες δομές και εμπειρία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ανέπτυξαν περαιτέρω τις παροχές τους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα αυτά τα τμήματα να συμμετέχουν σε προγράμματα εντοπισμού επαφών. Καλούσαν ή έστελναν e-mail σε επαφές κρουσμάτων και τους έδιναν κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τα μέτρα συμπεριφοράς που έπρεπε να λάβουν. Το καλοκαίρι του 2020, ο αριθμός των κρουσμάτων μειώθηκε αισθητά, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η χωρητικότητα των εργαστηρίων για την διενέργεια περισσότερων διαγνωστικών δοκιμών. Επίσης, τα ρυθμιστικά μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση παρέμειναν με σκοπό να αντιμετωπιστεί η έλλειψη προσωπικού στα νοσοκομεία, ενώ σε αυτά εφαρμόστηκε σε μεγάλο βαθμό η τηλεϊατρική.

Από τον Αύγουστο του 2020, άρχισαν να αυξάνονται και πάλι τα κρούσματα. Το δεύτερο κύμα ξεκίνησε στις αρχές Οκτωβρίου του 2020 και τελείωσε τον Ιούλιο του 2021, με κύριες περιοχές που επλήγησαν να είναι το Bolzano, το Friuli-Venecia Giulia, το Vald'Aosta, Emilia – Romagna η Lombardia και το Piemonte(30). Το δεύτερο κύμα εξαπλώθηκε περισσότερο γεωγραφικά, γεγονός που προέκυψε από την άρση των περιορισμών των μετακινήσεων που έγιναν τον Ιούνιο. Οι ασθενείς κατά το δεύτερο κύμα ήταν κατά βάση νεότεροι, σε σύγκριση με αυτούς του

πρώτου, και υπήρξε και σημαντική διαφορά στα ποσοστά θνησιμότητας. Μόλις άρχισαν να αυξάνονται τα κρούσματα, οι πολιτικές αντιμετώπισης άλλαξαν και πάλι. Οι οδηγίες της κυβέρνησης ανέφεραν πως θα έπρεπε να γίνεται αξιολόγηση της περιοχής κινδύνου με τρία διαφορετικά επίπεδα χρώματος, το κίτρινο, το πορτοκαλί και το κόκκινο (36). Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν σε εθνικό επίπεδο ανέφεραν περισσότερους περιορισμούς στις συγκεντρώσεις είτε αυτές ήταν δημόσιες είτε ήταν ιδιωτικές, έκαναν την χρήση προστατευτικής μάσκας προσώπου κάτι που έπρεπε όλοι να έχουν μαζί τους ειδικά κατά την διάρκεια των ταξιδιών τους (για τα οποία υπήρξε συμβουλή να αποφεύγονται) και έκανε απαραίτητο το μέτρο της καραντίνας κατά την επιστροφή από ταξίδι. Τον Αύγουστο του 2020, η χρήση της μάσκας έγινε και πάλι υποχρεωτική συγκεκριμένες ώρες της μέρας, ουσιαστικά σε μέρη που ήταν αδύνατο να υπάρξει κοινωνική απόσταση. Μάλιστα, από τις 24 Σεπτεμβρίου, ορισμένες ιταλικές περιφέρειες έκαναν υποχρεωτική την χρήση της μάσκας σε όλα τα εξωτερικά μέρη, σε όλες τις ώρες της ημέρας (35), (36). Όταν κάποιο άτομο επέστρεφε από ταξίδι ήταν υποχρεωμένο να ελεγχθεί διαγνωστικά. Το ίδιο ίσχυε για ασθενείς που εισέρχονταν σε υγειονομικές εγκαταστάσεις φροντίδας, σε περιπτώσεις επαφής ατόμου με πιθανό ή θετικό κρούσμα και επίσης σε άτομα που εργάζονταν τον τομέα της υγείας. Η αύξηση των κρουσμάτων θεωρείται ότι προέκυψε για δύο λόγους. Αρχικά η έντονη συγκέντρωση στα μέσα μαζικής μεταφοράς καθώς έπρεπε ο κόσμος να τα χρησιμοποιήσει με σκοπό να μεταβεί στην εργασία του, αλλά και η επανέναρξη των συνηθισμένων δραστηριοτήτων. Παρά το γεγονός ότι ο ιταλικός πληθυσμός περίμενε περισσότερα μέτρα και επιβολή ενός νέου lockdown, τα νέα μέτρα περιορισμού καθυστέρησαν αρκετά να αποφασιστούν, λόγω της έλλειψης συνεννόησης της κυβέρνησης και των ιταλικών περιφερειών. Αυτό προκάλεσε στο κοινό αυξημένο άγχος και αγωνία για το τι μέλλει γενέσθαι και τελικά κατέληξε σε μία κατάσταση κρίσης που όπως ορίζεται και από τον ΠΟΥ είναι μία «πανδημική κόπωση».

4.1.4 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΙΤΑΛΙΑ

Τα δύο κύματα επιδημίας στην Ιταλία χαρακτηρίστηκαν από σημαντικό αριθμό θανάτων που σχετίζονται με την Covid-19 με την Βόρεια Ιταλία να θεωρείται η πιο πληγείσα περιοχή της χώρας. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας φαίνεται στον

πληθυσμό των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω με περαιτέρω αύξηση κατά το δεύτερο κύμα. Αυτή η ηλικιακή ομάδα είναι ιδιαίτερα σημαντική στην Ιταλία καθώς αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της. Επίσης κατά το δεύτερο κύμα αυξήθηκε το ποσοστό υπερβολικής θνησιμότητας σε άτομα ηλικίας κάτω 50 ετών. Πιθανότατα αυτό συνέβη επειδή οι θάνατοι από Covid-19 σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, αφορούν κυρίως άτομα που έπασχαν ήδη από υποκείμενα νοσήματα (37), (38). Εκείνη την περίοδο, εκτιμάται μία μείωση της υπερβολικής θνησιμότητας που δεν αποδίδονται άμεσα στον ιό (38), (76). Αυτό ενδέχεται να έχει σχέση με την βελτίωση που σημειώθηκε στα συστήματα υγείας ως προς την διάγνωση και την θεραπεία ασθενειών που καθυστερούσαν κατά το πρώτο κύμα από την παρουσία της Covid-19 (37).

4.1.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η πανδημία αποκάλυψε τις αδυναμίες του ιταλικού συστήματος υγείας κατά πάσα πιθανότητα λόγω της έλλειψης προνοητικότητας. Η έκτακτη ανάγκη που προέκυψε απαιτούσε όχι μόνο την αύξηση των πόρων αλλά και την αναδιοργάνωση των διαθέσιμων, εκείνη την περίοδο, πόρων ώστε να μπορέσει το σύστημα υγείας να ανταποκριθεί στις ανάγκες της πανδημίας. Στις αρχές της πανδημίας λοιπόν, ελήφθησαν ρυθμιστικά μέτρα με σκοπό την καλύτερη απόδοση των επαγγελματιών υγείας. Εκτός όμως από τα παραπάνω, η κυβέρνηση όρισε και ορισμένες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις με σκοπό την μείωση της μετάδοσης του ιού, με κυριότερο μέτρο το lockdown. Δεν έλειψαν οι επικρίσεις για αυτό το μέτρο, καθώς ορισμένοι όρισαν αυτό το μέτρο ως αντισυνταγματικό και ότι πάει ενάντια στο δικαίωμα του ανθρώπου στην ελευθερία. Επίσης ορισμένοι κατηγόρησαν το σύστημα για την καθυστερημένη εκταμίευση των επιδομάτων έως και την μη εισαγωγή κάποιων επιδομάτων σε πολίτες που είχαν πραγματική ανάγκη. Σε εθνικό επίπεδο, υπήρξε αυξανόμενη εφαρμογή της ψηφιακής υγείας αλλά και της τηλεϊατρικής και αυτό οδήγησε την ιταλική κυβέρνηση στην δημιουργία μίας νέας εφαρμογής που θα ανίχνευε τις επαφές για την Covid-19, με την ονομασία Immuni. Παρ' όλα αυτά η εφαρμογή τερματίστηκε στην Ιταλία τον Δεκέμβριο του 2021, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των Ιταλών δεν την χρησιμοποιούσε.

4.2 Η ΣΟΥΗΔΙΑ

Η σουηδική απάντηση στην πανδημία της Covid-19 υπήρξε σημαντικό ζήτημα τόσο σε ακαδημαϊκές, όσο και σε πολιτικές συζητήσεις. Η Σουηδία δεν προχώρησε σε γενικό lockdown και ήταν λιγότερο επεμβατική από άλλες χώρες. Επικεντρώθηκε στον μετριασμό, με στόχο την επιβράδυνση της πανδημίας. Σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τις υπόλοιπες γειτονικές της σκανδιναβικές χώρες, η αρχική έλλειψη αυστηρών μέτρων πολιτικής κατέστησε την Σουηδία πιο ακραία όσον αφορά την αντιμετώπιση της πανδημίας, αλλά και τον αρχικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού, γεγονός που αποδόθηκε στα ποσοστά θνησιμότητας τα οποία ήταν σημαντικά υψηλότερα από ό, τι σε άλλες σκανδιναβικές χώρες (44).

4.2.1 ΚΥΡΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΣΟΥΗΔΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ COVID-19

Από την εμφάνιση της Covid-19, τον Φεβρουάριο του 2020, ο κορωνοϊός έχει κατηγοριοποιηθεί ως μεταδοτική ασθένεια, καθιστώντας υποχρεωτική και άμεση την αναφορά όλων των θετικών κρουσμάτων στον Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (Public Health Agency - PHA) της Σουηδίας. Επίσης, νόμος έκτακτης ανάγκης ψηφίστηκε στην χώρα τον Ιανουάριο του 2020. Το PHA ηγήθηκε σε πολιτικές που είχαν να κάνουν με το υγειονομικό σύστημα της χώρας, για λογαριασμό της κυβέρνησης. Κανένα εθνικό πρόγραμμα διαχείρισης κρίσεων δεν ενεργοποιήθηκε στην χώρα.

Οι κύριοι παράγοντες αποφάσεων στην Σουηδία που εμπλέκονταν στην αντιμετώπιση της πανδημίας ήταν, ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας και η Υπηρεσία Πολιτικών Έκτακτων Αναγκών. Όλοι οι παραπάνω φορείς αλληλεπιδρούσαν και συχνά ενημέρωναν και συμβουλευόνταν την κυβέρνηση (39).

Ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας βρίσκεται κάτω από την επιτήρηση ενός συμβουλίου που απαρτίζεται από μέλη που έχουν εμπειρία στην πολιτική, την υγειονομική περίθαλψη και την έρευνα. Άλλοι τομείς ευθύνης της είναι δημόσια υγεία, η επικοινωνία, ο τρόπος ζωής, και ο

έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών. Καθημερινά το ΡΗΑ έδινε συνεντεύξεις Τύπου με αποτέλεσμα να ενημερώνει τους πολίτες της Σουηδίας για τα νεότερα του κορωνοϊού (39).

Από τις Αρχές Δημόσιας Υγείας επιβλήθηκαν αυστηρά τα κάτωθι:

- Ο εντοπισμός των επαφών των κρουσμάτων
- Η απομόνωση τους
- Η παρακολούθηση της μετάδοσης του ιού

Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας είχε ως στόχο του την παροχή ίσης πρόσβασης στην κοινωνική πρόνοια, και υψηλή ποιότητα σε υγειονομική και κοινωνική περίθαλψη. Ήταν υπεύθυνο για την έκδοση γενικών ιατρικών συστάσεων και για την επιτήρηση των εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Η πιο σημαντική προτεραιότητα του συμβουλίου κατά την διάρκεια της πανδημίας, ήταν να εξασφαλίσει επαρκή αριθμό κλινών για Covid-19.

Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, στην Σουηδία τα μέτρα δεν ήταν ιδιαίτερα αυστηρά. Στις 27 Μαρτίου 2021, η σουηδική κυβέρνηση απαγόρευσε τις δημόσιες συγκεντρώσεις και εκδηλώσεις με περισσότερα από πενήντα άτομα. Ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, συμβούλευσε πως, τα άτομα με συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος θα έπρεπε να παραμείνουν στο σπίτι. Οι προαιρετικές χειρουργικές επεμβάσεις αναβλήθηκαν και απαγορεύονταν οι επισκέψεις στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Επίσης τα εστιατόρια, τα γυμναστήρια, τα κομμωτήρια και οι κινηματογράφοι συνέχισαν να λειτουργούν κανονικά. Παράλληλα, συνεχίστηκαν και οι αθλητικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις κατά την διάρκεια της πανδημίας. Ένα πολύ σημαντικό μέτρο ήταν επίσης και το ότι, οι μάσκες δεν συνιστούνταν για καθημερινή χρήση, παρά μόνο στην υγειονομική περίθαλψη.

Το Υπουργείο Παιδείας είναι υπεύθυνο για τα σχολεία, τα κολέγια και τα πανεπιστήμια, την εκπαίδευση ενηλίκων, την χρηματοδότηση της εκπαίδευσης αλλά και την πολιτική έρευνας για την κυβέρνηση. Σε συνδυασμό με το Υπουργείο Παιδείας, ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, τα νομαρχιακά συμβούλια και οι περιφέρειες εφήρμοσαν πολιτικές, με σκοπό τον περιορισμό της μετάδοσης του ιού και όσον αφορά την εκπαίδευση. Αυτό που συστήθηκε ήταν τα λύκεια και τα πανεπιστήμια να παραμείνουν ανοιχτά, και η διδασκαλία να γίνεται διαδικτυακά, όπου αυτό ήταν εφικτό. Όσον αφορά τα σχολεία για παιδιά έως 16 ετών συνέχισαν να λειτουργούν κανονικά. Ακόμη μία ευθύνη του Υπουργείου Υγείας λοιπόν, ήταν να επιβλέπει την ομαλή

διαδικτυακή και εξ αποστάσεως εκπαίδευση εάν τα σχολεία ήταν κλειστά, και την επιβολή κανόνων για την ομαλή δια ζώσης διδασκαλία εάν τα σχολεία ήταν ανοιχτά. Επίσης, τα σουηδικά πανεπιστήμια ενθάρρυναν με τον δικό τους τρόπο την έρευνα για την Covid-19.

Άλλοι παράγοντες που επίσης ήταν σημαντικοί ήταν το Υπουργείο Εξωτερικών, το οποίο παρείχε συμβουλές για τους ταξιδιώτες και βοήθησε στην επιστροφή όσων ήταν εκτός Σουηδίας εκείνη την περίοδο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Ένωση και το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων υπήρξαν εξωτερικοί παράγοντες που επηρέασαν με τον δικό τους τρόπο την σουηδική κυβέρνηση για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού.

4.2.2 ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ

Η Σουηδία είχε οριοθετήσει ορισμένους στρατηγικούς στόχους για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Αρχικά, θέλησε να επιτύχει τον μετριασμό με στόχο την επιβράδυνση, και όχι την διακοπή της Covid-19. Ήθελε να διασφαλίσει ότι δεν θα είχε μεγάλο αριθμό αρρώστων ταυτόχρονα εκείνη την περίοδο. Δεύτερον, θέλησε να διασφαλίσει την προστασία των ηλικιωμένων (άτομα ηλικίας από 70 ετών και άνω), καθώς ήταν μία ομάδα ανθρώπων που διέτρεχε μεγάλο κίνδυνο. Ο τρίτος στόχος ήταν η διατήρηση των ανοιχτών σχολείων για παιδιά έως 16 ετών, θέλοντας με αυτόν τον τρόπο να διαφυλάξει και άλλους καθοριστικούς παράγοντες. Εκτός όμως από τα σχολεία, η Σουηδία επιθυμούσε να διασφαλίσει και ότι η κοινωνία θα μπορούσε να συνεχίσει κανονικά την λειτουργία της. Σε αυτό εντάσσονταν η προμήθεια ενέργειας και το σύστημα εφοδιασμού τροφίμων. Ακόμη, η διασφάλιση ότι δεν θα υπάρξει υγειονομική κατάρρευση σε ορισμένες περιοχές ήταν βασικό μέλημα της σουηδικής κυβέρνησης. Για αυτόν τον λόγο, θέλησε να εξασφαλίσει πως υπήρχαν διαθέσιμοι επαρκείς πόροι υγείας και ιατροφαρμακευτικά υλικά σε όλες τις περιοχές της Σουηδίας. Ένας ακόμη βασικός στόχος, ήταν και η εξασφάλιση της ευημερίας των πολιτών, μέσω της επικοινωνίας και της καθημερινής ενημέρωσης του κοινού από επίσημες ιστοσελίδες που μετέφεραν τα τελευταία γεγονότα της πανδημίας. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, ήταν η σουηδική κυβέρνηση να εξηγήσει στους πολίτες τους λόγους για τους οποίους προχώρησε στα συγκεκριμένα μέτρα, με σκοπό να αποφευχθεί η σύγχυση του κοινού.

Από τις 12 Μαρτίου 2020, η σουηδική κυβέρνηση τόνισε έντονα τα γενικά μέτρα κατά της Covid-19. Τα μέτρα αυτά ήταν:

- Η κοινωνική απόσταση, στην οποία προτιμώμενη ήταν αυτή του ενός μέτρου τουλάχιστον.
- Η εστίαση στο πλύσιμο και την απολύμανση των χεριών.
- Η καραντίνα για όλα τα άτομα με συμπτώματα που εγείρουν την υπόνοια για ασθένεια από Covid-19.

4.2.3 ΕΝΑΡΞΗ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ

Στα μέσα Ιανουαρίου του 2020, η είδηση της πανδημίας της Covid-19, έφτασε στη Σουηδία. Εκ πρώτης όψεως, ο κίνδυνος κρίθηκε χαμηλός. Η Εθνική Επιτροπή της Σουηδίας ανέφερε ότι πιθανότατα η Covid-19 μεταδόθηκε ευρέως στην χώρα, μέσω ταξιδιωτών από την Αυστρία και την Ιταλία τον Φεβρουάριο του 2020. Οι ταξιδιωτικές μεταφορές λοιπόν, ήταν πολύ σημαντικός παράγοντας εξάπλωσης του κορωνοϊού, για αυτό εκείνη την περίοδο, οι πολίτες της Σουηδίας που ταξίδευαν σε χώρες όπως η Κίνα και η Ιταλία ενημερώθηκαν για τα συμπτώματα της νόσου αλλά δεν τους συνεστήθη να μπαίνουν σε καραντίνα. Τον Μάρτιο του 2020, οι ταξιδιώτες κλήθηκαν να πραγματοποιούν εργαστηριακό έλεγχο εάν είχαν συμπτώματα μετά τις 14 ημέρες από την επιστροφή τους από την Ιταλία. Ενώ μέχρι εκείνη την στιγμή ο κίνδυνος μετάδοσης ήταν μέτριος και όχι τόσο σημαντικός, στα μέσα του Μαρτίου αναβαθμίστηκε από μέτριο σε υψηλό για όλη την Σουηδία, γεγονός που προέκυψε ύστερα από έλεγχο της κατάστασης από την Σουηδική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας.

4.2.4 ΟΙ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Στις 19 Μαρτίου 2020, η σουηδική κυβέρνηση έλαβε τρεις πολύ σημαντικές αποφάσεις για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού. Αρχικά, πρώτος στόχος ήταν να σταματήσουν οι άνθρωποι που είχαν μολυνθεί, να θεωρούν πως πρέπει να εργάζονται διότι δεν είχαν χρήματα για να

μπορέσουν να ζήσουν. Δεύτερον, η κυβέρνηση ανέλαβε την ευθύνη για τα έξοδα της αναρρωτικής αδείας από τις εταιρείες για τους πρώτους μήνες μετά την ασθένεια ενός εργαζόμενου μετά την νόσηση του με Covid-19. Τρίτη και τελευταία απόφαση της κυβέρνησης, ήταν η έναρξη ενός πακέτου αποζημίωσης λόγω αναρρωτικής αδείας για εργαζομένους με υπόνοια νόσησης Covid-19 ή επαληθευμένη νόσηση από την συγκεκριμένη ασθένεια.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι ταξιδιωτικές μεταφορές υπήρξαν σημαντικός παράγοντας εξάπλωσης της ασθένειας στην Σουηδία. Στις 14 Μαρτίου 2020, το Υπουργείο Εξωτερικών της Σουηδίας ενημέρωσε τους πολίτες πως θα ήταν καλύτερο να αποφεύγουν τα ταξίδια κάτι το οποίο τόνισε και η Ευρωπαϊκή Ένωση τρεις μέρες ύστερα. Στις 17 Μαρτίου 2020, η σουηδική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας, προέτρεψε τους κατοίκους να εργάζονται από το σπίτι όπου αυτό ήταν εφικτό. Την άνοιξη και το καλοκαίρι του 2020, τα ταξίδια στο εσωτερικό της χώρας μειώθηκαν σημαντικά. Μέσα Μαρτίου και Μαΐου, οι ημερήσιες μετακινήσεις ήταν συνεχώς μειούμενες. Έγινε άρση των ταξιδιωτικών περιορισμών στις 13 Ιουνίου 2020, προκειμένου να ξεκινήσουν και οι κάτοικοι της Σουηδίας τις καλοκαιρινές τους διακοπές, όμως οι συστάσεις για εργασία από το σπίτι συνεχίστηκαν μέχρι την 1^η Σεπτεμβρίου 2020.

Σημαντικό επίσης ήταν και το μέτρο των συγκεντρώσεων. Οι συγκεντρώσεις περισσότερων από 500 ατόμων απαγορεύτηκαν στις 11 Μαρτίου 2020, και μειώθηκαν σε λιγότερους από 50 λίγες εβδομάδες πιο μετά. Την 1^η Απριλίου, η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας τόνισε για ακόμη μία φορά την κοινωνική απόσταση με σκοπό την μείωση της μετάδοσης της πανδημίας, η οποία όπως αναφέρεται και παραπάνω, ήταν από τις βασικές στρατηγικές μετριασμού του ιού. Επίσης στις 24 Μαρτίου, η Υπηρεσία εξέδωσε οδηγίες για εστιατόρια, χώρους νυχτερινής διασκέδασης και καφετέριες, προτρέποντας τους πολίτες να κρατούν απόσταση τουλάχιστον ένα μέτρο. Υπήρχαν όμως και παραβιάσεις των οδηγιών, γεγονός που οδήγησε ορισμένα εστιατόρια και καφετέριες στο να κλείσουν από τις δημοτικές αρχές. Τον Αύγουστο της ίδιας χρονιάς, έγιναν συζητήσεις και για την τήρηση των αποστάσεων στα μέσα μαζικής μεταφοράς. Το ζήτημα αυτό ήταν ιδιαίτερα σημαντικό καθώς εκείνη την περίοδο, παιδιά άνω των 17 ετών επέστρεφαν στο σχολείο. Οι κυβερνητικές υπηρεσίες προέτρεψαν λοιπόν τις εταιρείες δημόσιων μεταφορών να αυξήσουν τον αριθμό των μέσων συγκοινωνιών, με σκοπό να αποφευχθεί ο συνωστισμός.

