

Ο καθηγητής Αιματολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Σορβόνης μιλάει για τη μάχη εναντίον της Covid-19, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα δημόσια συστήματα υγείας σε Γαλλία και Ελλάδα και τις εξελίξεις στο πεδίο των εμβολίων

«Οι πολιτικοί απέτυχαν στη διαχείριση της πανδημίας»

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΣΤΟΝ ΔΗΜΗΤΡΗ Ν. ΜΑΝΙΑΤΗ

Ο καθηγητής Αιματολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Σορβόνης, Γρηγόρης Γεροτζιάφας, δεν είναι απλά ένα από τα πρόσωπα των ημερών λόγω της μάχης κατά της Covid-19. Είναι και ένας από εκείνους τους επιστήμονες κύρους που παρά τη βαθιά τους αφοσίωση στο πεδίο των ερευνών τους, παραμένουν κοινωνιοκεντρικοί και υπερασπιστές ενός δημόσιου συστήματος υγείας. Από το Παρίσι μας μιλάει για τον πόλεμο κατά του ιού, τη σχέση της δικής του ειδικότητας με την πανδημία – όπως θα δείτε μεγάλη –, το εμβόλιο, αλλά και τις στρατηγικές των χωρών της ΕΕ.

Δίνετε την εντύπωση πως, παρότι εργάζεστε στο Παρίσι, έχετε τις κεραίες σας στην Ελλάδα. Πόσα χρόνια είστε έξω και ποιο το πεδίο σας; Είστε «παιδί» του brain drain;
Μάλλον έχω μεγαλώσει και δεν μπορώ να είμαι παιδί του brain drain. Ηρθα στο Παρίσι μόλις τελείωσα την Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ, το 1992, για να εκπαιδευτώ στην «Αιμόσταση-Θρόμβωση» και είχα την τύχη να έχω ως μέντορα έναν από τους σημαντικότερους ανθρώπους στον διεθνή χώρο της αιματολογίας, τον καθηγητή Michel Samama, ο οποίος είχε καθοριστικό ρόλο στη χάραξη της επιστημονικής και επαγγελματικής πορείας μου.

Τι είναι η αιμόσταση;
Η αιμόσταση μελετά τον μηχανισμό που πιέζει το αίμα. Η γοντεία της αιμόστασης πηγάζει από το γεγονός ότι το αίμα – που είναι η ίδια η ζωή – πρέπει να διατηρείται σε ρευστή κατάσταση, να ρέει μέσα στα αγγεία

για να επιτελεί τις ζωτικές σημασιές λειτουργίες του. Το επιστημονικό πεδίο της αιμόστασης έχει μεγάλο ενδιαφέρον τόσο ερευνητικό όσο και κλινικό και είναι ένας από τους τομείς της σύγχρονης ιατρικής όπου γίνεται πραγματική επανάσταση και αφορά όλες τις ειδικότητες της. Από την αρχή λοιπόν αντιλήφθηκα ότι είχα καθήκον να συνδράμω στη μεταφορά και διάχυση των νέων γνώσεων και στην Ελλάδα. Το γεγονός ότι βρέθηκα στη Γαλλία, και όχι στις ΗΠΑ, στην Αγγλία ή στη Γερμανία, βοήθησε σημαντικά στην επιτέλεση αυτού του καθήκοντος.

