

Prof. Dr. Eduard KAKARRIQI
(INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK)

**VLERËSIMI I RREZIKUT NDAJ
EMERGJENCAVE CIVILE
APO
FATKEQËSIVE (NATYRORE OSE JO)
TË MUNDSHME
NË SHKALLË VENDI DHE QARKU
NË SHQIPËRI**

Tiranë, qershor 2009

Adresa e autorit:

Prof. Dr. Eduard Z. Kakarriqi

Shef i Departamentit të Epidemiologjisë
Instituti i Shëndetit Publik
Rruga Aleksandër Moisiu, 80
Tiranë

tel.: 236 35 53

fax : 237 00 58

cel.: 069 30 87 781

e-mail: edikakarriqi@yahoo.com
edikakarriqi@hotmail.com

PËRMBAJTJA E LËNDËS

HYRJE

PJESA E PARË:

EMERGJENCAT CIVILE APO FATKEQËSITË (NATYRORE OSE JO) PREJ FAKTORËVE RISK MJEDISORË/KLIMATIKË

- I - Sfondi i përgjithshëm i rreziqeve mjedisore/klimatike ndaj emergjencave civile dhe/ose fatkeqësive të mundshme në Shqipëri
- II - Vlerësimi i rrezikut dhe prekshmërisë ndaj fatkeqësive të mundshme në shkallë (nivel) qarku: *Vështrim i përgjithshëm*
- III - Vlerësimi i faktorëve të rrezikut ndaj fatkeqësive të mundshme në secilin qark në veçanti bazuar në vështrimin e përgjithshëm të saposhtjelluar në shkallë (nivel) qarku

PJESA E DYTË:

EPIDEMITË NGA SËMUNDJET INFEKTIVE SI EMERGJENCË CIVILE E MIRËFILLTË

- I - Shërbimi shëndetësor (parësor, spitalor) në raport me dendësinë hapësinore të popullatës – vështruar si “faktor risk” në vetvete në sfondin e përgjithshëm të rreziqeve ndaj fatkeqësive të mundshme (natyrore ose jo) në Shqipëri
- II - Sëmundjet infektive me potencial epidemik si emergjencë e shëndetit publik në Shqipëri (bazuar në të dhënat e Sistemit tonë të Integruar të Survejancës epidemiologjike të Sëmundjeve Infektive – SISSI)
 - II/1 - Të dhënat e SISSI mbi frekuencën e hasjes (=incidencën) e sëmundjeve infektive me potencial epidemik në shkallë rrethi në Shqipëri
 - II/2 - Pasqyra e mësipërme e të dhënave të SISSI mbi frekuencën hapësinore në shkallë rrethi të hasjes të sëmundjeve infektive me potencial epidemik në Shqipëri, e përmbledhur dhe e kuantifikuar në shkallë qarku [prekturë, rajoni] me “skorimin” (=kuantifikimin) nga ana sasiore me rendin numerik nga 1 deri në 12 (totali i qarqeve/prefekturave/rajoneve të vendit tonë):
skorë 1 (potenciali më i lartë i hasjes të sëmundjes infektive) deri në skorë 12 (potenciali më i ulët i hasjes të sëmundjes infektive)

PJESA E TRETË:

MANUALI I OPERIMIT PËR PROFESIONISTËT E SHËNDETËSISË DHE KOORDINATORËT E SHËNDETIT PUBLIK NË AKTIVITETIN E TYRE NË SITUATAT E EMERGJENCAVE NË DREJTIM TË KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE ME POTENCIAL EPIDEMIK

- I - Vlerësimi i shpejtë shëndetësor
 1. Objektivat e vlerësimit të shpejtë shëndetësor
 2. Kompozimi i ekipit të vlerësimit të shpejtë shëndetësor
 3. Metodat e grumbullimit (mbledhjes) të të dhënave në një emergjencë
 - 3.1. Shqyrtimi i informacionit ekzistues
 - 3.2. Inspektimi pamor (vizual) i zonës së prekur
 - 3.3. Intervista me personat informues kyç
 - 3.4. Survejim ndërseksional i vlerësimit të shpejtë