Στις 19 Μαρτίου 2020, η κυβέρνηση, μετά από απόφαση του σουηδικού κοινοβουλίου, έκλεισε τα σχολεία για παιδιά έως 16 ετών. Κάτι το οποίο αξίζει να σημειωθεί εδώ, είναι ότι τα παιδιά

ηλικίας κάτω των 16 ετών σπάνια ανέπτυξαν σοβαρή Covid-19, γεγονός που ενδέχεται να επηρέασε την κυβέρνηση, ως προς την αναστολή λειτουργίας των σχολείων (40). Στην αρχική φάση της πανδημίας, ορισμένοι γονείς κράτησαν τα παιδιά τους στο σπίτι θεωρώντας πως ήταν επίφοβο να τα στείλουν στο σχολείο καθώς ενδέχεται τα παιδιά τους να αρρωστούσαν σοβαρά και να μετέφεραν τον ιό στο σπίτι με αποτέλεσμα να νοσήσει και η υπόλοιπη οικογένεια. Παρ' όλα αυτά, όσο τα σχολεία ήταν ανοιχτά οι γονείς είχαν την ίδια υποχρέωση να στείλουν τα παιδιά τους στο σχολείο. Στις 17 Μαρτίου 2020, τα σχολεία για παιδιά ηλικίας 17 ετών και άνω, τα κολέγια και τα πανεπιστήμια έκλεισαν, με αποτέλεσμα να κάνει την εμφάνιση της η διαδικτυακή διδασκαλία έως ότου θα επέστρεφαν στα σχολεία (39).

Καθ' όλη την διάρκεια της πανδημίας το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης έκανε χρήση της προστατευτικής μάσκας μόνο όταν έβλεπε ασθενείς με ύποπτο ή επαληθευμένη Covid-19. Όταν άρχισαν να αυξάνονται οι θάνατοι σε οίκους φροντίδας ηλικιωμένων από τον Απρίλιο έως τον Μάιο του 2020, το εργατικό δυναμικό που εργαζόταν σε αυτές τις δομές άρχισε να χρησιμοποιεί μάσκες προσώπου συστηματικά. Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, ο διαθέσιμος προστατευτικός ιατρικός εξοπλισμός ήταν περιορισμένος. Στις 16 Μαρτίου 2020, η κυβέρνηση διέταξε το διοικητικό συμβούλιο να διανείμει επαρκές προστατευτικό εξοπλισμό στα ιδρύματα και τις δομές υγειονομικής φροντίδας. Στις 5 Ιουνίου 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνέστησε μάσκες στα μέσα μαζικής μεταφοράς, όταν οι άνθρωποι βρίσκονταν σε χώρους για τις αγορές τους με αρκετό συνωστισμό. Παρ' όλα αυτά, η Σουηδία δεν συνέστησε προστατευτικές μάσκες εκτός υγειονομικής περίθαλψης και μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων. Την 1^η Σεπτεμβρίου 2020, η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας της Σουηδίας δήλωσε ότι, οι μάσκες ενδέχεται να χρειαστούν μελλοντικά σε ορισμένες περιοχές με τοπικά κρούσματα.

4.2.5 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας ανέφερε στις ομάδες υψηλού κινδύνου αρχικά τα παιδιά. Ωστόσο αυτή η ομάδα, κατόπιν συζητήσεων με την Παιδιατρική Εταιρεία της Σουηδίας, αφαιρέθηκαν από αυτήν την ομάδα. Εν τέλει, τα άτομα που θεωρήθηκε πως έπρεπε να μπου στην ομάδα υψηλού κινδύνου ήταν άτομα με υποκείμενες παθήσεις όπως αναπνευστικά

προβλήματα, καρδιαγγειακά νοσήματα, παχυσαρκία, καθώς επίσης και άτομα που ζουν σε νοσηλευτικές εγκαταστάσεις ή λαμβάνουν δημοτική υγειονομική περίθαλψη (39).

Λόγω της πανδημίας της Covid-19, η καθημερινότητα της ζωής στην Σουηδία επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό σε όλες τις κοινωνικές ομάδες. Οι ηλικιωμένοι ήταν η ευπαθής ομάδα που επλήγη περισσότερο από τον κορωνοϊό, σημειώνοντας πολύ υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Μέχρι την πανδημία, η φροντίδα των ηλικιωμένων στην χώρα είχε παραμεληθεί και είχε περιορισμένους πόρους, γεγονός που ίσχυε και σε άλλες χώρες (39).

Στις 10 Μαρτίου 2020, οι πολίτες ενημερώθηκαν πως θα πρέπει να αποφεύγουν τις περιττές επισκέψεις σε ασθενείς και σε εγκαταστάσεις φροντίδας ηλικιωμένων. Ζητήθηκε επίσης από τους πολίτες όλων των ηλικιών να τηρούν τα μέτρα προστασίας που τόνισε η σουηδική κυβέρνηση όπως οι κανόνες υγιεινής και η κοινωνική απόσταση. Από τις 30 Μαρτίου 2020, οι επισκέψεις σε δημοτικές νοσηλευτικές εγκαταστάσεις απαγορεύτηκαν, γεγονός που ίσχυε και για τις ιδιωτικές δομές φροντίδας ηλικιωμένων. Η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας δημοσίευσε στις αρχές Μαΐου μία έκθεση με θέμα τον τρόπο μείωσης της μετάδοσης του ιού στα σπίτια για ηλικιωμένους. Προέτρεψε επίσης τα άτομα από 70 ετών και άνω να αποφεύγουν την στενή επαφή με άλλους από τις 16 Μαρτίου 2020 .

Στα τέλη του Ιουνίου του 2020, η σουηδική κυβέρνηση ίδρυσε μία Εθνική Επιτροπή Covid-19 για να εξετάσει το πώς χειρίστηκε η Σουηδία την κατάσταση της πανδημίας (57). Σύμφωνα με την Επιτροπή, ο υψηλός αριθμός θανάτων στην χώρα, ειδικά κατά το πρώτο κύμα, οφειλόταν στην υψηλή μετάδοση του ιού κοινωνικά. Άλλοι παράγοντες ήταν επίσης η έλλειψη στην οικιακή περίθαλψη αλλά και οι ελλείψεις πανδημικής υποστήριξης για το προσωπικό. Παρά το γεγονός πως η σουηδική κυβέρνηση και οι υπόλοιποι παράγοντες έλαβαν αρκετά μέτρα την άνοιξη του 2020 με σκοπό την διασφάλιση της προστασίας των ηλικιωμένων, αυτά ήταν συχνά πολύ περιορισμένα και αρκετά αργά (42). Ακόμη κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι πως τον Αύγουστο της ίδιας χρονιάς, κάποιοι άρχισαν να ισχυρίζονται πως οι νεότεροι σε ηλικία θα έπρεπε να επωμίζονται περισσότερες ευθύνες, με σκοπό οι ηλικιωμένοι να μην είναι απαραίτητο να απομονώνονται στον ίδιο βαθμό.

Η φροντίδα ηλικιωμένων είχε αρκετά ελαττώματα, με βασικά την έλλειψη οργάνωσης λόγω του μεγάλου αριθμού ανθρώπων χωρίς σαφείς ευθύνες και τη έλλειψη τυπικών ηλεκτρονικών

φακέλων υγείας. Ακόμη, το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας, που ήταν από τους κύριους παράγοντες αποφάσεων στην Σουηδία, και οι δήμοι ήταν δύο φορείς που ήταν υπεύθυνοι για την φροντίδα των ηλικιωμένων, αλλά είχαν έλλειψη διαύλων επικοινωνίας, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να συντονίσουν τις κινήσεις τους για την καλύτερη φροντίδα των υπερηλίκων. Ένα πολύ σημαντικό σημείο που επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τον τομέα της φροντίδας των ηλικιωμένων, ήταν το γεγονός ότι οι εγκαταστάσεις των ιδρυμάτων είχαν συχνά κακή πρόσβαση σε ιατρικό εξοπλισμό, περιορισμένο προσωπικό με χαμηλά επίπεδα ικανοτήτων και εξειδίκευσης αλλά και μη αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας, για αυτό και δεν θεωρούνταν ελκυστικό επάγγελμα. Η Εθνική Επιτροπή σε σχετική ανακοίνωση της, επεσήμανε ότι η χώρα απέτυχε να προστατεύσει τους ηλικιωμένους. Ορισμένοι μάλιστα, τόνισαν ότι το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης στα σουηδικά γηροκομεία ήταν πολύ πιθανό να εμφανισθεί στην εργασία του με συμπτώματα Covid-19 και να μην μείνει σπίτι, εξαιτίας της έλλειψης αποζημίωσης για λήψη αναρρωτικής αδείας. Όπως προαναφέρθηκε, το προσωπικό στα γηροκομεία ήταν ελάχιστο, με αρκετούς από τους εργαζομένους να είναι μερικής απασχόλησης. Η απαγόρευση στους δήμους για πρόσληψη γιατρών σε μονάδες φροντίδας υπερηλίκων, ήταν στοιχείο που έκανε ακόμη περισσότερο δυσμενή την κατάσταση που επικρατούσε στον τομέα της φροντίδας των ηλικιωμένων. Οι δήμοι δεν μπορούσαν να απασχολήσουν γιατρούς, καθώς αυτοί απασχολούνται σε περιφέρειες υγειονομικής περίθαλψης ή σε ιδιωτικές εταιρείες. Οι περιφέρειες της Σουηδίας ήταν νομικά υποχρεωμένες να παρέχουν στους δήμους ιατρική περίθαλψη που θα απευθύνεται σε ηλικιωμένους. Αυτό σήμαινε ότι οι γιατροί συμμετείχαν λιγότερο στον σχεδιασμό περίθαλψης ηλικιωμένων και ότι οι δήμοι εξαρτώνται περισσότερο από τις σουηδικές περιφέρειες (41). Η Εθνική Επιτροπή σύστησε να γίνει πρόταση στους δήμους να απασχολούν γιατρούς στο μέλλον. Τόνισε επίσης ότι όλες οι εγκαταστάσεις φροντίδας είναι σημαντικό να έχουν πρόσβαση στον ιατρικό εξοπλισμό, όπως ο εξοπλισμός για ενδοφλέβια διατροφή. Εάν οι δήμοι είχαν πρόσβαση σε τέτοια τεχνολογία, τότε θα μειωνόταν η ανάγκη μεταφοράς των ηλικιωμένων στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με την Επιτροπή, θα έπρεπε να είχε δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην φροντίδα των ηλικιωμένων και στις συνθήκες που επικρατούν σε τέτοιες εγκαταστάσεις. Άλλωστε ήταν σαφές από την έναρξη της πανδημίας ότι, οι ηλικιωμένοι ήταν ομάδα υψηλού κινδύνου (41).

Η Εθνική Επιτροπή έκανε ορισμένες συστάσεις, κατόπιν αιτήματος της σουηδικής κυβέρνησης, με σκοπό την καλύτερη περίθαλψη του υπερηλίκου πληθυσμού. Αρχικά το καθεστώς και η

ελκυστικότητα του επαγγέλματος της φροντίδας των ηλικιωμένων πρέπει να αυξηθεί. Η Σουηδία έπρεπε να στελεχώσει καλύτερα την υγειονομική φροντίδα των υπερηλίκων καθώς τα χαμηλά επίπεδα προσωπικού προκάλεσαν προβλήματα όπως δυσκολίες στην τήρηση των συστάσεων υγιεινής για την Covid-19 λόγω του υψηλού φόρτου εργασίας. Επίσης, το χαμηλό επίπεδο του εργατικού δυναμικού δεν διευκόλυνε το υγειονομικό προσωπικό να ενημερωθεί για τα τελευταίες ενημερώσεις της πανδημίας και τα μέτρα για την αντιμετώπιση της κατάστασης (41).

4.2.6 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΣΟΥΗΔΙΑ

Στην Σουηδία, η θνησιμότητα ήταν χαμηλότερη από την αναμενόμενη το έτος που προηγήθηκε της πανδημίας. Η ηλικιακή ομάδα των 0-69 ετών είχε χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας το 2020 σε σχέση με προηγούμενα έτη. Οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες είχαν αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας από κάθε αιτία σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη. Ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με την Covid-19, υπερβαίνει σε μεγάλο βαθμό τον ήδη πολύ υψηλό αριθμό θνησιμότητας από κάθε αιτία (43). Αυτό σημαίνει ότι ορισμένοι από τους θανάτους που έχουν σχέση με τον κορωνοϊό συνέβησαν μεταξύ αρκετά ευάλωτων ατόμων που ενδέχεται να είχαν πεθάνει από άλλες αιτίες, αν δεν συνέβαινε η πανδημία (42). Από όλα τα παραπάνω μπορεί να θεωρηθεί και ότι συμβαίνει μία μετατόπιση θνησιμότητας ως αιτία της υπερβολικής θνησιμότητας στην Σουηδία το 2020. Κάτι που αξίζει να σημειωθεί εδώ, είναι ότι παρατηρήθηκε πως ο εργαζόμενος πληθυσμός, που αποτελεί πάνω από το 85% του γενικού πληθυσμού της Σουηδίας, δεν είχε μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας από κάθε άλλη αιτία. Μία βασική αιτία σε αυτό θα μπορούσε να είναι η τήρηση των βασικών μέτρων κατά της Covid-19 (κοινωνική απόσταση, προσωπική υγιεινή, ατομική ευθύνη για καραντίνα με συμπτώματα, και εντοπισμός των επαφών). Επίσης εκτός από τα παραπάνω μέτρα ατομικής προστασίας, στην Σουηδία έγινε προσπάθεια να δημιουργηθεί η ανοσία της αγέλης, η οποία είναι δυνατή με την απόκτηση φυσικής ανοσίας μετά από νόσηση από την ασθένεια Covid-19 (91), (92). Αξιωματούχοι της χώρας πίστευαν ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί αυτό το γεγονός, κάτι που εν τέλει δεν έγινε με αποτέλεσμα να προκληθούν αρκετοί θάνατοι (91), (92). Συνεπώς μέχρι την 1^η Σεπτεμβρίου 2020, το ποσοστό θνησιμότητας στην Σουηδία ήταν υψηλότερο από τις γειτονικές

σκανδιναβικές χώρες, αλλά χαμηλότερο από ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες που επέβαλαν γενική καραντίνα.

4.2.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στη Σουηδία υπήρξαν έντονες συζητήσεις σχετικά με την μη λήψη αυστηρότερων μέτρων για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Από την μία, ένα μέρος του πληθυσμού συμφωνεί με την στρατηγική της χώρας, η οποία ήταν λιγότερο επεμβατική, σε σύγκριση με άλλες σκανδιναβικές αλλά και ευρωπαϊκές χώρες, από την άλλη υπήρχε και ένα μέρος του γενικού πληθυσμού που θα ήθελε τα μέτρα να ήταν πιο αυστηρά. Σύμφωνα με τον απολογισμό που έγινε, το πρόβλημα τονίζεται περισσότερο στην ανεπαρκή υποδομή των γηροκομείων, με φυσικό επακόλουθο την μη σωστή εφαρμογή των μέτρων κατά την πανδημία. Κατά συνέπεια, παρατηρούμε το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων στους ηλικιωμένους. Οι ελλείψεις αυτές ήταν γνωστές πολύ πριν την εμφάνιση της ασθένειας στην Σουηδία, και η τελική ευθύνη για αυτές βαρύνει τις κυβερνήσεις που ενώ κατείχαν αυτές τις πληροφορίες δεν ενήργησαν άμεσα για την καλύτερη αντιμετώπιση τους. Η κυβέρνηση λοιπόν θα έπρεπε να είχε λάβει όλες τις απαραίτητες πρωτοβουλίες με σκοπό την βελτίωση της κατάστασης που επικρατούσε στις εγκαταστάσεις φροντίδας ηλικιωμένων, ώστε να είναι καλύτερα εξοπλισμένα για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού.

4.3 Η ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Η Γερμανία υπήρξε μία χώρα η οποία εκμεταλλεύτηκε την ποικιλομορφία και την συνεκτικότητα, επιτρέποντας παράλληλα και μία μεγάλη κοινωνική συζήτηση για το ζήτημα της αντιμετώπισης της Covid-19, προκαλώντας βέβαια έντονες αντιδράσεις κατά το δεύτερο κύμα κορωνοϊού. Η χώρα χαρακτηρίστηκε νωρίς με καλές επιδόσεις όσον αφορά την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Στην Γερμανία, τα πρώτα κρούσματα Covid-19 εμφανίστηκαν από τα τέλη Ιανουαρίου του 2020. Συγκεκριμένα, το πρώτο θετικό κρούσμα αναφέρθηκε στις 27 Ιανουαρίου 2020 και

βρέθηκε σε μία ομάδα εργαζομένων μίας εταιρείας που είχαν συμμετάσχει όλοι σε μία εκπαιδευτική συνάντηση. Η εξάπλωση του κορωνοϊού έγινε ταχύτατα και μέσα στους δύο πρώτους μήνες τα κρούσματα έφτασαν να είναι πάνω από 42.000.

4.3.1 ΚΥΡΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Αρχικά, οι πρώτες κινήσεις για την αντιμετώπιση του ιού ξεκίνησαν στις 23 Μαρτίου του 2020. Καθ' όλη την διάρκεια του πρώτου και του δεύτερου κύματος στην Γερμανία οι εκλεγμένες εθνικές κυβερνήσεις προχώρησαν σε εθνικούς περιορισμούς. Οι εξουσίες έκτακτης ανάγκης θεσπίστηκαν στην Γερμανία τον Μάρτιο του 2020 μέσω των Νόμων Προστασίας για τις Λοιμώξεις (Infection Protection Acts – IPA). Ως ομοσπονδιακό κράτος, η Γερμανία εγκατέστησε ένα όργανο συντονισμού και λήψης αποφάσεων με επικεφαλής την καγκελάρια Angela Merkel. Το όργανο αυτό περιελάμβανε όλους τους αρχηγούς των περιφερειακών κρατών της χώρας, και επέτρεψε ισχυρή τοπικά προσαρμοσμένη δράση. Επίσης, η αλληλεξάρτηση μεταξύ των δομών χάραξης πολιτικής και του ακαδημαϊκού χώρου υπήρξε σημαντικός παράγοντας για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η Γερμανία βασίστηκε στις υπάρχουσες νομικές δομές όπως το Ινστιτούτο Robert Koch, το Συμβούλιο Δεοντολογίας και το μεγάλο δίκτυο ανεξάρτητων ερευνητικών ιδρυμάτων της.

Το Ινστιτούτο Robert Koch (RKI) είναι το επιστημονικό ίδρυμα της γερμανικής κυβέρνησης που έχει σχέση με τον τομέα της βιοιατρικής. Θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους ερευνητικούς φορείς, για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας στη χώρα αλλά και σε όλο τον κόσμο, καθώς ανταλλάσει εμπειρίες σχετικά με την διαχείριση της ασθένειας με δημόσια ιδρύματα υγείας παγκοσμίως. Το Κέντρο Διεθνούς Προστασίας Υγείας του Ινστιτούτου Koch είναι υπεύθυνο για την συνεχή ανάλυση της διεθνούς επιδημιολογικής κατάστασης. Αυτό το κέντρο απαρτίζεται από μία ομάδα πληροφοριών δημόσιας υγείας η οποία βρίσκεται σε συνεχή επαφή με υπουργεία υγείας και ιδρύματα δημόσιας υγείας σε πολλές χώρες με σκοπό την τακτική ενημέρωση της κατάστασης. Από τα μέσα Μαρτίου 2021, το Κέντρο έχει βοηθήσει και έχει δώσει συμβουλές σχετικά με όλα τα ζητήματα δημόσιας υγείας όσον αφορά την αντιμετώπιση της επιδημίας σε περισσότερες από 70 χώρες.

Η γερμανική κυβέρνηση λοιπόν, με πολύ γρήγορους ρυθμούς κλιμάκωσε τις εργαστηριακές δοκιμές για την Covid-19 στο δημόσιο σύστημα υγείας (53). Τα στοιχεία που απαιτούνταν για την παρακολούθηση της πανδημίας τα παρείχαν οι γερμανικοί φορείς δημόσιας υγείας. Συνεπώς, το δημόσιο σύστημα υγείας διαχειρίζεται το σύστημα ανίχνευσης και απομόνωσης των κρουσμάτων και έλαβε σημαντική οικονομική υποστήριξη για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Ο περιορισμός του ιού ήταν πολύ δύσκολος για δύο λόγους. Αρχικά, βρέθηκε μεταδοτικός ακόμη και πριν την έναρξη των συμπτωμάτων και δεύτερον, ορισμένα άτομα μπορούν να βιώσουν την λοίμωξη χωρίς να παρουσιάζουν συμπτώματα με αποτέλεσμα να μολύνουν άλλα άτομα. Οι αρχικές μελέτες λοιπόν, έκαναν σημαντική αναφορά στην προσυμπτωματική και ασυμπτωματική εξάπλωση της ασθένειας. Η Γερμανία κλιμάκωσε γρήγορα τις διαγνωστικές δοκιμές της κατά την διάρκεια του πρώτου κύματος. Κάτι που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι η Γερμανία δεν είχε καθιερωμένα συστήματα επιτήρησης των κρουσμάτων, όμως διενεργούνταν μικρότερες τοπικές έρευνες.

4.3.2 ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

Στις 23 Μαρτίου 2020, η γερμανική κυβέρνηση ξεκίνησε την εφαρμογή σωτήριων περιορισμών στην κοινωνική ζωή, προκειμένου να επιβραδύνει την εξάπλωση της πανδημίας Covid-19 και να αποφύγει την κατάρρευση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα εξελισσόμενα στοιχεία, προστέθηκαν περισσότερα κοινωνικά μηνύματα όπως η χρήση προστατευτικής μάσκας, η διατήρηση της κοινωνικής απόστασης στο 1,5 μέτρο, το σχολαστικό πλύσιμο των χεριών και αργότερα το άνοιγμα των παραθύρων (51). Τα δημόσια μηνύματα επικεντρώθηκαν στην υγιεινή των χεριών και την κοινωνική απόσταση κατά την διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας.

Πιο συγκεκριμένα, η χρήση προστατευτικής μάσκας προσώπου έγινε υποχρεωτική στην Jena την 6^η Απριλίου 2020 (49). Αυτό το μέτρο απαιτεί την χρήση της μάσκας στα μέσα μεταφοράς και στα καταστήματα όπου συνωστίζονται πολλοί άνθρωποι. Αφού έγιναν υποχρεωτικές οι μάσκες μεταξύ 1^{ης} και 10^{ης} Απριλίου στην Jena, ο αριθμός των νέων μολύνσεων μειώθηκε σε αρκετά μεγάλο βαθμό. Ωστόσο, η Ιένα δεν είναι η μόνη πόλη της Γερμανίας που θέσπισε το μέτρο της μάσκας. Έξι ακόμη περιφέρειες έκαναν το μέτρο αυτό υποχρεωτικό πριν από την

εισαγωγή του σε εθνικό επίπεδο. Εν τέλει περί τα τέλη του Απριλίου, οι μάσκες έγιναν υποχρεωτικές και σε ομοσπονδιακό επίπεδο.