Γιατί;
Η Ελλάδα στην περίοδο για την οποία συζητάμε, από τη δεκαετία του '90 και μετά, βρέθηκε σε μια πορεία ανάπτυξης που καθιστά εφικτή την παρακολούθηση και την εφαρμογή καινοτόμων προσεγγίσεων και τεχνολογιών στη χώρα. Η Γαλλία είναι κοντά στην Ελλάδα, όχι μόνο γεωγραφικά (3 ώρες Παρίσι - Αθήνα είναι ένα μπουτιλιάρισμα δρόμος), αλλά κυρίως πολιτιστικά και κοινωνικά. Επίσης η Ελλάδα και ο Έλληνας έχουν πολύ καλό όνομα στη Γαλλία. Άρα ήταν από την αρχή εφικτό να ξεκινήσουμε συνεργασίες με ελληνικά πανεπιστήμια σε έναν μοντέρνο και δυναμικό τομέα. Το τμήμα που διευθύνω έχει μια μεγάλη παράδοση διεθνών επιστημονικών συνεργασιών. Έχουμε ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα με χώρες της Μέσης Ανατολής, της Αφρικής, τις ΗΠΑ, την Κίνα και τη Ρωσία. Καταλαβαίνετε γιατί ήταν δυνατό οι σχέσεις μου με την Ελλάδα να ενταχθούν σε ένα πλαίσιο διεθνών συνεργασιών του τμήματος. Επίσης, πρέπει να σας πω ότι ποτέ δεν υπήρξα αυτό που λένε «καθαρός τεχνοκράτης» και ποτέ δεν αντιλήφθηκα την επιστήμη ως διαδι-

κασία ανεξάρτητη από το κοινωνικό γίγνεσθαι. Ο επιστήμονας, ακριβώς επειδή γνωρίζει και εφαρμόζει καθημερινά τους κανόνες της διαλεκτικής, οφείλει να αντιλαμβάνεται τι γίνεται στον κόσμο που ζει και να παρεμβαίνει στα σοβαρά κοινωνικά ζητήματα, στο μέτρο του δυνατού και όσο του επιτρέπει η θέση του. Δυστυχώς η Ελλάδα από το 2008 βρίσκεται στη δίνη του κυκλώνα. Καταλαβαίνετε λοιπόν γιατί δεν έφυγα ποτέ από την Ελλάδα.

Επειδή μιλάμε για τη Γαλλία και επειδή έχετε εικόνα για τις δύο χώρες (Ελλάδα - Γαλλία), ποια η στρατηγική εκεί για τον ιό;

Είναι σημαντικό πριν περιγράψουμε τις σημερινές στρατηγικές αντιμετώπισης της πανδημίας στην Ευρώπη να κάνουμε μια αποσαφήνιση. Το πλαίσιο εφαρμογής του σκληρού γενικού lockdown που εφαρμόστηκε τον Μάρτιο του 2020 δεν έχει καμία σχέση με το αυτό που ζούμε από τον Οκτώβριο και εντεύθεν. Κατά την έναρξη της πανδημίας δεν γνωρίζαμε απολύτως τίποτα για τον ιό SARS-CoV-2 και το νόσημα Covid-19. Αντίστοιχα οι διαγνωστικές μέθοδοι ήταν πολύ περιορισμένες με πολλά προβλήματα ως προς την ακρίβειά τους ενώ θεραπευτικές στρατηγικές για τους ασθενείς με Covid-19 (προσοχή δεν αναφερόμαι στο «φάρμακο») δεν υπήρχαν.

Από πότε αλλάζει;
Από τον Ιούνιο και μετά η κατάσταση έχει αλλάξει θεαματικά. Ωστόσο, η γενική στρατηγική αντιμετώπισης της πανδημίας δεν έχει τροποποιηθεί σημαντικά. Συνεχίζει να βασίζεται τόσο στη Γαλλία όσο και στην Ελλάδα στο μοτίβο του «ακορντεόν» περιμένοντας το εμβόλιο με ρυθμιστικό παράγοντα τον καιρό και το κλίμα. Η στρατηγική αυτή έχει ως καθοριστικό παράγοντα το επίπεδο κορεσμού των τριτοβάθμιων νοσοκομείων και κυρίως των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) χρησιμοποιώντας ως πρώιμο δείκτη της έντασης του