- II - Parandalimi (prevenimi) i sëmundjeve infektive
 1. Strehimi: zgjedhja e vendit për strehimin e përkohshëm/kampet
 2. Ujët e pijshëm dhe higjienizimi
 3. Kontrolli i vektorëve
 4. Kontrolli i brejtësve (minjve)
 5. Ushqyerja adekuate (e përshtatshme) dhe siguria ushqimore
 6. Vaksinimi

- III - Survejanca epidemiologjike në një emergjencë
 1. Sistemi ekzistues i Integruar i Survejancës të Sëmundjeve Infektive në Shqipëri (SISSI)
 2. Veçoritë e survejancës të sëmundjeve infektive në një emergjencë
 3. Përcaktimi i përparësive (prioriteteve) të survejancës
 4. Grumbullimi i të dhënave, analiza, dhe prapa-shpërndarja (feed-forward/feed-back)
 5. Përkufizimi i rastit
 6. Të dhënat më të domosdoshme (= takëmi apo seti minimal i të dhënave të domosdoshme)

- IV - Kontrolli i shpërthimeve epidemike
 1. Mbi terminologjinë: “epidemi” apo “shpërthim epidemik (=shpërthim)”?
 2. Gatishmëria (përgatitshmëria)
 3. Studimi (hulumtimi) i shpërthimit epidemik dhe principet bazë të ndërhyrjes (aksionit) për kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve/grup-sëmundjeve infektive me potencial epidemik si emergjencë e shëndetit publik
 - 3.1. Hulumtimi epidemiologjik: qëllimi, objektivat dhe elementët përbërës
 - 3.1.1. Qëllimi
 - 3.1.2. Objektivat
 - 3.1.3. Elementët përbërës të hulumtimit epidemiologjik

- 3.2. Principet bazë të ndërhyrjes (intervenimit, veprimit, aksionit) për kontrollin dhe parandalimin (prevenimin) e sëmundjeve/grup-sëmundjeve infektive me potencial epidemik
 - 3.2.1. Infeksionet respiratore (gripi)
 - 3.2.2. Sëmundjet diarreike (me transmetim nëpërmjet-ujit dhe/ose ushqimeve)
 - 3.2.3. Sëmundjet infektive (zoonoza) me transmetim vektorial
 - 3.2.4. Zoonozat e kontrollit dhe parandalimit veterinar
 - 3.2.5. Sëmundjet infektive të parandalueshme-me-vaksinim
- 3.3. Përmbledhje

HYRJJE

Termi i përgjithshëm “*emergjencë*” përfshin të gjitha ato situata (gjendje) ku popullata të gjera (të mëdha në numër dhe shtrirje hapësinore) janë në nevojë urgjente për ndihmë humanitare. Emergjencat përfshijnë *emergjencat komplekse* dhe *fatkeqesitë natyrore ose jo* (si përmbytjet, tërmetet, etj). Termi “*emergjenca komplekse*” është krijuar për të përshkruar “gjendjet e luftës apo konflikteve civile që prekin popullata të gjera civile me mangësira të ushqimeve dhe çvendosje të popullatës, duke rezultuar në rritje të theksuar të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë”.

Sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), **emergjenca është çdo situatë e shëndetit publik që rrezikon jetën apo shëndetin e një pjese të konsiderueshme të popullatës dhe, që rrjedhimisht, kërkon veprim (aksion) të menjëhershëm, pra ndërhyrje të menjëhershme. Një situatë emergjente, pra një gjendje e emergjencës mund të rezultojë nga një fatkeqësi natyrore ose jo-natyrore, apo mund të jetë një emergjencë komplekse.**

Ky punim është në thelb një manual operimi (veprimi), që synon të ndihmojë profesionistët e shëndetësisë dhe koordinatorët e shëndetit publik në aktivitetin e tyre në situatat e emergjencave në drejtim të parandalimit, zbulimit dhe kontrollit të sëmundjeve kryesore infektive (të transmetueshme) që potencialisht prekin popullatën e zonës së emergjencës. Pra, i fokusuar kah sëmundjeve infektive me potencial epidemik të përhapjes së tyre.