Λόγω του αυξημένου, σε μικρό χρονικό διάστημα, ποσοστού θανάτων και του αυξανόμενου ποσοστού κρουσμάτων σε γειτονικές της χώρες, η Γερμανία θέσπισε μερικό lockdown από τις 22 Μαρτίου του 2020 μέχρι τις 19 Απριλίου 2020. Το γερμανικό lockdown μπορεί να θεωρηθεί μέτριο και όχι τόσο αυστηρό όπως σε άλλες χώρες, καθώς οι άνθρωποι εξακολουθούν να έχουν την δυνατότητα να μετακινούνται (52), (56). Εκπαιδευτικές, πολιτιστικές και ψυχαγωγικές εγκαταστάσεις σταμάτησαν να λειτουργούν, όμως η Γερμανία επέτρεψε στους πολίτες να συναθροίζονται σε εξωτερικούς χώρους (50). Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα αυτής της μερικής απομόνωσης φάνηκαν πολλά υποσχόμενα. Αυτό ίσως να οφείλεται στην καλή συμμόρφωση που πιθανώς υποστηρίζεται από την καθημερινή και συστηματική ενημέρωση μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Συνεπώς, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης στην Γερμανία διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία και την ανταλλαγή πληροφοριών. Τα δημόσια τηλεοπτικά κανάλια παρείχαν αρκετό τηλεοπτικό χρόνο με σκοπό την εντατική ενημέρωση των πολιτών και τις διεξοδικές συζητήσεις σχετικά με το ζήτημα της Covid-19. Κυρίαρχα πρόσωπα που εξέφραζαν τις αντιρρήσεις τους ως προς τα κυβερνητικά μέτρα προσκαλούνταν από τα κανάλια, με στόχο να γίνεται διάλογος και να υπάρχει πλουραλισμός απόψεων σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης της πανδημίας. Η συμπερίληψη πολλών φωνών από διάφορους κλάδους, συμπεριλαμβανομένων των επιδημιολόγων, των οικονομολόγων και των πολιτικών επιστημόνων, επέτρεψε στο τηλεοπτικό κοινό να παρακολουθήσει και να αντιληφθεί την δυσκολία και την πολυπλοκότητα που έχει η διαδικασία λήψης αποφάσεων για την αντιμετώπιση της κατάστασης του κορωνοϊού (57). Στις 15 Απριλίου 2020, και ενώ αναφέρονταν καθημερινά μερικές χιλιάδες νέα κρούσματα από την Covid-19, η γερμανική κυβέρνηση ανακοίνωσε παράταση του lockdown μέχρι και τις 3 Μαΐου, θέτοντας παράλληλα και ορισμένα μέτρα χαλάρωσης για την αντιμετώπιση των οικονομικών συνεπειών και των ψυχολογικών βλαβών που είχε προκληθεί από την καραντίνα. Οι περιορισμοί της καραντίνας οδήγησαν σε αυξημένα επίπεδα άγχους και στρες στον γενικό πληθυσμό. Η συστηματική χρήση ορισμένων διαδικτυακών εφαρμογών ήταν ένας συχνός τρόπος, ώστε να μπορέσουν οι πολίτες να ξεχαστούν από την συνεχή απομόνωση (51), (53), (58).

Οι Μη Φαρμακευτικές Παρεμβάσεις (ΜΦΠ) αποτελούν μία σημαντική στρατηγική για την πρόληψη και τον έλεγχο της μετάδοσης της Covid-19 (59). Τον Μάρτιο του 2020, ένα μεγάλο ποσοστό Γερμανών υποστήριξε τέτοιου είδους παρεμβάσεις. Οι κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο έχουν εφαρμόσει διάφορες ΜΦΠ, οι περισσότερες όμως από τις οποίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ζωή των πολιτών (51). Ορισμένες από αυτές είναι η παρότρυνση να παραμείνει ο γενικός πληθυσμός στο σπίτι και να μην συνωστίζεται σε χώρους με πολύ κόσμο, να υπάρχει κοινωνική απόσταση του 1,5 μέτρου κατά τη παραμονή σε δημόσιους χώρους, να γίνεται χρήση προστατευτικής μάσκας και να τηρούνται τα μέτρα υγιεινής, όπως το συστηματικό πλύσιμο των χεριών (47), (49). Στο διάστημα μεταξύ τέλους Μαρτίου και αρχών Ιουνίου, οι περιορισμοί παρατείνονταν κάθε δύο εβδομάδες. Οι περισσότεροι από τους περιορισμούς που είχαν επιβληθεί, χαλάρωσαν. Μάλιστα από τις αρχές Μαΐου, οι εκκλησιαστικές λειτουργίες επετράπη να ξεκινήσουν πάλι, και αρκετές πολιτιστικές εγκαταστάσεις όπως τα μουσεία μπόρεσαν να ξεκινήσουν πάλι την λειτουργία τους, πάντα υπό συνθήκες υγιεινής και αποφυγής ουρών (48). Παρ' όλα αυτά, από τα μέσα Οκτωβρίου 2020, η δημόσια ζωή στην Γερμανία απείχε πολύ από την κατάσταση που επικρατούσε στην προ Covid-19 περίοδο. Οι κανόνες απόστασης και η υποχρεωτική χρήση μάσκας συνέχισαν να ισχύουν σε δημόσιους χώρους και οι μεγάλες εκδηλώσεις εξακολουθούσαν να απαγορεύονται (48), (70).

Κάτι που αξίζει να αναφερθεί είναι και η νυχτερινή απαγόρευση κυκλοφορίας η οποία επιβλήθηκε στο Αμβούργο, την δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της Γερμανίας, με σκοπό τον μετριασμό της εξάπλωσης του ιού (45). Στις 2 Απριλίου 2020 λοιπόν, εισήχθη το μέτρο της περιορισμού, το οποίο απαγόρευε στους πολίτες την έξοδο από την κατοικία τους μετά τις 9μμ μέχρι και τις 5πμ, εκτός και αν επρόκειτο για σωματική άσκηση, βόλτα για τα σκυλιά και μετακίνηση στην εργασία. Το Αμβούργο υπήρξε η αρχική πόλη που ίσχυσε αυτό το μέτρο, το οποίο στην συνέχεια οδήγησε σε εθνικό κανονισμό. Αυτό ο εθνικός κανονισμός που ίσχυσε από τις 23 Απριλίου 2021, ανέφερε ότι θα έπρεπε να γίνει εφαρμογή της νυχτερινής απαγόρευσης σε περιοχές που είχαν ποσοστά κρουσμάτων άνω των 100. Εκείνη την εποχή, πολλές άλλες πόλεις της Γερμανίας είχαν παρόμοια ή και πιο υψηλά ποσοστά εμφάνισης κρουσμάτων, παρ' όλα αυτά δεν εφήρμοσαν απαγόρευση κυκλοφορίας. Επί παραδείγματι, η Βαυαρία και η Σαξωνία προχώρησαν στην εφαρμογή παρόμοιων κανονισμών, πριν από τους κανονισμούς σε εθνικό επίπεδο (45). Με βάση αυτήν την απαγόρευση κυκλοφορίας, το Αμβούργο μείωσε σημαντικά τα κρούσματα της Covid-19. Περίπου έναν μήνα μετά την εφαρμογή αυτού του μέτρου, μειώθηκαν

σημαντικά τα κρούσματα του πληθυσμού. Συνεπώς, το μέτρο της νυχτερινής απαγόρευσης ήταν αποτελεσματικό και σίγουρα θα μπορούσε να είναι μία βασική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού.

Ακόμη μία μη φαρμακευτική παρέμβαση που θεσπίστηκε, ήταν οι περιορισμοί στις διασυνοριακές μετακινήσεις και τα διεθνή ταξίδια, γεγονός που οδήγησε σε αναστολή των ταξιδιών εντός και εκτός Ευρώπης κατά τους πρώτους μήνες της πανδημίας. Περιορισμοί στα διεθνή ταξίδια επιβλήθηκαν παγκοσμίως τους πρώτους μήνες της πανδημίας (46). Στα μέσα Μαρτίου 2020, η Ευρωπαϊκή Ένωση έκλεισε τα εξωτερικά της σύνορα για ταξιδιώτες από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Γερμανία από την δικιά της πλευρά, εξέδωσε παγκόσμια ταξιδιωτική οδηγία στα μέσα Μαρτίου, συμβουλευοντας τους πολίτες της να μην ταξιδεύουν στο εξωτερικό, και στην συνέχεια επέβαλε συνοριακούς ελέγχους στα σύνορα με γειτονικές χώρες.

Όσον αφορά τα ταξίδια εντός Ευρώπης, οι ταξιδιωτικοί περιορισμοί παρέμειναν σε ισχύ μέχρι τους καλοκαιρινούς μήνες. Ωστόσο, οι περιορισμοί της Γερμανίας στα ταξίδια εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης μειώθηκαν σημαντικά στις 15 Ιουνίου. Από τον Ιούνιο του 2020 έως και τον Σεπτέμβριο της ίδιας χρονιάς, οι ταξιδιωτικές μετακινήσεις των γερμανών παρέμειναν σε μεγάλο βαθμό αυξημένες από και προς την Ευρώπη. Τα δεδομένα για την επιτήρηση της επιδημιολογικής κατάστασης στο εξωτερικό παρέχονταν στην γερμανική κυβέρνηση από το Ινστιτούτο Robert Koch (RKI). Το RKI εξέδιδε ταξιδιωτικές ενημερώσεις για ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες καθώς και για τις περισσότερες χώρες στον υπόλοιπο κόσμο ταυτόχρονα με την χαλάρωση των ταξιδιωτικών περιορισμών. Θεωρείται ότι μετά την άρση των περιορισμών, τα διεθνή ταξίδια συνέβαλαν στην ραγδαία μετάδοση της ασθένειας, στοιχείο που φαίνεται από το γεγονός ότι οι Γερμανοί πολίτες ταξίδεψαν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, που εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερη εμφάνιση κρουσμάτων Covid-19 κατά τους καλοκαιρινούς μήνες του 2020. Αυτό συνεπάγεται, ότι αυτοί οι ταξιδιώτες εκτέθηκαν σε μεγάλο βαθμό σε περιβάλλοντα που ενέχουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης, εισάγοντας με αυτόν τον τρόπο την λοίμωξη ξανά σε πολύ μεγάλο ποσοστό στην Γερμανία (46). Αυτή η αύξηση κρουσμάτων στην Γερμανία με πιθανή λοίμωξη στο εξωτερικό, εισήγαγε ένα νέο σύστημα διεξαγωγής διαγνωστικών δωρεάν δοκιμών για όλους τους ταξιδιώτες που επέστρεφαν από περιοχές που δεν είχαν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης την 1^η Αυγούστου και από ένα άλλο σύστημα διεξαγωγής δωρεάν δοκιμών

για τους ταξιδιώτες που επέστρεφαν από περιοχές υψηλού κινδύνου στις 8 Αυγούστου. Όσον αφορά τους τελευταίους, ήταν υποχρεωμένοι να τεθούν σε καραντίνα 14 ημερών στις κατοικίες τους σύμφωνα με τους κανονισμούς που εγκρίθηκαν στα μέσα Ιουλίου (52). Αυτό που αξίζει να αναφερθεί είναι το γεγονός, ότι οι μολυσμένοι ταξιδιώτες που επιστρέφουν, ενδέχεται να έχουν προκαλέσει δευτερογενείς λοιμώξεις και να έχουν εντοπίσει κρούσματα στις επαφές τους στην Γερμανία. Αυτό είναι πολύ σημαντικό καθώς υπάρχει η πιθανότητα να μην έχουν ταξινομηθεί με σωστό τρόπο όλες οι περιπτώσεις μολυσμένων ταξιδιωτών αλλά και να υπήρχε ποσοστό ανθρώπων που νόσησαν από επαφή τους στη Γερμανία, παρά το ότι ταξίδεψαν στο εξωτερικό.

4.3.3 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Δεδομένου ότι η Covid-19 είναι μία μολυσματική ασθένεια η οποία έχει εξαπλωθεί σε ολόκληρο τον κόσμο, πολλοί άνθρωποι έχασαν την ζωή του εξαιτίας ενώ υπό άλλες συνθήκες δεν θα είχαν πεθάνει. Η μέτρηση της θνησιμότητας λόγω Covid-19 θεωρήθηκε μία πολύ δύσκολη διαδικασία για διάφορους λόγους. Αρχικά, σε αρκετές περιπτώσεις δεν διευκρινίζεται εάν ένας αναφερόμενος θάνατος από αυτήν την ασθένεια οφείλεται πραγματικά σε αυτήν την ασθένεια ή σε άλλους λόγους υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, η μελέτη της Δανίας στην οποία παρατηρήθηκε ότι την χρονική περίοδο 2022, το μεγαλύτερο ποσοστό των αναφερόμενων θανάτων από κορωνοϊό δεν προκλήθηκαν από αυτήν την ασθένεια. Το γερμανικό μητρώο αυτοψίας με μία ανάλυση που δημοσίευσε, παρουσίασε ότι μέχρι το 2021, το 14% των θανάτων από κορωνοϊό δεν προκλήθηκαν από την ίδια την μόλυνση απόλυτα, αλλά σε συνδυασμό της ασθένειας και της οργανικής ανεπάρκειας (54). Κατά δεύτερον, ακόμη και αν ένα άτομο πέθαινε από Covid-19, αυτό δεν σήμαινε ότι δεν θα πέθαινε αν δεν συνέβαινε καθόλου η πανδημία αυτού του ιού. Θα μπορούσε να είχε πεθάνει, είτε από κάποια άλλη οποιαδήποτε μόλυνση, είτε και λόγω του ότι ήταν αδύναμο. Έγινε μελέτη το 2022 η οποία ανέλυε την ιστορική αναδρομή στα ποσοστά θνησιμότητας της Covid-19 στην οποία λήφθηκαν υπ' όψιν ο χρόνος και η τοποθεσία των θανάτων (54).

Κατά την διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας Covid-19, η Γερμανία είχε χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας. Οι παρατηρούμενοι αριθμοί θανάτων ήταν υψηλότεροι από το αναμενόμενο για τις ηλικιακές ομάδες 60-69, 80-89 και από 90 και πάνω. Η ηλικιακή ομάδα 70-

79 δεν είχε εμφανίσει υπερβολική θνησιμότητα. Το ποσοστό της θνησιμότητας λοιπόν, εμφανίζεται υψηλότερο μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας σε άτομα κάτω των 60 ετών είναι κοντά στο μηδέν (55).

Σε αντίθεση με το πρώτο, κατά το δεύτερο κύμα πανδημίας, τα ποσοστά θνησιμότητας στην χώρα αυξήθηκαν σημαντικά περισσότερο. Το 2021 η υπερβολική θνησιμότητα που παρατηρήθηκε οφείλεται σχεδόν στον μεγαλύτερο βαθμό στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 15-79 ετών. Η ηλικιακή ομάδα 40-49 ετών κατέχει τις μεγαλύτερες τιμές. Το 2022, η υπερβολική θνησιμότητα είναι πάνω από το 7% για όλες σχεδόν τις ηλικιακές ομάδες άνω των 15 ετών. Οι ηλικιακές ομάδες 15-29, 30-39 και 60-89 παρατηρείται υπερβολική θνησιμότητα, μεγαλύτερη από αυτήν του 2021. Εξαίρεση και για τα τρία έτη 2019-2022, θεωρείται η ηλικιακή ομάδα των 50-59 ετών, στην οποία παρατηρείται μικρότερη θνησιμότητα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Ακόμη, το 2021, με την έναρξη της εκστρατείας εμβολιασμού της Covid-19, παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε σχέση με το προηγούμενο έτος που εμβολιάστηκε επίσης ένα μεγάλο ποσοστό πολιτών. Το 2022, η υπερβολική θνησιμότητα συνέχισε να αυξάνεται σημαντικά για όλες τις ηλικιακές ομάδες κάτω των 80 ετών, καθώς το περισσότερο μέρος του γερμανικού πληθυσμού είχε εμβολιαστεί πλήρως, γεγονός που θορύβησε την κοινή γνώμη ως προς την ασφάλεια των εμβολίων κατά της Covid-19 (55).

4.3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Όπως προκύπτει από όσα έχουν αναφερθεί, σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Γερμανία δεν είχε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας κατά το πρώτο κύμα πανδημίας. Πολλοί παράγοντες μπορούν να δώσουν εξήγηση σε αυτό το γεγονός. Αρχικά, η πανδημία του κορωνοϊού ξεκίνησε στην χώρα πλήττοντας κυρίως νεότερα άτομα που επέστρεφαν από διακοπές και στην συνέχεια εξαπλώθηκε σε ηλικιωμένους. Η χαμηλή ηλικία μόλυνσης λοιπόν μπορεί να θεωρηθεί ένας κύριος παράγοντας. Σε αντίθεση με άλλες χώρες όπου η μόλυνση έγινε αισθητή σε γηροκομεία και νοσοκομεία, μόνο ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων νόσησε από τον ιό στους παραπάνω φορείς. Επίσης σημαντικός παράγοντας θα μπορούσε να είναι και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς τα νοσοκομεία της Γερμανίας είχαν αυξήσει σε μεγάλο βαθμό την χωρητικότητα των ασθενών τους, με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας καθώς επίσης και τον

αριθμό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τους. Ακόμη ένα σημαντικό στοιχείο είναι ότι οι τοπικές αρχές ενίσχυσαν το ανθρώπινο δυναμικό τους, προκειμένου να υποστηρίξουν το σύστημα εντοπισμού των επαφών. Σε περίπτωση που κάποιος πολίτης είτε θετικός στον ιό είτε όχι, επιθυμούσε κάποια συμβουλή ή βοήθεια, αυτό γινόταν μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, κάτι που περιόρισε τις μετακινήσεις άρα και την εξάπλωση του ιού. Ακόμη ένας πολύ σημαντικός παράγοντας ήταν και οι διαγνωστικές δοκιμές. Σε άλλες χώρες, οι δοκιμές γίνονταν συνήθως μόνο σε άτομα που είχαν συμπτώματα του ιού. Από την άλλη πλευρά, στην Γερμανία διενεργούνταν εξετάσεις σε όλα τα άτομα, είτε υπήρχε υποψία ότι έχουν νοσήσει από τον ιό, είτε ακόμη και σε άτομα που έχουν έρθει σε άμεση επαφή με θετικό κρούσμα. Αυτό βοήθησε στον άμεσο εντοπισμό των μολυσμένων ατόμων και την ταχεία απομόνωση τους. Κάτι τελευταίο ήταν και η επιρροή που είχε η Angela Merkel κατά την διάρκεια της πανδημίας στο ευρύ κοινό. Η καγκελάρια και λόγω της ιδιότητας της ως επιστήμονας, έδινε πληροφορίες σχετικά με την σοβαρότητα της κατάστασης ορίζοντας μέτρα κοινωνικής απομόνωσης στην χώρας.

Κατά το δεύτερο κύμα πανδημίας, το οποίο είχε περισσότερα ποσοστά θνησιμότητας, αυτό μπορεί να ερμηνευτεί με διάφορους τρόπους. Αρχικά, κατά τα έτη 2020 έως 2022, υπήρξε αριθμός θανάτων που είτε σχετίστηκαν με τον ιό αλλά και με άλλες αιτίες, είτε ακόμη και αν δεν συνέβαινε ποτέ η πανδημία θα συνέβαιναν για άλλους λόγους υγείας των πολιτών. Πολύ σημαντικό, η εκστρατεία εμβολιασμού, η οποία, αν και ξεκίνησε το 2021 και θα έπρεπε να κάνει αισθητή την μείωση της θνησιμότητας, έφερε εν τέλει τα αντίθετα αποτελέσματα. Εκτός όμως από τα παραπάνω, υπήρχαν και έμμεσες επιπτώσεις για την θνησιμότητα. Ο τρόπος ζωής της Γερμανίας πλέον είχε αλλάξει, καθώς τα μέτρα ελέγχου που ορίστηκαν το 2020 περιόρισαν σε μεγάλο βαθμό την προσωπική ελευθερία των πολιτών. Αυτό σημαίνει ότι ενδέχεται να προκλήθηκαν αρκετοί θάνατοι και από αιτίες που αφορούν την μειωμένη ψυχολογική διάθεση που προκλήθηκε από την απομόνωση εκείνης της περιόδου.

4.4 Η ΑΓΓΛΙΑ

Η Αγγλία συγκαταλέγεται στις χώρες που έχουν υποστεί τις μεγαλύτερες απώλειες από την παγκόσμια πανδημία της νόσου Covid-19. Τα αποτελέσματα της πανδημίας είναι διαφορετικά

σε όλες τις περιοχές της χώρας. Οι περιφερειακές επιδημίες διαφέρουν ως προς την σοβαρότητα και την χρονική διάρκεια τους.

Η πανδημία Covid-19 εμφανίστηκε και στο Ηνωμένο Βασίλειο τέλη του Ιανουαρίου του 2020. Πιο συγκεκριμένα, στις 31 Ιανουαρίου 2020 εντοπίστηκε το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα στο York. Στην συνέχεια ακολούθησαν αρκετά κρούσματα που αναφέρθηκαν σε διάφορες περιφέρειες μεταξύ 1^{ης} και 27^{ης} Φεβρουαρίου 2020. Όπως και στις περισσότερες χώρες, έτσι και στην Αγγλία, τα περισσότερα κρούσματα είχαν ιστορικό πρόσφατου ταξιδιού στο εξωτερικό και μόλις επέστρεψαν, μπήκαν καραντίνα και έλαβαν αμέσως την απαιτούμενη φροντίδα. Από τις 14 Φεβρουαρίου 2020, τα περισσότερα κρούσματα είχαν αναρρώσει πλήρως. Ωστόσο από τις 28 Φεβρουαρίου, ο αριθμός των θετικών κρουσμάτων στην Αγγλία, την Ουαλία, την Σκωτία και ένα μέρος της Ιρλανδίας άρχισε να αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς. Αρχικά, το Λονδίνο ήταν η περιοχή που επηρεάστηκε περισσότερο, αφού από τις 31 Μαρτίου 2020, ο αριθμός των κρουσμάτων που είχαν επιβεβαιωθεί ήταν παραπάνω από το μισό ποσοστό του γενικού του πληθυσμού. Έως τα τέλη Μαΐου 2020, εντοπίστηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο εστίες μετάδοσης του ιού σχεδόν σε κάθε περιοχή του. Σχεδόν παράλληλα, ο αριθμός των κρουσμάτων αυξήθηκε μαζί με τον αριθμό των θανάτων με αποτέλεσμα το Ηνωμένο Βασίλειο να έχει πολύ μεγάλα ποσοστά θανάτων στην Ευρώπη, καθιστώντας της στην δεύτερη θέση παγκοσμίως στις 5 Μαΐου του 2020. Το Ηνωμένο Βασίλειο ενημέρωνε καθημερινά τους πολίτες μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης για την πορεία της πανδημίας.

4.4.1 Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ

Στις 25 Φεβρουαρίου 2020, η κυβέρνηση ανακοίνωσε την στρατηγική που θα ακολουθούσε για την αντιμετώπιση της νόσου. Ήθελε να καθυστερήσει την μετάδοση του ιού, μέχρι και τους καλοκαιρινούς μήνες, και να ερευνήσει αυτό το μικρόβιο προκειμένου να το αντιμετωπίσει. Αυτό θα γινόταν με τον εντοπισμό των επαφών και την απομόνωση τους. Επίσης, μέσω της ανάπτυξης διαγνωστικών δοκιμών, φαρμάκων, και εμβολίων επιθυμούσε να διατηρήσει την τάξη σε εθνικό επίπεδο μόλις η ασθένεια είναι ευρέως διαδεδομένη. Στις 12 Μαρτίου μάλιστα, η κυβέρνηση εξέδωσε πολιτικές σύμφωνα με τις οποίες, συμβούλευε τους κατοίκους που έχουν

αναπνευστικά προβλήματα ή συμπτώματα που εγείρουν την υπόνοια ότι νοσούν από Covid-19, να παραμένουν σπίτι. Στις 16 Μαρτίου 2020, η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου παρότρυνε τους πολίτες να αποφεύγουν την χρήση δημόσιων χώρων, με σκοπό να αποφευχθεί ο συνωστισμός. Καθ' όλη την διάρκεια και του πρώτου και του δεύτερου κύματος στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι εκλεγμένες ομοσπονδιακές κυβερνήσεις είχαν πρωταρχικό ρόλο στην θέσπιση πολιτικών αντιμετώπισης της πανδημίας για την χώρα. Ακόμη, οι εξουσίες έκτακτης ανάγκης θεσπίστηκαν στην χώρα τον Μάρτιο του 2020 μέσω των Νόμων Προστασίας Λοιμώξεων (IPA).