ικου φορτίου την εκτίμησή του στα λύματα και τα αποτελέσματα μιας αρκετά συστηματικής επιδημιολογικής επιτήρησης σε εθνικό επίπεδο. Δυστυχώς η ικνυλάτωση των επαφών των ασθενών με Covid-19 είναι ελλιπής. Επίσης είναι πολύ περιορισμένη η οργανωμένη συμμετοχή των γιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην αντιμετώπιση των ασθενών με Covid-19. Στο επίπεδο γενικών περιοριστικών μέτρων βρισκόμαστε σε μια ενδιάμεση κατάσταση καθώς από τις 16 Ιανουαρίου εφαρμόζεται το λεγόμενο couinte feu, δηλαδή η αυστηρή απαγόρευση της κυκλοφορίας μετά τις 6 το απόγευμα μέχρι τις 6 το πρωί, η αποτελεσματικότητα της οποίας είναι συζητήσιμη. Εδώ είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η επίκληση στη λεγόμενη «ατομική ευθύνη» είναι πολύ περιορισμένη. Η εκπαιδευτική διαδικασία στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, η φυσική παρουσία στον τόπο εργασίας των εργαζομένων στη βιομηχανία, στις κατασκευές (δημόσιες και ιδιωτικές), στις κοινωφελείς και δημόσιες υπηρεσίες δεν έχει περιοριστεί. Κατά συνέπεια, συνεχίζουμε να ζούμε συνθήκες συνωστισμού στα μέσα μαζικής μεταφοράς.

Τηλε-εργασία;
Για τα στελέχη και τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα η τηλε-εργασία διευκολύνεται. Τα εμπορικά καταστήματα είναι ανοικτά (αλλά δεν έχουν δουλειά) ενώ τα εστιατόρια, τα μπαρ, τα θέατρα και οι κινηματογράφοι είναι κλειστά. Ως προς τον εμβολιασμό, αντιμετωπίζουμε το μεγάλο πρόβλημα της έλλειψης εμβολίων και ο ρυθμός εμβολιασμού του πληθυσμού είναι χαμηλός. Ένα ενδιαφέρον στοιχείο που προέκυψε πριν από δύο εβδομάδες είναι η δήλωση του προέδρου Μακρόν σχετικά με την ενεργοποίηση της Γαλλίας στη χρηματοδότηση της έρευνας για τη θεραπεία της Covid-19. Επίσης έχει ανοίξει ο δημόσιος διάλογος σχετικά με την άρση της πατέντας των εμβολίων. Από την άλλη πλευρά, συνεχίζεται η πολιτική αποδιοργάνωσης τους εθνικού συστήματος υγείας – εν μέσω πανδημίας η κυβέρνηση κλείνει 3.600 κρεβάτια.

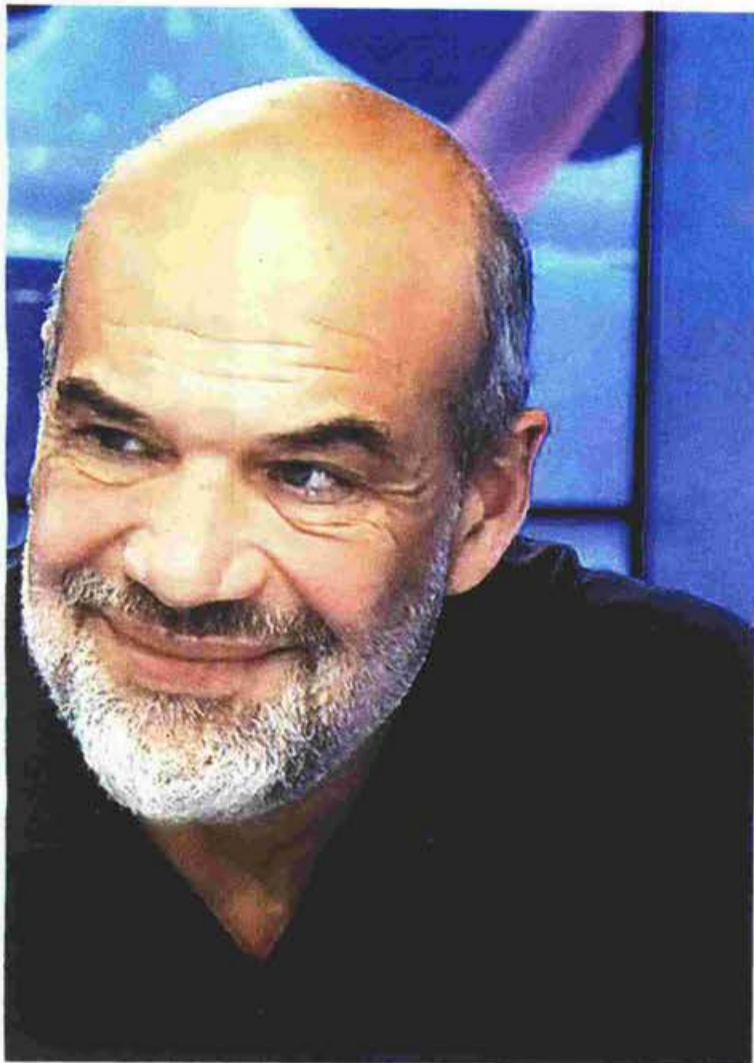
Εδώ, λόγω των αντοχών του ΕΣΥ, είμαστε σε μακρύ lockdown.