Megjithatë, ai do të ishte i mangët pa shtjellimin paraprak edhe të faktorëve risk mjedisorë ose/dhe klimatikë ndaj ndodhisë apo hasjes së një fatkeqësie, në rradhë të parë natyrore, por pse jo edhe me zanafillë jo-natyrore (dmth shkaktuar nga dora e njeriut). Kuantifikimi (paraqitja në trajtë sasiore) i këtyre faktorëve risk mjedisorë/klimatikë ndihmon paraqitjen e peshës specifike të tyre në shkallë qarku (apo prefekturë apo rajoni) në Shqipëri. Është pikërisht ky moment që përbën pjesën e parë të punimit.

Për t’u pasuar me pjesën e dytë – shërbimi shëndetësor (parësor dhe spitalor) në raport me dendësinë e popullatës në shkallë rrethi/qarku në Shqipëri në kuadrin e aksionit (veprimit) shëndetësor në çdo situatë emergjence, dhe epidemitë/shpërthimet epidemike nga sëmundjet infektive me potencial epidemik si emergjencë e mirëfilltë e shëndetit publik në kontekstin konkret aktual në Shqipëri (bazuar në të dhënat e survejancës sonë epidemiologjike të sëmundjeve infektive në shkallë rrethi/qarku).

Për të përfunduar me pjesën e tretë, shumë më e gjerë dhe e detajuar në shtjellim, që përbën në thelb manualin e operimit (veprimit) për profesionistët e shëndetësisë dhe koordinatorët e shëndetit publik në aktivitetin e tyre në situatat e emergjencave në drejtim të parandalimit, zbulimit dhe kontrollit të sëmundjeve kryesore infektive (të transmetueshme) që potencialisht prekin popullatën e zonës së emergjencës.

PJESA E PARË:

**EMERGJENCAT CIVILE
APO FATKEQËSITË (NATYRORE OSE JO)
PREJ FAKTORËVE RISK MJEDISORË/KLIMATIKË**

- I -

**SFONDI I PËRGJITHSHËM I RREZIQEVE MJEDISORE/KLIMATIKE NDAJ
EMERGJENCAVE CIVILE DHE/OSE FATKEQËSIVE TË MUNDSHME
NË SHQIPËRI**

Shqipëria është një vend i zbuluar kundrejt ngjarjeve të mundshme rrezikuese:

- Me burim natyror: (1) Gjeologjike (tërmete, rënie shkëmbinjsh, rrëshqitje toke); (2) Hidrologjike (përmytje dhe vërshime lumenjsh/përrenjsh); (3) Atmosferike (stuhi dëbore, rënie e madhe dëbore, ortekë dëbore, stuhi ere, thatësira); Biofizike (epidemi, zjarre pyjesh);
- Me origjinë njerëzore: përmytje nga çarje e digave, ngjarje rrezikuese me burim teknologjinë;
- Ngjarje të mundshme ekologjike: potenciali i tyre ka qenë shtuar më parë për shkak të zhvillimit industrial gjatë periudhës së ekonomisë të centralizuar e të planifikuar, ndërkohë që sot shumica e atyre objekteve industriale është braktisur.

Disa prej ngjarjeve të mundshme rrezikuese mund të shkaktojnë fatkeqësi të lokalizuara si vend dhe stinë (përmytje nga lumenjtë, zjarre në pyje, rrëshqitje toke, rënie shkëmbinjsh, ortekë dëbore), ndërsa të tjerat mund të shkaktojnë fatkeqësi me përhapje të madhe (tërmetet, epidemitë).

Kërcënimi i fatkeqësive për vendin është i madh, ndonëse jo të gjitha viset janë të zbuluara me të njëjtën denduri dhe forcë të kërcënimit. Megjithatë, nëse fatkeqësia godet, ka prirje të japë si pasojë: [1] dëme në njerëz dhe bagëti; [2] dëme dhe shkatërrime të pronës; [3] dëme të sektorit bujqësor; [4] dëmtime të infrastrukturës; [5] dëme të mjedisit.