4.4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ

Στην Αγγλία, η Δημόσια Υγεία Αγγλίας (Public Health England – PHE) προχώρησε σε ενισχυμένη εθνική επιτήρηση της νόσου, από την στιγμή της έναρξης της στην Wuhan της Κίνας τον Δεκέμβριο του 2019. Το PHE λοιπόν, ξεκίνησε μία διαδικασία επιτήρησης στην χώρα και στις αρχές Ιανουαρίου 2020, αναπτύχθηκε από τον οργανισμό μία μοριακή δοκιμή (RT-PCR) για την διαγνωστική επιβεβαίωση του ιού. Κατά την διάρκεια του Φεβρουαρίου μέχρι και τις αρχές Μαρτίου της ίδιας χρονιάς, αυτές οι διαγνωστικές δοκιμές παραδόθηκαν σε όλη την Αγγλία από τον PHE και τα εργαστήρια των Εθνικών Υπηρεσιών της Σκωτίας (National Services Scotland - NHS) (69). Τα κρούσματα Covid-19 που επιβεβαιώνονταν με αυτήν την διαγνωστική δοκιμή στην Αγγλία, έπρεπε να αναφέρονται, σύμφωνα με την νομοθεσία, στο σύστημα αναφοράς του PHE, το λεγόμενο Σύστημα Επιτήρησης Δεύτερης Γενιάς (Second Generation Surveillance System – SGSS). Το εργαστηριακό σύστημα επιτήρησης Respiratory DataMart System (RDMS), που δημιουργήθηκε το 2009 για την γρίπη H1N1 από το σημερινό PHE και τα εργαστήρια της NHS στην Αγγλία, σε συνδυασμό με το SGSS, χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των μοριακών ελέγχων, είτε θετικών είτε αρνητικών, σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (60). Ως ένωση τεσσάρων εθνών, της Σκωτίας, της Αγγλίας, της Βόρειας Ιρλανδίας και της Ουαλίας, το Ηνωμένο Βασίλειο αρχικά ακολούθησε μία ενοποιημένη πολιτική όσον αφορά την πανδημία. Κατά το δεύτερο κύμα, αυτό είναι κάτι που διαμορφώθηκε διαφορετικά, λόγω επικρίσεων και αντιδράσεων. Αυτό οδήγησε το κάθε έθνος να ορίσει την δικιά του πορεία αντιμετώπισης, εφαρμόζοντας δικά τους μέτρα βασιζόμενα πάντα στην τοπική επιδημιολογική εξέλιξη αλλά και το πολιτικό πλαίσιο που επικρατούσε. Επίσης, το Ηνωμένο Βασίλειο διατηρούσε μία ισχυρή ακαδημαϊκή παράδοση δημόσιας υγείας, συνεπώς κατά την

διάρκεια της πανδημίας διάφοροι ερευνητές δημοσίευαν εργασίες που ως θέμα τους είχαν την ασθένεια Covid-19 (57). Εκείνη την περίοδο ακόμη ένα ζήτημα που απασχολούσε την κυβέρνηση ήταν και η διαδικασία του Brexit.

Καθ' όλη την διάρκεια εκείνης της περιόδου, και τα επιβεβαιωμένα κρούσματα αλλά και οι επαφές τους απομονώθηκαν με σκοπό την αποφυγή μετάδοσης της νόσου σε άτομα που ήταν αρνητικά στον ιό. Δόθηκε έμφαση στον έλεγχο όσων παρουσιάζονται στα νοσοκομεία με συμπτώματα κορωνοϊού με στόχο την άμεση αντιμετώπιση και ίαση της ασθένειας.

4.4.3 ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Όπως και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, έτσι και στην Αγγλία εφαρμόστηκαν μέτρα για την καλύτερη και πιο άμεση αντιμετώπιση της ασθένειας. Ακολούθησε το κλείσιμο των χώρων ψυχαγωγίας, γυμναστηρίων και εστιατορίων στις 20 Μαρτίου 2020. Στις 23 Μαρτίου, η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου ανακοίνωσε το lockdown σε ολόκληρη την χώρα. Επέβαλλε απαγόρευση σε μη απαραίτητα ταξίδια και επαφής με άτομα εκτός της κατοικίας. Οι ενήλικες άνω των 70 ετών παροτρύνθηκαν να παραμείνουν στο σπίτι, λόγω του ότι άνηκαν σε μία κοινωνικά ευπαθή ομάδα. Αυτό αφορούσε και για εκείνους την κοινωνική απόσταση, εκτός από τα άτομα του σπιτιού τους. Εκτός από την κοινωνική απόσταση και η χρήση προστατευτικής μάσκας και τα μέτρα υγιεινής, όπως το συχνό πλύσιμο των χεριών, ήταν δύο βασικά μέτρα αντιμετώπισης της ασθένειας. Οι πολίτες, από την στιγμή έναρξης των μέτρων αντιμετώπισης, επιτρέπεται να αφήσουν τις κατοικίες τους μόνο για ορισμένους λόγους, όπως η μετακίνηση στην εργασία, όπου αυτό ήταν απαραίτητο, καθώς εν μέσω της πανδημίας προωθήθηκε αρκετά και η εργασία από το σπίτι. Η χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς μειώθηκε σημαντικά εκείνη την περίοδο. Η αστυνομία ήταν σε επιφυλακή προκειμένου να διασφαλίσει την συμμόρφωση των πολιτών με τα μέτρα που επιβλήθηκαν. Η κυβέρνηση έθεσε μέτρα για τον περιορισμό μετάδοσης της νόσου ακόμη και στις φυλακές. Εισήχθησαν περιορισμοί στις επισκέψεις, ο πληθυσμός χωριζόταν σε ομάδες για να προαυλίζεται, με σκοπό να αποφευχθεί ο συνωστισμός και τέθηκε σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα πρόωσης αποφυλάκισης. Μόνο όσοι εισήχθησαν στο νοσοκομείο, υποβλήθηκαν σε εξετάσεις για τον κορωνοϊό, αλλά

μέχρι το τέλος Μαΐου διενεργούνταν διαγνωστικές εξετάσεις για την ασθένεια σε όλα τα άτομα που είχαν συμπτώματα Covid-19 (66).

Η χαλάρωση των μέτρων άρχισε να συμβαίνει σταδιακά από τις 10 Μαΐου 2020 με επακόλουθη την έξοδο από το lockdown στις 11 Μαΐου 2020, όταν η κυβέρνηση επέτρεψε σε ορισμένες ομάδες να πάνε στην εργασία τους και να μην εργαστούν από το σπίτι, και επίσης ενθάρρυνε την σωματική άσκηση σε εξωτερικούς χώρους, συνεχίζοντας όμως να κρατούν τους πολίτες σε εγρήγορση. Κατά την διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών, οι περιορισμοί χαλάρωσαν ακόμη περισσότερο με το άνοιγμα καταστημάτων και εστιατορίων. Την 1^η Ιουνίου 2020, τα σχολεία ξεκίνησαν κανονικά την λειτουργία τους και πάλι, οι εκθεσιακοί χώροι άνοιξαν επίσης και οι πολίτες είχαν την δυνατότητα να συναθροίζονται και πάλι, βέβαια με κοινωνική απόσταση και σε ομάδες μέχρι έξι ατόμων.

Η Επιστημονική Συμβουλευτική Ομάδα για Επιδημίες (Scientific Advisory Group for Emergencies - Sage) της κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου ανέφερε σε επιστημονικό της έγγραφο το lockdown ως λύση της πανδημίας. Αρχικά, το SAGE αμφισβητήθηκε λόγω της έλλειψης διαφάνειας των μελών του, αλλά στην συνέχεια αποτέλεσε μέσο της απευθείας μετάδοσης πληροφοριών στον πληθυσμό και είχε μεγάλη επιρροή στο κοινό λόγω της ακαδημαϊκής του ιδιότητας. Μέλη του SAGE αναφέρθηκαν κατά της άρσης του lockdown, εκείνη την περίοδο, καθώς η μετάδοση στις περιφέρειες ήταν ακόμη υψηλή και θα μπορούσε να προκαλέσει κατάρρευση στις υπηρεσίες διαγνωστικών δοκιμών και στις υπηρεσίες εντοπισμού επαφών. Αυτό θα είχε ως φυσικό επακόλουθο και την κατάρρευση των μονάδων υπηρεσιών υγείας, λόγω της αυξημένης προσέλευσης μολυσμένων ατόμων. Στις 29 Ιουνίου 2020, αναφέρθηκε αύξηση των κρουσμάτων στο Lester της Αγγλίας, όμως παρά το γεγονός ότι υπήρξε έντονος ο φόβος για επικείμενη αύξηση των κρουσμάτων και σε άλλες περιοχές της χώρας, η κυβέρνηση προχώρησε στο άνοιγμα των καφετεριών των ξενοδοχείων και των παμπ στις 4 Ιουλίου.

Το δεύτερο κύμα της πανδημίας συνέβη τον Σεπτέμβριο του 2020, όπου το Ηνωμένο Βασίλειο είχε και πάλι υψηλή μετάδοση του ιού στην κοινότητα. Ένα βασικό χαρακτηριστικό εκείνης της περιόδου ήταν η εμφάνιση της μετάλλαξης του SARS-CoV-2 που ονομάστηκε VOC202012-01 ή διαφορετικά μετάλλαξη ALPHA (67). Εντοπίστηκε στις αρχές Οκτωβρίου στην Αγγλία, και έγινε η κυρίαρχη αιτία νόσησης καθ' όλη την διάρκεια του δεύτερου κύματος στην χώρα.

Κομβικό σημείο εκείνη την περίοδο, υπήρξε το άνοιγμα των σχολείων, καθώς η πνευματική ανάπτυξη των παιδιών ερχόταν σε αντίθεση με το έντονο αίσθημα του φόβου ότι με αυτόν τον τρόπο θα υπήρχε ακόμη πιο υψηλή μετάδοση της ασθένειας. Τα κρούσματα και οι νοσηλείες αυξήθηκαν ραγδαία, όπως επίσης και η θνησιμότητα. Κατά το δεύτερο κύμα υπήρξε και μετάδοση σε πιο ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες, όπως και στους ηλικιωμένους. Όπως προαναφέρθηκε, αυτό θα έχει βαθύτερες επιπτώσεις για τις υπηρεσίες υγείας αλλά και για τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) οι οποίες είχαν περιορισμένη χωρητικότητα. Η αύξηση της θετικότητας των μοριακών διαγνωστικών δοκιμών (PCR tests) έδωσε για ακόμη μία φορά το έναυσμα για την έναρξη ενός δεύτερου κύματος Covid-19. Στις 14 Σεπτεμβρίου 2020, μία μη φαρμακευτική παρέμβαση που επιβλήθηκε ήταν ο περιορισμός των κοινωνικών συγκεντρώσεων μέχρι έξι ατόμων, και στις 14 Οκτωβρίου ο πρωθυπουργός ανακοίνωσε νέα τοπικά μέτρα αντιμετώπισης, θέλοντας να διασφαλίσει ότι η NSH δεν θα κατακλυζόταν από μολυσμένους ασθενείς κορωνοϊού. Με αυτά τα μέτρα μπόρεσε να περιοριστεί σε έναν βαθμό η μετάδοση του ιού. Οι περιορισμοί κατά την διάρκεια του δεύτερου lockdown ήταν λιγότερο αυστηροί συγκριτικά με το πρώτο, με τα σχολεία και ορισμένους χώρους εργασίας να παραμένουν ανοιχτά.

Η επαναλειτουργία των σχολείων αύξησε κατά πολύ τον αριθμό των κρουσμάτων, τις εισαγωγές σε ΜΕΘ και τους θανάτους από Covid-19 (64) . Η κατανόηση του κινδύνου αυτής της θανατηφόρας ασθένειας έπρεπε να γίνει κατανοητή από τους γονείς, από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και από τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής, ειδικά κατά το δεύτερο κύμα που όπως προαναφέρθηκε, η χώρα επλήγη κατά κύριο λόγο από την νέα μετάλλαξη της Covid-19, την παραλλαγή ALPHA (61). Το εθνικό μήνυμα «Μένουμε σπίτι» το οποίο πρωτοστατούσε εκείνη την περίοδο τα μέσα ενημέρωσης και κοινωνικής δικτύωσης, αποθάρρυνε σε μεγάλο βαθμό αρκετούς γονείς να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια για τα παιδιά τους σε περίπτωση που αυτά είχαν συμπτώματα της νόσου (57). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μεγάλες μειώσεις στις εισαγωγές στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Παρ' όλα αυτά, η εμπειρία από χώρες που αναρρώνουν από την πανδημία παρουσιάζει ότι τα παιδιά, σε σύγκριση με τους ενήλικες, σπάνια μολύνονται από την νόσο σε σοβαρό βαθμό ή πεθαίνουν εξαιτίας της, παρά το γεγονός ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά της ασθένειας είναι ίδια και στις δύο ηλικιακές ομάδες (64), (65), (71). Αυτό που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι, υπάρχουν παιδιά που είναι ζωντανά χωρίς να έχουν νοσήσει από λοιμώξεις, λόγω της μειωμένης μετάδοσης

μολυσματικών ασθενειών, γεγονός που προέκυψε από τα μέτρα του lockdown και των κοινωνικών περιορισμών που είχαν επιβληθεί εκείνη την περίοδο (63). Εκτός όμως από τα παραπάνω, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθούμε και στην επιρροή που άσκησε η πανδημία στην ψυχική υγεία των παιδιών. Τα παιδιά τα οποία κατοικούσαν σε νοικοκυριά που δεν ήταν σε θέση να διευθετήσουν τις οικονομικές υποχρεώσεις τους, ήταν και αυτά που αντιμετώπιζαν το lockdown πολύ πιο άσχημα. Κύριο παράδειγμα είναι ότι, δεν είχαν όλα τα παιδιά την δυνατότητα παροχής διαδικτύου για την εξ αποστάσεως παρακολούθηση των μαθημάτων (62), (63), (75).

4.4.4 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ

Το αποτέλεσμα του κορωνοϊού στην θνησιμότητα για το Ηνωμένο Βασίλειο, ήταν ένα από τα πιο υψηλά στην Ευρώπη. Από τον Μάιο του 2020 αναφέρεται ότι το Ηνωμένο Βασίλειο είχε τον μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από επιβεβαιωμένα κρούσματα, συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα.

Τα δεδομένα θνησιμότητας στην Αγγλία λαμβάνονταν από τις καταγραφές θνησιμότητας της Μονάδας Στατιστικών Υγείας Μικρών Περιοχών του Ηνωμένου Βασιλείου (Small Area Health Statistics Unit – SAHSU) που παρέχονται από το Γραφείο Εθνικών Στατιστικών (Office for National Statistics - ONS) (72).

Οι επιβεβαιωμένοι θάνατοι από Covid-19 εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις διαγνωστικές δοκιμές. Στα πρώτα στάδια της πανδημίας στην Αγγλία, οι δοκιμές γίνονταν σε περιπτώσεις που θα προχωρούσαν σε νοσηλεία. Αυτό σημαίνει ότι οι θάνατοι που προήλθαν από την ασθένεια αλλά δεν έχουν επικυρωθεί με μία διαγνωστική δοκιμή, έχουν ουσιαστικά χαθεί. Αυτό συνέβαινε επειδή αρκετοί πολίτες απέφευγαν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια σε περιπτώσεις ανάγκης, καθώς δεν ήθελαν να έρθουν σε επαφή με ένα περιβάλλον που θα μπορούσε να τους κάνει να μολυνθούν από τον ιό, όπως το νοσοκομείο.

Όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ένα βασικό χαρακτηριστικό του πρώτου κύματος της πανδημίας ήταν η υψηλή θνησιμότητα ηλικιωμένων εντός των οίκων ευγηρίας, οι οποίοι αντιπροσώπευαν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό θανάτων από Covid-19. Οι περιορισμοί του ιού

είχαν αρνητικό αντίκτυπο στις ζωές των υπερηλίκων που ζούσαν σε αυτές τις δομές. Σε αρκετές περιπτώσεις οι συνέπειες αυτών των κοινωνικών περιορισμών μείωναν το αίσθημα αυτονομίας και ανεξαρτησίας τους. Εκτός αυτού, λόγω της κοινωνικής θωράκισης που επιβλήθηκε σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα ανθρώπων, υπήρξε ορισμένες φορές καθυστερημένη ιατρική περίθαλψη και δυσκολίες στην κάλυψη βασικών αναγκών, γεγονότα που οδήγησαν σε θνησιμότητα αυτού του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Η υπερβολική θνησιμότητα μπορεί να ερμηνευτεί από δύο λόγους. Αρχικά, μερικοί άνθρωποι ενδέχεται να έχουν πεθάνει από Covid-19 χωρίς να έχουν διαγνωσθεί (76). Δεύτερον, υπάρχει πιθανότητα θνησιμότητας από άλλα αίτια, όπως η αναβολή μίας σημαντικής θεραπείας για άλλα ζητήματα της υγείας, προκειμένου να αποφευχθεί η μόλυνση του ασθενούς έπειτα την επίσκεψη του σε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας (73), (74). Εκτός των παραπάνω, το έντονο άγχος και η κατάσταση που επικρατούσε εκείνη την περίοδο με την κοινωνική απομόνωση και τον εγκλεισμό του ατόμου, μπορεί να οδήγησε σε θνησιμότητα από ψυχολογικούς παράγοντες. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι, κατά την περίοδο του lockdown, γίνονταν συχνές αναφορές για περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (68), (75).

4.4.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σε γενικές γραμμές, τα μέτρα ελέγχου που αποφασίστηκαν στην Αγγλία τον Μάρτιο του 2020 ήταν αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της Covid-19. Η μετάδοση του κορωνοϊού μειώθηκε σημαντικά από τα μέτρα της κυβέρνησης, και τον Μάιο του 2020 η χώρα οδηγήθηκε σε μείωση των κρουσμάτων και άρση των μέτρων. Ως επακόλουθο ήρθε η αύξηση των κρουσμάτων και η επιβολή εκ νέου μέτρων αντιμετώπισης τον Σεπτέμβριο του 2020, όχι τόσο αυστηρών όμως όπως στο πρώτο κύμα πανδημίας. Παρ' όλα αυτά υπήρχαν ορισμένοι επικριτές των μέτρων οι οποίοι τόνιζαν το δικαίωμα της ελευθερίας του ανθρώπου και ότι ο περιορισμός της παραβιάζει τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, θέτοντας ως καλύτερο μέτρο αυτό της κοινωνικής απόστασης. Σίγουρα όμως δεν μπορεί να μην τονιστεί ότι το lockdown που επιβλήθηκε βοήθησε πολύ στον περιορισμό των τοπικών εστιών της Covid-19 αλλά και όχι μόνο. Το lockdown μείωσε κατά πολύ τον όγκο της κυκλοφορίας με φυσική συνέπεια και την μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, η οποία σχετίζεται με την θνησιμότητα. Παρά τα παραπάνω γεγονότα,

έγινε αισθητή στην Αγγλία η αβεβαιότητα των πολιτών και η μείωση της εμπιστοσύνης στις κινήσεις της κυβέρνησης. Οι πολλαπλές απόψεις που ακούστηκαν δημιούργησαν πολλές φορές σύγχυση στο κοινό και ισχυρές αντιπαραθέσεις σχετικά με την αποδοτικότητα των μέτρων.

4.5 ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ως γενικό συμπέρασμα αυτού του κεφαλαίου, θα μπορούσε να είναι μία αναφορά στις ομοιότητες και τις διαφορές της κάθε χώρας ως προς την διαχείριση της πανδημίας Covid-19. Αρχικά, το πιο κοινό μέτρο που επιβλήθηκε ήταν το lockdown, με την Σουηδία να διαφέρει και να μην προχωράει ποτέ σε αυτό το μέτρο. Αντίστοιχα, και η Γερμανία προχώρησε σε μερικό, και όχι καθολικό lockdown, καθώς οι άνθρωποι είχαν την δυνατότητα της μετακίνησης. Επίσης, η χρήση της προστατευτικής μάσκας είναι ακόμη ένα μέτρο που επιβλήθηκε σε έναν βαθμό σε αυτές της χώρες. Η Ιταλία την συνέστησε καθολικά σε ορισμένες περιφέρειες της με μεγάλο αριθμό κρουσμάτων, η Σουηδία την συνέστησε μόνο σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, η Γερμανία την συνέστησε σε όλο τον πληθυσμό της σταδιακά, με ορισμένες περιφέρειες να κάνουν την έναρξη της χρήσης της, ενώ η Αγγλία επίσης εφάρμοσε αυτό το μέτρο καθολικά σε όλη την χώρα. Το ίδιο ισχύει και για δύο ακόμη μέτρα ατομικής προστασίας όπως η κοινωνική απόσταση και το πλύσιμο των χεριών τα οποία τονίστηκαν στους πολίτες όλων των χωρών. Ένα πολύ σημαντικό σημείο που έχει άμεση σχέση με την διαχείριση της πανδημίας από τις χώρες, είναι και η κατάσταση στην οποία βρίσκονταν τα υγειονομικά συστήματα της κάθε χώρας κατά τις περιόδους των κυμάτων της πανδημίας. Η Ιταλία είχε ένα σύστημα υγείας που είχε υποστεί πολλές περικοπές τα προηγούμενα χρόνια, με τον δημόσιο τομέα να βρίσκεται σε μία κατάσταση που δεν μπορούσε να αντιμετωπίσει. Αντίστοιχα, η Σουηδία είχε και εκείνη αρκετά περιορισμένο προστατευτικό ιατρικό εξοπλισμό, όπως επίσης και εργαζομένους μερικής απασχόλησης σε γηροκομεία. Η Γερμανία από την άλλη πλευρά, είχε προχωρήσει σε αύξηση της χωρητικότητας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας όπως επίσης και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της. Η Αγγλία, είχε πολύ περιορισμένες ΜΕΘ με αποτέλεσμα ειδικά κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας να αυξηθεί ο αριθμός των νοσηλειών. Κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι πως οι κυβερνήσεις προσπαθώντας να δώσουν μία ανάσα σε όσους είχαν βρίσκονταν στην πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση της Covid-19

έδωσαν οικονομική βοήθεια στα συστήματα υγείας τους είτε με αγορά ιατρικού εξοπλισμού, είτε με χρηματοδοτήσεις. Όπως προκύπτει από όσα έχουν αναφερθεί, παράλληλα με την εμφάνιση της πανδημίας έγινε και η εμφάνιση των τρωτών σημείων στα συστήματα υγείας της κάθε χώρας. Κάθε χώρα κλήθηκε να αντιμετωπίσει μία κατάσταση, που όμοια της δεν είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν με μειωμένο εργατικό δυναμικό και περιορισμένο ιατρικό εξοπλισμό. Λόγω των παραπάνω, σε αρκετές περιπτώσεις σημειώθηκε και η επαγγελματική εξουθένωση καθώς το ήδη υπάρχον ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κλήθηκε να εξυπηρετήσει πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών με υπερωρίες και υπό πολύ δύσκολες συνθήκες.

5° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Οι πολιτικές αντιμετώπισης της Ελλάδας για την πανδημία Covid-19

Κατά το έτος 2019, η Ελλάδα εμφάνισε οικονομική ανάκαμψη, ερχόμενη από μία μακρά περίοδο βαθιάς οικονομικής ύφεσης, λόγω της κρίσης που ξεκίνησε το 2008. Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετώπισε η χώρα εκείνα τα χρόνια ήταν πολλά και επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την δομή και τους πόρους της. Ακόμη ένα σημαντικό ζήτημα που αντιμετώπισε η χώρα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης ήταν το φαινόμενο «brain drain» ή διαφορετικά το φαινόμενο της «διαρροής εγκεφάλων». Αρκετοί Έλληνες, αποφάσισαν να μεταβούν σε άλλες χώρες καθώς οι δεξιότητες τους δεν μπορούσαν να αξιοποιηθούν στην Ελλάδα.

Στις αρχές του 2020 λοιπόν, η οικονομική έφεση της χώρας έγινε εμφανής μέσα από τις θετικές επιδόσεις της τόσο στον δείκτη επιχειρηματικής εμπιστοσύνης, όσο και στην αύξηση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Παρ' όλα αυτά η Ελλάδα κλήθηκε να αντιμετωπίσει μία ακόμη πρόκληση που ξεκίνησε το 2015. Πρόσφυγες εισήλθαν στην χώρα αναζητώντας διεθνή προστασία, με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό προσφύγων να καταλήξουν να μένουν σε hotspots (77).

Στις 28 Φεβρουαρίου του 2020, επανεμφανίστηκαν οι εντάσεις σχετικά με την προσφυγική κρίση, όταν ο Πρόεδρος της Τουρκίας αποφάσισε το άνοιγμα των συνόρων προς την Ελλάδα για τους πρόσφυγες. Το αποτέλεσμα ήταν μεγάλο ποσοστό προσφύγων να βρεθεί στα ελληνοτουρκικά σύνορα και να προσπαθεί να εισέλθει στην χώρα, και κατά συνέπεια στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το ξέσπασμα της Covid-19 έφτασε στην Ελλάδα στις 26 Φεβρουαρίου του 2020, με πρώτο θετικό κρούσμα μία ελληνίδα που μόλις είχε επιτρέψει από ταξίδι στην Ιταλία. Παράλληλα, η χώρα κήρυξε κατάσταση έκτακτης ανάγκης στα ελληνοτουρκικά σύνορα στις 3 Μαρτίου 2020. Η τουρκική κυβέρνηση, φοβούμενη την ταχύτατη εξάπλωση του κορωνοϊού, προχώρησε σε άμεσο κλείσιμο των συνόρων (77).

Αυτό που προκύπτει από ότι έχει αναφερθεί για την Ελλάδα έως τώρα, είναι ότι η χώρα κλήθηκε να αντιμετωπίσει μία κατάσταση που εμφανιζόταν απειλητική μπροστά στην μόλις ανακάμπτουσα οικονομία της: η όξυνση της προσφυγικής κρίσης και η γεωπολιτικές εντάσεις,

σε συνδυασμό με την εμφάνιση μίας ασθένειας που όμοιά της δεν είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν.

5.1 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η πανδημία της Covid-19 θέτει τεράστιες προκλήσεις στα συστήματα υγείας των χωρών παγκοσμίως, δοκιμάζοντας την ετοιμότητα τους και την διαχείριση των κοινωνικών συνεπειών της σε ένα συνεχώς εξελισσόμενο, για την υγεία, περιβάλλον. Επίσης, είναι σημαντικό τα συστήματα υγείας να είναι ικανά να δεχτούν πολύ μεγάλο όγκο ασθενών, είτε εκείνοι νοσούν από κορωνοϊό, είτε δεν νοσούν από αυτόν αλλά από κάποια άλλη λοίμωξη.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας ήταν στα πρόθυρα της κατάρρευσης, λόγω των πολυετών οικονομικών περικοπών που προέκυψαν από την οικονομική κρίση του 2009. Κατά την περίοδο της κρίσης, το ΕΣΥ υπέστη περικοπή δαπανών άνω των 7 δισεκατομμυρίων ευρώ, καθώς υπήρχε δέσμευση δημόσιων δαπανών από δημοσιονομικούς περιορισμούς. Υπήρξε μείωση του ιατρικού προσωπικού, και παράλληλα μειώθηκε ο αριθμός των δημόσιων νοσοκομείων με τα περισσότερα να προχωρούν σε συγχώνευση, με σκοπό να γίνεται πιο ορθολογικά η διαχείριση των ήδη περιορισμένων διαθέσιμων πόρων, όπως οι νοσοκομειακές κλίνες. Ακόμη, η πρωτοβάθμια περίθαλψη που θα μπορούσε να αποδειχθεί πολύ χρήσιμη κατά την περίοδο της Covid-19, ήταν ανεπαρκώς ανεπτυγμένη καθώς οι υπηρεσίες υγείας βρίσκονταν σε αστικές περιοχές κατά κύριο λόγο. Αυτό είχε ως συνέπεια, ο κόσμος να χρειάζεται να μεταβεί σε μεγάλες πόλεις για να απευθυνθεί στα νοσοκομεία ώστε να επιλύσει τα ζητήματα υγείας του (78), (82).

Λόγω του «brain drain» που αναφέραμε παραπάνω, οι επαγγελματίες υγείας, που κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν τη κατάσταση που επέφερε η ασθένεια, ήταν περιορισμένοι με αποτέλεσμα ορισμένοι από αυτούς να κινδυνεύσουν να αναπτύξουν έντονο άγχος και εξουθένωση (80). Μάλιστα, ορισμένοι ενδέχεται και να αισθάνονταν ανεπαρκείς μπροστά στα γεγονότα που συνέβαιναν, καθώς γνώριζαν ελάχιστα πράγματα πάνω στα πρωτόκολλα της ασθένειας του κορωνοϊού.

5.2 ΚΥΡΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ COVID-19

Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) είναι ένας οργανισμός που στόχο του έχει την παροχή υπηρεσιών για την βελτίωση της υγείας των πολιτών. Πολύ σημαντικός στόχος του οργανισμού είναι και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αλλά και η ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας για να μπορέσει αυτό να ανταποκριθεί καλύτερα στις υγειονομικές απειλές που μπορεί να προκύψουν. Ο ΕΟΔΥ λοιπόν έχει αναλάβει την επιδημιολογική επιτήρηση ώστε να μπορεί να εκτιμήσει τον κίνδυνο μίας ενδεχόμενης ασθένειας. Επίσης, παρέχει επιδημιολογικές στατιστικές εκτιμήσεις και δεδομένα στις αρμόδιες αρχές, με αποτέλεσμα να βοηθάει στην έγκαιρη λήψη μέτρων με σκοπό την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας. Τέλος, ενημερώνει τους πολίτες αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, για τυχόν υγειονομικά ζητήματα που προκύπτουν. Ο ΕΟΔΥ λοιπόν υπήρξε ένας οργανισμός που διαδραμάτισε καταλυτικό ρόλο για την αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19. Εκτός όμως από τον ΕΟΔΥ, και ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης έδωσε συμβουλές με σκοπό τον περιορισμό μετάδοσης του ιού μέσα αλλά και έξω από τους καταυλισμούς.

Επίσης, το Υπουργείο Υγείας με σχετική απόφαση του συγκρότησε την «Εθνική Επιτροπή Προστασίας της Δημόσιας Υγείας έναντι του κορωνοϊού COVID-19». Σκοπός αυτής της επιτροπής ήταν να συμβουλευεί το αρμόδιο υπουργείο σχετικά με τις αποφάσεις και τα μέτρα που θα πρέπει να λαμβάνει για την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Τα μέλη αυτής της Επιτροπής ήταν:

- Ο Πρεζεράκος Παναγιώτης, ο οποίος ήταν Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, και ορίστηκε Πρόεδρος της Επιτροπής.
- Ο Τσιόδρας Σωτήριος, ο οποίος ήταν καθηγητής της Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, παθολόγος και λοιμωξιολόγος.
- Ο Τσακρής Αθανάσιος, ο οποίος ήταν καθηγητής Μικροβιολογίας και Αντιπρύτανης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Ο Γκογκόσης Κωνσταντίνος, ο οποίος ήταν προϊστάμενος της Διεύθυνσης Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

- Ο Χατζηγεωργίου Δημήτριος, ο οποίος ήταν λοιμωξιολόγος και διευθυντής Υγειονομικού Πολεμικής Αεροπορίας.
- Ο Τολούμης Γεώργιος, ο οποίος ήταν Διευθυντής του Υγειονομικού ΓΕΕΘΑ.
- Ο Φιλίππου Δημήτριος, ο οποίος ήταν Πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων.
- Ο Κωτσιόπουλος Ιωάννης, ο οποίος Γενικός Γραμματέας Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας.
- Ο Αρκουμανέας Παναγιώτης, ο οποίος ήταν ο Πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας.
- Ο Παπαευσταθίου Νικόλαος, ο οποίος ήταν ο Πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.).
- Η Καραούλη Βασιλική, η οποία ήταν Προϊσταμένη της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής του Υπουργείου Υγείας.

Ο λοιμωξιολόγος του Πανεπιστημίου Αθηνών, Σωτήριος Τσιόδρας, ανέλαβε να εκπροσωπεί αυτήν την Επιτροπή και σε συνδυασμό με τον Υφυπουργό Πολιτικής Προστασίας και Διαχείρισης Κρίσεων, Νικόλαο Χαρδαλιά, ενημέρωναν κάθε απόγευμα μέσω της εθνικής τηλεόρασης το ελληνικό κοινό για την πορεία της ασθένειας της Covid-19, και σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο Υφυπουργός Πολιτικής Προστασίας αναλάμβανε καθημερινά να επαναλαμβάνει τα ήδη υπάρχοντα μέτρα, και να τονίζει τα καινούργια. Παράλληλα ο αναπληρωτής Υπουργός Υγείας αναλάμβανε να απαντήσει σε τυχόν απορίες σχετικά με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, δηλαδή με την συνάντηση του πολιτικού και του επιστημονικού λόγου, αποκλειόταν το ενδεχόμενο σύγχυσης και παραπληροφόρησης από τον ελληνικό λαό (84). Εκτός από την ενημέρωση των πολιτών μέσω τηλεοπτικής μετάδοσης, το Υπουργείο Υγείας ξεκίνησε εκστρατεία ενημέρωσης σχετικά με την αντιμετώπιση και την καθυστέρηση της μετάδοσης της πανδημίας. Η κοινωνική απόσταση και το πλύσιμο των χεριών ήταν δύο από τα μέτρα για τα οποία έγινε προσπάθεια μέσω αυτής της εκστρατείας να ευαισθητοποιηθούν οι πολίτες. Εκτός αυτού, μέσω αυτής της εκστρατείας το Υπουργείο θέλησε να δώσει και τις ανάλογες κατευθύνσεις προστασίας και στις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, όπως τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι.

Εκτός από την παραπάνω επιτροπή, εκείνη την περίοδο έπαιξαν καταλυτικό ρόλο και άλλες τέσσερις επιτροπές ως προς την διαχείριση της πανδημίας. Καμία από τις παρακάτω επιτροπές δεν έχει το δικαίωμα της αναφοράς μέτρων αντιμετώπισης για την Covid-19. Το δικαίωμα αυτό το έχει μόνο η Εθνική Επιτροπή Προστασίας της Δημόσιας Υγείας έναντι του κορωνοϊού COVID-19.

- Η «Επιτροπή Αντιμετώπισης Εκτάκτων Συμβάντων Δημόσιας Υγείας από Λοιμογόνους Παράγοντες». Σκοπός της επιτροπής ήταν να δημιουργεί της κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την προστασία σε κάθε δραστηριότητα.
- Η «Επιστημονική Επιτροπή Εποπτείας του έργου του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας». Σκοπός αυτής της επιτροπής είναι να συντονίζει το έργο για το οποίο είναι υπεύθυνος ο ΕΟΔΥ.
- Η «Κυβερνητική Επιτροπή Συντονισμού και Παρακολούθησης της Κυβερνητικής Πολιτικής για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού Covid-19». Σκοπός αυτής της επιτροπής είναι η διαμόρφωση συγκεκριμένων προτάσεων για τον συντονισμό της κυβερνητικής πολιτικής με στόχο την αντιμετώπιση της Covid-19. Διερευνά τις συνέπειες που έχει η ασθένεια στην χώρα, σε ζητήματα που αφορούν την δημόσια υγεία, την κοινωνική ζωή και την οικονομική κατάσταση που επικρατεί κατά την διάρκεια της πανδημίας. Τα αποτελέσματα αυτής της επιτροπής υποβάλλονται σε μηνιαία βάση στον Πρωθυπουργό της χώρας.
- Η «Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών». Η επιτροπή είναι αρμόδια στο να εκφέρει την άποψη της σχετικά με την πορεία του εμβολιασμού στην χώρα. Σύμφωνα με τις αποφάσεις της, το Υπουργείο Υγείας θέτει να κριτήρια προτεραιότητας για το ποιες ομάδες του πληθυσμού πρέπει να προηγηθούν στον εμβολιασμό.

5.3 ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Στην Ελλάδα, τα πρώτα μέτρα περιορισμού εφαρμόστηκαν ήδη από το πρώτο κρούσμα του ιού. Η πρώτη γραμμή μέτρων αφορούσε τις περιφέρειες που εμφανίστηκαν τα πρώτα κρούσματα. Οι ασθενείς τέθηκαν άμεσα σε καραντίνα στα σπίτια τους, είτε νοσηλεύτηκαν ανάλογα με τις ανάγκες τους, ενώ οι επαφές τους βρέθηκαν και εξετάστηκαν αναλόγως. Το Υπουργείο Υγείας

ξεκίνησε μία καθημερινή ενημέρωση των πολιτών με ανακοινώσεις σχετικά με την εξέλιξη της νόσου, αλλά και με εκπαιδευτικές διαφημίσεις μέσω των ΜΜΕ, με σκοπό να ενημερώσουν τους πολίτες σχετικά με τα μέτρα που έπρεπε να λάβουν για να προστατευτούν. Το Υπουργείο τόνισε την ανάγκη για προσωπική υγιεινή, και την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων, ειδικά για όσους είχαν πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό. Επιπλέον, το Υπουργείο με απόφαση του ανακάλεσε όλες τις άδειες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων μέχρι νεωτέρας στις 26 Φεβρουαρίου του 2020, και μάλιστα την ίδια ημέρα ξεκίνησαν οι διαδικασίες για πρόσληψη προσωπικού. Στις 27 Φεβρουαρίου του 2020, ξεκίνησαν τα μέτρα ελέγχου, με την ακύρωση εορταστικών εκδηλώσεων. Ακόμη για να αποφευχθεί η μεγάλη συνάθροιση ατόμων, αποφασίστηκε ο περιορισμός της λειτουργίας των θεάτρων, των κινηματογράφων και των αρχαιολογικών χώρων. Το 1135, είναι μία τετραψήφια γραμμή που από τις 7 Μαρτίου λειτουργούσε όλο το 24ωρο. Σκοπός της ήταν ο κόσμος να επικοινωνεί με το τηλεφωνικό κέντρο του ΕΟΔΥ και να λαμβάνει οδηγίες σχετικά με οποιαδήποτε ερώτηση ενδέχεται να είχε σχετικά με τον κορωνοϊό. Παράλληλα στο travel.gov.gr βρισκόταν αναρτημένο το Πρωτόκολλο Αφίξεων στην Ελλάδα. Σε αυτό αναφερόταν η επιδημιολογική πορεία της χώρας αλλά και οι διαδικασίες διαγνωστικού ελέγχου που θα έπρεπε να ακολουθήσουν οι ταξιδιώτες στην χώρα. Στις 8 Μαρτίου, και ενώ υπήρχε αύξηση των θετικών κρουσμάτων, η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε σε απαγόρευση των σχολικών εκδρομών σε όλη την χώρα, για διάστημα δύο εβδομάδων. Οι οίκοι ευγηρίας έκλεισαν για τέσσερις εβδομάδες με σκοπό την προστασία των ηλικιωμένων ως ομάδα υψηλού κινδύνου, και δεν επιτρέπονταν οι θεατές στους αθλητικούς αγώνες. Δυο ημέρες αργότερα, στις 10 Μαρτίου τα νοσοκομεία προχώρησαν σε περιορισμό του αριθμού των επισκεπτών με σκοπό να αποφύγουν το συνωστισμό και όλα τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, είτε ήταν σχολεία είτε ήταν πανεπιστήμια, έκλεισαν πανελλαδικά για δεκατέσσερις ημέρες. Κάτι πολύ σημαντικό, είναι ότι η ελληνική κυβέρνηση σε μία προσπάθεια να ενισχύσει το ΕΣΥ ανακοίνωσε 2000 διαθέσιμες θέσεις ιατρικού προσωπικού. Επόμενο μέτρο ήταν η αναστολή των χειρουργείων στις 11 Μαρτίου, με τα εξωτερικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων που νοσηλεύονταν ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, τα τμήματα χειρουργείων και οι ΜΕΘ να χρησιμοποιηθούν για την θεραπεία ασθενών με Covid-19 (82), (83). Όπως προαναφέρθηκε ακυρώθηκαν σε πολλές περιπτώσεις χειρουργεία, τα οποία είχαν προγραμματιστεί για εκείνη την περίοδο. Σε περίπτωση, όμως που έπρεπε να γίνει κάποια χειρουργική επέμβαση, το υγειονομικό πρωτόκολλο ανέφερε ότι ο ασθενής έπρεπε να προβεί σε διαγνωστικό έλεγχο που θα τον

υποδείκνυε αρνητικό (83), (85), (86). Επίσης, οι εργαζόμενοι των κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επαναποθετήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία, με σκοπό να παράσχουν βοήθεια στην κατάσταση που επικρατούσε. Τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας περιόρισαν τις δραστηριότητες τους λόγω έλλειψης οδηγιών και διαθέσιμων ιατρικών πόρων.

Ως συνέχεια στις 14 Μαρτίου, η κυβέρνηση αποφάσισε την αναστολή λειτουργίας για δύο εβδομάδες σε καφετέριες, δικαστήρια, γυμναστήρια, θέατρα, κινηματογράφους ενώ μία μέρα αργότερα ο ίδιος περιορισμός ίσχυσε και για τα εμπορικά καταστήματα, τις βιβλιοθήκες, τα μουσεία και γενικότερα κάθε είδους πολιτιστικής, εκπαιδευτικής και ψυχαγωγικής δραστηριότητας. Εκτός από τα παραπάνω, έπειτα από συζητήσεις με την Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδος, όλες οι εκκλησίες προχώρησαν σε αναστολή των θρησκευτικών λειτουργιών τους, ενώ οι ναοί έμειναν ανοιχτοί μόνο για προσευχή και κηδείες.

Σημαντικός παράγοντας εξάπλωσης του ιού θεωρήθηκαν οι προσφυγικοί καταυλισμοί. Στις 17 Μαρτίου λοιπόν, η κυβέρνηση ανακοίνωσε μία σειρά οδηγιών για τον περιορισμό της μόλυνσης εντός και εκτός των καταυλισμών. Πιο συγκεκριμένα, η είσοδος στους καταυλισμούς ήταν αποδεκτή μόνο για τους εργαζομένους ενώ σε όλους τους υπόλοιπους απαγορεύτηκε για δύο εβδομάδες. Κατά την είσοδο των ατόμων στους καταυλισμούς ήταν υποχρεωτική η θερμομέτρηση. Για την καλύτερη επικοινωνία των μέτρων ελέγχου, έγινε χρήση ανακοινώσεων και ενημερώσεων σε όλες τις γλώσσες σε καθημερινή βάση. Η Περιφέρεια Νησιών Βορείου Αιγαίου που φιλοξενεί μεγάλο αριθμό προσφύγων, δημιούργησε εγκαταστάσεις φροντίδας έξω από κάθε καταυλισμό, με σκοπό να υπάρχει καθολική κάλυψη του κοινού σε υπηρεσίες υγείας αλλά και να αποφευχθεί ο συνωστισμός στα νοσοκομεία. Όσον αφορά τους προσφυγικούς πληθυσμούς, ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης συμβούλεψε τις ελληνικές υγειονομικές αρχές να εξασφαλίσουν πρόσβαση στο υγειονομικό σύστημα, στους πληθυσμούς που διέμεναν σε καταυλισμούς, με σκοπό να αποφευχθεί η μετάδοση του ιού και εντός αλλά και εκτός των καταυλισμών (89).

Στις 18 Μαρτίου της ίδιας χρονιάς, όλα τα καταστήματα, εκτός από τα καταστήματα τροφίμων, τα φαρμακεία και τα βενζινάδικα, έπρεπε να παραμείνουν κλειστά για δέκα ημέρες. Η Ελλάδα όρισε ανώτερο αριθμό συναθροίσεων τα δέκα άτομα και επέτρεπε την είσοδο ταξιδιωτών μόνο από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Την ίδια στιγμή, το Υπουργείο Οικονομικών ανακοίνωσε οικονομική βοήθεια προς τις επιχειρήσεις που έπρεπε να παραμείνουν κλειστές. Συγκεκριμένα,

θα λάμβαναν οικονομική ενίσχυση 800 ευρώ και αναβολή απόσβεσης των δαπανών τους έως τις 30 Σεπτεμβρίου του 2020 (83).

Το επόμενο μέτρο, ανακοινώθηκε από τον αναπληρωτή Υπουργό Προστασίας του Πολίτη, ο οποίος δήλωσε ότι από τις 22 Μαρτίου του 2020 οι ξενοδοχειακές μονάδες σε όλη την χώρα θα παρέμεναν κλειστές μέχρι το τέλος Απριλίου. Την ίδια ημέρα, ο Πρωθυπουργός ανακοίνωσε στους πολίτες ότι η χώρα θα έμπαινε σε lockdown, από τις 23 Μαρτίου μέχρι τις 6 Απριλίου. Οι λόγοι για τους οποίους θα μπορούσε κάποιος πολίτης να αφήσει την κατοικία του ήταν οι εξής:

- Μετακίνηση από ή προς την εργασία και μόνο κατά τις ώρες εργασίας.
- Μετάβαση σε κατάστημα για ανεφοδιασμό νοικοκυριού (π.χ. αγορά τροφίμων).
- Παροχή βοήθειας σε άτομο που χρήζει εξυπηρέτησης.
- Μετάβαση σε τράπεζα, σε περίπτωση που δεν μπορεί να διευθετηθεί η διαδικασία από το σπίτι.
- Μετάβαση σε φαρμακείο ή επίσκεψη σε γιατρό.
- Μετάβαση σε κάποια σημαντική τελετουργία (π.χ. κηδεία).
- Μετακίνηση σε περίπτωση χωρισμένων γονέων για επαφή με τα παιδιά.
- Μετακίνηση με σκοπό την προσωπική άσκηση.
- Μετακίνηση για βόλτα κατοικίδιου.