Εφαρμόζεται η στρατηγική «ακορντεόν» χωρίς να έχει παρουσιαστεί κανένα σχέδιο για την επόμενη φάση, τονίζει ο Γρηγόρης Γεροτζιάφας

Το γεγονός ότι εφαρμόζονται πολιτικές lockdown έναν χρόνο μετά την έναρξη της πανδημίας και ενώ έχουν συντελεστεί οι πρόοδοι που σας περιέγραψα είναι απόδειξη της πολιτικής αποτυχίας στη διαχείριση της πανδημίας. Καταρχήν δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι για το lockdown του Οκτωβρίου - Νοεμβρίου ο ορίζοντας ήταν ο μαζικός και ταχύς εμβολιασμός που θα έβαζε σύντομα τέλος στην πανδημία. Τα εμβόλια υπάρχουν μεν, αλλά ο εμβολιασμός θα χρειαστεί περισσότερο χρόνο για να ολοκληρωθεί από την αρχική πρόβλεψη, ενώ είναι υπό επιστημονικά διερεύνηση τα ερωτήματα ως προς τη διάρκεια της ανοσίας, την αποτελεσματικότητά τους απέναντι σε μεταλλαγμένα στελέχη του ιού κ.λπ. Άρα, ο όρος «πολιτική αποτυχία» έχει διπλή σημασία. Πρώτον, η πολιτική ηγεσία εδώ και 9 μήνες δεν μπόρεσε να εκπονήσει ένα εναλλακτικό σχέδιο προστασίας της δημόσιας υγείας συνολικά, ενσωματώνοντας τις επιστημονικές κατακτίσεις που συντελέστηκαν. Η πολιτική ηγεσία έκανε μια μονοδιάστατη πολιτική επιλογή «ποντάροντας» μόνο στο εμβόλιο. Το αποτέλεσμα είναι ότι θυσίασε την ομαλή κοινωνική και οικονομική λειτουργία της χώρας και οδήγησε σε χρεοκοπία τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις. Επιπλέον, εκτοπίζονται από το σύστημα υγείας οι ασθενείς