Shqipëria është e zbuluar ndaj një sërë problemesh mjedisore të trashëguara nga periudha e ekonomisë socialiste të centralizuar. Ato janë aktualisht të përtheksuara si rrjedhojë e mangësive dhe të metave në kuadrin ligjor (ligjvënies) dhe atë institucional, e nivelit të ulët të ndërgjegjësimit të popullatës ndaj ruajtjes së mjedisit, e mungesës së bashkëpunimit ndër-sektorial, etj.

Disa prej këtyre problemeve janë:

- (1) Prishja e biodiversitetit (shpyllëzime, humbja e florës dhe e faunës);
- (2) Shpyllëzimi masiv;
- (3) gërryerja e tokës;
- (4) Probleme të veçanta sipas sektorëve (ndotja e ajrit, ujit, tokës);

(5) Zonat me risk të lartë (=pikat e nxehta) lidhur me ndotjen e mjedisit.

Madje, në rrethana të caktuara, prania e këtyre agjentëve mundet ta ndryshojë tiparin e rrezikut parësor.

Përveç ngjarjeve të mundshme të fatkeqësive natyrore, karakteristikë për territorin e Shqipërisë është shtimi i prekshmërisë së bashkësisë, faktor ky në vetvete me rëndësi për potencialin e përgjithshëm të rreziqeve dhe fatkeqësive për vendin, shkaqet kryesore të të cilit janë:

- Shtimi i popullsisë, që ka si pasojë rritjen e dendësisë së banimit dhe të investimeve në tokat anësore (p.sh., shtimi i trojeve në tokat e papërdorshme, rrjedhja e dherave teposhtë nga digat, etj.);
- Trysnia e urbanizimit (shpërngulja e parreshtur nga fshati në qytet), që i përqendron njerëzit në zona periurbane të pasigurta;
- Praktikrat e paqëndrueshme të zhvillimit, sidomos në tokat prodhuese anësore;
- Degradimi i burimeve natyrore (p.sh., kullotja e tepruar në livadhe, shfrytëzimi tej mase i pyjeve, etj);
- Shtimi i varfërisë dhe rritja e numrit të njerëzve që janë të zbuluar përballë ngjarjeve rrezikuese;
- Infrastruktura e papërshtatshme e komunikimeve dhe e transportit;
- Mungesa e masave të rrepta për kontrollin e mjedisit;
- Masa të papërshtatshme të menaxhimit të rrezikut dhe teknika të papërshtatshme të parashikimit të tij;
- Mungesa e masave të rrepta për kontrollin e mjedisit;
- Paaftësia e tanishme e pushtetit qendror dhe vendor përballë përqendrimit në rritje të popullsisë në disa zona të vendit dhe përparësive e nevojave të zhvillimit kombëtar/rajonar për të siguruar shërbime shoqërore të përshtatshme, ndër to edhe shërbimet lidhur me pakësimin e rreziqeve nga fatkeqësitë dhe menaxhimin e emergjencave;
- Aftësia e dobët institucionale dhe baza e ulët e burimeve për të përballuar kërkesat e fatkeqësive masive;
- Trajnim i papërshtatshëm i personelit të emergjencës dhe i popullatës për masat e mbrojtjes e të vetëmbrojtjes;
- Pjesëmarrja e pamjaftueshme e bashkësive vendore (komunitetit) në menaxhimin e rreziqeve nga fatkeqësitë dhe menaxhimin e emergjencave;
- Mekanizmat e pamjaftueshëm të tregut për të ndihmuar në zbutjen e rreziqeve nga fatkeqësitë e mundshme.

Pasojat e fatkeqësive në pjesë të ndryshme të bashkësisë mund të arrijnë përmasa shqetësuese sepse:

- Ndryshimi i mënyrës/mjeteve të jetesës ka pasur si rrjedhim humbje në nivele të larta të vlerave kombëtare dhe kosto po ashtu të lartë në zëvendësimin e këtyre vlerave;
- Gjendja ekonomike e vendit në tërësi është aq e brishtë dhe problemet shoqërore/ekonomike në rajonet e ndryshme (qarqet dhe/ose bashkitë e komunat)

- janë aq të mëdha, saqë pasojat e fatkeqësive fare lehtë mund të kenë prirje të dalin në nivel kombëtar dhe me rrjedhoja të dëmshme për perspektivat e zhvillimit afatgjatë; si dhe
- Nivelet e prekshmërisë janë rritur mjaft me shtimin e popullsisë, me migrimin dhe përqendrimin e saj në rajonet e urbanizuara që ndodhen në zonat me rrezik potencialisht të lartë (p.sh. zona me rrezik potencialisht të lartë sizmik).

