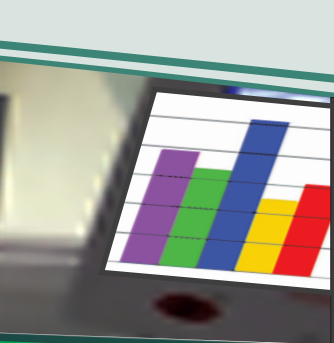
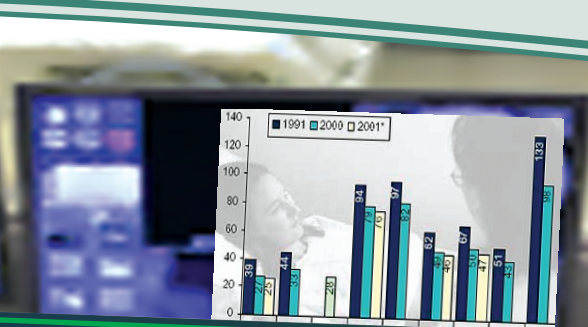
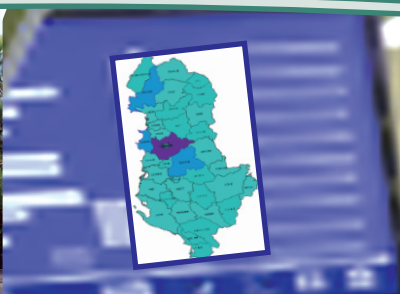


Buletini i Institutit të Shëndetit Publik



INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK



Nr. 1 - 2014

BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Arjan Bregu

Anëtarë:

**Genc Burazeri, Eduard Kakarriqi, Silva Bino,
Arben Luzati, Gentiana Qirjako**

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktore letrare:

Glediona Tola, Kleopatra Sava

Design & Layout Genc Musa

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TE SHENDETIT PUBLIK Nr. 1-2014

Valbona Bare, Anilda Kokali, Ediona Bici, Zaira Poga

Situata higjierno-sanitare e ujit të pijshëm në zonat urbane të vendit për tremujorin e fundit të vitit 2013 4

Erida Nelaj, Artan Mesi, Arben Xhabija, Iria Preza, Silva Bino

Mbi sistemin elektronik të vaksinimit dhe avantazhet e tij 11

Adela Vasili, Dhurata Torba, Silva Bino

Vështrim mbi epidemiologjinë e sifilizit në Shqipëri 19

Roland Bani, Redona Dudushi, Marjeta Dervishi

Java Evropiane e Testimit për HIV 25

Alba Merdani, Dorina Çanaku, Ervin Toçi, Bajram Dedja

Analizë e të dhënave të sistemit të survejancës së abortit për vitin 2012 28

Dorina Çanaku, Alba Merdani, Ervin Toçi, Eduard Kakarriqi

Shpërndarja e defekteve të lindura në vendin tonë për vitin 2012
Sistemi i survejancës së defekteve të lindura (SSDL) 33

Miranda Hajdini, Eduard Kakarriqi

Planifikimi familjar Sistemi i menaxhimit logjistik të
kontraceptivëve (LMIS) 38

Elida Mataj, Genci Dervishi, Ilir Dume, Gjergji Sina

Vlerësimi i cilësisë së ajrit në afërsi të vendgrumbullimit
të mbetjeve në Sharrë 41

Situata higjieno-sanitare e ujit të pijshëm në zonat urbane të vendit për tremujorin e fundit të vitit 2013

Valbona Bare, Anilda Kokali, Ediona Bici, Zaira Poga

Departamenti Shëndeti dhe Mjedisi - Seksioni i Ujit dhe Sanitetit,
Instituti i Shëndetit Publik.

Vendi ynë ka mjaft rezerva ujore, indeksi i shfrytëzimit dhe i përdorimit të të cilave akoma nuk është në koeficientin e duhur. Kjo vjen si rezultat i shumë faktorëve socialë dhe ekonomikë, ku indeksi i shfrytëzimit të burimeve ujore të vendit akoma është i ulët, për mungesë të një infrastrukture akoma jo shumë efektive edhe pse investimet nuk kanë munguar.

Ky vlerësim tregon që ujin e pijshëm duhet ta konsiderojmë si pikën më delikate dhe më me përparësi në fushën e shëndetit publik.

Në këtë drejtim, Seksioni i Ujit dhe i Sanitetit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) është Qendra Kombëtare e mbledhjes, përpunimit, analizës dhe vlerësimit të riskut për të dhënat në fushën e Ujit dhe Sanitetit, të ardhura nga Drejtoritë e Shëndetit Publik të rretheve, si dhe të dhënat e prodhuara nga laboratorët e Departamentit të Shëndetit dhe të Mjedisit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP), me qëllim uljen e sëmundshmërisë me origjinë hidrike dhe parandalimin e shpërthimeve epidemike me natyrë hidrike në vend.

E gjithë veprimtaria e punës sonë bazohet në rregulloren higjieno-sanitare për kontrollin e cilësisë së ujit të pijshëm të VKM-së Nr.145, datë 26.02.1998, “Për projektimin, ndërtimin, rikonstruksionin dhe shfrytëzimin e veprave të furnizimit me ujë të pijshëm”; Direktivat e Bashkimit Evropian (BE) për ujin e pijshëm siç është Direktiva 98/83/-CE; si dhe në një sërë ligjesh të tjera si Ligji nr.7643, datë 02.12.1992, “Për Shëndetin Publik dhe Inspektoratin Sanitar Shtetëror” (i ndryshuar, pika 4, neni 42), apo Ligji nr.10138, datë 11.05.2009, “Për Shëndetin Publik”.

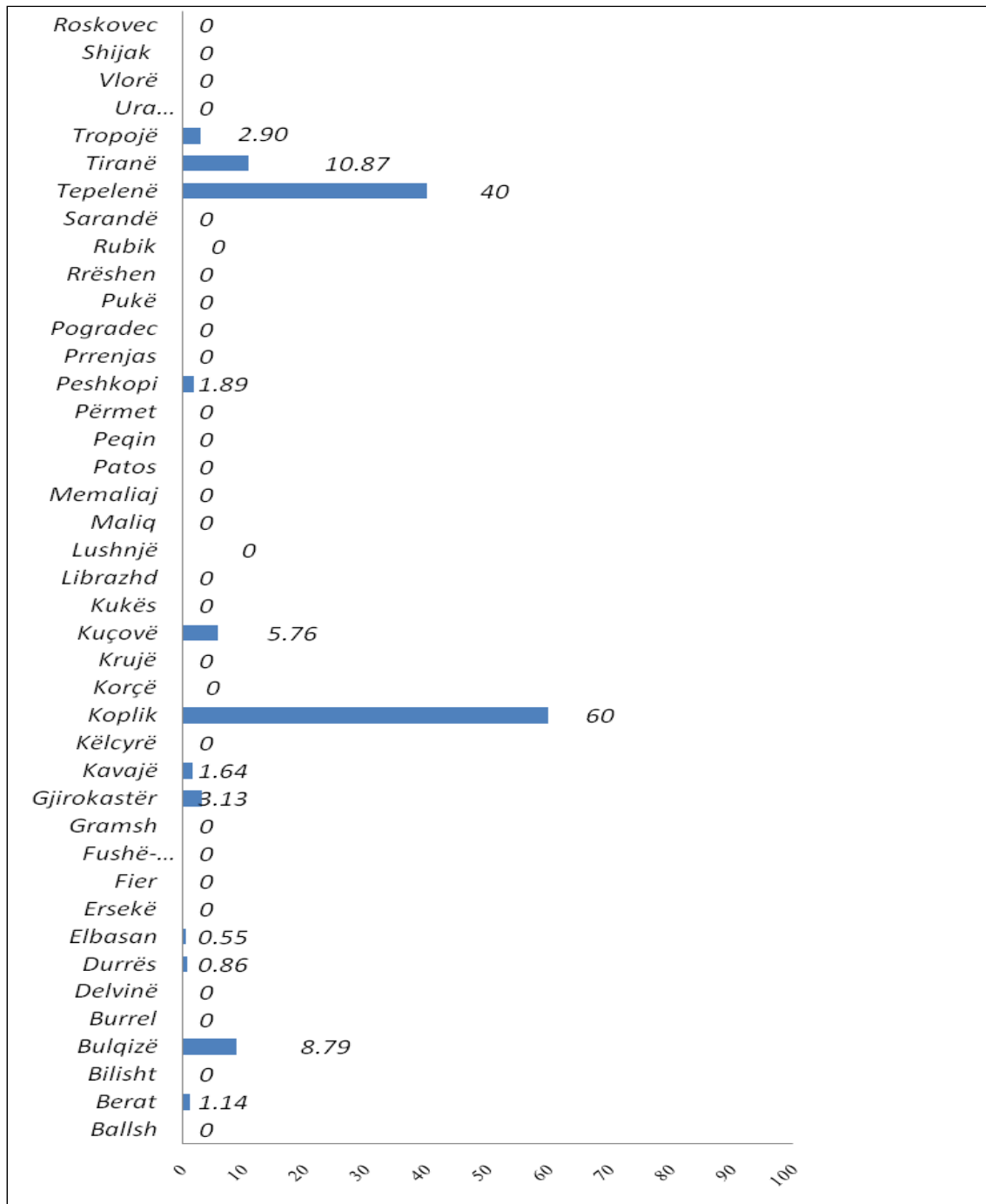
Ndër indikatorët kryesorë të monitorimit të ujit që raportohen nga rrethet në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) përmendim: E. Coli (MPN) dhe Klorin rezidual (në mg/l).

Të dhënat e përfuara gjatë monitorimit dërgohen çdo muaj pranë Institutit të Shëndetit Publik (ISHP), i cili bën analizën e të dhënave, përcaktimin dhe vlerësimin e riskut shëndetësor në rastet e vërejtura të ndotjeve bakterore në ujë. Ky vlerësim, në formën e Buletinit Mujor, dërgohet në Ministrinë e Shëndetësisë, Ministrinë e Shtetit për Çështjet Vendore, Ministrinë e Transportit dhe Infrastrukturës, dhe në Entin Rregullator të Ujit të Shqipërisë.

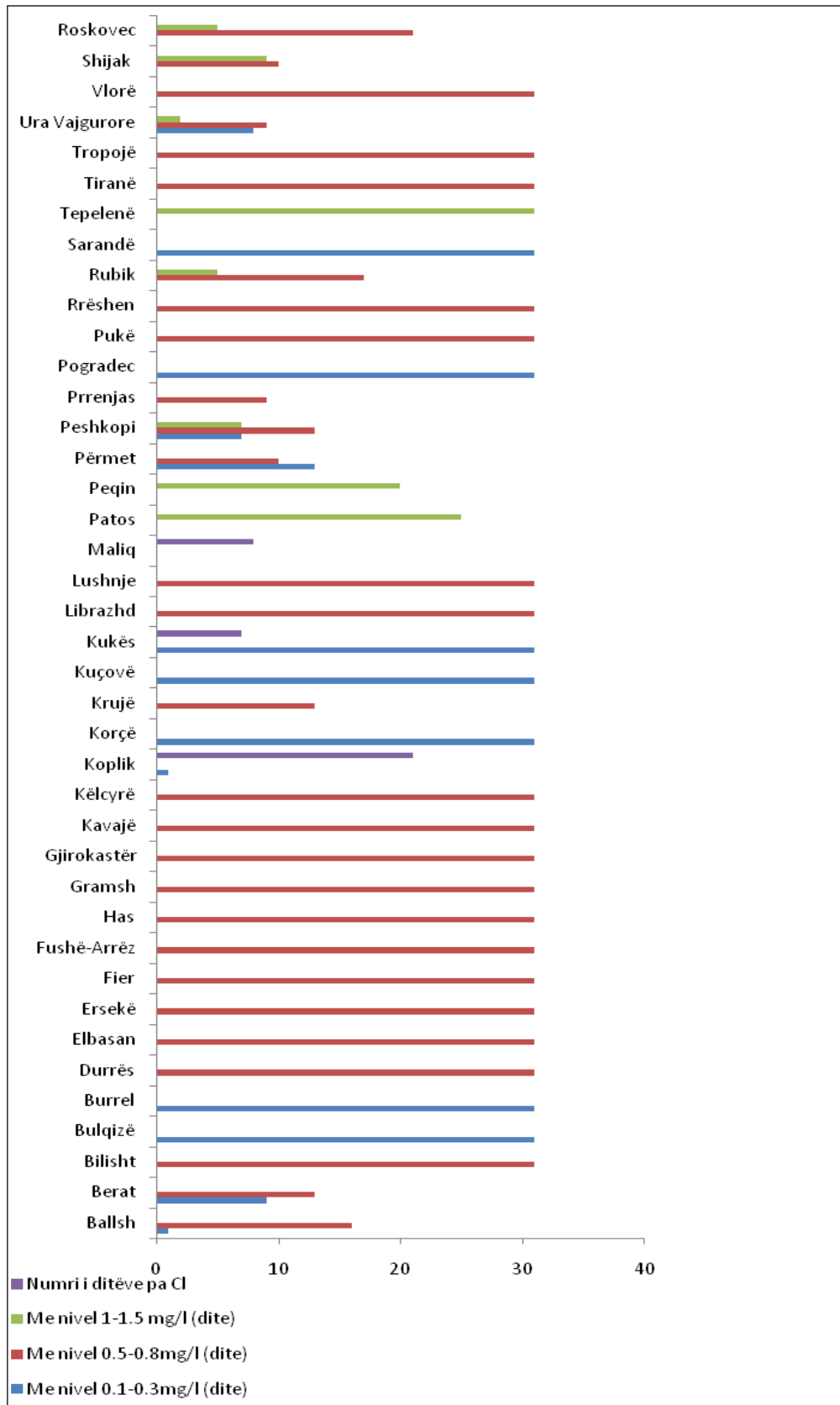
Nga të dhënat e ardhura nga rrethet për periudhën Tetor – Dhjetor 2013 rezultojn se:

Gjatë muajit tetor 2013 janë konstatuar ndotje mikrobiologjike në ujësjellësit e qyteteve Tiranë, Tepelenë, Tropojë, Peshkopi, Kuçovë, Koplík e Bulqizë. Në ujësjellësit e qyteteve Berat, Kavajë, Durrës dhe Elbasan ndotjet kanë qenë më të pakta. Nga të dhënat e raportuara për klorin konstatohet se në ujësjellësit në të cilët janë konstatuar ndotje të larta bakteriologjike, klori rezidual ka qenë i ulët (0.1-0.3mg/l) ose në vlerat 0 mg/l klor rezidual. Shih grafikët më poshtë mbi ndotjen bakterore dhe klorin rezidual për muajin tetor (2013).