Βασική προϋπόθεση για να βγουν από το σπίτι, ήταν οι πολίτες να φέρουν απάνω τους ένα έγγραφο ταυτοπροσωπίας, είτε αυτό ήταν η ταυτότητα είτε το διαβατήριό τους, καθώς επίσης και ένα έγγραφο που να αναφέρει τον λόγο της μετακίνησης τους. Σε περίπτωση εργασίας, οι εργοδότες παρείχαν αυτό το έγγραφο στους εργαζομένους τους. Η Ελληνική Αστυνομία εξουσιοδοτήθηκε με σκοπό να διενεργεί τακτικούς ελέγχους σε διάφορα μέρη της Ελλάδας για την καλύτερη επιβολή των μέτρων, και σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με αυτά είχε δικαίωμα επιβολής χρηματικού προστίμου. Δόθηκε παράταση σε αυτούς τους περιορισμούς έως τις 4 Μαΐου (77).

Από τις 23 Μαρτίου, η Ελλάδα προχώρησε σε αναστολή των ταξιδιών από και προς χώρες με υψηλούς ρυθμούς μετάδοσης της ασθένειας, με εξαίρεση τους πολίτες που έχουν άδεια παραμονής ή η μόνιμη κατοικία τους είναι στην Ελλάδα. Τα φορτηγά και τα πλοία που μεταφέρουν εμπορεύματα εξαιρούνται του παραπάνω περιορισμού.

Όσον αφορά την οικονομία της χώρας, η κυβέρνηση προχώρησε σε μέτρα οικονομικής βοήθειας. Το Υπουργείο Οικονομικών σε σχετική ανακοίνωση του, τόνισε την ένταξη της χώρας στο πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (ΕΚΤ) που στόχο είχε την αντιμετώπιση της κατάστασης έκτακτης ανάγκης που επέφερε το ξέσπασμα της πανδημίας (124). Στην συνέχεια, η κυβέρνηση προχώρησε στην λήψη μέτρων που στόχο θα είχαν την παροχή βοήθειας σε επιχειρήσεις και εργαζομένους και την στήριξη της οικονομίας. Πιο συγκεκριμένα:

- Προχώρησε σε τετράμηνη αναστολή των φόρων που αφορούσαν τον Μάρτιο του 2020 σε επιχειρήσεις που είχαν πληγεί από την πανδημία της Covid-19, χωρίς να επιβάλλει κυρώσεις. Δόθηκε λοιπόν παράταση καταβολής των φορολογικών υποχρεώσεων μέχρι το τέλος του καλοκαιριού του 2020. Αντίστοιχα, δόθηκε παράταση καταβολής και σε άτομα άνω των 70 ετών, αλλά και σε άτομα με αναπηρία.
- Στις 18 Μαρτίου 2020, οι τράπεζες ανακοίνωσαν ότι θα αναστείλουν την πληρωμή των δανείων των επιχειρήσεων που έχουν πληγεί από την πανδημία Covid-19, έχοντας αναστείλει την λειτουργία τους. Παράλληλα, δίνεται βοήθεια και σε όσους έχουν δανειακές οφειλές και έχουν οικονομικές δυσκολίες λόγω της πανδημίας.
- Όσον αφορά την απασχόληση, στις 20 Μαρτίου του 2020, ψηφίστηκε νομοθεσία με την οποία οριζόταν η μερική απασχόληση η οποία θα ήταν μέχρι δύο εβδομάδες των μήνα με μείωση του μισθού κατά 50%, αλλά παράλληλα με ρήτρα η οποία δέσμευε τους εργοδότες για την διατήρηση της εργασίας του εργαζομένου.
- Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το Υπουργείο Οικονομικών παρείχε στους εργαζομένους τους ιδιωτικού τομέα που βρίσκονταν σε κατάσταση αναστολής σύμβασης, επιδότηση που φθάνει σε κόστος τα 800 ευρώ και το κράτος προχώρησε σε καθολική κάλυψη των ασφαλιστικών τους εισφορών. Η ίδια αποζημίωση θα καταβληθεί και σε ελεύθερους επαγγελματίες των οποίων οι επιχειρήσεις είχαν αναστείλει την λειτουργία τους, και είχαν πληγεί σε μεγάλο βαθμό από την πανδημία Covid-19.
- Παράλληλα, οι επιχειρήσεις ορίστηκε ότι θα πληρώσουν το Δώρο του Πάσχα σε όλους τους εργαζομένους τους. Ακόμη όσοι εργάζονταν στον τομέα της υγείας και της πολιτικής προστασίας λόγω του ότι ήταν στην πρώτη θέση για την αντιμετώπιση της πανδημίας, έλαβαν και το επίδομα Πάσχα.

- Δόθηκαν επιδόματα πρόνοιας λόγω αναπηρίας, ενώ οι αρμόδιες αρχές θεωρήθηκαν υπεύθυνες ώστε να παρέχουν την απαραίτητη βοήθεια σε αυτήν την κατηγορία ανθρώπων. Ακόμη τα Κέντρα Εξυπηρέτησης Πελατών (ΚΕΠ) παρέδιδαν κατ' οίκον έγγραφα, μετά από τηλεφωνική επικοινωνία, για την αποφυγή συνωστισμού.
- Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω το κλείσιμο των σχολείων έγινε στις 10 Μαρτίου, και εν συνεχεία δόθηκε η λεγόμενη «άδεια ειδικού σκοπού» στους εργαζομένους. Πιο συγκεκριμένα, αυτή η άδεια αφορούσε γονείς που είχαν παιδιά σε νηπιαγωγεία, σε γονείς που τα παιδιά τους ήταν σε ειδικά σχολεία ανεξάρτητα από την ηλικία, σε γονείς παιδιών με αναπηρία και σε γονείς που τα παιδιά τους φοιτούσαν σε σχολεία υποχρεωτικής εκπαίδευσης και συγκεκριμένα μέχρι την ηλικία των 15 ετών. Η άδεια ειδικού σκοπού δόθηκε καθ' όλο το χρονικό διάστημα που έμειναν κλειστά τα σχολεία λόγω της πανδημίας. Ελάχιστη περίοδος αυτής της άδειας ήταν οι τέσσερις ημέρες: τρεις ημέρες από την άδεια ειδικού σκοπού και μία ημέρα από την κανονική ετήσια άδεια του εργαζομένου. Όμως δεν μπορούν και οι δύο γονείς να ορίσουν αυτήν την άδεια την ίδια στιγμή. Ακόμη, οι εργαζόμενοι του δημοσίου τομέα, είχαν την δυνατότητα του ευέλικτου ωραρίου, σε όσες περιπτώσεις ήταν αυτό εφικτό (124).

Παράλληλα με τις αποφάσεις που έλαβε η κυβέρνηση για τα μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας, ανακοίνωσε και την λειτουργία γραμμής κοινωνικής στήριξης, με σκοπό να αντιμετωπιστεί το άγχος και η δύσκολη ψυχολογική κατάσταση, που προκύπτουν από την καραντίνα.

Καθώς πλησίαζε το Πάσχα, η κυβέρνηση με σχετική ανακοίνωση της στις 7 Απριλίου, τόνισε στον ελληνικό λαό να παραμείνει στο σπίτι και να αποφύγουν τους εορτασμούς. Η κυβέρνηση όρισε την αστυνομία και σε αυτήν την περίπτωση ως υπεύθυνη για συστηματικούς ελέγχους, με σκοπό να επιβεβαιώσει ότι δεν θα γίνονταν άσκοπες μετακινήσεις. Η Εκκλησία υποστήριξε τις αποφάσεις της κυβέρνησης, αναφέροντας ότι θα πραγματοποιούσαν κανονικά τις τελετές του Πάσχα, αλλά χωρίς να υπάρχει κόσμος (77).

Επιθυμώντας να δοθεί και ένα πλεονέκτημα μέσα από όλους αυτούς τους περιορισμούς, έγινε προσπάθεια για κάλυψη των τραπεζικών συναλλαγών ηλεκτρονικά. Εκτός αυτού, και οι ιατρικές συνταγές, είτε αφορούσαν φάρμακα είτε εξετάσεις, αποστέλλονταν μέσω μηνυμάτων στο κινητό ή μέσω email. Επίσης, οι διαθέσιμοι πόροι όπως οι προστατευτικές μάσκες προσώπου

αυξήθηκαν, τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας. Μία πολύ σημαντική προσφορά ήταν και η αύξηση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αλλά και η πρόσληψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (80), καθώς η πανδημία άσκησε μεγάλη πίεση στα νοσοκομεία και συγκεκριμένα στις ΜΕΘ. Στα νοσοκομεία προστέθηκαν και οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) οι οποίες είναι τμήματα στα οποία μπορεί ο ασθενής να νοσηλευτεί εκτενέστερα σε σύγκριση με την νοσηλεία σε κανονική πτέρυγα, αλλά και χωρίς να χρειάζεται να εισαχθεί σε ΜΕΘ (88). Μάλιστα, το «Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής Αγία Βαρβάρα» που είχε διακόψει την λειτουργία του το 2013, ξεκίνησε και πάλι να λειτουργεί το 2020, για νοσηλεία ατόμων που νοσούσαν αποκλειστικά από Covid-19. Ακόμη το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Παμμακάριστος μετατράπηκε σε νοσοκομείο που θα λάμβανε αποκλειστικά περιστατικά Covid-19. Αντίστοιχα, ιδιωτικό νοσοκομείο της Αττικής χρησιμοποιήθηκε εκείνη την περίοδο μόνο για περίθαλψη ασθενών με κορωνοϊό. Μάλιστα σε ορισμένα νοσοκομεία υπήρχαν πτέρυγες που ήταν αποκλειστικά διαμορφωμένες για ασθενείς με Covid-19. Πολύ σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι, κατά την έναρξη της πανδημίας τον Φεβρουάριο του 2020, υπήρχαν συνολικά 565 κλίνες ΜΕΘ στην χώρα, γεγονός που μέχρι τις 31 Μαρτίου του ίδιου έτους άλλαξε με αποτέλεσμα οι ΜΕΘ να φτάσουν τις 870 οι περισσότερες εξ αυτών σε δημόσια νοσοκομεία. Τον Απρίλιο του 2020 είχαν αναπτυχθεί 1017 ΜΕΘ, εκ των οποίων οι 32 βρίσκονταν σε στρατιωτικά νοσοκομεία, οι 840 σε δημόσια, και οι 145 σε ιδιωτικά, χωρίς να επιβαρυνθούν οικονομικά οι πολίτες (124). Το ίδιο συνέβη και σε περιοχές που είχαν υπερβολικά πολλά κρούσματα Covid-19. Οι ασθενείς μεταφέροντας σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγείας (125). Επίσης, με σχετική απόφαση της, η κυβέρνηση θα προχωρήσει στην πλήρη κάλυψη ιατρικών εξόδων τουριστών που θα είχαν υπόνοια νόσησης ή θα νοσούσαν από Covid-19. Όσοι τουρίστες ήταν θετικοί στον ιό, θα φιλοξενούνταν σε συγκεκριμένα ξενοδοχεία των οποίων το κόστος θα κάλυπτε η οικονομία του ελληνικού κράτους (124). Η περιοχή της Ελλάδας που υπέστη την μεγαλύτερη πληγή εξαιτίας της Covid-19 ήταν ο νομός Αττικής, και συγκεκριμένα η Αθήνα, διότι ο πληθυσμός που κατοικεί σε αυτήν είναι σχεδόν ο μισός πληθυσμός ολόκληρης της χώρας. Η δεύτερη περιοχή με τα περισσότερα κρούσματα είναι η Θεσσαλονίκη (81). Μάλιστα, στις 19 Νοεμβρίου του 2020 η κυβέρνηση προχώρησε στην επίταξη δύο ιδιωτικών νοσοκομείων στην Θεσσαλονίκη καθώς τα κρούσματα στην συμπρωτεύουσα ήταν πολλά και επειδή υπήρξε άρνηση των ιδιωτικών νοσοκομείων να παράσχουν 200 ΜΕΘ στο δημόσιο σύστημα υγείας, για ασθενείς που νοσούσαν με Covid-19. Τα

δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης αλλά και άλλων περιοχών στην Βόρεια Ελλάδα αντιμετώπισαν δυσκολίες ως προς την διαχείριση ασθενών με κορωνοϊό, παρά το γεγονός ότι μέσα σε έναν μήνα οι ΜΕΘ αυξήθηκαν σημαντικά.

Η Εταιρεία Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας εξασφάλισε στις ΜΑΦ του ΕΣΥ, ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό κατά την διάρκεια της πανδημίας. Το Υπουργείο Υγείας δημιούργησε το Ψηφιακό Μητρώο, θέλοντας να παρακολουθεί και να καταγράφει τις προμήθειες υπάρχουν και σχετίζονται με την πανδημία Covid-19, όπως οι προστατευτικές μάσκες και οι αναπνευστήρες. Ακόμη μέσω αυτού του μητρώου ελέγχεται και η χωρητικότητα και η πληρότητα των ΜΕΘ, κάτι που είναι ιδιαίτερα βοηθητικό και μελλοντικά. Εκείνη την περίοδο έγιναν δωρεές προστατευτικών εξοπλισμών αλλά και χρηματικές δωρεές στο Υπουργείο Υγείας. Στις 21 Μαρτίου μάλιστα, η κινεζική κυβέρνηση παρέδωσε στην Ελλάδα μεγάλο αριθμό ιατρικών προμηθειών, μέσα σε αυτές και προστατευτικές μάσκες. Αντίστοιχη δωρεά έκαναν και τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα στην Ελλάδα, στις 26 Μαρτίου 2020. Όλες αυτές οι δωρεές δόθηκαν στα νοσοκομεία της χώρας. Με σκοπό την γρήγορη διαδικασία αναδιανομής των δωρεών, το Υπουργείο Υγείας προχώρησε στην σύσταση μίας Επιτροπής Λογοδοσίας. Ξεκίνησαν τοπικοί διαγωνισμοί με σκοπό την απόκτηση εξοπλισμού ατομικής προστασίας από τα νοσοκομεία και τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές. Επίσης, η ελληνική κυβέρνηση έδωσε έδαφος σε ιδιωτικές επενδύσεις να παράγουν εγχώρια προστατευτικές μάσκες, όπως επίσης δόθηκαν άδειες για παραγωγή αντισηπτικών και τρισδιάστατων αναπνευστήρων εντός της Ελλάδας.

Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν στην χώρα ήταν τα πιο αυστηρά και προληπτικά μέτρα σε όλη την Ευρώπη, διότι εφαρμόστηκαν πολύ σύντομα, πριν ακόμη αυξηθούν τα ποσοστά κρουσμάτων και θνησιμότητας. Η χώρα είχε ένα αδύναμο σύστημα υγείας και δεν ήταν σε θέση να αυξήσει τους διαγνωστικούς ελέγχους κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Εάν λοιπόν δεν είχε εφαρμόσει τόσο άμεσα τα μέτρα αντιμετώπισης που εν τέλει εφάρμοσε, η ασθένεια θα ήταν καταστροφική για την χώρα.

Παρ' όλα αυτά ένα σημαντικό μειονέκτημα είναι το γεγονός ότι η Ελλάδα χωρίζεται σε μικρά νησιά τα οποία δεν έχουν εύκολη πρόσβαση στις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθιστώντας απαραίτητη την μεταφορά των ευπαθών ομάδων, σε μεγάλα κέντρα με νοσοκομεία προκειμένου να αντιμετωπιστεί άμεσα το οποιοδήποτε ζήτημα της υγείας τους.

Η Ελλάδα βγήκε από το πρώτο lockdown στις 5 Μαΐου 2020. Από την 1^η Ιουνίου άνοιξαν ξανά τα ξενοδοχεία και οι κατασκηνώσεις, ενώ από τις 15 Ιουνίου επιτρέπονταν στα ξενοδοχεία να δέχονται επισκέπτες από το εξωτερικό. Την ίδια ημέρα ξεκίνησαν να επιτρέπονται και πάλι οι πτήσεις, αλλά από χώρες με καλά επιδημιολογικά δεδομένα και στην συνέχεια από την 1^η Ιουλίου η χώρα θα ξεκινήσει να δέχεται πτήσεις σε όλα τα αεροδρόμια της. Η κυβέρνηση όρισε ένα σχέδιο στο οποίο τόνιζε τους συστηματικούς ελέγχους και κανόνες υγιεινής σε όλους τους τομείς (81).

Με την έξοδο από το lockdown, η Ελλάδα εισήλθε σε ένα δεύτερο κύμα, το οποίο θα έπρεπε και να αντιμετωπίσει. Όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, τέθηκε και πάλι το ζήτημα της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και της κοινωνικής αποστασιοποίησης με σκοπό τον περιορισμό εξάπλωσης της ασθένειας. Υπήρχαν ορισμένοι παράγοντες συνέβαλαν στην αύξηση των κρουσμάτων και κατ' επέκταση την έναρξη ενός νέου κύματος στην χώρα. Αρχικά, οι τουρίστες που επισκέφθηκαν την Ελλάδα πάρα πολλοί και το υγειονομικό σύστημα της χώρας ήταν ακόμη αδύναμο και κακώς εξοπλισμένο. Από τις 7 Νοεμβρίου 2020, τέθηκε σε ισχύ το δεύτερο lockdown στην χώρα, με αποτέλεσμα να επιβραδυνθεί ο αριθμός των κρουσμάτων αλλά να εκτιναχθεί το ποσοστό θνησιμότητας. Στο δεύτερο κύμα επλήγησαν κατά κύριο λόγο άτομα μέσης ηλικίας 40-64 ετών. Κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι πως κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας, τον Νοέμβριο του 2020 το ΕΣΥ διαθέτε 1006 ΜΕΘ, εκ των οποίων οι 32 σε στρατιωτικά νοσοκομεία, οι 825 βρίσκονταν σε δημόσια και οι 149 σε ιδιωτικά. Μέχρι το τέλος του έτους, η ελληνική κυβέρνηση με δέσμευση της θα φτάσει τις 1200 κλίνες ΜΕΘ.

Από τον Δεκέμβριο του 2020, οι εταιρείες εμβολίων κατά της Covid-19 άρχισαν να κάνουν αναφορές σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων μετά από πάροδο χρόνου και πολλαπλές δοκιμές. Παρ' όλα αυτά υπήρξαν έντονες αντιδράσεις σχετικά με την ασφάλεια που έχουν, καθώς επίσης και για το σύντομο χρονικό διάστημα που ξεκίνησαν να διατίθενται (81).

Η Ελλάδα είχε εξασφαλίσει επαρκή αριθμό εμβολίων, με σκοπό να καλύψει όλο το εύρος του πληθυσμού της. Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμού ήταν αυτή που όπως αναφέρθηκε και παραπάνω αποφάσιζε σε ποιες ομάδες θα δίνεται προτεραιότητα εμβολιασμού.

- Στο πρώτο στάδιο η Επιτροπή πρότεινε να εμβολιαστεί το προσωπικό υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, οι κάτοικοι και το προσωπικό σε οίκους ευγηρίας, οι ασθενείς

και το προσωπικό σε κέντρα αποκατάστασης και το κυβερνητικό προσωπικό για σημαντικές λειτουργίες.

- Σε δεύτερο στάδιο η Επιτροπή πρότεινε να εμβολιαστούν άτομα από 70 ετών και άνω ανεξάρτητα από το ιατρικό τους ιστορικό, ασθενείς με πιθανότητα να νοσήσουν σοβαρά από Covid-19, άτομα από 60 έως 69 ετών και πάλι ανεξάρτητα από το ιατρικό τους ιστορικό και τέλος άτομα 18 έως 59 ετών που είχαν πιθανότητα να νοσήσουν σοβαρά από κορωνοϊό.
- Τέλος, σε τρίτο στάδιο η Επιτροπή πρότεινε να εμβολιαστούν τα άτομα από 18 ετών και άνω χωρίς κάποια χρόνια πάθηση.

5.4 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα ήταν η χώρα με τον λιγότερο αριθμό μολυσμένων ατόμων, αλλά είχε υψηλά επίπεδα θνησιμότητας λόγω Covid-19. Αυτό συνεπάγεται ότι ανεξάρτητα από την μετάδοση του ιού, οι συνέπειες της νόσου είχαν μεγάλο εύρος (82). Κύριες περιοχές με τις περισσότερες απώλειες ήταν η Αττική και η Θεσσαλονίκη. Κατά βάση το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της χώρας είναι οι ηλικιωμένοι με υποκείμενα νοσήματα, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που βρίσκονταν σε ΜΕΘ και εν τέλει πέθαναν ήταν άνθρωποι που δεν είχαν εμβολιαστεί για την Covid-19 (87). Παρ' όλα αυτά υπάρχει μία βάσιμη αντίληψη, πως η υψηλή θνησιμότητα ενδέχεται να οφείλεται και στις ελλείψεις που είχαν τα νοσοκομεία και την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών στις ΜΕΘ. Στην αρχή της πανδημίας είχαμε 500 κανονικές ΜΕΘ, οι οποίες στην συνέχεια έγιναν 1000 και μετά 1100. Ωστόσο, αυτές οι νέες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που δημιουργήθηκαν, ήταν ΜΑΦ που έγιναν ΜΕΘ, γεγονός που σήμαινε ότι δεν είχαν επαρκή ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εξειδικευμένο για να ανταπεξέλθει σε τέτοιου είδους καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπως αυτή της πανδημίας Covid-19. Συνεπώς κάποιος που έμπαινε σε ΜΕΘ είχε παραπάνω πιθανότητες να καταλήξει λόγω των ελλείψεων που υπήρχαν στα συγκεκριμένα τμήματα. Συνεπώς, δεν τίθεται μόνο το ζήτημα της θνησιμότητας λόγω του μη εμβολιασμού, αλλά τίθεται και το ζήτημα της ποιότητας υπηρεσιών υγείας που παρείχαν οι ανεγερθείσες ΜΕΘ παράλληλα με την θνησιμότητα (125).

5.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην Ελλάδα όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η έλλειψη διαγνωστικών δοκιμών κατά το πρώτο κύμα, θα μπορούσε να είχε οδηγήσει σε λιγότερη εκτίμηση του πραγματικού αριθμού των κρουσμάτων. Εάν είχε θεσμοθετηθεί η πρόσβαση ολόκληρου του πληθυσμού σε διαγνωστικούς ελέγχους, είτε είχαν συμπτώματα του ιού είτε όχι, θα μπορούσε να γίνει νωρίτερα ο εντοπισμός των κρουσμάτων αλλά και των επαφών τους, θα είχε περιοριστεί σε μεγαλύτερο βαθμό η μετάδοση του ιού, και θα είχε γίνει ακόμη πιο γρήγορα η έξοδος από το lockdown, που προκάλεσε τεράστια οικονομική επιβάρυνση στους πολίτες (79). Άλλωστε, υπήρχε ένα ποσοστό ατόμων που ενώ νοσούσαν από τον ιό, ήταν ασυμπτωματικοί, με αποτέλεσμα να μην αντιληφθούν ότι είχαν την ασθένεια. Καταλυτικό ρόλο στην αντιμετώπιση της πανδημίας διαδραμάτισε και η αύξηση των ΜΕΘ από 500 σε 1000. Παρ' όλα αυτά θα πρέπει να τεθεί αρχικά και το ζήτημα της ποιότητας αυτών των ΜΕΘ, καθώς όπως αναφέρθηκε και παραπάνω δεν ήταν στελεχωμένες με τον σωστό ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό αλλά και το ζήτημα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που ήταν αρκετά περιορισμένο και χωρίς την εξειδίκευση ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στην κατάσταση που επικρατούσε εκείνη την περίοδο. Ένα θετικό στοιχείο εκείνης της περιόδου ήταν και η έναρξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η αποστολή συνταγών στο κινητό ή στα emails των πολιτών. Κάτι που αξίζει να σημειωθεί είναι πως η κοινωνική αποστασιοποίηση και ο εγκλεισμός προκάλεσαν σημαντικά προβλήματα στην ψυχική υγεία των πολιτών καθώς, το βασικό πρόβλημα είναι ότι αυξάνονταν οι ψυχικές νόσοι (126). Επίσης εκείνη την περίοδο αφέθηκαν σε δεύτερη μοίρα οι υπόλοιπες ασθένειες, γεγονός που φάνηκε και με την παύση των χειρουργείων και την διεξαγωγή μόνο των απολύτων απαραίτητων.