Γρηγόρης Γεροτζιάφας



ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό, χωρίς επικοινωνία και συντονισμό. Από τη μια μεριά, ο υποστελεχωμένος δημόσιος τομέας με ένα προβληματικό ΕΣΥ λόγω χρόνιας υποχρηματοδότησης. Με σοβαρά δομικά προβλήματα και ελλείμματα στην εκπαίδευση του προσωπικού που επιδεινώθηκαν με το brain drain. Από την άλλη, ο ιδιωτικός τομέας υγείας, που σε ένα σημαντικό ποσοστό είναι κρατικοδίαιτος, ο οποίος αν και προσφέρει πάνω από το 30% των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ιατρικές πράξεις υψηλής τεχνολογίας που δεν προσφέρονται στο δημόσιο σύστημα, δεν συνυπολογίζεται στον στρατηγικό σχεδιασμό της χώρας, συνθέτουν ένα μη αποδοτικό σύστημα υγείας. Τις δραματικές συνέπειες αυτής της κατάστασης τις είδαμε κατά τη διάρκεια του δεύτερου επιδημικού κύματος στη Θεσσαλονίκη. Επίσης, ένα σημαντικό μέρος των δραστηριοτήτων του δημόσιου ΕΣΥ έχει μεταφερθεί (εκχωρηθεί) στον ιδιωτικό τομέα (π.χ. εξειδικευμένες εργαστηριακές εξετάσεις). Εξ όσων γνωρίζω, δεν υπάρχει επικαιροποιημένος υγειονομικός χάρτης. Το κόστος αποτελεί το κυριότερο εμπόδιο στην πρόσβαση στην περίθαλψη, ιδίως για πολίτες με χαμηλό εισόδημα. Ενα στα δέκα νοικοκυριά υφίσταται καταστροφικές δαπάνες υγείας και η πρακτική των άτυπων πληρωμών εξακολουθεί να υπάρχει. Το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού στη χώρα, μετά τη 10ετή εφαρμογή των μνημονιακών πολιτικών, έχει υποβαθμιστεί σημαντικά. Η γήρανση του πληθυσμού θέτει ένα νέο πλαίσιο νοσηρότητας και άρα χρειάζεται αναπροσαρμογή σε πολλούς τομείς της περιθαλψής. Τέλος, στα υπάρχοντα νοσήματα προστίθεται ένα καινούργιο. Η Covid-19. Δεν πρέπει να ξεγελούμε τους εαυτούς μας. Η Covid-19 θα παραμείνει αφού τελειώσει η πανδημία. Σε όλη την Ευρώπη η μέχρι σήμερα εμπειρία απέδειξε αυτό που είναι γνωστό από την αρχή του 20ού αιώνα. Το δημόσιο σύστημα υγείας είναι η αιχμή του δόρατος για την προστασία της υγείας του λαού.

Πολλοί αναρωτούνται – όχι συνωμοσιολογικά – πώς είχαμε τόσο γρήγορα αποτελέσματα με τα εμβόλια...

Είναι ένα πολύ λογικό ερώτημα. Η απάντηση είναι απλή. Τα εμβόλια mRNA είναι μεν μοντέρνα και καινοτόμα, αλλά η βιοτεχνολογία έχει αναπτύξει εδώ και 15-20 χρόνια. Επίσης η διαδικασία χρηματοδότησης των μελετών είναι ταχύτατη και τα χρηματικά ποσά που έχουν επενδυθεί/δαπανηθεί είναι τεράστια. Το πιο εύκολο μέρος της έρευνας ήταν οι κλινικές μελέτες οι οποίες περιέλαβαν έναν μεγάλο αριθμό ατόμων πολύ γρήγορα καθώς βρισκόμαστε σε μια πανδημία που επεκτάθηκε μέσα σε λίγες εβδομάδες στο σύνολο του πλανήτη. Τέλος, πρέπει να σημειώσουμε ότι οι μεγάλες κλινικές μελέτες των εμβολίων που έχουν δημοσιευθεί (όπως και όλες οι σύγχρονες κλινικές μελέτες φάσης III) είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να έχουν ευαισθησία



Είπε

Δεν είναι δυνατόν να αποδεχθούμε ότι η δημόσια υγεία, η κοινωνική συνοχή και η οικονομική δραστηριότητα, με άλλα λόγια η εθνική ανεξαρτησία και η κρατική υπόσταση των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα εξαρτώνται από τα business plans 10 φαρμακευτικών εταιρειών

Θα χρειαστούμε σύντομα εμβόλια 2ης γενιάς και θα πρέπει να προετοιμάσουμε από τώρα τις διαδικασίες μελέτης, έγκρισης και παραγωγής ώστε να μην ξαναζήσουμε την κατάσταση που ζούμε σήμερα

στο θέμα της ασφάλειας του εμβολιασμού.