**Mesatarja mujore e mostrave të ujit jashtë standardit për E. COLI
Tetor 2013 (në%)**

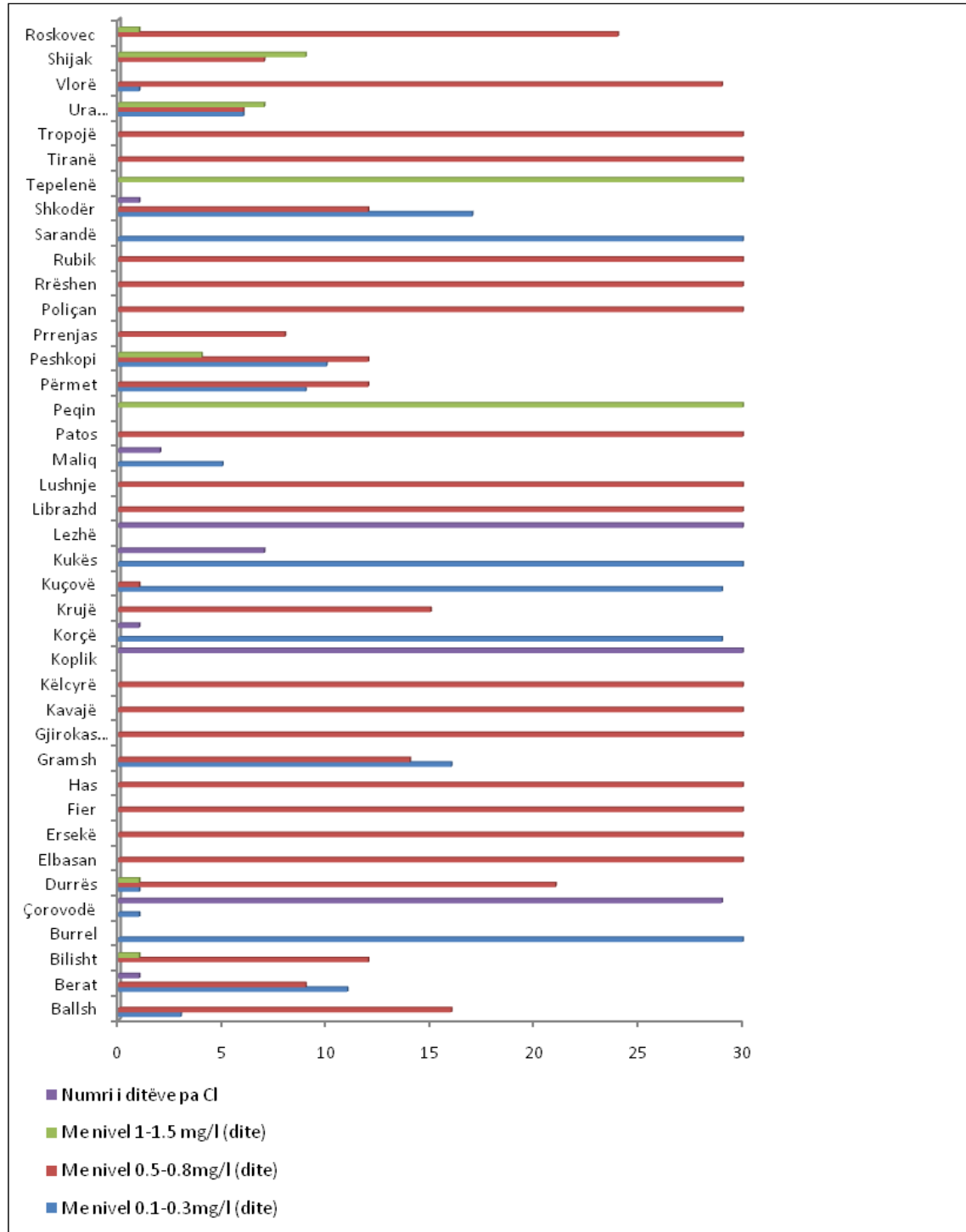


Vlera e klorit (në mg/l) të monitoruara gjatë muajit Tetor 2013



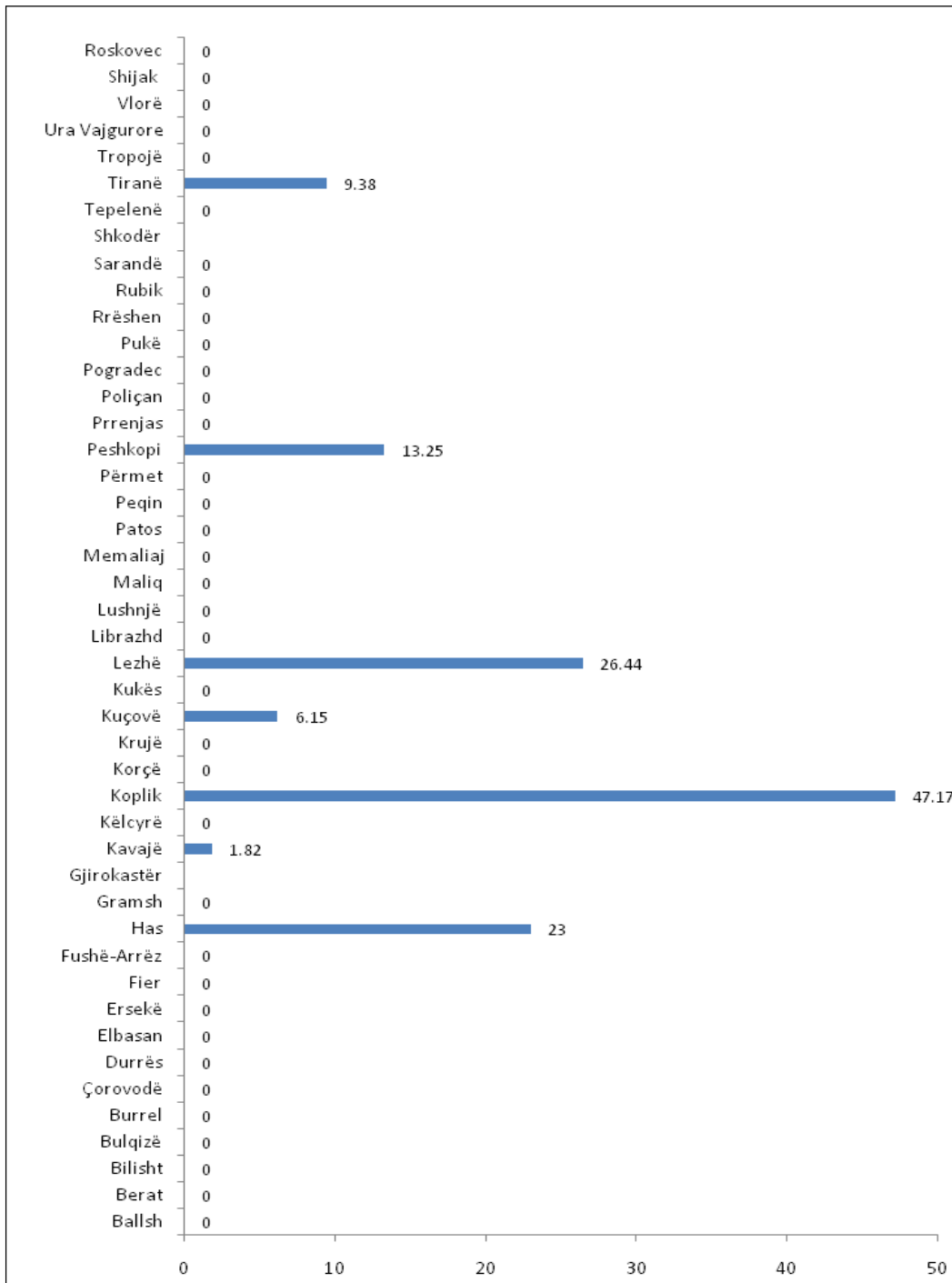
Gjatë muajit nëntor 2013, nga të dhënat e raportuara janë konstatuar ndotje bakterore të konsiderueshme në ujësjellësit e qyteteve Tiranë, Koplik, Has, Kuçovë, Lezhë, Peshkopi, Berat, Shkodër e Tropojë. Ndotje të lehta bakterore janë konstatuar në ujësjellësit e qyteteve Vlorë dhe Ura -Vajgurore. Gjithashtu, edhe nga të dhënat për klorin residual, rezulton se qytetet me ndotje bakterore gjatë muajit kanë patur klorin e ulët ose klori ka rezultuar në vlerat zero mg/l.

Vlerat e klorit (në mg/l) gjatë muajit Nëntor 2013

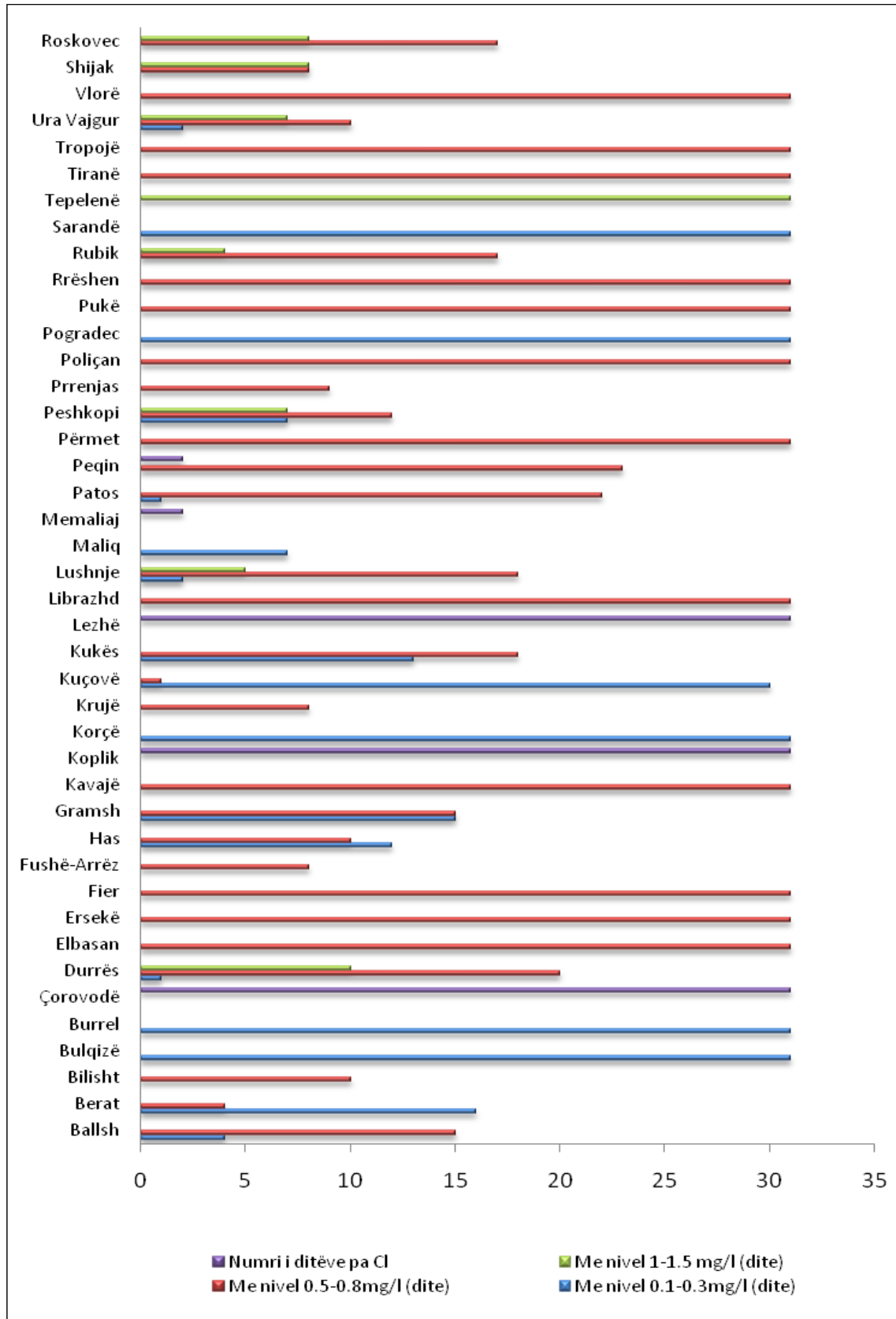


Për muajin dhjetor, nga raportimet e ardhura nga rrethet për aspektin mikrobiologjik dhe për klorin, konstatohet se ndotjet bakterore kanë qenë të pranishme në qytetin e Tiranës, Peshkopisë, Lezhës, Kuçovës, Koplikut dhe Hasit. Ndërsa nga të dhënat për klorin rezultojnë se ka patur nivele të ulëta të klorit në rrjetin ujësjellës të qyteteve Bulqizë, Burrel e Sarandë. Pa klor janë raportuar qytetet Çorovodë, Koplik e Lezhë. (Shih grafikët e mëposhtëm).

Mesatarja mujore e mostrave të ujit jashtë standartit për E. Coli (në%) në muajin dhjetor 2013



Niveli i klorit rezidual (mg/l) në muajin Dhjetor 2013



Konkluzione dhe Rekomandime

Në ndotjet e ujit të pijshëm ndikojnë një sërë faktorësh si:

- Amortizimet e rrjetit të brendshëm të ujësjellësit;
- Ndërhyrjet pa kriter në rrjetin e ujësjellësit;
- Mosklorinimi i ujit të pijshëm nga ndërmarrjet e ujësjellësit apo klorinimi i pa- mjaftueshëm, në vlera të ulëta të klorit residual;
- Prandaj rekomandojmë që nga ndërmarrjet e ujësjellësit të kryhet në vazhdimësi inspektimi dhe ndërhyrja për gjetjen e defekteve në rrjetin e ujësjellësit dhe të bëhet eliminimi i tyre;
- Gjithashtu, nga ana e tyre të komunikohet në vazhdimësi me Inspektoriatin Sanitar Shtetëror të rrethit mbi defektet e mundshme në rrjet;
- Nga ndërmarrjet e ujësjellësit të kryhet në vazhdimësi dezinfektimi i ujit të pijshëm sipas rekomandimeve të dhëna, për të siguruar ujë të pijshëm të sigurt për popullatën.

Mbi sistemin elektronik të vaksinimit dhe avantazhet e tij

Erida Nelaj, Artan Mesi, Arben Xhabija, Iria Preza, Silva Bino

Departamenti i Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive,
Instituti i Shëndetit Publik.

Shqipëria ka një program shumë të mirë vaksinimi, i cili siguron prej dekadash një mbulesë vaksinale të lartë. Megjithatë, programi ka nevojë për një sërë ndryshimesh dhe sfidash për të ruajtur arritjet e deritanishme.

Lëvizja brenda vendit dhe urbanizimi e bëjnë të vështirë menaxhimin e regjistrave themeltarë të çdo qendre shëndetësore, duke ngritur dyshime në lidhje me emëruesin (popullatën përkatëse).

Sistemi i raportimit, i bazuar në letër, i ngarkon me më shumë punë vaksinuesit, pasi është e vështirë të merret në çdo kohë informacioni i vlefshëm dhe i detajuar në lidhje me mbulesën vaksinale, arsyet e mosvaksinimit, vonesat e probleme të tjera që mund të përdoren për ndonjë ndërhyrje të mundshme.