Ωστόσο, η επιτυχία τέτοιων στρατηγικών μέτρων ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό και στην συμμόρφωση του πληθυσμού και την υπακοή του σε αυτά. Ωστόσο υπήρχε ένα μεγάλο ποσοστό πολιτών που δεν συμμορφώνονταν με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που είχε λάβει η κυβέρνηση, κάτι που θα μπορούσε να αποδοθεί και σε έλλειψη εμπιστοσύνης προς την κυβέρνηση και τις αποφάσεις της. Ο πληθυσμός ήταν επιφυλακτικός και πιθανότατα να μην πίστευε όλα όσα έλεγαν οι πολιτικοί. Αυτό πιθανότατα συνέβαινε διότι το σύστημα δημόσιας υγείας και η Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας δεν ήταν ανεπτυγμένα. Η ΠΦΥ και οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) δεν είχαν ολοκληρωθεί ποτέ, καθώς με το ξέσπασμα της οικονομικής

κρίσης το 2008 δεν μπόρεσε να επιτευχθεί η λειτουργία τους. Παρά το γεγονός όμως ότι η ΠΦΥ δεν αναπτύχθηκε μέχρι τότε στο μέγιστο και αναφέρονταν πολλά προβλήματα πρόσβασης σε αυτήν, υπήρξε κάποια ενίσχυση του ρόλου της κατά την διάρκεια της πανδημίας. Αρχικά στα ειδικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας, γινόταν έγκαιρη ανίχνευση κρουσμάτων σε περιστατικά που δεν απαιτούσαν νοσηλεία. Επίσης δόθηκε βοήθεια σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Στην συνέχεια, η ΠΦΥ ήταν εκείνη που έκρινε εάν κάποιος ασθενής χρειαζόταν συγκεκριμένη φροντίδα από νοσοκομείο. Τέλος, ελαχιστοποίησε τον κίνδυνο έκθεσης σε Covid-19 είτε ασθενών είτε ιατρικού προσωπικού καθώς κατόρθωνε να διαχειριστεί ζητήματα υγείας χωρίς αυτά να χρειαστεί να μεταβούν στο νοσοκομείο.

Συνεπώς, απουσίαζε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που θα συνεργαζόταν με την ΠΦΥ για την καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης που επικρατούσε στην χώρα. Αν λοιπόν, λειτουργούσαν οι ΤΟΜΥ, τότε στο επίπεδο της κοινότητας θα υπήρχε μία μεγαλύτερη δυνατότητα ενημέρωσης του πληθυσμού, μέσω των συναντήσεων πολιτών με διεπιστημονικές ομάδες στις οποίες θα γινόταν σωστή ενημέρωση σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας από τους πολίτες. Οι ομάδες αυτές θα πήγαιναν από πόρτα σε πόρτα και στόχος τους θα ήταν η πληροφόρηση των πολιτών σχετικά με την προστασία από την Covid-19. Με αυτόν τον τρόπο θα οδηγούνταν οι πολίτες στο να συμμορφωθούν με την υφιστάμενη κατάσταση. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, μπορούμε να διερωτηθούμε το αν τα αποτελέσματα αυτής της πανδημίας θα ήταν καλύτερα εάν, αντί να έχουμε μία καθημερινή ενημέρωση από την τηλεόραση κατά την οποία με αυταρχικό τρόπο τονιζόταν η υποχρεωτική συμμόρφωση των πολιτών με τα υφιστάμενα μέτρα που είχαν παρθεί από την κυβέρνηση, θα μπορούσαμε να έχουμε ένα σύστημα δημόσιας υγείας που θα ήταν άμεσα συνδεδεμένο με την ΠΦΥ.

6° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Συμπερασματικές Διαπιστώσεις

Η πανδημία COVID-19 αποτελεί μείζονα οικονομική και υγειονομική πρόκληση για ολόκληρο τον κόσμο. Η ασθένεια επηρέασε σημαντικά τα υγειονομικά συστήματα των χωρών, τα οποία όσο καλά προετοιμασμένα και εφοδιασμένα και αν ήταν, βρέθηκαν μπροστά σε μία πρωτόγνωρη υγειονομική κρίση.

Αναφορές από τον περασμένο αιώνα, με την ισπανική γρίπη του 1918, μας τονίζουν την σημασία της απομόνωσης στο σπίτι, με σκοπό τον περιορισμό εξάπλωσης της ασθένειας. Στην πανδημία της Covid-19 αυτό το μέτρο είναι επίκαιρο, με τις κυβερνήσεις να επιβάλουν εθνικά lockdown, ώστε να περιορίσουν τις συναθροίσεις και να επιβάλουν την κοινωνική απόσταση.

Εκτός όμως από την καραντίνα, σημαντικό στοιχείο που θα έπρεπε να υπάρχει σε κάθε χώρα, ενισχυμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να παρέχουν συμβουλές στους πολίτες, με τους τελευταίους να αποφεύγουν όσο γίνεται την επίσκεψη σε νοσοκομεία για ενδεχόμενη επίλυση του προβλήματος υγείας τους. Τα νοσοκομεία, είτε δημόσια είτε ιδιωτικά, θα έπρεπε να εξυπηρετούν στον μεγαλύτερο βαθμό ασθενείς που νοσούν από κορωνοϊό, και όχι ασθενείς που προσέρχονταν με έναν απλό πόνο ή μία γρίπη της εποχής. Η ΠΦΥ και η δημόσια υγεία λοιπόν είναι συνδεδεμένες καθώς για την καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης θα ήταν πιο φρόνιμο να υπήρχε ενημέρωση των πολιτών από καταρτισμένες ομάδες για την καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης. Σε ορισμένες χώρες, όπως η Ελλάδα και η Ιταλία, οι διαθέσιμοι πόροι των νοσοκομείων ήταν περιορισμένοι, ενώ υπήρχαν ελλείψεις και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με την Σουηδία να έχει μικρό ποσοστό εργατικού δυναμικού σε οίκου ευγηρίας, που ως αποτέλεσμα είχε μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας ηλικιωμένων. Σε περίπτωση λοιπόν, που η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ήταν περισσότερο καταρτισμένη και στελεχωμένη, θα μπορούσε να βοηθήσει στην αποφυγή αυξημένου όγκου μολυσμένων ατόμων στα νοσοκομεία, και επιπλέον στην πιο ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων, όπως οι αναπνευστήρες και οι προστατευτικές μάσκες προσώπου. Χρήσιμο θα ήταν να αναπτυχθεί και η τεχνολογία της υγείας, ώστε να παρέχεται κατ' οίκον βοήθεια σε άτομα που το έχουν ανάγκη, όπως οι ηλικιωμένοι και οι πάσχοντες υποκείμενων νοσημάτων. Συνεπώς, η απομόνωση σε συνδυασμό με την έγκαιρη

θεραπεία, μπορούν να συμβάλλουν στην αποφυγή λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, οι οποίες θα μπορούσαν να αποβούν μοιραίες για την ανθρώπινη ζωή. Στην Ελλάδα, όπως και σε πολλές χώρες παγκοσμίως, αν δεν είχαν ληφθεί στρατηγικές αντιμετώπισης άμεσα για την πανδημία κατά το πρώτο κύμα, πολύ πιθανό να είχε οδηγήσει την χώρα σε ακόμη πιο υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Όμως, αν δινόταν πρόσβαση σε όλο τον κόσμο σε διαγνωστικές δοκιμές, είτε ταχείας ανίχνευσης είτε μοριακής μεθόδου, τα οποία θα διευκόλυναν την άμεση επιβεβαίωση των κρουσμάτων αλλά και την ανίχνευση των επαφών τους, η χώρα θα είχε προβεί σε έξοδο από το lockdown πολύ πιο σύντομα. Οι περιορισμένοι πόροι του υγειονομικού συστήματος δεν ήταν το μόνο πρόβλημα που είχε να αντιμετωπίσει η Ελλάδα. Υπήρχε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό το οποίο δεν ήταν κατάλληλα εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο στην διενέργεια αυτών των διαγνωστικών δοκιμών. Αντίστοιχα, αδυναμίες σημειώνονταν και στις νεοεγερθείσες ΜΕΘ οι οποίες δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένες ούτε ως προς τον εξοπλισμό αλλά και ούτε ως προς το προσωπικό, ώστε να αντιμετωπίσουν τον συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών που έπρεπε να εισαχθούν καθημερινά. Παράλληλα, οι μειώσεις του ανθρωπίνου δυναμικού που υπέστη το δημόσιο σύστημα υγείας τα προηγούμενα χρόνια, οδήγησαν το υφιστάμενο εργατικό δυναμικό σε ένα «burn out», στην λεγόμενη «επαγγελματική εξουθένωση», καθώς κλήθηκαν να ανταποκριθούν σε έναν πολύ αυξημένο όγκο εργασίας και μάλιστα σε μία κατάσταση που έχρηζε αντιμετώπισης από εξειδικευμένους σε καταστάσεις πανδημίας νοσηλευτές και ιατρούς. Συνεπώς, ως πρώτο μέτρο η χώρα εισήγαγε την καραντίνα στο σπίτι σε περίπτωση συμπτωμάτων που εγείρουν την υπόνοια νόσησης από Covid-19, και στην συνέχεια την κοινωνική απόσταση.

Όσον αφορά την Γερμανία, την Σουηδία και την Αγγλία, αυτό που παρατηρεί κανείς είναι ότι υπήρχαν έντονες διαφορές μεταξύ αυτών των χωρών που σχετίζονται με την εμπιστοσύνη που έχουν οι πολίτες στην ισχύουσα κυβέρνηση και την εμπειρία τους στην διαχείριση κρίσεων. Η Γερμανία παρά το γεγονός ότι είχε χαμηλό Δείκτη Υγείας, πριν την πανδημία της Covid-19 σε σύγκριση με την Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε πολύ καλά σημεία όσον αφορά την αντιμετώπιση της ασθένειας σε εθνικό επίπεδο. Η κοινωνική συζήτηση, το άκουσμα πολλών φωνών, είτε πολιτικών είτε επιστημονικών προσωπικοτήτων, έδωσε την δυνατότητα στον γερμανικό πληθυσμό να κρίνει και να αξιολογήσει την χρησιμότητα των μέτρων αντιμετώπισης της πανδημίας. Εν αντιθέσει, η Σουηδία αποφάσισε να αποφύγει τις πολλές φωνές, και να προχωρήσει σε μέτρα λιγότερο αυστηρά για την κοινωνία, παρά το γεγονός ότι υπήρξε υψηλή

θνησιμότητα στον υπερήλικα πληθυσμό. Όσον αφορά το Ηνωμένο Βασίλειο, ο ακαδημαϊκός κόσμος μίλησε, και κατέστησε υπεύθυνη την κυβέρνηση για τον υψηλό αριθμό των θανάτων.

Η διαχείριση κρίσεων γίνεται τις περισσότερες φορές με συγκέντρωση της εξουσίας και με την κατά γράμμα υπακοή στα εκτελεστικά διατάγματα. Κατά το πρώτο κύμα, αυτό συνέβη στην Γερμανία. Μάλιστα, η φαινομενικά κατάλληλη διαχείριση της υγειονομικής κρίσης του 2020 με την Covid-19, έρχεται σε μεγάλη αντίθεση με τον χαμηλό Δείκτη Υγείας που εμφανίστηκε τα προηγούμενα χρόνια. Στην Σουηδία, το ΡΗΑ είχε κατά κύριο λόγο την ευθύνη της πορείας του κορωνοϊού στην χώρα. Κρίθηκε για την χαλαρότητα των μέτρων αντιμετώπισης της, παρά το γεγονός ότι είχε σημειώσει υψηλά ποσοστά θνησιμότητας κατά το πρώτο κύμα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, σημαντικό ζήτημα μαζί με την πανδημία, θεωρήθηκε και η έξοδος της χώρα από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Brexit). Η διαχείριση της υγειονομικής κρίσης ξεκίνησε άμεσα κατά το πρώτο κύμα, ενώ στο δεύτερο κύμα υπήρξε καθυστέρηση όσον αφορά την εκ νέου απόφαση μέτρων αντιμετώπισης. Όσον αφορά την Ιταλία, η κυβέρνηση προκειμένου να ορίσει άμεσα μέτρα για την αντιμετώπιση της κατάστασης, παρέκαμψε τον λόγο της Βουλής, με αποτέλεσμα να δημιουργήσει έντονες επικρίσεις, ανάμεσα στο νομοθετικό και εκτελεστικό σώμα.

Ανεξάρτητα από την επιβολή των μέτρων αντιμετώπισης από το κάθε κράτος, βασικό στοιχείο για να εξέλθει μία χώρα από μία υγειονομική κρίση είναι και η προθυμία των πολιτών να αντιληφθούν στην σοβαρότητα της κατάστασης και να δεχτούν να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα. Για αυτόν τον σκοπό, κρίνεται απαραίτητη η αιτιολόγηση της επιβολής του κάθε μέτρου από ανθρώπους που έχουν εξειδικευτεί στην διαχείριση αυτών των καταστάσεων, όπως οι επιδημιολόγοι. Σε πολλές περιπτώσεις, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης υπερφορτώνουν τους πολίτες με πληροφορίες που τις περισσότερες φορές δεν είναι φιλτραρισμένες και σωστά τεκμηριωμένες. Αυτό το στοιχείο, σε συνδυασμό με την υφιστάμενη ψυχολογική δυσφορία που προκλήθηκε από την απομόνωση, αλλά και την οικονομική εξάντληση που προέκυψε από την αναστολή λειτουργίας των επιχειρήσεων μπορεί να οδηγήσει σε δυσπιστία και χαμηλή συμμόρφωση των πολιτών. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό, οι άνθρωποι της επιστήμης αλλά και της πολιτικής να βρίσκονται εκεί ώστε να εξηγήσουν και να αντιμετωπίσουν τις όποιες θεωρίες συνωμοσίας ενδέχεται να προκύψουν, γεγονός που σημειώθηκε σε μεγάλο βαθμό με την έλευση των εμβολίων σχετικά με τις παρενέργειες που ενδέχεται να έχουν στην υγεία των πολιτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Robbins A. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance, Geneva: World Health Organization; 2000, 150 pages plus tables; available on-line from: URL: Public Health Reports. 2001 May;215(-):268–9.
2. Morabia A. Pandemics and methodological developments in epidemiology history. Journal of Clinical Epidemiology. 2020 Jun 12;125(-):164–9.
3. Barberis I, Nicola Luigi Bragazzi, Galluzzo L, Martini M. The history of tuberculosis: from the first historical records to the isolation of Koch’s bacillus. PubMed. 2017 Mar 1;58(1):E9–12.
4. Morabia A, Guthold R. Wilhelm Weinberg’s 1913 Large Retrospective Cohort Study: A Rediscovery. American Journal of Epidemiology. 2007 Feb 19;165(7):727–33.
5. Murray JF, Schraufnagel DE, Hopewell PC. Treatment of Tuberculosis. A Historical Perspective. Annals of the American Thoracic Society [Internet]. 2015 Dec;12(12):1749–59. Available from: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1513/AnnalsATS.201509-632PS>
6. Meyer H, Ehmann R, Smith G. Smallpox in the Post-Eradication Era. Viruses [Internet]. 2020 Jan 24;12(2):138. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7077202/>
7. Breman JG. Smallpox. Smallpox [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2021 Oct 1];(-):19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8482028/>

8. Thèves C, Biagini P, Crubézy E. The rediscovery of smallpox. *Clinical Microbiology and Infection* [Internet]. 2014 Mar 1;20(3):210–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X14608600>

9. Glatter K, Finkelman P. History of the Plague: An Ancient Pandemic for the Age of Covid-19. *The American Journal of Medicine* [Internet]. 2020 Sep 23;134(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513766/>

10. Zietz BP, Dunkelberg H. The history of the plague and the research on the causative agent *Yersinia pestis*. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* [Internet]. 2004 Jan [cited 2019 Mar 24];207(2):165–78. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1438463904702771?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=7e7c8a1c0d326f77

11. Ramsay MAE. John Snow, MD: Anaesthetist to the Queen of England and Pioneer Epidemiologist. *Baylor University Medical Center Proceedings* [Internet]. 2006 Jan 19;19(1):24–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1325279/>

12. Martini M, Gazzaniga V, Bragazzi NL, Barberis I. The Spanish Influenza Pandemic: a lesson from history 100 years after 1918. *Journal of preventive medicine and hygiene* [Internet]. 2019 Mar 29;60(1):E64–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6477554/>

13. Holmberg M. The ghost of pandemics past: revisiting two centuries of influenza in Sweden. *Medical Humanities* [Internet]. 2016 Nov 8 [cited 2021 Jan 6];43(3):141–7. Available from: <https://mh.bmj.com/content/43/3/141>

14. Matta DrS, Arora DVK, Chopra. DKK. LESSONS TO BE LEARNT FROM 100 YEAR OLD 1918 INFLUENZA PANDEMIC viz a viz 2019 CORONA

- PANDEMIC WITH AN EYE ON NTEP. Indian Journal of Tuberculosis [Internet]. 2020 Oct;67(4). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0019570720301803>
15. Bajard MPB, Stephens N, Eidman J, Warren KT, Molinaro P, McDonough-Thayer C, et al. Serving the Vulnerable: The World Health Organization's Scaled Support to Countries During the First Year of the COVID-19 Pandemic. National Library of Medicine [Internet]. 2022 Mar 10;12(10):12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8960193/>
 16. Jee Y. WHO IHR Emergency Committee for the COVID-19 Outbreak. Epidemiology and Health [Internet]. 2020 Mar 19 [cited 2020 Mar 22];(-):e2020013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7285442/>
 17. Samaan G, McPherson M, Eidman J, Obubah O, Baptiste JP, Kuppens L, et al. The World Health Organization's Actions Within the United Nations System to Facilitate a Whole-of-Society Response to COVID-19 at Country Level. Frontiers in Public Health. 2022 Jan 18;9(-).
 18. Coates A, Warren KT, Henderson C, McPherson M, Obubah O, Graaff P, et al. The World Health Organization's Frontline Support to Countries During the COVID-19 Pandemic in 2020. Frontiers in Public Health [Internet]. 2022 Mar 18;10(-):15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8971552/>
 19. Allan M, Lièvre M, Laurenson-Schaefer H, de Barros S, Jinnai Y, Andrews S, et al. The World Health Organization COVID-19 surveillance database. International Journal for Equity in Health [Internet]. 2022 Nov 23 [cited 2022 Dec 24];21(S3):30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9685131/>

20. Alokaily F. COVID-19 Global health crisis. Saudi Medical Journal [Internet]. 2021 Jan 3;42(1):3–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7989320/>
21. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares Global Emergency: A review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). International Journal of Surgery [Internet]. 2020 Feb;76(1):18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7105032/>
22. Rajan S, McKee M, Hernández-Quevedo C, Karanikolos M, Richardson E, Webb E, et al. What have European countries done to prevent the spread of COVID-19? Lessons from the COVID-19 Health system response monitor. Health Policy [Internet]. 2022 Mar [cited 2022 Mar 26];126(5). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851022000616>
23. Peeling RW, Heymann DL, Teo YY, Garcia PJ. Diagnostics for COVID-19: moving from pandemic response to control. The Lancet [Internet]. 2021 Dec;399(10326):757–68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8687671/>
24. BMJ. Sheffield community contact tracers: training community volunteers to undertake contact tracing for covid-19 [Internet]. The BMJ. Jeremy Wight ; 2020 [cited 2023 Sep 29]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/29/sheffield-community-contact-tracers-training-community-volunteers-to-undertake-contact-tracing-for-covid-19/>
25. Kerkhoff AD, Sachdev D, Mizany S, Rojas S, Gandhi M, Peng J, et al. Evaluation of a novel community-based COVID-19 “Test-to-Care” model for low-income

- populations. PLoS ONE [Internet]. 2020 Oct 9 [cited 2021 Feb 22];15(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7546468/>
26. UK Department of Transport. Coronavirus (COVID-19): Test to Release for international travel [Internet]. GOV.UK. 2021. Available from: <https://www.gov.uk/guidance/coronavirus-covid-19-test-to-release-for-international-travel>
 27. Siciliani L, Wild C, McKee M, Kringos D, Barry MM, Barros PP, et al. Strengthening vaccination programmes and health systems in the European Union: A framework for action. Health Policy [Internet]. 2020 May [cited 2021 Jan 25];124(5):511–8. Available from: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Strengthening%20vaccination%20programmes%20and%20health%20systems%20in%20the%20European%20Union%3A%20a%20framework%20for%20action&publication_year=2020&author=L%20Siciliani&author=C%20Wild&author=M%20McKee&author=D%20Kringos&author=MM%20Barry&author=PP%20Barros&author=J%20De%20Maeseneer&author=L%20Murauskiene&author=W.%20Ricciardi
 28. Juliet Walker. Could Slovakia's mass testing programme work in England? [Internet]. The BMJ. The BMJ Opinion; 2020 [cited 2023 Sep 29]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/12/07/could-slovakias-mass-testing-programme-work-in-england/>
 29. Department of Health and Social Care. NHS Test and Trace service to strengthen regional contact tracing [Internet]. GOV.UK. Department of Health and Social Care; 2020. Available from: <https://www.gov.uk/government/news/nhs-test-and-trace-service-to-strengthen-regional-contact-tracing>
 30. Bosa I, Castelli A, Castelli M, Ciani O, Compagni A, Galizzi MM, et al. Response to COVID-19: was Italy (un)prepared? Health Economics, Policy and

- Law [Internet]. 2021 Mar 5;17(1):1–13. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/response-to-covid19-was-italy-unprepared/7946552DE995F34E06F426BCBEF494A5>
31. Lazzerini M, Putoto G. COVID-19 in Italy: Momentous Decisions and Many Uncertainties. The Lancet Global Health [Internet]. 2020 Mar;8(5):641–2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104294/>
 32. Ricci G, Pallotta G, Sirignano A, Amenta F, Nittari G. Consequences of COVID-19 Outbreak in Italy: Medical Responsibilities and Governmental Measures. Frontiers in Public Health [Internet]. 2020 Dec 8 [cited 2020 Dec 8];8(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7752765/>
 33. Sebastiani G, Massa M, Riboli E. Covid-19 epidemic in Italy: evolution, projections and impact of government measures. European Journal of Epidemiology [Internet]. 2020 Apr 18 [cited 2020 Apr 18];35(4):341–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165256/>
 34. Redazione. Responsabilità professionale, una proposta unitaria dalle professioni sanitarie e socio-sanitarie [Internet]. Sanità Informazione. Sanità Informazione; 2020 [cited 2023 Sep 29]. Available from: <https://www.sanitainformazione.it/lavoro/responsabilita-professionale-una-proposta-unitaria-dalle-rofessioni-sanitarie-e-socio-sanitarie/>
 35. Presidente de Consiglio. Gazzetta Ufficiale [Internet]. www.gazzettaufficiale.it. Gazzetta Ufficiale; 2020 [cited 2023 Sep 29]. Available from: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/08/08/20A04399/sg>
 36. Beccia F, Di Pilla A, Causio FA, Federico B, Specchia ML, Favaretti C, et al. Narrative Review of the COVID-19 Pandemic's First Two Years in Italy.