Παρότι είστε ειδικός στο αίμα, ποια η εμπλοκή σας με την Covid;
Ο κορωνοϊός, πέρα από φλεγμονή, και τη μεγάλη ανοσολογική διαταραχή, μέσω μιας «καταιγίδας κυτοκινών», προκαλεί ενεργοποίηση της πίξης του αίματος και των ενδοθηλιακών κυττάρων, με αποτέλεσμα τον σχηματισμό θρόμβων τόσο σε μεγάλα φλεβικά αγγεία του πνεύμονα ή των κάτω άκρων (που εκδηλώνεται ως πνευμονική εμβολή ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση) όσο και στο επίπεδο της μικροκυκλοφορίας του πνεύμονα. Η υπερπηκτικότητα του αίματος είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου επιδείνωσης της νόσου και σχετίζεται άμεσα με τη θνητότητα.

Στους ασθενείς με σοβαρή νόσο Covid-19 η υπερπηκτικότητα του αίματος είναι η κυρίαρχη διαταραχή και η διάχυτη ενδοπνευμονική θρόμβωση σχετίζεται με τη βαρύτητα της νόσου. Η συχνότητα φλεβικής θρόμβωσης στους ασθενείς που νοσηλεύονται με Covid-19 είναι 17% (7% στους ασθενείς που νοσηλεύονται στους συμβατικούς θαλάμους και 27% στους ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ).

Στους ασθενείς με Covid-19 που παθαίνουν φλεβική θρόμβωση η θνη-

τότητα είναι της τάξης του 23%, ενώ σε εκείνους που δεν έχουν φλεβική θρόμβωση η θνητότητα είναι 13%. Τέλος, νεκροτομικές μελέτες τεκμηριώνουν ότι 38% των ασθενών που πέθαναν στο σπίτι είχαν νεκροτομικά τεκμηριωμένη φλεβική θρόμβωση. Τα δεδομένα αυτά αποδεικνύουν ότι η θρόμβωση δεν είναι απλώς μια επιπλοκή της νόσου, αλλά είναι μέρος της παθογένεσης της Covid-19.

Ποια στρατηγική εμβολιασμού πρέπει να ακολουθήσουν τα ευρωπαϊκά κράτη;

Μετά τον αρχικό ενθουσιασμό ήλθε η ώρα να αντιμετωπίσουμε την πραγματικότητα η οποία ανέδειξε τρία απολύτως προβλέψιμα προβλήματα: 1. Η προσφορά εμβολίων υστερεί σημαντικά σε σχέση με τη ζήτηση τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο. 2. Η διάθεση εμβολίων είναι αντικείμενο κερδοσκοπικών χρηματιστηριακών παιχνιδιών και γεωπολιτικών ισορροπιών. Κυρίως όμως, η διάθεση εμβολίων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθορίζεται από τη ζήτηση και τις προτεραιότητες του εμβολιασμού στις ΗΠΑ, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Ρωσία ή στην Κίνα. 3. Το πρόγραμμα και η αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού θα καθορισθούν σημαντικά από τη μεταδοτικότητα των νέων στελεχών του SARS-CoV-2 αλλά και από την αποτελεσματικότητα των υπάρχοντων εμβολίων έναντι των «μεταλλαγμένων» στελεχών (είτε αυτών που υπάρχουν σήμερα είτε εκείνων που θα εμφανιστούν στο μέλλον). Χρειάζεται λοιπόν να κινητοποιηθούν οι πολίτες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για να διεκδικήσουν γενικό εμβολιασμό.

Τι να κάνουμε;

Είναι σημαντικό να καταλάβουμε όλοι ότι χρειάζεται καθολικός και ταχύς εμβολιασμός σε παγκόσμιο επίπεδο προκειμένου να αυξηθεί η «ανοσολογική πίεση» και να αποφευχθούν μεταλλάξεις που θα οδηγήσουν σε εμφάνιση στελεχών του SARS-CoV-2 που θα είναι ανθεκτικά στα εμβόλια. Επίσης, πρέπει να θεωρήσουμε ως δεδομένο ότι θα χρειασθούμε σύντομα εμβόλια 2ης γενιάς και θα πρέπει να προετοιμάσουμε από τώρα τις διαδικασίες μελέτης, έγκρισης και παραγωγής ώστε να μην ξαναζήσουμε την κατάσταση που ζούμε σήμερα. Πρέπει να εξασφαλίσουμε διαφάνεια στις συμφωνίες με τις φαρμακευτικές εταιρείες και ανεξαρτησία από τα επιχειρηματικά σχέδιά τους. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τίθεται στην ημερήσια διάταξη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου η άρση της πατέντας για όλα τα προϊόντα (διαγνωστικά τεστ, φάρμακα και εμβόλια) που σχετίζονται με τον SARS-CoV-2 και την πανδημία. Δεν είναι δυνατόν να αποδεχθούμε ότι η δημόσια υγεία, η κοινωνική συνοχή και η οικονομική δραστηριότητα, με άλλα λόγια η εθνική ανεξαρτησία και η κρατική υπόσταση των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα εξαρτώνται από τα business plan 10 φαρμακευτικών εταιρειών.