Në mënyrë që t'u përgjigjemi këtyre sfidave, si dhe të përmirësojmë informacionin lidhur me vaksinimin, duke e lidhur këtë informacion me veprimet që duhet të ndërmerren, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) me mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë, ka bashkëpunuar me Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSH) dhe organizatën PATH (Programi për Teknologji në Shëndetësi) nëpërmjet projektit "Optimize", për zbatimin e një sistemi informativ të imunizimit të bazuar në internet, i cili fokusohet në integrimin e të dhënave individuale të vaksinimit dhe menaxhimin e vaksinave në të gjitha nivelet.

Ideja kryesore e Sistemit Informativ të Vaksinimit (SIV) është të dixhitalizojë të gjitha të dhënat që disponohen në programin e imunizimit/vaksinimit, të cilat lidhen me çdo person që përfiton vaksinimin, menaxhimin e stokut të vaksinave, planifikimin, llojin e vaksinës që shpërndahet dhe reaksionet e mundshme anësore, dhe të bëjë që i gjithë ky informacion i vlefshëm të jetë në dispozicion në internet në çdo kohë, duke çuar në përmirësimin e menaxhimit të programit në të gjitha nivelet.

Ky sistem është pilotuar në rrethin e Shkodrës, ku aktualisht janë trajnuar 30 persona dhe punojnë në sistem të gjithë vaksinuesit. Sistemi ka filluar të funksionojë "online" qysh në vitin 2011 pas një sërë trajnimesh dhe testimesh. Fillimisht u përcaktua të fillohej me fëmijët e lindur në vitin 2011, por vaksinuesit duke parë lehtësinë e hedhjes së të dhënave, lehtësinë e planifikimit mujor dhe përlogaritjes së vaksinave që ju nevojiten çdo

muaj, nëpërmjet sistemit, hodhën në sistem edhe fëmijët e lindur në vitet paraardhëse, duke na dhënë aktualisht në sistem një numër të konsiderueshëm fëmijësh të viteve të mëparshme.

Për të hyrë në faqen kryesore mjafton të klikohet në: www.siv.al

Kjo faqe ka një sërë informacionesh të hapura për të gjithë. Aty çdokush mund të shohë kalendarin kombëtar të vaksinimit, apo të lexojë më shumë për sëmundjet që parandalohen nga vaksinat. Në këtë faqe janë radhitur një sërë pyetjesh në lidhje me sëmundjet dhe vaksinat, për të cilat gjenden edhe përgjigjet përkatëse. Po kështu, ajo shërben edhe si mjet për trajnimin e vazhduar të personelit në lidhje me SIV, si dhe do të shërbejë për të gjitha problemet e vaksinimit qoftë për prindërit apo publikun dhe personelin shëndetësor.

Ndërkohë për të ruajtur të dhënat personale, çdo përdorues i mundshëm i SIV që mund të jetë punonjës i ISHP-së, DSHP-së (Drejtoria e Shëndetit Publik) apo vaksinues, mund të futet në sistem duke përdorur emrin që i është caktuar si përdorues dhe fjalëkalimin e dhënë. Në këtë pjesë të veçantë kryhet menaxhimi i informacionit për vaksinimin.

Në këtë zonë aktualisht vaksinuesit punojnë vetëm me 5 menu të cilat janë:

1. **Personi** i cili shërben për të regjistruar, radhitur apo gjetur çdo person të vlefshëm për SIV. Personi mund të jetë prind/kujdestar apo fëmijë.
2. **Vaksinimi** i cili shërben për të gjetur takimet e planifikuara për çdo fëmijë; planin mujor të vaksinimit për çdo qendër shëndetësore; regjistrin themeltar të vaksinimit dhe kartelën e vaksinimit për çdo fëmijë, nga ku plotësohet çdo informacion në lidhje me vaksinën e dhënë.
3. **Menaxhimi i stokut**, me anë të së cilës bëhet e mundur të menaxhohen sasitë e vaksinave që vaksinuesit kërkojnë, marrin dhe përdorin.
4. **Zinxhiri i ftohtë**, në të cilën dokumentohet gjendja e pajisjeve frigoriferike dhe temperaturat e monitoruara çdo muaj.
5. **Raportet**, nga ku vaksinuesit dhe të gjithë nivelet mbi të mund të marrin në mënyrë automatike vlerësimin e tyre për mbulesën vaksinale, apo kohortin e fëmijëve të lindur e të regjistruar në qendrat përkatëse.

Si ka ndryshuar puna e punonjësve të shëndetit?

Të dhënat e të porsalindurve dhe kujdestarëve të tyre (zakonisht prindërit ose kujdestarët) janë tashmë të regjistruara në një database qendror. Në momentin e hedhjes së të dhënave të fëmijëve në sistem, krijohet menjëherë një kalendar i vaksinimit dhe takimeve të ardhshme të fëmijëve. Kur vjen afati për vaksinimin, fëmijët përfshihen automatikisht në planin mujor të qendrës shëndetësore që përgjigjet për ta. Kjo eliminon nevojën e vaksinuesve për rishikim të regjistrave të tyre të vaksinimit, për të gjetur fëmijët në kohën për vaksinim. Në këtë mënyrë, vaksinuesit mund të përdorin planin mujor për të organizuar punën e tyre. Meqë të dhënat e kujdestarit janë ruajtur te SIV, vaksinuesit mund të dërgojnë mesazhe telefonike ose mund të telefonojnë për konfirmimin e takimit. Gjithashtu, plani mujor llogarit numrin total të dozave të vaksinave të nevojshme. Ky informacion ndihmon vaksinuesit për të përcaktuar numrin e saktë të sasisë së vaksinave që duhen kërkuar.

Kalendari i vaksinimit të një fëmije

SIV gjeneron automatikisht takimet e ardhshme për vaksinim të të porsalindurve të hedhur në sistem.

HepB-Hib-DTP - 1	2 Muaj	07/06/2012
OPV - 1	2 Muaj	07/06/2012
Pneumo - 1	2 Muaj	07/06/2012
Pneumo - 2	4 Muaj	07/08/2012
HepB-Hib-DTP - 2	4 Muaj	07/08/2012
OPV - 2	4 Muaj	07/08/2012
Pneumo - 3	6 Muaj	07/10/2012
HepB-Hib-DTP - 3	6 Muaj	07/10/2012
OPV - 3	6 Muaj	07/10/2012
MMR - 1	1 Vjec	07/04/2013
DTP - R1	2 Vjec	07/04/2014
OPV - R1	2 Vjec	07/04/2014
MMR - R1	5 Vjec	07/04/2017
OPV - R2	6 Vjec	07/04/2018
DT - R2	6 Vjec	07/04/2018

Konsultim i planit mujor

Një vaksinues hyn në faqen e internetit SIV për të shikuar planin mujor.



Përcaktimi se sa vaksinë duhet kërkuar

Plani mujor grupon të gjitha takimet e vaksinuesve për atë muaj. Tabela poshtë planit tregon vaksinat që duhen kërkuar.

Child	Caretaker	Vaccine	Vaccine Schedule	Preliminary Date	SMS	Data e Vaksinimit	Loti i Vaksines
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	Hep-B-1	Ne Lindje	15/06/2004	+	<input type="text"/>
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	BCG	Ne Lindje	15/06/2004	+	<input type="text"/>
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	DTP-1	2 Muaj	15/08/2004	+	<input type="text"/>
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	Hep-B-2	2 Muaj	15/08/2004	+	<input type="text"/>
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	OPV - 1	2 Muaj	15/08/2004	+	<input type="text"/>
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	DTP-2	4 Muaj	15/10/2004	+	<input type="text"/>
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	Hep-B-3	6 Muaj	15/12/2004	+	<input type="text"/>
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	DTP-3	6 Muaj	15/12/2004	+	<input type="text"/>
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	FR-1	1 Vjec	15/06/2005	+	<input type="text"/>
Ariel Ibrahim	Kujtim Ibrahim	DTP - R1	2 Vjec	15/06/2006	+	<input type="text"/>

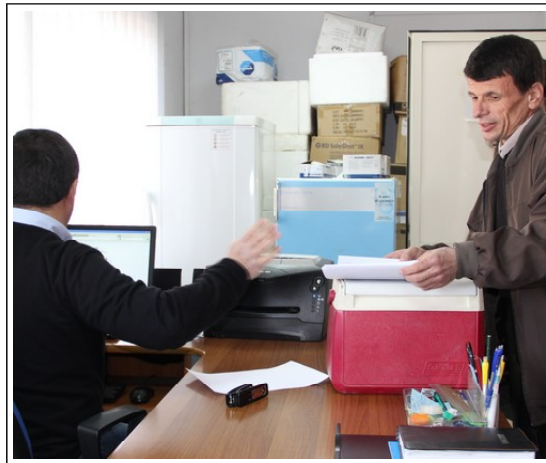
Gjatë vaksinimit të fëmijëve, vaksinuesit mund të përditësojnë statusin e vaksinimit drejtpërdrejtë tek plani mujor, duke plotësuar datën e vaksinimit dhe lotin e vaksinës së përdorur. Duke qenë se SIV përdoret edhe për menaxhimin e stokut, sistemi mund të tregojë numrin e loteve që ndodhen në depon e secilës qendër shëndetësore dhe të nxjerrë bilancin, çdo herë që vaksinatorët përdorin një numër loti të caktuar për vaksinim.

Kryevaksinuesi i rrethit mund të printojë planet mujore për secilën qendër shëndetësore, dhe t'i shpërndarë tek vaksinuesit bashkë me vaksinën. Në këtë mënyrë vaksinuesit, të cilët nuk kanë akses në kompjuter, mund të përdorin këto plane në letër për të organizuar punën e tyre dhe për të raportuar më pas për vaksinat që kanë administruar, duke bërë shënime në kolonat e mundësuar në format për datën e vaksinimit dhe numrin e lotit të përdorur. Disa vaksinues kanë filluar testimin me celularë, i cili nëpërmejt një aplikimi të SIV në celular ofron pjesën më të madhe të funksioneve të këtij sistemi.

SIV ndihmon vaksinuesit të gjejnë dhe përditësojnë regjistrimin e vaksinimit të çdo fëmije në sistem për shembull: duke përdorur kodin 10-shifror të identifikimit të nënave ose emrin dhe datëlindjen e fëmijës. Fëmijët që lëvizin brenda Shqipërisë mund të transferohen direkt në qendrat e tyre të reja online nëpërmjet SIV.

Duke shpërndarë vaksinat dhe planet mujore

Një vaksinues i qendrës shëndetësore të një komune merr nga kryevaksinuesi i rrethit vaksinat për muajin, bashkë me planet mujore për të gjithë fshatrat në zonën e tij/saj.



Duke shpërndarë vaksinat dhe planin mujor

Bashkë me vaksinat e nevojshme, vaksinuesi i qendrës shëndetësore i jep një kopje të planit mujor vaksinuesit të një pike vaksinimi të një fshati.



Printime të një raporti mujor

Printimi i një plani mujor i lejon vaksinuesit të shënojë datën dhe numrin e lotit të çdo vaksine të kryer.

**Monthly Plan - DSHP Shkoder**

Child	Caretaker	Vaccine	Schedule	Address	Date	Data e Vaksinimit	Vaccine Lot
Ndoj	Florinda Ndoj	BCG	Ne Lindje	Lezhe	10/08/2011		
Ndoj	Florinda Ndoj	HepB - 0	Ne Lindje	Lezhe	10/08/2011		
Jonuzi	Saide Jonuzi	BCG	Ne Lindje	Posrib	15/09/2011		
Jonuzi	Saide Jonuzi	HepB - 0	Ne Lindje	Posrib	15/09/2011		
Butinaj	Laureta Butinaj	HepB - 0	Ne Lindje	Mark Lula	15/09/2011		
Butinaj	Laureta Butinaj	BCG	Ne Lindje	Mark Lula	15/09/2011		
Fani	Oriona Fani	HepB - 0	Ne Lindje	Ndoc Mazi	15/09/2011		
Fani	Oriona Fani	BCG	Ne Lindje	Ndoc Mazi	15/09/2011		
Smakaj	GRISELA Smakaj	BCG	Ne Lindje	Gruemire	15/09/2011		
Smakaj	GRISELA Smakaj	HepB - 0	Ne Lindje	Gruemire	15/09/2011		
Karakaci	Alma Karakaci	HepB - 0	Ne Lindje	L.Perash	15/09/2011		
Karakaci	Alma Karakaci	BCG	Ne Lindje	L.Perash	15/09/2011		
Sarushta	Zamaida Sarushta	HepB - 0	Ne Lindje	Salo Halili	15/09/2011		

Përfitimet

SIV lehtëson planin mujor dhe raportimin që u kërkohet vaksinuesve, por ka dhe të mirën për të gjetur statusin individual të vaksinimit për një fëmijë të caktuar.

Së pari, SIV jo vetëm gjeneron automatikisht raportet e mbulesave , por është në gjendje të tregojë më saktë se cilët fëmijë janë regjistruar por nuk kanë marrë akoma të gjitha dozat. Kështu bëhet e mundur vëzhgimi aktiv dhe i shpejtë për të identifikuar çdo mangësi.

Përlllogaritja e mbulesës.

Mund të llogaritet automatikisht mbulesa vaksinale e fëmijëve për një kohort të caktuar.

Zbulimi i mangësive

Mund të identifikohen lehtësisht fëmijët që kanë humbur radhën e ndonjë doze vaksine.

Mbulesa Vaksinale - IIS

Birthdate - From Date To Date

Vaccine

DSHP Shkoder

View Not Vaccinated Children	Vaccine	Immunized	Planned	Percent
<input type="checkbox"/>	BCG	1551	1608	96.46 %
<input type="checkbox"/>	HepB - 0	1549	1608	96.33 %
<input type="checkbox"/>	HepB-Hib-DTP - 1	1568	1608	97.51 %
<input type="checkbox"/>	HepB-Hib-DTP - 2	1564	1608	97.26 %
<input type="checkbox"/>	HepB-Hib-DTP - 3	1560	1608	97.01 %
<input type="checkbox"/>	OPV - 1	1569	1608	97.57 %
<input type="checkbox"/>	OPV - 2	1562	1607	97.20 %
<input type="checkbox"/>	OPV - 3	1554	1605	96.82 %
<input type="checkbox"/>	MMR - 1	1522	1604	94.89 %

List Not Immunized Children - IIS

Health Center

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | ... | E Fundit

LastName	FirstName	Health Center	District	Caretaker	BirthDate
Grina	Albert	Nicaj-Shoshe	Shkoder	Zef Grina	20/02/2000
Grina	Diella	Nicaj-Shoshe	Shkoder	Gjergj Grina	27/05/2000
Lami	Mira	Nicaj-Shoshe	Shkoder	Lek Lami	01/04/2002
NIKJA	KLEVIST	Vau Dejes fshat	Shkoder	GJERGJ NIKJA	28/01/2005
Hila	Klaus	Perlat Rexhepi	Shkoder	Elton Hila	23/03/2005
Zefi	Kledisa	Melgush	Shkoder	Lodovik Zefi	06/06/2005
Bakalli	Tea	Partizani	Shkoder	Rudina Bakalli	15/07/2005
Shegaj	Ergi	Melgush	Shkoder	Ermira Shegaj	31/07/2005
Grina	Diana	Nicaj-Shoshe	Shkoder	Gjergj Grina	04/09/2005
Meti	Odesa	Partizani	Shkoder	Ermira Meti	18/05/2006
Gjonaj	Flavio	Koman	Shkoder	Xhevahir Gjonaj	21/11/2006

Kontroll për të siguruar që fëmijët janë të vaksinuar

Një vaksinuese e patronazhit viziton shtëpi më shtëpi për të kujtuar prindërit për datat e takimit të planifikuar ose të humbur të vaksinimit



Së dyti, tashmë vlerat e mbulesës janë më të sakta sesa vlerat e treguara më parë, të cilat ishin shumë të larta. Më e rëndësishmja, analiza e të dhënave të vaksinimit tregon në mënyrë më të detajuar arsyt pse disa fëmijë nuk janë të vaksinuar, cilit komunitet i përkasin dhe cilët nga faktorët si p.sh. refuzimi i prindit, luajnë ndonjë rol (arsyeja për refuzim të vaksinimit mund të shënohet në SIV).