- II -

**VLERËSIMI I RREZIKUT DHE PREKSHMËRISË
NDAJ FATKEQËSIVE TË MUNDSHME
NË SHKALLË (NIVEL) QARKU:
VËSHTRIM I PËRGJITHSHËM**

(Pa)Qendrueshmëria e terrenit:

rrëshqitje e tokës, vithisje toke, rrjedhje toke, rënie shkëmbinjsh, rrëshqitje shkëmbinjsh, rrjedhë shkëmbinjsh.

Klasifikimi lidhur me (pa)qendrueshmërinë e terrenit mund të bëhet në 3 kategori kryesore:

- (1) terren i qendrueshëm,
- (2) terren relativisht i qendrueshëm,
- (3) terren i pa-qendrueshëm.

Digat dhe rezervuarët:

Janë ndërtuar për

/ nevoja bujqësore dhe të ujitjes,

/ kontrollimin e përmytjeve,

/ energji elektrike,

/ pika pushimi.

Shqipëria ka aktualisht 630 sisteme rezervuarësh në total, me diga me lartësi 10-30 m (524 diga), 30-60 m (77 diga), 60-100 m (4 diga), 115 m (Komani), 167 m (Fierza).

Migrimi i popullatës dhe zgjerimi i qyteteve kanë sjellë shtimin e përqendrimit të popullsisë në zonat teposhtë digave (>100 banorë deri qendër urbane), moment

ky i rëndësishëm lidhur me rrezikun e çarjes së digave:

diga të dëmtuara rëndë

dhe/ose diga të dëmtuara.

Ngjarjet e mundshme rrezikuese sizmike (=Tërmetet):

Ndarje në 4 kategori, konkretisht

- (1) rrezik ± (=thujse i papërfillshëm)
- (2) rrezik +
- (3) rrezik ++
- (4) rrezik +++ (=më i larti)

Potenciali për bllokimin zonal për të paktën 5 ditë nga dëbora:

Ndarje në 3 kategori lidhur me rrezikun, konkretisht

- (1) zona me rrezik zero (=mungesë rreziku),
- (2) zona me rrezik të ulët dhe/ose mesatar,
- (3) zona me rrezik të lartë.

Rreziku i përmytjeve:

Zonat e ndryshme të vendit lidhur me rrezikun e përmytjeve (kryesisht nga vërshimet e lumenjve/përrenjve) mund të klasifikohen në 4 kategori, konkretisht

- (1) zona me rrezik të ulët të përmytjeve
- (2) zona me rrezik mesatar të përmytjeve
- (3) zona me rrezik të konsiderueshëm të përmytjeve
- (4) zona me rrezik të lartë (dhe/ose ekstrem) të përmytjeve

TABELË PËRMBLEDHËSE
(BAZË QARKU)
MBI
(PA)QENDRUESHMËRINË E TERRENEVE,
NGJARJET E MUNDSHME SIZMIKE,
RREZIKUN E PËRMBYTJEVE,
RREZIQET NGA ÇARJET E DIGAVE TË DËMTUARA,
POTENCIALIN PËR BLOKIMIN ZONAL ≥ 5 DITË NGA DËBORA