με άλλα νοσήματα. Τέλος, έχουν καταρρεύσει τα συστήματα προληπτικής ιατρικής (π.χ. τα προγράμματα πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, του παχέος εντέρου κ.λπ.), η δε ψυχολογική κατάσταση του πληθυσμού – ιδίως των μεγάλων αστικών κέντρων – επιδεινώνεται σταθερά.

Δεύτερον, εφαρμόζεται η στρατηγική «ακοντεόν» χωρίς να έχει παρουσιαστεί κανένα σχέδιο για την επόμενη φάση, εκτός από την προσημονία ότι με το lockdown θα κοπώσει το επιδημικό κύμα.

Επιμένετε σε μια ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας;

Καθώς βρισκόμαστε σε μια πρωτόγνωρη κατάσταση μείζονος υγειονομικής κρίσης με καταστροφικές συνέπειες στο σύνολο της κοινωνίας, πρέπει η σκέψη μας να είναι επικεντρωμένη στο πρόβλημα που επιδεινώνει την κατάσταση. Το πρόβλημα αυτό είναι ότι κάποιοι από τους ανθρώπους που πάσχουν από Covid-19 θα περάσουν από την ήπια στη βαριά μορφή της νόσου και θα χρειαστούν νοσηλεία. Ενώ οι περισσότεροι ασθενείς με Covid-19 αναπτύσσουν μη σοβαρή ασθένεια, που συνήθως χαρακτηρίζεται από πυρετό, βήχα, μυαλγίες και δύσπνοια, περίπου το 15% αναπτύσσει σοβαρή ασθένεια που απαιτεί νοσηλεία και

υποστήριξη με οξυγόνο και 5% παρουσιάζουν κρίσιμη ασθένεια που απαιτεί εισαγωγή σε ΜΕΘ. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η αρχική φάση της νόσου εξαρτάται από τον ιό ενώ η επιδείνωση της νόσου εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και την αντίδραση του οργανισμού. Σήμερα γνωρίζουμε πολύ καλά ποιο είναι το προφίλ των ασθενών που κινδυνεύουν να παρουσιάσουν σοβαρή μορφή της νόσου. Επίσης γνωρίζουμε σε ποιες περιοχές των πόλεων συγκεντρώνονται, γνωρίζουμε σε ποιους χώρους εργάζονται, ξέρουμε σε ποιες κοινωνικές τάξεις ανήκουν. Εχουμε δηλαδή δεδομένα που μας επιτρέπουν να κάνουμε στοχευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και να εφαρμόσουμε στοχευμένη επιδημιολογική επιτήρηση και ικνυλάτηση και να εφαρμόσουμε στοχευμένα μέτρα περιορισμού της κίνησης των πολιτών.

Η όλη περιπέτεια δείχνει μια ανάγκη μεγέθυνσης του ΕΣΥ, ένα νέο σύστημα ή μια σύμπραξη ιδιωτικού και δημόσιου τομέα;

Από θέση αρχής, η υγεία, όπως και η παιδεία, είναι δημόσιο αγαθό το οποίο πρέπει να προσφέρεται δωρεάν σε όλους του πολίτες του κράτους. Ας δούμε πώς διαμορφώνεται το πεδίο σήμερα. Στην Ελλάδα λειτουργούν δύο παράλληλα συστήματα υγείας,