Së treti, SIV menaxhon stokun e vaksinave dhe pajisjeve, të cilat mundësojnë Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) të kontrollojë nivelin e gjendjes rezervë, datën e skadencës, shpërndarjen, si dhe përdorimin e vaksinave gjithmonë e më të shtrenjta. Duke qenë se SIV mund të llogarisë se sa fëmijë duhet të vaksinohen çdo muaj, sasia e vaksinës së kërkuar për shpërndarje dhe e mbajtur rezervë mund të mbahet në minimum. Duke lidhur

numrin e lotit me të dhënat individuale të një fëmije, lotet mund të ndiqen nëpër depo dhe si rrjedhojë gjendet se cilët fëmijë kanë bërë dozën e vaksinës me këtë lot. Kjo është e rëndësishme për arsye të sigurisë së vaksinave.

Së fundmi përfitojnë edhe prindërit të cilët mund të futen vetë në sistem në çdo kohë, kur kanë depozituar numrin e kartës së identitetit, për të parë statusin e vaksinimit të fëmijëve të tyre dhe për të shkarkuar certifikatën e vaksinimit.

Vlerësimi i raporteve në rrethin e Shkodrës

Një ndër raportet që lehtëson punën në menaxhim është ai i fëmijëve aktualisht banues në këtë rreth.

Në tabelën 1 tregohen fëmijët e lindur sipas muajve përkatës, totali i tyre dhe numri i fëmijëve të lëvizur apo vdekur.

Tabela 1. Kohorti i fëmijëve të lindur gjatë vitit 2013, në rrethin e Shkodrës

Q.SHËNDETESORE	JANAR	SHKURT	MARS	PRILL	MAJ	QERSHOR	KORRIK	GUSHT	SHTATOR	TETOR	NENTOR	DHJETOR	TOTALI	LEVIZUR	VDEKUR
DSHP SHKODER	150	145	133	119	139	150	202	164	190	160	160	130	1842	21	5

Në tabelën 2 tregohet numri i fëmijëve të lindur në vitet 2005-2013.

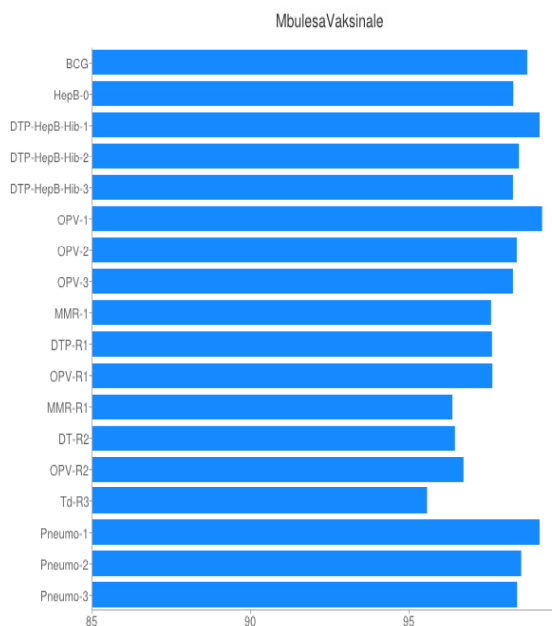
Tabela 2. Kohorti i fëmijëve aktualisht banues në rrethin e Shkodrës për vitet 2005-2013

Q.Shëndetësore	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totali
DSHP Shkodër	1239	1587	1496	1596	1796	1806	1740	1939	1842	15041

Një raport tjetër i rëndësishëm është edhe ai i mbulesës vaksinale ku, siç shihet dhe nga tabela 3, vlerat e kësaj mbulesë i kalojnë 95% të fëmijëve të vaksinuar.

Tabela 3. Mbulesa vaksinale për 9 mujin e viti 2013

Vaksina	Ne Plan	Te Vaksinuar	Te Prapambetur	Mbulesa Vaksinale
BCG	1392	1376	36	98.85 %
HepB - 0	1392	1370	17	98.42 %
DTP-HepB-Hib - 1	1341	1328	42	99.03 %
DTP-HepB-Hib - 2	1360	1338	33	98.38 %
DTP-HepB-Hib - 3	1441	1409	33	97.78 %
OPV - 1	1341	1329	42	99.11 %
OPV - 2	1360	1337	33	98.31 %
OPV - 3	1440	1408	31	97.78 %
MMR - 1	1439	1403	59	97.50 %
DTP - R1	1251	1218	89	97.36 %
OPV - R1	1253	1220	88	97.37 %
MMR - R1	1206	1158	109	96.02 %
DT - R2	1120	1079	116	96.34 %
OPV - R2	1121	1083	113	96.61 %
Td - R3	538	513	44	95.35 %
Pneumo - 1	1341	1328	46	99.03 %
Pneumo - 2	1351	1330	31	98.45 %
Pneumo - 3	1427	1397	33	97.90 %



Për të parë gjendjen e vaksinave në rreth i referohemi menisë së menaxhimit të stokut ku, siç paraqitet në tabelën 4, të dhënat jepen në total për secilën vaksinë. Nëse nevojiten dhe në bazë të numrit të lotit, sistemi e ofron këtë mundësi.

Tabela 4. Sasia aktuale e vaksinave

Vaksina	Sasia Aktuale (doza)
BCG	2900
DT	1423
DTP	590
DTP-HepB-Hib	946
Ethet e Verdha	0
HepB	839
Meningokok	0
MMR	1126
OPV	7097
Pneumo	923
S.Antirabik	0
Td	3308
TT	2890

Si do të jetë ecuria e këtij sistemi?

Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) ka përgatitur një plan veprimi me buxhetin përkatës për të zbatuar këtë sistem në të gjithë vendin. Më konkretisht, Lezha dhe Malësia e Madhe sapo kanë filluar zbatimin e këtij sistemi. Me mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Ministrisë së Inovacionit dhe Administratës Publike, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) do të vazhdojë shtrirjen e këtij sistemi në të gjitha rrethet dhe gradualisht, gjatë pesë viteve në vijim do të mbulohen të gjitha rrethet e Shqipërisë

Vështrim mbi epidemiologjinë e sifilizit në Shqipëri.

Adela Vasili, Dhurata Torba, Silva Bino

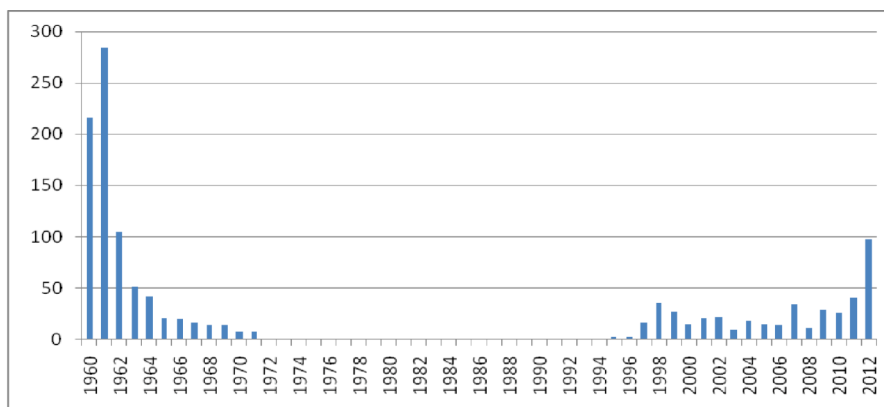
Departamenti i Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive,
Instituti i Shëndetit Publik.

Në Shqipëri, pas përpjekjeve të shumta që kanë pasur për synim eliminimin e sifilizit në vend, qysh prej vitit 1972 numri i rasteve me sifiliz ka qenë zero. Për thujtëse më shumë se 20 vjet sifilizi nuk u has në vendin tonë, ndonëse edhe gjatë kësaj kohe kryhej në mënyrë të detyruar depistimi i grave shtatzëna. Rastet e para të sëmundjes u shfaqën në fillim të viteve 90-të.

Në bazë të të dhënave të mbledhura nga Instituti i Shëndetit Publik (ISHP), deri në muajin nëntor 2013, janë regjistruar 440 raste me sifiliz. Të dhënat ekzistuese tregojnë një shtim të numrit të rasteve me sifiliz. Gjatë këtyre viteve nuk ka pasur raste të sifilizit neonatal, por gjatë vitit 2013 shënohen dy rastet e para me këtë sëmundje në Shqipëri. Gjatë vitit 2012-2013 numri i rasteve është dyfishuar krahasuar me vitet e mëparshme, dhe përkatësisht në vitin 2012 kemi 98 raste, kurse për vitin 2013 janë regjistruar 84 raste.

Duhet të theksojmë se ky numër është vetëm maja e ajsbergut, pasi ato përfaqësojnë të dhëna të mbledhura vetëm nga Qendra Kombëtare e Kontrollit të Transfuzionit të Gjakut (QKKTGJ), Shërbimi i Sëmundjeve Infektive në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” (QSUT), si dhe nga testimi vullnetar pranë Institutit të Shëndetit Publik (ISHP – së) apo Qendrave të Testimit dhe Kontrollit Vullnetar (QTKV) pranë Drejtorive të

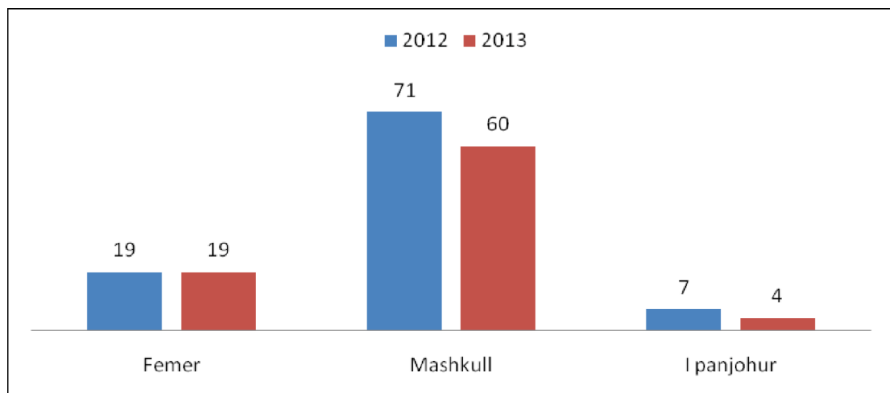
Grafiku 1. Shpërndarja e rasteve me sifiliz në vite



Shëndetit Publik (DSHP) dhe Autoritetit Shëndetësor Rajonal (ASHR) në Tiranë. Disa prej rasteve të dy viteve të fundit nuk kanë patur shenja klinike në momentin e diagnozës. Për pasojë, këta persona mund të kenë infektuar edhe partnerët e tyre për një periudhë të caktuar kohe.

Për sa i përket shpërndarjes së rasteve me sifiliz sipas gjinisë gjatë kësaj periudhe, 72% (131 raste) e tyre janë meshkuj dhe 28% (38 raste) janë femra, dhe vetëm në një numër të vogël nuk është raportuar gjinia.

Grafiku 2. Shpërndarja e rasteve me sifiliz sipas gjinisë në vitet 2012- Nëntor 2013

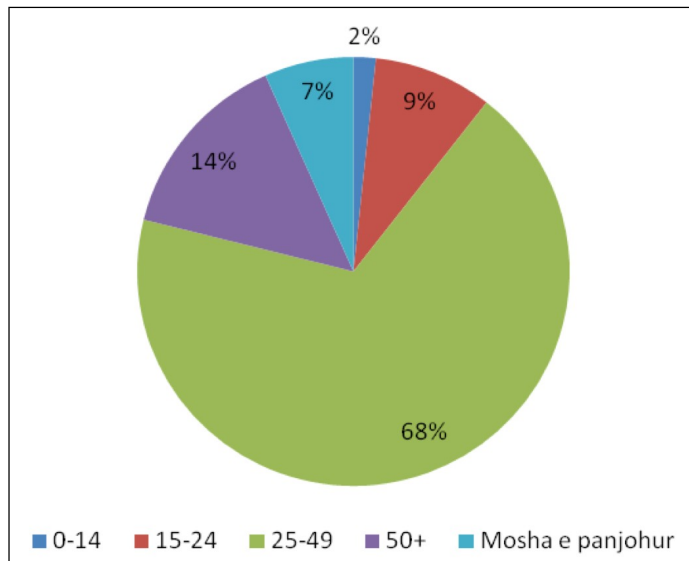


Transmetimi vertikal ose nga nëna e infektuar tek fëmija është rishfaqur për herë të parë në Shqipëri në vitin 2013, me dy rastet e para me sifiliz kongenital tek dy bebe të porsalindura nga nëna pozitiv me sifiliz në Korçë dhe Tiranë, pas zhdukjes së tij për më shumë se disa dekada.

Analiza e rasteve të fundit sipas grupmoshës tregon si më poshtë:

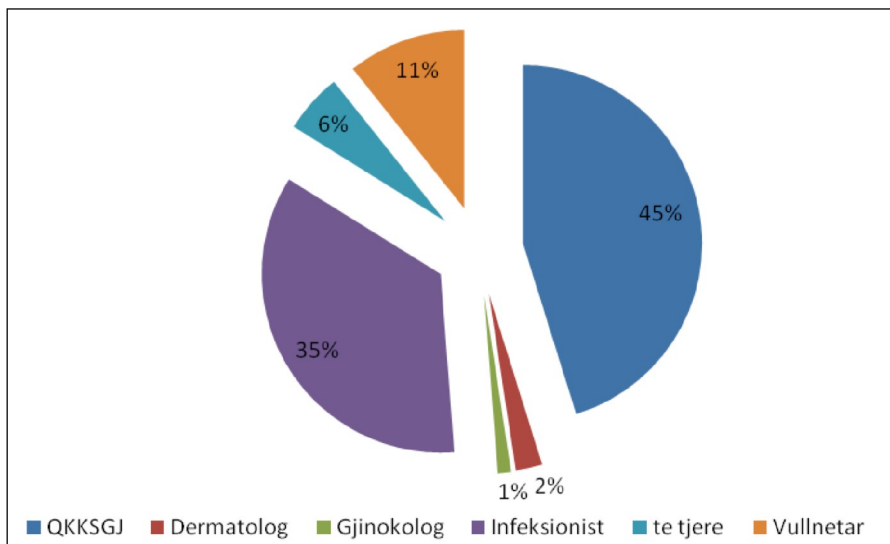
- Grupmosha 0-14 vjeç përbën 2 % të rasteve;
- Grupmosha 15-24 vjeç përbën 9% të rasteve, por tregon një tendencë në rritje të të rinjve të infektuar me sifiliz;
- Grupmosha 25-49 vjeç përbën 68% të rasteve të raportuara;
- Grupmosha mbi 50 vjeç përbën 14% të rasteve me sifiliz.