Qarku	Qendrueshmëria natyrore e terreneve	Rreziku nga ngjarjet e mundshme rrezikuese sizmike (tërmetet)	Rreziku i përmbytjeve	Rreziqet nga çarjet e digave: <i>numri i digave (diga të dëmtuara + diga të dëmtuara rëndë)</i>	Potenciali për bllokimin zonal ≥ 5 ditë nga dëbora
Berat	Relativ i qendrueshëm	++	I ulët & Mesatar	5 (5 + 0)	I ulët/Mesatar
Dibër	I qendrueshëm & Relativ i qendrueshëm	+++	Mesatar	6 (3 + 3)	I lartë
Elbasan	Relativ i qendrueshëm & I paqendrueshëm	++	I konsiderueshëm & I lartë	7 (6 + 1)	I ulët/Mesatar
Fier	Relativ i qendrueshëm	±	I ulët	25 (21 + 4)	jo
Gjirokastër	I qendrueshëm & Relativ i qendrueshëm	+	I konsiderueshëm & I lartë	8 (7 + 1)	I ulët/Mesatar
Durrës	I qendrueshëm & Relativ i qendrueshëm	+++	I ulët & Mesatar	0	jo
Korçë	I qendrueshëm & Relativ i qendrueshëm & I paqendrueshëm	++	I ulët & Mesatar	5 (4 + 1)	I lartë
Kukës	I qendrueshëm & Relativ i qendrueshëm & I paqendrueshëm	+	I ulët & Mesatar	18 (16 + 2)	I lartë
Lezhë	I qendrueshëm & Relativ i qendrueshëm & I paqendrueshëm	±	I konsiderueshëm & I lartë	5 (4 + 1)	jo
Shkodër	I qendrueshëm & Relativ i qendrueshëm	+++	I konsiderueshëm & I lartë	5 (2 + 3)	I lartë & I ulët/Mesatar

Tiranë	Relativ i qendrueshëm & I paqendrueshëm	+	I konsiderueshëm & I lartë	23 (21 + 2)	I ulët/Mesatar
Vlorë	I qendrueshëm & Relativ i qendrueshëm	+	Mesatar & I konsiderueshëm	0	<i>jo</i>

- III -

**VLERËSIMI I FAKTORËVE TË RREZIKUT
NDAJ FATKEQËSIVE TË MUNDSHME
NË SECILIN QARK NË VEÇANTI
BAZUAR NË
VËSHTRIMIN E PËRGJITHSHËM
TË SAPOSHTJELLUAR
NË SHKALLË (NIVEL) QARKU**

BERAT

- Terren relativisht i qendrueshëm;
- Rrezik sizmik ++ (kategoritë janë 4: nga ± deri +++);
- Rrezik i ulët deri mesatar i përmbytjeve;
- Diga të dëmtuara = 5 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial i ulët/mesatar i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

DIBËR

- Terren i qendrueshëm dhe relativisht i qendrueshëm;
- Rrezik sizmik +++, dmth më i larti (kategoritë janë 4: nga ± deri +++);
- Rrezik mesatar i përmbytjeve;
- Diga të dëmtuara = 6 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial i lartë i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

ELBASAN

- Terren relativisht i qendrueshëm dhe i pa-qendrueshëm;
- Rrezik sizmik ++ (kategoritë janë 4: nga ± deri +++);
- Rrezik i konsiderueshëm deri i lartë i përmbytjeve;
- Diga të dëmtuara = 7 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial i ulët deri mesatar i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

FIER

- Terren relativisht i qendrueshëm;
- Rrezik sizmik ±, dmth thujse i papërfillshëm (kategoritë janë 4: nga ± deri +++);
- Rrezik i ulët i përmbytjeve;

- Diga të dëmtuara = 25 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial thuajse zero i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

GJIROKASTËR

- Terren i qendrueshëm dhe relativisht i qendrueshëm;
- Rrezik sizmik + (kategoritë janë 4: nga \pm deri +++);
- Rrezik i konsiderueshëm deri i lartë i përmbytjeve;
- Diga të dëmtuara = 8 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial i ulët deri mesatar i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

DURRËS

- Terren i qendrueshëm dhe relativisht i qendrueshëm;
- Rrezik sizmik +++, dmth më i larti (kategoritë janë 4: nga \pm deri +++);
- Rrezik i ulët deri mesatar i përmbytjeve;
- Diga të dëmtuara = zero (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial thuajse zero i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