International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2022 Nov 22 [cited 2022 Nov 22];19(23):15443. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9736498/>

37. Dorrucchi M, Minelli G, Boros S, Manno V, Prati S, Battaglini M, et al. Excess Mortality in Italy During the COVID-19 Pandemic: Assessing the Differences Between the First and the Second Wave, Year 2020. *Front Public Health* [Internet]. 2021 Jul 16 [cited 2023 Aug 1];9(-):11–2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8322580/>
38. Punzo O, Bellino S, Palmieri L, Lo Noce C, Giuliano M, Meli P, et al. Clinical characteristics of individuals under 40 years of age who died with COVID-19 in Italy. *Journal of Medical Virology* [Internet]. 2021 Jan 22 [cited 2022 Nov 27];93(4):1932–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8013661/>
39. Ludvigsson JF. The first eight months of Sweden’s COVID-19 strategy and the key actions and actors that were involved. *Acta Paediatrica* [Internet]. 2020 Sep 20 [cited 2020 Dec];109(12):2459–71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7537539/>
40. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children show milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica* [Internet]. 2020 Mar 23 [cited 2020 Jun];109(6):1088–95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228328/>
41. Ludvigsson JF. How Sweden approached the COVID -19 pandemic: summary and commentary on the national commission inquiry. *Acta Paediatrica* [Internet]. 2022 Sep 5;112(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9538368/>

42. Hägg S, Jylhävä J, Wang Y, Xu H, Metzner C, Annetorp M, et al. Age, Frailty, and Comorbidity as Prognostic Factors for Short-Term Outcomes in Patients With Coronavirus Disease 2019 in Geriatric Care. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2020 Nov [cited 2020 Dec 2];21(11):1555-1559.e2. Available from: <https://www.jamda.com/action/showPdf?pii=S1525-8610%2820%2930704-0>
43. Juul FE, Jodal HC, Barua I, Refsum E, Olsvik Ø, Helsing LM, et al. Mortality in Norway and Sweden during the COVID-19 pandemic. *Scandinavian Journal of Public Health* [Internet]. 2021 Oct 5 [cited 2022 May 12];50(1):38–45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8807990/>
44. Saunes IS, Vrangbæk K, Byrkjeflot H, Jervelund SS, Birk HO, Tynkkynen LK, et al. Nordic responses to Covid-19: Governance and policy measures in the early phases of the pandemic. *Health Policy* [Internet]. 2021 Sep 5;125(5):418–26. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021002220>
45. Apel J, Rohde N, Marcus J. The effect of a nighttime curfew on the spread of COVID-19. *Health Policy* [Internet]. 2023 Jan [cited 2023 Jan 27];129(-):104712. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851023000295>
46. Backhaus A. International Travel in Times of the COVID-19 Pandemic: The Case of German School Breaks. *Economics & Human Biology* [Internet]. 2021 Dec 11 [cited 2021 Dec 13];44(-):101090. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1570677X21001155#sec0045>
47. Flaxman S, Mishra S, Gandy A, Unwin HJT, Mellan TA, Coupland H, et al. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature* [Internet]. 2020 Jun 8;584(7820):257–61. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7>

48. Mitze T, Kosfeld R, Rode J, Wälde K. Face masks considerably reduce COVID-19 cases in Germany. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [Internet]. 2020 Dec 3;117(51):202015954. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7768737/>

49. Kirsch F, Lindemann AK, Geppert J, Borzekowski D, Lohmann M, Gaby-Fleur B. Personal Protective Measures during the COVID-19 Pandemic in Germany. *International Journal of Infectious Diseases* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 Sep 29];121(-):177–83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9113954/>

50. Müller O, Lu G, Jahn A, Razum O. COVID-19 Control: Can Germany Learn From China? *International Journal of Health Policy and Management* [Internet]. 2020 May 27;9(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7719213/>

51. Lemenager T, Neissner M, Koopmann A, Reinhard I, Georgiadou E, Müller A, et al. COVID-19 Lockdown Restrictions and Online Media Consumption in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021 Jan 1;18(1):14. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/14/htm>

52. Alfano V, Ercolano S. The Efficacy of Lockdown Against COVID-19: A Cross-Country Panel Analysis. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2020 Jun 3;18(4):509–17.

53. Schwinger M, Trautner M, Kärchner H, Otterpohl N. Psychological Impact of Corona Lockdown in Germany: Changes in Need Satisfaction, Well-Being, Anxiety, and Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Dec 5 [cited 2021 Jan 4];17(23):9083. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7731307/>

54. Morfeld P, Timmermann BN, J. Valérie Groß, Lewis P, Cocco P, Erren TC. COVID-19: Heterogeneous Excess Mortality and “Burden of Disease” in Germany and Italy and Their States and Regions, January–June 2020. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2021 May 7 [cited 2023 Sep 29];9(-):- . Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34026717/>
55. Stang A, Standl F, Kowall B, Brune B, Böttcher J, Brinkmann M, et al. Excess mortality due to COVID-19 in Germany. *Journal of Infection* [Internet]. 2020 Nov [cited 2021 Feb 1];81(5):797–801. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7501062/pdf/main.pdf>
56. Betsch C, Wieler LH, Habersaat K. Monitoring behavioural insights related to COVID-19. *The Lancet* [Internet]. 2020 Apr;395(10232):1255–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7163179/>
57. Hanson C, Luedtke S, Spicer N, Sørensen JS, Mayhew S, Mounier-Jack S. National health governance, science and the media: drivers of COVID-19 responses in Germany, Sweden and the UK in 2020. *BMJ Global Health* [Internet]. 2021 Dec 1;6(12):e006691. Available from: <https://gh.bmj.com/content/6/12/e006691>
58. Rosman T, Kerwer M, Steinmetz H, Chasiotis A, Wedderhoff O, Betsch C, et al. Will COVID -19-related economic worries superimpose health worries, reducing nonpharmaceutical intervention acceptance in Germany? A prospective pre-registered study. *International Journal of Psychology* [Internet]. 2021 Mar 16 [cited 2022 Mar 24];56(4):607–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8251135/>
59. Redlin M. Differences in NPI strategies against COVID-19. *Journal of Regulatory Economics* [Internet]. 2022 Aug 22 [cited 2022 Oct 28];62(1-3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9395806/>

60. Zhao H, Green H, Lackenby A, Donati M, Ellis J, Thompson C, et al. A new laboratory-based surveillance system (Respiratory DataMart System) for influenza and other respiratory viruses in England: results and experience from 2009 to 2012. *Euro Surveillance: Bulletin Europeen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin* [Internet]. 2014 Jan 23 [cited 2021 Mar 17];19(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24480060/>
61. Odd D, Stoianova S, Williams T, Fleming P, Luyt K. Child Mortality in England During the First 2 Years of the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2023 Jan 9;6(1):e2249191.
62. Newlove-Delgado T, McManus S, Sadler K, Thandi S, Vizard T, Cartwright C, et al. Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 Jan 11 [cited 2021 Jan 11];8(5):353–4. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30570-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30570-8/fulltext)
63. Odd D, Stoianova S, Williams T, Sleaf V, Blair P, Fleming P, et al. Child mortality in England during the COVID-19 pandemic. *Archives of Disease in Childhood*. 2021 Jun 21;107(1):archdischild-2020-320899.
64. Keeling MJ, Tildesley MJ, Atkins BD, Penman B, Southall E, Guyver-Fletcher G, et al. The impact of school reopening on the spread of COVID-19 in England. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2021 May 31;376(1829):20200261.
65. Ladhani S, Amin-Chowdhury Z, Davies HG, Aiano F, Hayden I, Lacy J, et al. COVID-19 in Children: Analysis of the First Pandemic Peak in England. *SSRN Electronic Journal* [Internet]. 2020;105(12):1180–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7431771/>

66. Rice WM, Chudasama DY, Lewis J, Senyah F, Florence I, Thelwall S, et al. Epidemiology of COVID-19 in Prisons, England, 2020. *Emerging Infectious Diseases* [Internet]. 2021 Aug;27(8):2183–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8314811/>
67. Ziauddeen H, Subramaniam N, Gurdasani D. Modelling the impact of lockdown-easing measures on cumulative COVID-19 cases and deaths in England. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Sep [cited 2021 Sep 16];11(9):e042483. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8438582/>
68. Poudel AN, Zhu S, Cooper N, Roderick P, Alwan N, Tarrant C, et al. Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. Mitra P, editor. *PLOS ONE*. 2021 Oct 28;16(10):e0259164.
69. Liu Y, Tang JW, Lam TTY. Transmission dynamics of the COVID-19 epidemic in England. *International Journal of Infectious Diseases* [Internet]. 2021 Mar;104(-):132–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7757353/>
70. Man K, Baggaley RF, Stone T, Hogan Á, Kabir Y, Johnson CR, et al. Face Mask Acceptability for Communal Religious Worship During the COVID-19 Pandemic in the United Kingdom: Results from the CONFESS Study. *Journal of Religion & Health* [Internet]. 2022 Aug 24 [cited 2023 Sep 29];62(1):608–26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9401196/>
71. Bertran M, Amin-Chowdhury Z, Davies HG, Allen H, Clare T, Davison C, et al. COVID-19 deaths in children and young people in England, March 2020 to December 2021: An active prospective national surveillance study. *PLOS Medicine* [Internet]. 2022 Nov 8 [cited 2022 Nov 30];19(11):e1004118. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9642873/>
72. Parkes B, Massimo Stafoggia, Fecht D, Davies B, Bonander C, F. De Donato, et al. Community factors and excess mortality in the COVID-19 pandemic in

- England, Italy and Sweden. European journal of public health [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2023 Sep 29];33(4):695–703. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10393497/>
73. Vandonos S. Excess Mortality during the Covid-19 pandemic: Early evidence from England and Wales. Social Science & Medicine [Internet]. 2020 Jun [cited 2020 Jun 2];258(-):113101. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7836531/>
74. Aburto JM, Kashyap R, Schöley J, Angus C, Ermisch J, Mills MC, et al. Estimating the burden of the COVID-19 pandemic on mortality, life expectancy and lifespan inequality in England and Wales: a population-level analysis. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2021 Jan 18;75(8):735–40. Available from: <https://jech.bmj.com/content/early/2021/01/18/jech-2020-215505#main-content>
75. Vickery A, Willis P, Powell J, Beach B, Cameron A, Johnson E, et al. The impact of COVID-19 lockdown measures on older residents' social connections and everyday wellbeing within housing schemes that provide care and support in England and Wales. Journal of Aging Studies [Internet]. 2023 Jun 1;65(-):101126. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406523000270>
76. Konstantinoudis G, Cameletti M, Gómez-Rubio V, Gómez IL, Pirani M, Baio G, et al. Regional excess mortality during the 2020 COVID-19 pandemic in five European countries. Nature Communications [Internet]. 2022 Jan 25 [cited 2022 Mar 13];13(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8789777/>
77. Kousi T, Mitsi LC, Simos J. The Early Stage of COVID-19 Outbreak in Greece: A Review of the National Response and the Socioeconomic Impact. International

Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2021 Jan 4;18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33406780/>

78. Siettos C, Anastassopoulou C, Tsiamis C, Vrioni G, Tsakris A. A bulletin from Greece: a health system under the pressure of the second COVID-19 wave. *Pathogens and Global Health*. 2021 Feb 3;115(3):1–2.
79. Moghadas SM, Fitzpatrick MC, Sah P, Pandey A, Shoukat A, Singer BH, et al. The implications of silent transmission for the control of COVID-19 outbreaks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020 Jul 6;117(30):202008373.
80. Ilias I, Mantziou V, Vamvakas E, Kampisiouli E, Theodorakopoulou M, Vrettou C, et al. Post-Traumatic Stress Disorder and Burnout in Healthcare Professionals During the SARS-CoV-2 Pandemic: a Cross-Sectional Study. *The Journal of Critical Care Medicine* [Internet]. 2021 Jan 29 [cited 2021 Nov 21];7(1):14–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8519377/>
81. Delinasios GJ, Fragkou PC, Gkirmpa AM, Tsangaris G, Hoffman RM, Anagnostopoulos AK. The Experience of Greece as a Model to Contain COVID-19 Infection Spread. *In Vivo* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2021 Nov 28];35(2):1285–94. Available from: <https://iv.iijournals.org/content/35/2/1285>
82. Kondilis E, Tarantilis F, Benos A. Essential Public Healthcare Services Utilization and Excess non-COVID-19 Mortality in Greece. *Public Health* [Internet]. 2021 Jul [cited 2021 Jul 14];198(-):- . Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9451614/>
83. Iliopoulos DC. COVID-19: A Greek Perspective. *Journal of Cardiac Surgery*. 2020 Sep 28;36(5):1637–40.
84. Papadimos TJ. COVID-19 in Greece: People take precedence over economics. *Journal of Global Health*. 2020 Sep 8;10(2).

85. CDC. Healthcare Workers [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/clinical-considerations-index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Fclinical-guidance-management-patients.html
86. Zhang S. What It Really Means to Cancel Elective Surgeries [Internet]. The Atlantic. 2020. Available from: <https://www.theatlantic.com/science/archive/2020/03/patients-whose-surgeries-are-canceled-because-coronavirus/608176/>
87. Mavridis C, Aidonidis G, Evangelou M, Kalogeridis A. Mandatory vaccinations, the segregation of citizens, and the promotion of inequality in the modern democracy of Greece and other democratic countries in the era of COVID-19. History and Philosophy of the Life Sciences [Internet]. 2022 Dec [cited 2023 Jan 17];44(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9734873/>
88. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Metnitz PG, Moreno RP. The variability of critical care bed numbers in Europe. Intensive Care Medicine [Internet]. 2012 Jul 10;38(10):1647–53. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00134-012-2627-8.pdf>
89. Paraskeva M, Bogeas T. Access to health is a luxury for stranded refugees in Greece - EPHA [Internet]. <https://epha.org/>. Europea Public Health Alliance; 2020 [cited 2023 Sep 29]. Available from: https://epha.org/access-to-health-is-a-luxury-for-stranded-refugees-in-greece/?fbclid=IwAR34Jh1ZjUfWb5APT9LmV3-URX_cqhmF9lhFT5NgDeI7-riSMZFO1nXAgSc
90. Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare

Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current Psychiatry Reports*. 2020;22(8):<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7350408/>.

91. Jung F, Krieger V, Hufert FT, Küpper JH . Herd immunity or suppression strategy to combat COVID-19. *Clinical Hemorheology and Microcirculation*. 2020 Jun 8;13–17(75(1):1–5.
92. Calvert J, Arbuthnott G. What really went on inside the Wuhan lab weeks before Covid erupted. 2023 Jun 10;1-17(1):1–17.
93. Thacker PD. The covid-19 lab leak hypothesis: did the media fall victim to a misinformation campaign? *BMJ*. 2021 Jul 8;1-13(374):n1656.
94. Calisher C, Carroll D, Colwell R, Corley RB, Daszak P, Drosten C, et al. Statement in support of the scientists, public health professionals, and medical professionals of China combatting COVID-19. *The Lancet*. 2020 Mar;395(10226):e42–3.
95. O’Neal A. Opinion | A Scientist Who Said No to Covid Groupthink. *Wall Street Journal* [Internet]. 2021 Jun 11; Available from: <https://www.wsj.com/articles/a-scientist-who-said-no-to-covid-groupthink-11623430659>
96. WHO. Mission summary: WHO Field Visit to Wuhan, China 20-21 January 2020 [Internet]. www.who.int. 2020. Available from: <https://www.who.int/china/news/detail/22-01-2020-field-visit-wuhan-china-jan-2020>
97. Washington Post 2021. Trump administration’s hunt for pandemic “lab leak” went down many paths and came up with no smoking gun.. https://www.washingtonpost.com/national-security/us-intelligence-wuhan-lab-coronavirus-origin/2021/06/15/2fc2425e-ca24-11eb-afd0-9726f7ec0ba6_story.html. Washington Post; 2021.

98. Chodick G, Tene L, Patalon T, Gazit S, Ben Tov A, Cohen D, et al. Assessment of Effectiveness of 1 Dose of BNT162b2 Vaccine for SARS-CoV-2 Infection 13 to 24 Days After Immunization. JAMA Network Open [Internet]. 2021 Jun 7 [cited 2021 Sep 14];4(6):e2115985. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2780700?resultClick=1>
99. Khateeb J, Li Y, Zhang H. Emerging SARS-CoV-2 variants of concern and potential intervention approaches. Critical Care. 2021 Jul 12;25(1).
100. Sanyaolu A, Okorie C, Marinkovic A, Haider N, Abbasi AF, Jaferi U, et al. The emerging SARS-CoV-2 variants of concern. Therapeutic Advances in Infectious Disease. 2021 Jan;8(PMC8216402):204993612110243.
101. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Herd immunity, lockdowns and COVID-19 [Internet]. World Health Organization. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19>
102. Aledort JE, Lurie N, Wasserman J, Bozzette SA. Non-pharmaceutical public health interventions for pandemic influenza: an evaluation of the evidence base. BMC Public Health. 2007 Aug 15;7(1).
103. Han E, Tan MMJ, Turk E, Sridhar D, Leung GM, Shibuya K, et al. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. The Lancet. 2020 Sep;396(10261).
104. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. The Lancet Global Health [Internet]. 2020 Feb 28;0(0). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30074-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30074-7/fulltext)

105. Vaman RS, Valamparampil MJ, Varghese B, Mathews E, Valiyapurayilmundakundil MA, Abraham RK, et al. Quarantine practices and COVID-19 transmission in a low-resource setting: Experience of Kerala, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Mar 1];10(2):1003–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc8138343/>
106. Tchole AIM, Li ZW, Wei JT, Ye RZ, Wang WJ, Du WY, et al. Epidemic and control of COVID-19 in Niger: quantitative analyses in a least developed country. *Journal of Global Health* [Internet]. 2020 Dec 6;10(2):020513. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7719275/>
107. McCreesh N, Vuyiswa Dlamini, Edwards A, Olivier S, Njabulo Dayi, Keabetswe Dikgale, et al. Impact of social distancing regulations and epidemic risk perception on social contact and SARS-CoV-2 transmission potential in rural South Africa: analysis of repeated cross-sectional surveys. *medRxiv* (Cold Spring Harbor Laboratory) [Internet]. 2020 Dec 3 [cited 2024 Jan 14];1-17(-). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7724677/>
108. Al Wahaibi A, Al Manji A, Al Maani A, Al Rawahi B, Al Harthy K, Alyaquobi F, et al. COVID-19 epidemic monitoring after non-pharmaceutical interventions: the use of time-varying reproduction number in a country with a large migrant population. *International Journal of Infectious Diseases*. 2020 Aug;466-472(99).
109. Clipman SJ, Wesolowski AP, Gibson DG, Agarwal S, Lambrou AS, Kirk GD, et al. Rapid Real-time Tracking of Nonpharmaceutical Interventions and Their Association With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Positivity: The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic Pulse Study. *Clinical Infectious Diseases*. 2020 Sep 2;e1822-e1829(73).

110. Garnier R, Benetka JR, Kraemer J, Bansal S. Socio-economic disparities in social distancing during the COVID-19 pandemic in the United States : an observational study (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*. 2020 Sep 25;1-13(23).
111. Bong CL, Brasher C, Chikumba E, McDougall R, Mellin-Olsen J, Enright A. The COVID-19 Pandemic. *Anesthesia & Analgesia*. 2020 Apr;131(1):1.
112. Corburn J, Vlahov D, Mberu B, Riley L, Caiaffa WT, Rashid SF, et al. Slum Health: Arresting COVID-19 and Improving Well-Being in Urban Informal Settlements. *Journal of Urban Health*. 2020 Apr 24;97(3).
113. Sempowski GD, Saunders KO, Acharya P, Wiehe KJ, Haynes BF. Pandemic Preparedness: Developing Vaccines and Therapeutic Antibodies For COVID-19. *Cell* [Internet]. 2020 Jun 25 [cited 2021 Jan 13];181(7):1458–63. Available from: [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(20\)30674-7?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867420306747%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)30674-7?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867420306747%3Fshowall%3Dtrue).
114. Makhoul M, Ayoub HH, Chemaitelly H, Seedat S, Mumtaz GR, Al-Omari S, et al. Epidemiological Impact of SARS-CoV-2 Vaccination: Mathematical Modeling Analyses. *Vaccines*. 2020 Nov 9;8(4):668.
115. Malik YS, Kumar N, Sircar S, Kaushik R, Bhat S, Dhama K, et al. Coronavirus Disease Pandemic (COVID-19): Challenges and a Global Perspective. *Pathogens* [Internet]. 2020 Jul 1;9(7):519. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-0817/9/7/519>
116. IFPMA. THE COMPLEX JOURNEY OF A VACCINE The Steps Behind Developing a New Vaccine [Internet]. Available from: https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2019/07/IFPMA-ComplexJourney-2019_FINAL.pdf

117. European Commission. ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ, ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ, ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ Στρατηγική της ΕΕ για τα εμβόλια κατά της νόσου COVID-19 [Internet]. EUR-LEX. 2020 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX:52020DC0245>
118. ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΕ) 2020/1043 ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ. Vol. 5. 2020.
119. COVID-19 Vaccine Tracker | European Centre for Disease Prevention and Control [Internet]. vaccinetracker.ecdc.europa.eu. 2023. Available from: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#summary-tab>
120. Doyle J. Vaccine Injury Compensation Programmes: An Overview [Internet]. 2021 Apr. Available from: https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/libraryResearch/2021/2021-04-20_1-rs-note-vaccine-injury-compensation-programmes-an-overview_en.pdf
121. European Commission. Συμπεράσματα του Προέδρου του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου μετά την τηλεδιάσκεψη για τη νόσο COVID-19 [Internet]. Consilium Europa. 2020. Available from: <https://www.consilium.europa.eu/el/press/press-releases/2020/03/10/statement-by-the-president-of-the-european-council-following-the-video-conference-on-covid-19/>
122. European Commission. Κοινή δήλωση των μελών του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου [Internet]. European Commission. 2020. Available from: <https://www.consilium.europa.eu/el/press/press-releases/2020/03/26/joint-statement-of-the-members-of-the-european-council-26-march-2020/>

123. Morris KV. The Improbability of the Rapid Development of a Vaccine for SARS-CoV-2. *Molecular Therapy*. 2020 Jun;1548-1549(28).
124. Oikonomou C, Kaitelidou D, Konstantakopoulou O, Vildiridi LV. HSRM Countries [Internet]. *eurohealthobservatory.who.int*. 2021 [cited 2024 Jan 17]. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrm/hsrm-countries/hsrm/greece/measures-in-other-sectors/measures-in-other-sectors/>
125. European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU Greece Country Health Profile 2023. State of Health in the EU Greece Country Health Profile 2023 [Internet]. 2023 Dec 15;28:28. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/greece-country-health-profile-2023>
126. Boden M. Addressing the mental health impact of COVID-19 through population health. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2021 Apr 1;85(85):102006. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735821000490>.