Grafiku 3. Shpërndarja e rasteve me sifiliz sipas grupmoshës



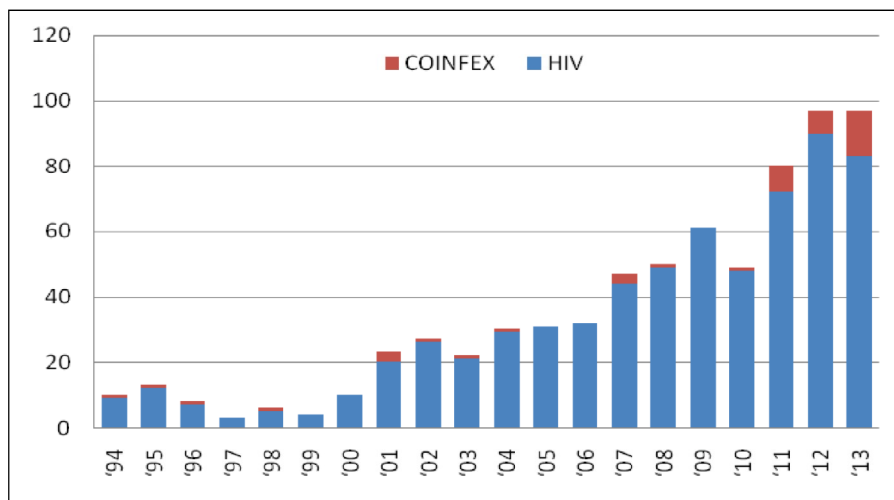
Më poshtë po paraqesim edhe referimin e rasteve sipas llojit të shërbimit, për të patur një pasqyrë më të qartë mbi shërbimet që ofrohen apo ato që mungojnë (Grafiku 4). Për sa i përket shpërndarjes gjeografike, numri më i madh i rasteve ose 54% e tyre janë raportuar në Tiranë dhe më pas, me një diferencë të madhe ndaj saj paraqiten rrethe të tilla si Durrës, Elbasan dhe Shkodër me 7.8%. Po kështu kemi edhe rishfaqje të sifilizit në Korçë dhe Lezhë. Harta e mëposhtme tregon shpërndarjen e rasteve me sifiliz (në numra absolutë), të raportuara në periudhën 1995-2013 sipas rrethëve të vendit. Duket qartë se sifilizi tashmë është i pranishëm në të gjithë vendin dhe kryesisht në zonat më të urbanizuara si Tirana (Harta 1). Disa studime të njëpasnjëshme, si studimi i shëndetit riprodhues dhe më tej studimi demografik i shëndetit, kanë treguar se kemi shumë shpesh mungesë të njohjes së sëmundjes nga personeli shëndetësor, gjë e cila ul edhe diagnostikimin në kohë apo shkallën e diagnozës.

Grafiku 4. Shpërndarja e rasteve me sifiliz sipas referimit të rastit

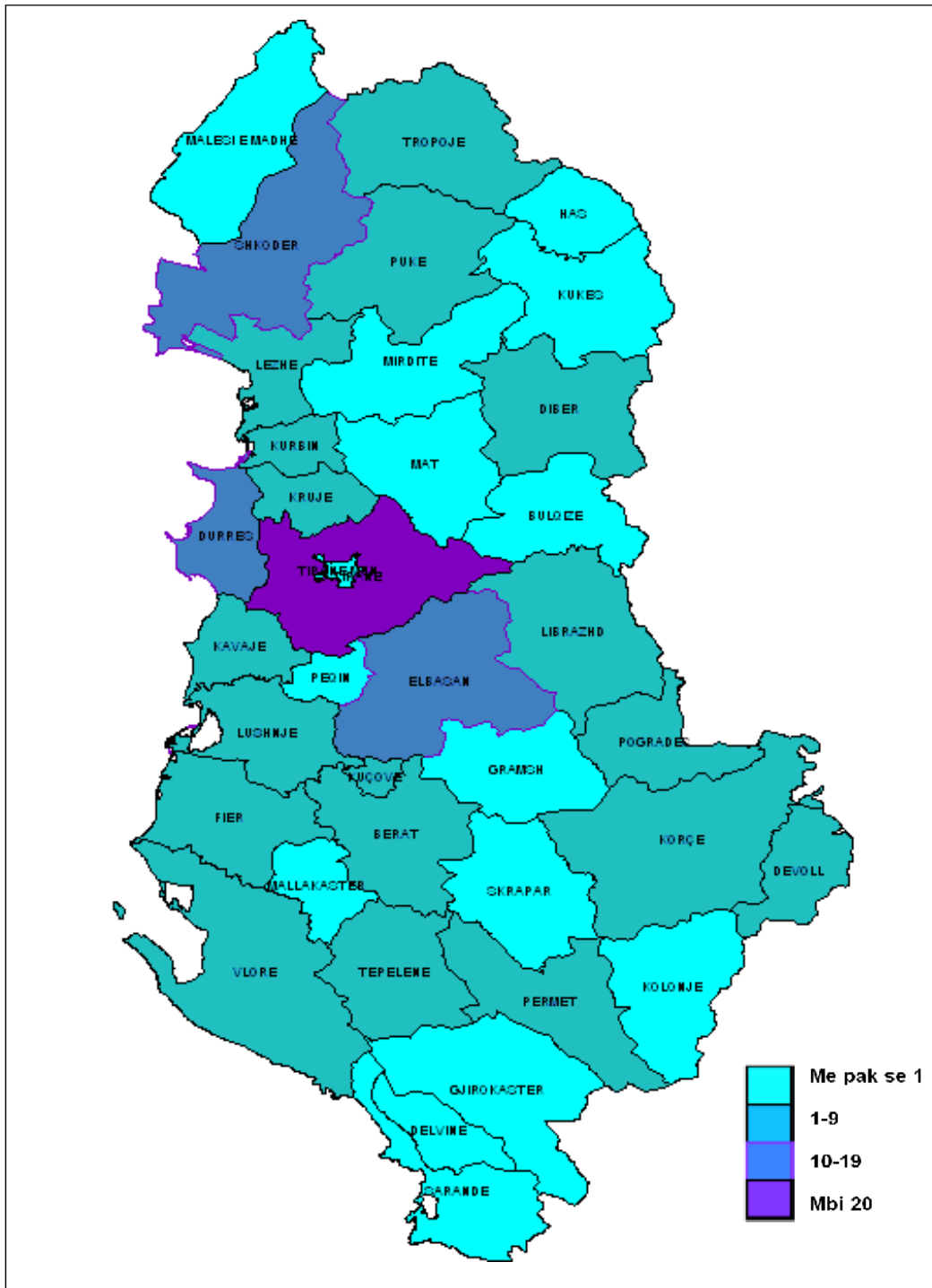


Ajo ç'ka vihet re për këtë infeksion është bashkëshoqërimi i tij në disa raste edhe me HIV/AIDS. Deri më tani janë raportuar 44 raste të tilla, ku një infeksion ka sjellë diagnostikimin e tjetrit dhe anasjelltas, fakt ky që tregon edhe rolin që ka sifilizi në përhapjen e infeksionit nga HIV.

Grafiku 5. Shpërndarja e rasteve me HIV si bashkë infeksion me sifiliz sipas viteve

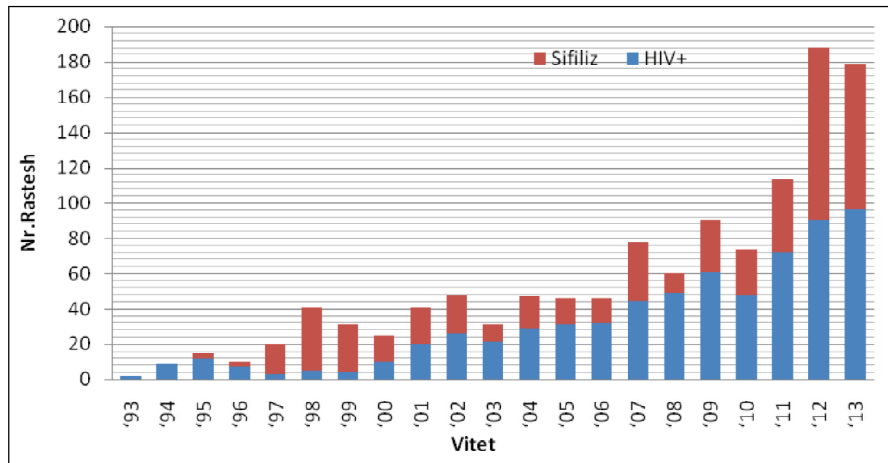


Harta 1 . Shpërndarja e rasteve me sifiliz sipas rretheve



Grafiku 6 paraqet numrin absolut të rasteve me Sifiliz dhe HIV së bashku sipas viteve, dhe shpreh qartë se prirja e këtyre dy sëmundjeve shkon paralelisht në rritje, dhe sidomos me një rritje më të madhe në dy vitet e fundit ku kemi edhe qarkullim të HIV-it në vend, pavarësisht se prevalenca e këtij të fundit vazhdon të mbetet e ulët.

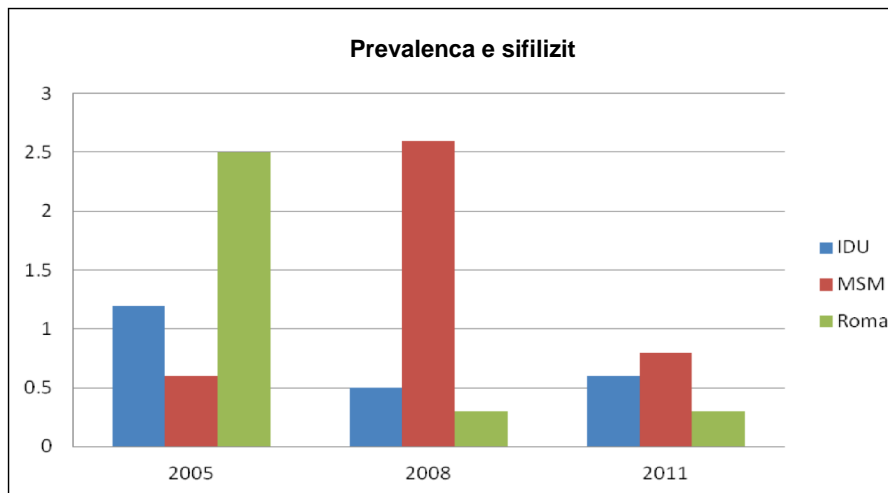
Grafiku 6. Shpërndarja e rasteve me sifiliz dhe HIV sipas viteve



Po kështu sifilizi është diagnostikuar në tri gra shtatzëna, ku njëra prej tyre ka qenë e shtruar në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive pranë Qendrës Spitalore Universitare (QSUT) .

Nga studimet epidemiologjike të sjelljes dhe ato biologjike (BioBSS) në vitet 2005, 2008 dhe 2011, shihet qartë se sa vulnerabël janë disa popullata të caktuara në krahasim me grupin e përgjithshëm të popullatës.

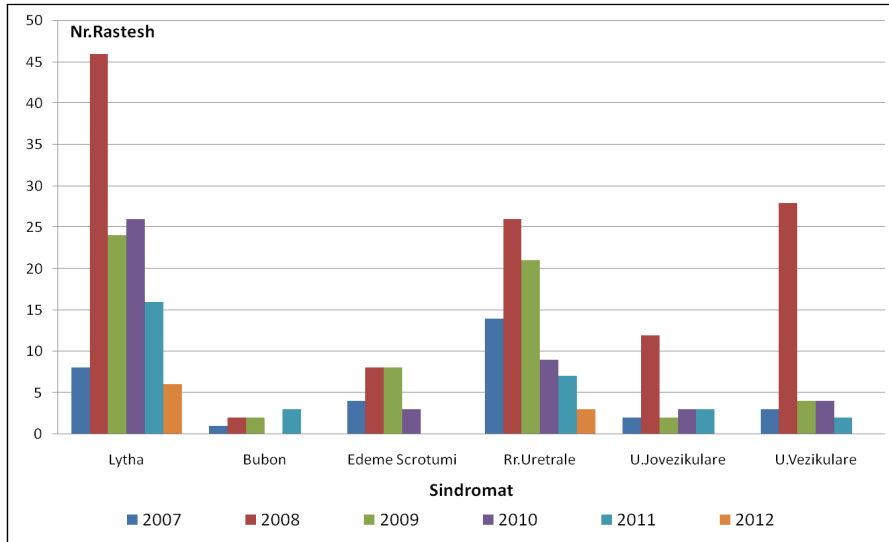
Grafiku 7. Prevalenca e sifilizit sipas BioBSS në popullatën Rome, MSM dhe përdoruesit e drogave me injeksion (IDU)



Pavarësisht nga kufizimet e këtyre studimeve, duket se prevalenca e sifilizit në popullatat e MSM, IDU dhe atë Rome në vite meriton vëmendje të veçantë dhe më tej programe specifike.

Ndonëse sifilizi është një sëmundje detyrimisht e raportueshme në vend, ai së bashku me infeksionet seksualisht të transmetueshme shpesh nuk raportohet, sidomos nga sistemi privat por edhe nga ai publik. Qysh prej vitit 2007, në Shqipëri është vendosur një sistem survejance sindromike ku përfshihen tetë sindroma që reflektojnë IST-të kryesore sipas një përkufizimi të rastit që pasqyrohet në skedën përkatëse, ku midis tyre është dhe ulçera genitale për të patur një pasqyrë më të qartë të IST-ve në vend. Megjithatë edhe ky sistem ka mangësitë e veta, pasi ndërgjegjësimi për IST-të mungon në të gjitha nivelet e shërbimit shëndetësor, pavarësisht se kujdesi për IST-të është pjesë e paketës bazë të shërbimeve që ofrohen në kujdesin shëndetësor parësor.

Grafiku 8. Përhapja e disa sindromave sipas viteve



Java Evropiane e Testimit për HIV

Roland Bani, Redona Dudushi, Marjeta Dervishi

Departamenti i Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive,
Instituti i Shëndetit Publik.

Transmetimi i HIV-it mund të reduktohet përmes promovimit të ndryshimit të sjelljes dhe ofrimit të përkrahjes psiko-sociale njerëzve me HIV/AIDS. Studimet kanë treguar se programet e Qendrave të Këshillimit dhe Testimit janë të efektshme në nxitjen e ndryshimit të sjelljeve, si dhe një prej strategjive më të efektshme për parandalimin e infeksionit HIV në vendet me burime të kufizuara.

Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar për HIV janë shërbime që ofrohen për të gjithë personat që duan të njohin statusin e tyre për HIV, shoqëruar me një këshillim profesional për të ndihmuar klientët të përshtaten me rezultatin e testimit. Çdo person që dyshon se mund të jetë i infektuar me HIV, apo mendon se ka kryer një sjellje të rrezikshme, duhet të adresohet për të kryer testin për HIV pranë Qendrave të Këshillimit dhe Testimit Vullnetar. Testimi është e vetmja mënyrë për të njohur statusin shëndetësor në lidhje me HIV. Njohja e statusit shëndetësor në lidhje me HIV parandalon përhapjen dhe transmetimin e infeksionit, ndihmon klientin të trajtohet në mënyrë efektive dhe përmirëson cilësinë e jetës. Sot, në të gjithë vendin tonë funksionojnë 14 Qendra të Testimit dhe Këshillimit Vullnetar për HIV. Me gjithë përpjekjet për rritjen e numrit të testeve vullnetare, ende niveli i tyre mbetet i ulët. Rritja e numrit të testeve për HIV kërkon mbështetjen e qendrave ekzistuese, si edhe ngritjen e qendrave të tjera në çdo rreth të vendit apo pranë shërbimeve të tjera shëndetësore për të përmirësuar aksesin ndaj testimit.

Nga 96 rastet e reja të diagnostikuara gjatë vitit 2013, 53 prej tyre janë diagnostikuar në stadin AIDS. Një pjesë e këtyre pacientëve mund të kenë qenë të infektuar prej vitesh pa shfaqur simptoma. Për pasojë, këta persona mund të kenë infektuar pa e ditur edhe partnerët e tyre gjatë një periudhe kohe relativisht të gjatë. Efekti i mundshëm multiplikues i kësaj situate, po të kemi parasysh se secili person mund të ketë pasur disa partnere/ë, është shumë i rëndësishëm dhe hedh dritë mbi nevojën e ngutshme për ta diagnostikuar infeksionin qysh në fazat e hershme të tij.

Java Evropiane e Testimit për HIV

Java Evropiane e Testimit për HIV u organizua për herë të parë në të gjitha vendet evropiane nga data 22-29 Nëntor 2013. Kjo javë shoqëroi deri në datën 1 Dhjetor, Ditën Botërore të luftës kundër HIV/AIDS. Qëllimi i Javës Evropiane të Testimit për HIV ishte ndërgjegjësimi i sa më shumë njerëzve për të njohur statusin e tyre për infeksionin HIV, dhe reduktuar diagnozën e vonshme nëpërmjet komunikimit të përfitimeve të testimit për

HIV. Motoja e kësaj jave ishte “Flit për HIV / Testohu për HIV”, e cila kishte për qëllim të inkurajonte sa më shumë njerëz që kërkonin të testoheshin për infeksionin HIV dhe në të njëjtën kohë t’u ofronte testin për HIV. Kjo synonte për të:

- Inkurajuar personat që kanë kryer sjellje të rrezikshme të testohen për HIV;
- Inkurajuar personelin shëndetësor për të rekomanduar testimin për HIV;
- Ndërgjegjësuar hartuesit e politikave shëndetësore për përfitimet social-ekonomike të testimit për HIV.

Promovimi i testimit vullnetar për HIV, për ta kthyer atë në një test rutinë sa herë kemi kryer një sjellje të rrezikshme, sjell diagnostikim të hershëm që nënkupton:

- Uljen e rrezikut të transmetimit të infeksionit, si dhe adaptimin e praktikave të sjelljeve të shëndetëshme për të ulur rrezikun e transmetimit;
- Në rast se testi del HIV pozitiv, do të kemi një jetë të shëndetshme me zgjatje të jetëgjatësisë, nëse trajtimi fillon në kohë;
- Më pak e kushtueshme për sistemin shëndetësor;

Në të kundërt, diagnostikimi i vonë sjell:

- Komplikime shëndetësore që rrezikojnë jetën;
- Transmetim të HIV-it tek të tjerët;
- Kosto më shumë për trajtim.

Në kuadër të kësaj Jave, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP), Ministria e Shëndetësisë, Programi Kombëtar HIV/AIDS në bashkëpunim me Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar dhe Konfidencial në rrethe, me Ministrinë e Arsimit dhe mbështetjen e Agjensive të Kombeve të Bashkuara, organizoi një sërë aktivitetesh informuese dhe ndërgjegjësuase.

Duke qenë se parandalimi i HIV/AIDS tek të rinjtë është një nga objektivat e Strategjisë Kombëtare për Parandalimin e HIV/AIDS në Shqipëri, si dhe fakti që grupmosha 16-24 vjeç përbën 8.9% të totalit të rasteve me HIV në Shqipëri, u synua që aktivitetet promovuese të kishin si fokus kryesor të rinjtë.

Në mënyrë të veçantë në qendrat universitare të 4 rretheve: Tiranë (Qyteti Studenti), Vlorë, Korçë dhe Shkodër, krahas promovimit të testimit për HIV, u bë e mundur dhe ofrimi i testimit për HIV. U përzgjedhën vetëm katër qendra duke patur parasysh burimet e kufizuara financiare për të mbështetur aktivitetin.

Testimi u ofrua dhe u krye në mjedise të përshtatshme brenda universiteteve dhe në përputhje me standardet e këshillimit dhe testimit.

Një takim me epidemiologët dhe psikologët e qendrave të VCT-ve i parapriu organizimit të këtyre aktiviteteve. Në takim u diskutua rreth problematikave që lidhen me funksionimin e VCT-ve, dhe me përfaqësuesit e rretheve të përzgjedhur u diskutua në lidhje me organizimin e aktivitetit dhe mënyrën e ofrimit të testimit dhe këshillimit për HIV. Duke marrë në konsideratë vështirësitë me të cilat përballen Qendrat e VCT-ve në rrethe (të nxjerra në pah dhe në takim), në mënyrë të veçantë mungesën e kiteve, u kërkua që agjensitë e UN-ve (Kombet e Bashkuara) të bënin të mundur sigurimin e një sasive prej 1000 kitesh të shpejta për testimin HIV. Kitet u porositën sipas specifikave teknike të kërkuara dhe të dhëna nga Laboratori i Referencës në Institutin e Shëndetit Publik. Shpërndarja e kiteve është bërë si më poshtë: Tirana 250, Shkodra 150, Korça 150 dhe Vlora 150. Një sasi prej 300 kitesh iu dha Klinikës Ambulatore pranë Shërbimit të Sëmundjeve Infektive (QSUT), e cila prej muajsh kishte mungesë të tyre. Gjatë Javës Evropiane të Testimit u kryen 404 këshillime dhe teste vullnetare për HIV/AIDS tek të rinjtë universitarë sipas tabelës së mëposhtme:

Tabela 1: Testimet e kryera gjatë Javës Evropiane të Testimit për HIV

Rrethet	Total	Femra	Meshkuj
Tiranë	217	136	80
Korçë	50	21	29
Shkodër	35	25	10
Vlorë	102	80	22
Total	404	262	141

Disa foto që pasqyrojnë aktivitetet në këto qendra



Analizë e të dhënave të sistemit tëurvejancës së abortit për vitin 2012

Alba Merdani, Dorina Çanaku, Ervin Toçi, Bajram Dedja

Departamenti i Epidemiologjisë dhe i Sistemeve Shëndetësore,
Instituti i Shëndetit Publik.

Në këtë përmbledhje paraqiten rezultate nga përpunimi i skedave të abortit të ardhura në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) nga të gjithë rrethet e vendit për vitin 2012; viti i pestë i grumbullimit të të dhënave mbi abortin bazuar në skedën e abortit. Instituti i Shëndetit Publik, i cili monitoron punën në shkallë vendi, ka të dhëna mbi numrin e aborteve që kryhen sipas rretheve të vendit, shpërndarjen e tyre urban-rural, si dhe të dhëna të tjera lidhur me vendbanimin e nënës, gjendjen familjare, shkallën arsimore, sigurimet shëndetësore, punësimin dhe të dhëna të tjera lidhur me llojin e abortit apo teknikën kryesore të përdorur.

Në vitin 2012, sipas të dhënave të marra nga Survejanca (maternitetet e rretheve dhe klinikat private), në Shqipëri janë regjistruar në total 7846 aborte, 461 raste më pak se në vitin 2011. Në total skedat e ardhura në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) nga të gjithë rrethet janë 5902, duke përfaqësuar 75.2% raportim të aborteve me skedën e abortit. Raporti i aborteve për 1000 lindje të gjalla për vitin 2012 është 224.3, duke pësuar rënie krahasuar me 242.2 që ka qenë në vitin 2011. Abortet e kryera në sektorin publik përbëjnë rreth 90% të numrit total të aborteve, kundrejt 10% që kryhen në sektorin privat.

Përmbajtja e skedës së abortit

Bazuar në Urdhërin e Ministrisë së Shëndetësisë “Për mbledhjen e informacionit mbi raportimin e abortit në shërbimet shëndetësore publike dhe private”, skeda duhet plotësuar detyrimisht nga mjeku për çdo ndërprerje të shtatzënisë, dhe duhet raportuar nga Inspektori i Shëndetit Riprodhues të rrethit në Institutin e Shëndetit Publik.

Plotësimi i saktë dhe i të gjitha rubrikave që përmban skeda e abortit është jo vetëm kusht metodologjik, për çdo maternitet apo klinikë private të licensuar për ndërprerje shtatzënie, por edhe një detyrim ligjor për të siguruar të dhëna dhe informacion të vlefshëm. Skeda e abortit nuk përmban identitetin (emrin) e gruas, për të ruajtur konfidencialitetin e saj.

Rezultatet e përpunimit të këtij informacioni në tabelat përkatëse, lejojnë të bëhet një analizë e thelluar mbi fenomenin në aspekte të ndryshme të tij dhe në periudha të ndryshme kohe.

Krahasimi i treguesve të aborteve në vitet 2009, 2010, 2011, 2012

Proporcioni i abortit (numri i aborteve për 1000 lindje të gjalla) ka pësuar ulje nga 270,2 në vitin 2009, në 224,3 në vitin 2012. Gjithashtu, raporti lindje-abort është rritur nga 3,7 në vitin 2009, në 4,5 në vitin 2012. Paraqitje më e detajuar për lindjet dhe abortet në Shqipëri jepet në tabelën më poshtë.

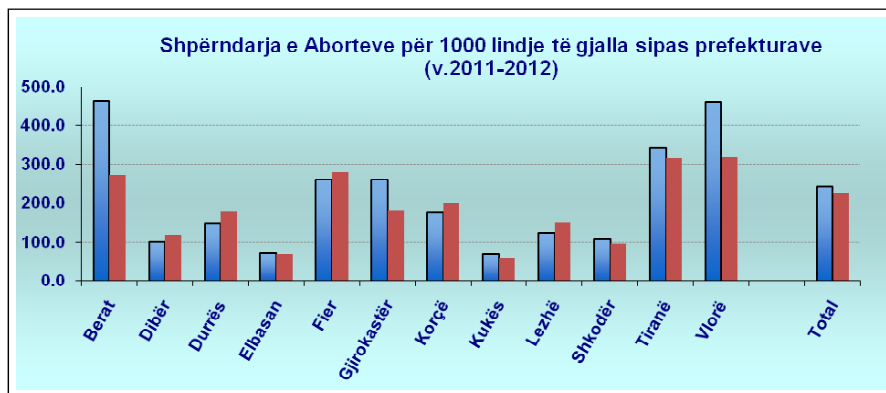
Tabela 1 - Lindjet dhe abortet në Shqipëri (2009-2010-2011)

Emërtimi	Viti 2009	2010	2011	2012
Lindje	34.044	33.856	34.297	34.974
Aborte (numër)	9.200	8085	8307	7846
Aborte për 1000 lindje të gjalla	270,2	238,8	242,2	224,3
Raporti: Lindje / Abort	3,7 : 1	4,2 : 1	4,1 : 1	4,5 : 1

Shënim: Të dhënat mbi numrin total të lindjeve janë marrë nga Ministria e Shëndetësisë (MSH)

Sipas shpërndarjes në prefektura, vihet re se abortet në raport me lindjet e gjalla janë më larta në prefekturat Vlorë (317,6) dhe Tiranë (315,3), pavarësisht se në numër abortet e regjistruara janë më të larta në prefekturën e Tiranës me një total prej 3642 aborte. Ndër prefekturat me proporcion të ulët të aborteve (aborte/1000 lindje) renditen prefekturat e Kukësit (59,5) dhe ajo e Elbasanit (68,6).

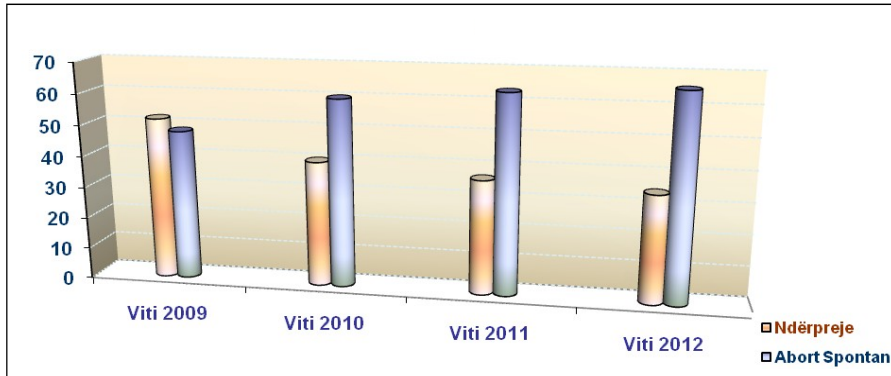
Grafiku 1. Aborte për 1000 lindje të gjalla sipas prefekturave për vitin 2011 – 2012



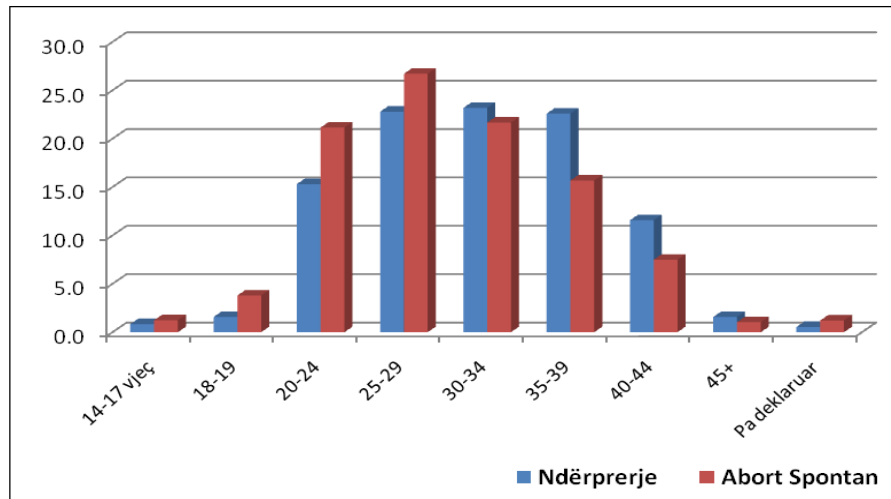
Nëse krahasojmë në vite të dhënat e sistemit të survejancës, shohim se ka një rritje mjaft të madhe të aborteve spontane kundrejt atyre me kërkesë të gruas. Në 1996 abortet spontane përbënin rreth 18,2% të gjithë aborteve të raportuara, për vitin 2009 ato përbënin 48,1% të totalit të aborteve, dhe në vitin 2012 abortet spontane përbënin rreth 65,6% të numrit total të aborteve.

Në fakt ne mendojmë se ky numër kaq i lartë i aborteve spontane nuk është i saktë, prandaj nevojitet të hetohen më tej shkaqet që kanë sjellë në një rritje artificiale të aborteve spontane, kundrejt atyre me kërkesë të gruas.

Grafiku 2. Abortet sipas llojit të abortit (në % ndaj totalit) nga viti 2009 - 2012

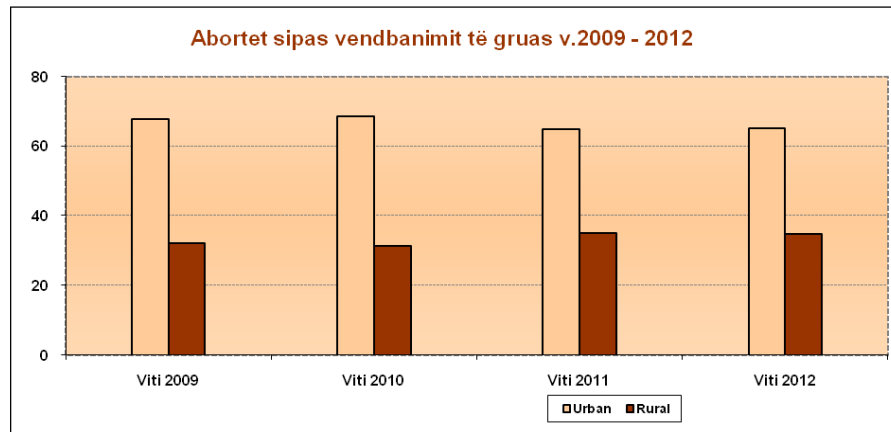


Grafiku 3. Abortet sipas grupmoshës së gruas dhe llojit të abortit (në % ndaj totalit) për vitin 2012



Vihet re se peshën kryesore të aborteve e zënë ato të kryera në gratë e moshës 20 – 34 vjeç, ndërkohë që abortet e kryera tek adoleshentet (14 – 19 vjeç) përbëjnë rreth 5 % të numrit total të aborteve të kryera.

Grafiku 4. Abortet sipas vendbanimit të gruas (në % ndaj totalit), krahasimi për katër vite 2009 – 2012



Nga paraqitja grafike më lart shihet qartë se abortet e kryera nga femrat që banojnë në qytet përbëjnë mbi 60 % të numrit total të aborteve (65,1% për vitin 2012), duke qenë kështu një tablo e qartë e tranzicionit demografik që ka pësuar vendi ynë.

Indikatorë të aborteve për periudhën 2009-2012

1. Përqindja e aborteve të kryera sipas llojit të abortit:

Lloji i Abortit	Viti 2009	Viti 2010	Viti 2011	Viti 2012
Ndërprerje (me kërkesë të gruas)	51,9	40	36,5	34,4
Aborte spontane	48,1	60	63,5	65,6

2 - Përqindja e aborteve sipas vendbanimit të gruas (në përqindje)

Vendbanimi	Viti 2009	Viti 2010	Viti 2011	Viti 2012
Urban	67,9	68,6	64,9	65,1
Rural	32,1	31,4	35,03	34,9

3 - Abortet sipas shkallës arsimore (në përqindje)

Niveli arsimor i gruas	Viti 2009	Viti 2010	Viti 2011	Viti 2012
Fillor	2,6	2,3	2,3	2,8
8- vjeçar	45,5	43,7	47,4	45,9
I mesëm	36,3	36,8	35,8	34,9
I lartë	14,8	15,6	13,5	14,8
I padeklaruar	0,8	1,6	1,0	1,6

4 - Abortet sipas sektorit publik dhe privat

Viti 2009	Spektori publik = 91,6 %	Spektori privat = 8,4 %
Viti 2010	Spektori publik = 90,5 %	Spektori privat = 9,5 %
Viti 2011	Spektori publik = 88,8 %	Spektori privat = 11,2 %
Viti 2012	Spektori publik = 90,0 %	Spektori privat = 10,0 %

5 - Abortet sipas shkallës së punësimit

Viti 2009	21,6 % të punësuar	78,1% të papuna
Viti 2010	22,2 % të punësuar	77,4% të papuna
Viti 2011	18,0 % të punësuar	81,2% të papuna
Viti 2012	19,0 % të punësuar	80,8% të papuna

6 - Abortet sipas sigurimeve shëndetësore të gruas

Viti 2009	19,5 % të siguruar	80,3% të pasiguruar
Viti 2010	20,1 % të siguruar	79,4% të pasiguruar
Viti 2011	16,5% të siguruar	83,0% të pasiguruar
Viti 2012	19,8% të siguruar	80,1% të pasiguruar

7 - Përqindja e aborteve sipas statusit martesor

Vitet	Gjendja familjare e gruas				
	Beqare	E martuar	E ndarë	E ve	Mungon
Viti 2009	6.2	92.5	0.8	0.0	0.4
Viti 2010	7.0	92.0	0.8	0.0	0.2
Viti 2011	4.7	93.8	0.7	0.1	0.7
Viti 2012	6.2	93.0	0.8	0.1	0.0

8- Raporti aborte për 1000 lindje të gjalla (Sistemi i Survejancës së Abortit, ISHP)

Për vitin 2009 është 270,2 Për vitin 2010 është 238,8
Për vitin 2011 është 242,2 Për vitin 2012 është 224,3

9- Raporti lindje/abort

Për vitin 2012 është 4,5:1, kundrejt 4,1:1 në vitin 2011; 4,2:1 në vitin 2010 dhe 3,7:1 në vitin 2009.

Shqipëria krahasuar me vendet e tjera të rajonit

Të dhënat e tabelës më poshtë janë marrë nga HFA-DB, European Health for all database, WHO Regional Office for Europe, në të cilën gjenden indikatorë të ndryshëm shëndetësorë për Shqipërinë krahasuar me vende të tjera.

Treguesi i paraqitur më poshtë është Abortion Ratio: Abortet për 1000 lindje të gjalla

	Viti 2008	Viti 2009	Viti 2010	Viti 2011
Shqipëri	249.8	239.1	204.4	205.3
Bullgari	470.9	416.7	417.8	447.7
Mal i Zi	141.2	111.6	114.6	114.1
Serbi	349.7	323.4	323.4	322.5
Siloveni	227.3	215.0	195.0	196.1
Maqedoni	257.1	238.5	209.0	
Kroaci	102.8	99.8	92.8	105.5
Itali	208.8	207.1	205.3	
Rajoni Evropian	307.7	290.8	273.9	274.3

Shpërndarja e defekteve të lindura në vendin tonë për vitin 2012 Sistemi i survejancës së defekteve të lindura (SSDL)

Dorina Çanaku, Alba Merdani, Ervin Toçi, Eduard Kakarriqi

Departamenti i Epidemiologjisë dhe i Sistemeve Shëndetësore,
Instituti i Shëndetit Publik.

Në vitin 2009, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe me mbështetjen e UNFPA-së (Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullsinë) filloi implementimin e Sistemit të Survejancës së Defekteve të Lindura (SSDL), si një hap i parë drejt identifikimit të defekteve të lindura (DL) madhore në Shqipëri, si dhe identifikimit të faktorëve të mundshëm gjenetikë, mjedisorë, ushqyes dhe të tjerë faktorë potencialë të lidhur me defektet e lindura. Në fillim të vitit 2009 është hartuar Urdhri i Ministrisë së Shëndetësisë (dt.05. 03.2.009, Nr. 157) mbi raportimin e detyrueshëm të DL të identifikuar në shtatzëni, aborte të induktuara, lindje, vdekje fetale dhe deri në moshën 2 vjeç të fëmijës, si në sektorin publik dhe atë privat të vendit tonë.

Ecuria e survejancës së defekteve të lindura ka një nivel të kënaqshëm raportimi, përveç disa problemeve të disa rretheve në raportim. Qendrat e raportimit përfshijnë të gjitha maternitetet/pavionet pediatrike dhe qendrat e kujdesit shëndetësor parësor në të gjitha rrethet, si edhe spitalet private që ofrojnë shërbime pediatrike dhe obstetrikogjinekologjike të licensuara nga Ministria e Shëndetësisë. Çdo defekt i lindur i diagnostikuar, tani raportohet nëpërmjet formularit zyrtar konfidencial (4/1/ID-SH skeda individuale). Pas këtyre përpjekjeve, të gjithë obstetër-gjinekologët, pediatrët dhe neonatologët u trajnuan në detaje për raportimin e DL. Gjithashtu, të gjitha institucionet shëndetësore raportuese në vend janë pajisur me regjistrin e defekteve të lindura.

Pas tre vitesh përpjekje, rreth 80% e rretheve të vendit janë duke përdorur sistemin e raportimit, dhe në 50% të tyre është instaluar mënyra elektronike e raportimit. Tani, ISHP-ja është qendra finale që monitoron mbarëvajtjen e SSDL. ISHP-ja gjithashtu mbledh skedat e raportimit, analizon të dhënat, prodhon dhe shpërndan raportet/gjetjet.

Më poshtë jepen rezultatet kryesore të shpërndarjes së defekteve të lindura, të raportuara me skedë në vendin tonë për vitin 2012.

Tabela 1: Shpërndarja e defekteve të lindura në Shqipëri sipas sistemit të prekur për vitin 2012

Sistemet sipas klasifikimit ndërkombëtar ICD9	Nr	%
Sistemi nervor qendror	29	5.8
Defekte të syrit, veshit, fytyrës dhe qafës	19	3.8
Sistemi kardiovaskular	133	26.7
Sistemi respirator	6	1.2
Sistemi gastrointestinal dhe kaviteti i gojës	84	16.8
Sistemi genital	76	15.2
Sistemi urinar	7	1.4
Sistemi muskuloskeletor	84	16.8
Defekte të integumentit	2	0.4
Defekte kromozomale	33	6.6
Defekte të paspecifikuara	26	5.2
Total	499	100.0

Gjatë vitit 2012, sistemet që preken më shpesh nga defektet e lindura janë sistemi kardiovaskular, sistemi gastrointestinal duke përfshirë dhe kavitetin e gojës, sistemi muskuloskeletor dhe sistemi genital. Ndërsa defektet e hasura më shpesh në vitin 2012 janë hipospadia, polidaktilia, sindroma daun, defekti i septumit ventrikular, atrezia dhe stenoza e intestinit të madh, rektumit dhe kanalit anal, si dhe defekti i septumit atrial.

Tabela 2 : Shpërndarja e defekteve të lindura për 1000 lindje të gjalla sipas vendbanimit në Shqipëri

Rajonet e vendit	Lindje	D.L. 2012	D.L.për 1000 l.gj.
Berat	1522	15	9.9
Dibër	1541	5	3.2
Durrës	3468	35	10.1
Elbasan	3412	24	7.0
Fier	3611	38	10.5
Gjirokastër	511	10	19.6
Korçë	2185	18	8.2
Kukës	1143	10	8.7
Lezhë	1542	8	5.2
Shkodër	2368	4	1.7
Vlorë	1946	27	13.9
Tiranë	11725	305	26.0
Total	34974	499	14.3

Në vitin 2012, prevalenca e defekteve të lindura në të gjithë vendin ishte 14.3 për 1000 lindje të gjalla. Tirana dhe Gjirokastra kanë nivelin më të lartë të defekteve të lindura, dhe kjo për arsye të raportimit të plotë dhe të saktë nga këto rajone. Shkodra, Dibra, Lezha dhe Elbasani duket se kanë nivelin më të ulët të defekteve të lindura, por në fakt në këto rajone për gjatë viteve vihet re raportim jo i plotë i defekteve të lindura.

Tabela 3: Shpërndarja e defekteve të lindura sipas zonave urbane/rurale në Shqipëri për vitin 2012

Vendbanimi Urban/Rural	Nr	%
Urban	228	45.7
Rural	271	54.3
Total	499	100.0

Në zonat rurale vihet re një nivel më i lartë i defekteve të lindura sesa në zonat urbane.

Tabela 4: Shpërndarja e defekteve të lindura sipas gjinisë së fëmijës, për vitin 2012

Gjinia e fëmijës	Nr	%
Meshkuj	316	63.3
Femra	177	35.5
Hermafrodit	5	1.0
Mungojnë	1	0.2
Total	499	100.0

Rreth 2/3 e rasteve me defekte të lindura janë meshkuj.

Tabela 5: Shpërndarja e defekteve të lindura sipas gjendjes së punësimit të nënës për vitin 2012

Gjendja e punësimit të nënës	Nr	%
Pa punë	304	60.9
E punësuar	111	22.2
Mungojnë	84	16.8
Total	499	100.0

Rreth 60% e nënave të fëmijëve me defekte të lindura janë të papunësuar.

Tabela 6: Shpërndarja e defekteve të lindura sipas nivelit të edukimit të nënës në Shqipëri për vitin 2012

Niveli i edukimit të nënës	#	%
Pa arsim	7	1.4
Arsimi fillor	4	0.8
Arsimi 8-vjeçar	213	42.7
Arsimi i mesëm	131	26.3
Arsim i lartë	61	12.2
Mungojnë	83	16.6
Total	499	100.0

Rreth 68% e nënave të fëmijëve me defekte të lindura i përkasin arsimit 8-vjeçar dhe të mesëm.

Tabela 7: Shpërndarja e defekteve të lindura sipas moshës së nënës në Shqipëri për vitin 2012

Pesha e foshnjës	Nr	%
< 1500 gram	23	4.6
1500 - 2500 gram	73	14.6
> 2500 gram	395	79.2
Mungojnë	8	1.6
Total	499	100.0

Rreth 70% e nënave të fëmijëve me defekte të lindura i përkasin grupmoshës riprodhuese më fertile.

Tabela 8: Shpërndarja e defekteve të lindura sipas peshës së foshnjës për vitin 2012

Mosha e nënës	Nr	%
15-19 vjeç	17	3.4
20-24 vjeç	118	23.6
25-29 vjeç	143	28.7
30-34 vjeç	80	16.0
35-39 vjeç	42	8.4
40-44 vjeç	14	2.8
>45 vjeç	3	0.6
Mungojnë	82	16.4
Total	499	100.0

Rreth 80% e fëmijëve me defekte të lindura kanë lindur me peshë mbi 2500 gram.

Tabela 9: Shpërndarja e defekteve të lindura sipas moshës në javë të shtatzënisë për vitin 2012

Mosha e shtatzënisë në javë	Nr	%
< 37 javë	86	17.2
>= 37 javë	399	80.0
Mungojnë	14	2.8
Total	499	100.0

Pjesa më e madhe e fëmijëve me defekte të lindura (80% e tyre) kanë lindur në term, pra në javën e 37 të shtatzënisë ose përtej saj.

Defektet e lindura janë një problem i rëndësishëm dhe shumë i ndjeshëm i shëndetit publik me një ndikim të jashtëzakonshëm ekonomik, emocional dhe psikologjik në familje. Janë identifikuar një numër i madh faktorësh rreziku të DL (defekte të lindura) duke përfshirë statusin e ulët social-ekonomik, moshën e avancuar të nënave etj; por ende mbeten të panjohur faktorë të tjerë që kontribuojnë në zhvillimin e tyre.

Aktivitetet e SSDL (Sistemi i survejances së defekteve të lindura) kanë potencialin për të informuar, plotësuar dhe përmirësuar programet ekzistuese të shëndetit të nënës dhe fëmijës. Shërbimet dhe ndërhyrjet për parandalimin dhe kujdesin e rasteve të DL duhet të jenë pjesë e shërbimeve ekzistuese të kujdesit shëndetësor, në veçanti të atyre që kanë të bëjnë me shëndetin e nënës dhe të fëmijës.

Edhe pse shkalla e raportimit për vitin 2012 është 80%, ende ka probleme në lidhje me besueshmërinë e diagnozës (dyshuar/konfirmuar), plotësimin e skedave dhe raportimin e tyre.

Gjithashtu, ka nevojë për trajnim të vazhdueshëm të personelit të drejtorive të shëndetit publik në rrethe, për shkak të zëvendësimit të shpeshtë të personelit në pozicionet e tyre të punës. Deri tani, sfida më e madhe e funksionimit të plotë të SSDL është bindja e mjekëve specialistë për të plotësuar skedat e DL, pasi ata shpesh janë “shumë të zënë” për ta plotësuar vetë skedën dhe ia lënë këtë përgjegjësi infermierëve apo punonjësit të zyrës së statistikës.

Planifikimi familjar

Sistemi i menaxhimit logjistik të kontraktivëve (LMIS)

Miranda Hajdini, Eduard Kakarriqi

Departamenti i Epidemiologjisë dhe i Sistemeve Shëndetësore,
Instituti i Shëndetit Publik.

Planifikimi familjar kupton në vetvete aftësinë e individit apo çiftit për të patur numrin e dëshiruar të fëmijëve, si dhe intervalin midis lindjeve.

Planifikimi familjar mund të përcaktohet si tërësia e mjeteve dhe teknikave që na lejojnë:

- Të mënjanojmë shtatzëninë e padëshiruar;
- Të lindim fëmijë kur i dëshirojmë;
- Të rregullojmë intervalin ndërmjet lindjeve;
- Të programojmë lindjet në momentin më të mirë në raport me moshën;
- Ul vdekshmërinë foshnjore dhe amtare;
- Lejon uljen e numrit të aborteve;
- Redukton SST-të, HIV/AIDS-in.

Qëllimi i planifikimit familjar (PF)

Përmirëson shëndetin dhe mirëqenien e individëve dhe familjeve. Planifikimi familjar është një nga investimet më të mira dhe më të lira për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien e grave, familjeve dhe shoqërisë. Planifikimi familjar ka ndikimin e vet mbi shëndetin riprodhues pasi ai vepron për të mbrojtur:

- **Shëndetin e nënës**
- **Shëndetin e fëmijës**

Aktualisht shërbimi i planifikimit familjar ose metodat moderne ofrohen nga tre sektorë:

- **Spektori publik**
- **Social - marketingu**
- **Spektori privat**

Aktualisht në sektorin publik ofrohen 4 tipe metodash: dy pilulat (microgynon dhe microlut), injeksion / depoprovera, DIU (diapozitiv intrauterin) dhe prezervativët. Në sektorin publik metodat ofrohen falas në të tre nivelet e shërbimit shëndetësor, në 36 rrethe dhe 427 qendra të PF.

- Niveli i shërbimit parësor - pranë çdo qendre shëndetësore;
- Niveli i shërbimit dytësor - maternitetet dhe konsultori i gruas në nivel rrethi;
- Niveli i shërbimit tretësor - në dy maternitetet e QSUT-së (Qendra Spitalore Universitare Tiranë).

Analiza e të dhënave për tremujorin e tretë/2013 Periudha e raportimit 01/07/2013-31/10/2013

Analiza e situatës së PF për sektorin publik, vlerësuar nga të dhënat sistematike tremujore që vijnë nëpërmjet sistemit LMIS -së.

Raportimi dhe mënyra e raportimit

Kanë raportuar 35 rrethe, nuk ka raportuar rrethi i Dibrës, përqindja e raportimit 97% dhe përqindja për QPF 389/427 91.1%.

Konsumi për secilën nga metodat

KOK (pilulë e kombinuar) 12918 cikle, PVP (pilulë vetëm me progesteron) 2248 cikle, Depoprovera 3366, DIU 385, Prezervativë 98539.

Vizita të para dhe të përsëritura

Numri i vizitave të reja që do të thotë se sa klientë të rinj kanë marrë për herë të parë një metodë moderne kontraceptive.

Numri i vizitave të përsëritura është numri i klientëve që vazhdojnë të marrin metoda për më shumë se një herë.

Ky është gati i qëndrueshëm krahasuar me tremujorët e mëparshëm, apo ka një rënie më pak të ndjeshme

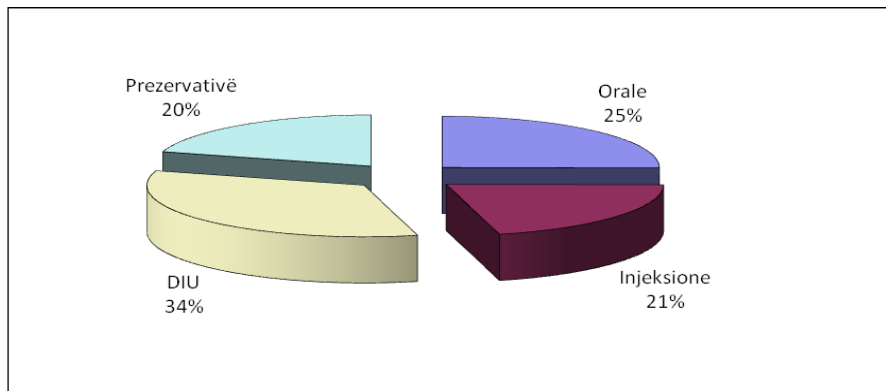
Vizita të para KOK 3447, vizita të përsëritura 8584 dhe këshillime 8510.

Shkalla e mbulimit me kontraceptivë në çift (CYP)

Në nivel vendi CYP është 3.1%, rrethet me CYP më të ulët nga niveli i vendit janë:

Elbasani, Kukësi, Gjirokastra, Kruja, Kuçova, M.Madhe, Mallakastra, Tepelena dhe Vlora.

Grafiku 1: % e konsumit sipas metodave



Stock-out ose mungesa me kontraceptivë

Stock-out është shkalla e cilësisë së ofrimit të shërbimit të planifikimit familjar të popullatës.

Mungesa në një qendër, cilado qoftë ajo nga tre nivelet e planifikimit familjar, edhe e një prej metodave moderne kontrceptive, është mungesë e menaxhimit në një prej hallkave të zinxhirit të sistemit dhe tregues i performancës negative.

Stock-out për secilën nga metodat: KOK 14.1%, PVP 23.9% Depoprovera 13.4, DIU, Prezervativë 9.5%. Këtë tremujor kemi një rritje të mungesës për KOK dhe Depoprovera krahasuar me tremujorët e mëparshëm.

Konkluzion

Përqindja e raportimit ishte 91%, nuk ka raportim për rrethin e Dibrës. Konsumi është gati konstant me një tendencë të lehtë në rënie në këto 2-3 vitet e fundit. Mungesa për metodat KOK dhe PVP me 5-6 % është në rritje të qëndrueshme. Trendi i vizitave aktuale është në rënie, në përputhje me trendin e vizitave gjatë tremujorëve të shkuar.

Vlerësimi i cilësisë së ajrit në afërsi të vendgrumbullimit të mbetjeve në Sharrë

Elida Mataj, Genci Dervishi, Ilir Dume, Gjergji Sina

Departamenti Shëndeti dhe Mjedisi,
Instituti i Shëndetit Publik.

Problemet e ndotjes së mjedisit dhe sidomos të ajrit, si shkaqe që ndikojnë në shëndetin e popullatës në të gjithë botën, janë marrë në konsideratë vitet e fundit edhe në Shqipëri.

Nga aktiviteti i përditshëm njerëzor dhe zhvillimi i përgjithshëm realizohet konsumi i lëndëve të para dhe materialeve që vijnë nga burime të ndryshme. Këto, duke u futur në zinxhirin e prodhimit të produkteve për konsum, transformohen në produkte të gatshme dhe në produkte që nuk kanë vlerë konsum-përdorimi, pra konsiderohen si të papërdorshme. Pra kryesisht nga aktivitetet njerëzore të cilat prodhojnë, vazhdimisht, krahas të mirave materiale krijohen edhe mbetje.

Faktorët si: shkalla e zhvillimit ekonomik, niveli social, traditat kulturore etj, luajnë një rol të rëndësishëm në sasinë e llojshmërinë e mbeturinave, si dhe në mënyrën e trajtimit të tyre.

Mbetjet e ngurta në vendin tonë mund të klasifikohen dhe përbëhen kryesisht nga: mbeturina të aktivitetit jetësor të njeriut (si mbetje urbane), mbetje industriale (të llojeve dhe sasive nga më të ndryshmet) dhe inerte të ndryshme (nga aktiviteti i ndërtimit).

Për sa i përket trajtimit të mbeturinave urbane në vendin tonë, deri më sot kemi një “praktikë” të depozitimit të tyre në vende shpesh të papërshtatshme dhe me një teknikë e teknologji tashmë primitive, e cila ka të bëjë thjesht vetëm me depozitimin e tyre dhe që në shumicën e rasteve konsiston në djegien e tyre (vetëndezeje dhe djegie nga vetë njerëzit).

Mossistemimi (si ndarja që në burim, mosrealizimi i procesit të riciklimit dhe kompostimit sipas teknikave higjieno-sanitare), sjell ndotje në aspektin e përgjithshëm mjedisor si ndotja e cilësisë së ajrit, ndotja e sipërfaqes së tokës, ndotja e ujërave sipërfaqësore dhe nëntokësore, ndotja e ujërave të detit.

Një nga vendgrumbullimet më problematike në Shqipëri është dhe landfilli i Sharrës, në periferi të kryeqytetit. Nga kërkesat e palëve të treta mbi monitorimin e cilësisë së ajrit në këtë zonë, specialistët e Sektorit të Epidemiologjisë Mjedisore dhe Kontrollit të Cilësisë së Ajrit pranë Institutit të Shëndetit Publik (ISHP), kontrolloan dhe monitoruan gjendjen e këtij territori problematik gjatë muajit janar 2014.

Nga monitorimi i kryer në periudhën 21-27 janar 2014 në mjedisin e banuar pranë landfillit Sharrë, në distancë rreth 300m në veri të landfillit respektiv, përfituam rezultate të rëndësishme.

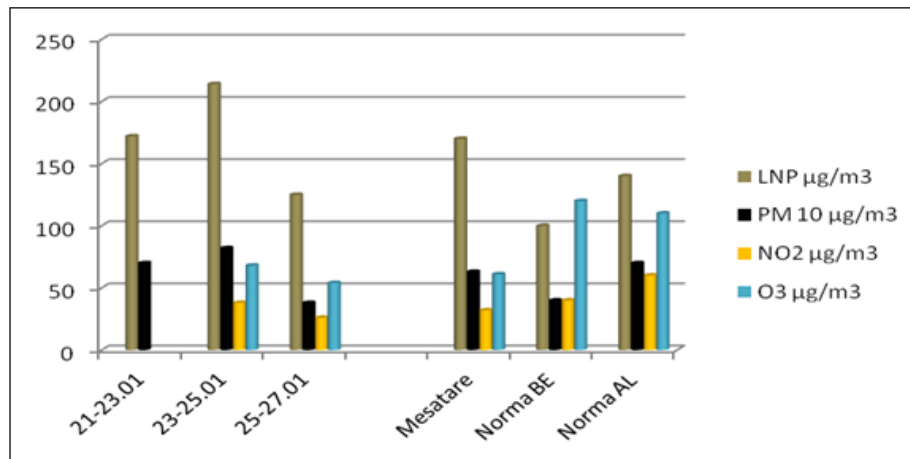
Rezultatet e matjeve të kontrollit të ajrit mjedisor, të kryera në periudhën e sipërpërmendur, jepen në formë të përmbledhur në tabelën 1 dhe grafikun1 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$).

Matjet e grimcave e të gazeve janë mesatare 24 orëshe.

Tabela1. Matjet në Sharrë për cilësinë e ajrit, 21-27.01.2014

Nr	Dt	LNP($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	PM 10 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	NO2 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	O3 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)
1	21-23.01	172	70		
2	23-25.01	125	38	38	68
3	25-27.01	214	82	26	54
Norma	Mesatare	170	63	32	61
	Norma BE	100	40	40	120
	Norma AL	140	70	60	110

Grafiku 1



Si përfundim mund të themi:

1. Sipas rezultateve të marra nga matjet e kryera, vlerat mesatare të përmbajtjes së grimcave totale (LNP) e atyre të respirueshme (PM 10) në ajër janë mbi kufijtë e vendeve të Bashkimit Evropian e të Shqipërisë. Këto vlera janë të ndikuara dhe nga prania e këtyre elementeve në ajrin e mjedisit urban.
2. Përmbajtja mesatare e gazeve dioksid squfuri (SO_2) e ozon (O_3) është e konsiderueshme, edhe pse brenda kufijve të lejuar në vendin tonë.
3. Matjet respektive lidhen me faktorë meteorologjikë të stinës së dimrit (drejtim dhe shpejtësi ere, reshje të bollshme, presion atmosferik i ulët).
4. Nga monitorimi i përgjithshëm i specialistëve u vërejt se, shqetësimi për aroma (erëra) të rënda me origjinë landfillin e Sharrës është real për periudhat kur presioni atmosferik është i ulët, lagështira relative e lartë dhe nuk ka lëvizje ere. Në Shqipëri nuk disponohen pajisje e metodika për matjen e

aromave në ajër (komponime organike të sulfuruara, komponime aminike, estere, komponime organike flurore, etj) dhe legjislacioni mjedisor në këtë aspekt është me mangësi të konsiderueshme. Është e domosdoshme që legjislacioni të plotësohet me normat e lejuara të komponimeve përkatëse në ajrin mjedisor, si edhe me përcaktimin e institucioneve që do kryejnë ekspertiza të këtij karakteri.

BULETINI I INSTITUTIT TE SHENDETIT PUBLIK:
Rr. Aleksandër Moisiu, Nr. 80, Tiranë, SHQIPERI
E-mail: ishp@shendetesia.gov.al
Tel: 04 23 74 756
Fax: 04 23 70 058