KORÇË

- Terren nga i qendrueshëm në relativisht i qendrueshëm e deri në i pa-qendrueshëm;
- Rrezik sizmik ++ (kategoritë janë 4: nga \pm deri +++);
- Rrezik i ulët deri mesatar i përmbytjeve;
- Diga të dëmtuara = 5 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial i lartë i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

KUKËS

- Terren nga i qendrueshëm në relativisht i qendrueshëm e deri në i pa-qendrueshëm;
- Rrezik sizmik + (kategoritë janë 4: nga \pm deri +++);
- Rrezik i ulët deri mesatar i përmbytjeve;
- Diga të dëmtuara = 18 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial i lartë i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

LEZHË

- Terren nga i qendrueshëm në relativisht i qendrueshëm e deri në të pa-qendrueshëm;

- Rrezik sizmik \pm , dmth thujse i papërfillshëm (kategoritë janë 4: nga \pm deri +++);
- Rrezik i konsiderueshëm deri i lartë i përmytjeve;
- Diga të dëmtuara = 5 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial thujse zero i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

SHKODËR

- Terren i qendrueshëm dhe relativisht i qendrueshëm;
- Rrezik sizmik +, dmth më i larti (kategoritë janë 4: nga \pm deri +++);
- Rrezik i konsiderueshëm deri i lartë i përmytjeve;
- Diga të dëmtuara = 5 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial nga i ulët në mesatar e deri në i lartë i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

TIRANË

- Terren relativisht i qendrueshëm dhe i pa-qendrueshëm;
- Rrezik sizmik + (kategoritë janë 4: nga \pm deri +++);
- Rrezik i konsiderueshëm deri i lartë i përmytjeve;
- Diga të dëmtuara = 23 (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial i ulët deri mesatar i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

VLORË

- Terren i qendrueshëm dhe relativisht i qendrueshëm;
- Rrezik sizmik + (kategoritë janë 4: nga \pm deri +++);
- Rrezik mesatar deri i konsiderueshëm i përmytjeve;
- Diga të dëmtuara = zero (me popullatë banuese teposhtë tyre);
- Potencial thujse zero i bllokimit zonal ≥ 5 ditë nga dëbora.

PJESA E DYTË:

**EPIDEMITË NGA SËMUNDJET INFEKTIVE
SI EMERGJENCË CIVILE E MIRËFILLTË**

- I -

**SHËRBIMI SHËNDETËSOR
(PARËSOR, SPITALOR)
NË RAPORT ME DENDËSINË HAPËSINORE TË POPULLATËS –
VËSHTRUAR SI “FAKTOR RISK” NË VETVETE
NË SFONDIN E PËRGJITHSHËM
TË RREZIQEVE
NDAJ FATKEQËSIVE TË MUNDSHME (NATYRORE OSE JO)
NË SHQIPËRI**

Përse shërbimin shëndetësor (parësor, spitalor) në raport me dendësinë hapësinore të popullatës e vështrojmë si “faktor risk” në vetvete në sfondin e përgjithshëm të rreziqeve ndaj fatkeqësive të mundshme?

Sepse, sa më i ulët të jetë raporti i numrit të personelit mjekësor (i lartë, i mesëm) ndaj numrit të popullatës, aq më e ulët si sasi, cilësi dhe kohëduhurshmëri do të jetë ndihma mjekësore dhe kujdesi mjekësor ndaj asaj popullate në jetën e përditshme normale, e për më tepër në situatën e një emergjence shëndetësore (epidemi, etj).

Sepse, sa më i ulët të jetë raporti i numrit të shtretërve spitalorë (spitaleve) ndaj numrit të popullatës, aq më e ulët si sasi, cilësi dhe kohëduhurshmëri do të jetë ndihma mjekësore dhe kujdesi mjekësor i specializuar spitalor ndaj asaj popullate në jetën e përditshme normale, e për më tepër në situatën e një emergjence shëndetësore (epidemi, etj).

Dy arsye këto madhore, për të mos shtuar mbi to cilësinë e shërbimit mjekësor, cilësine e infrastrukturës mjekësore, etj, të lidhura ngushtësisht me cilësinë e trajtimit mjekësor, pra me prognozën e gjendjes shëndetësore të popullatës së prekur.

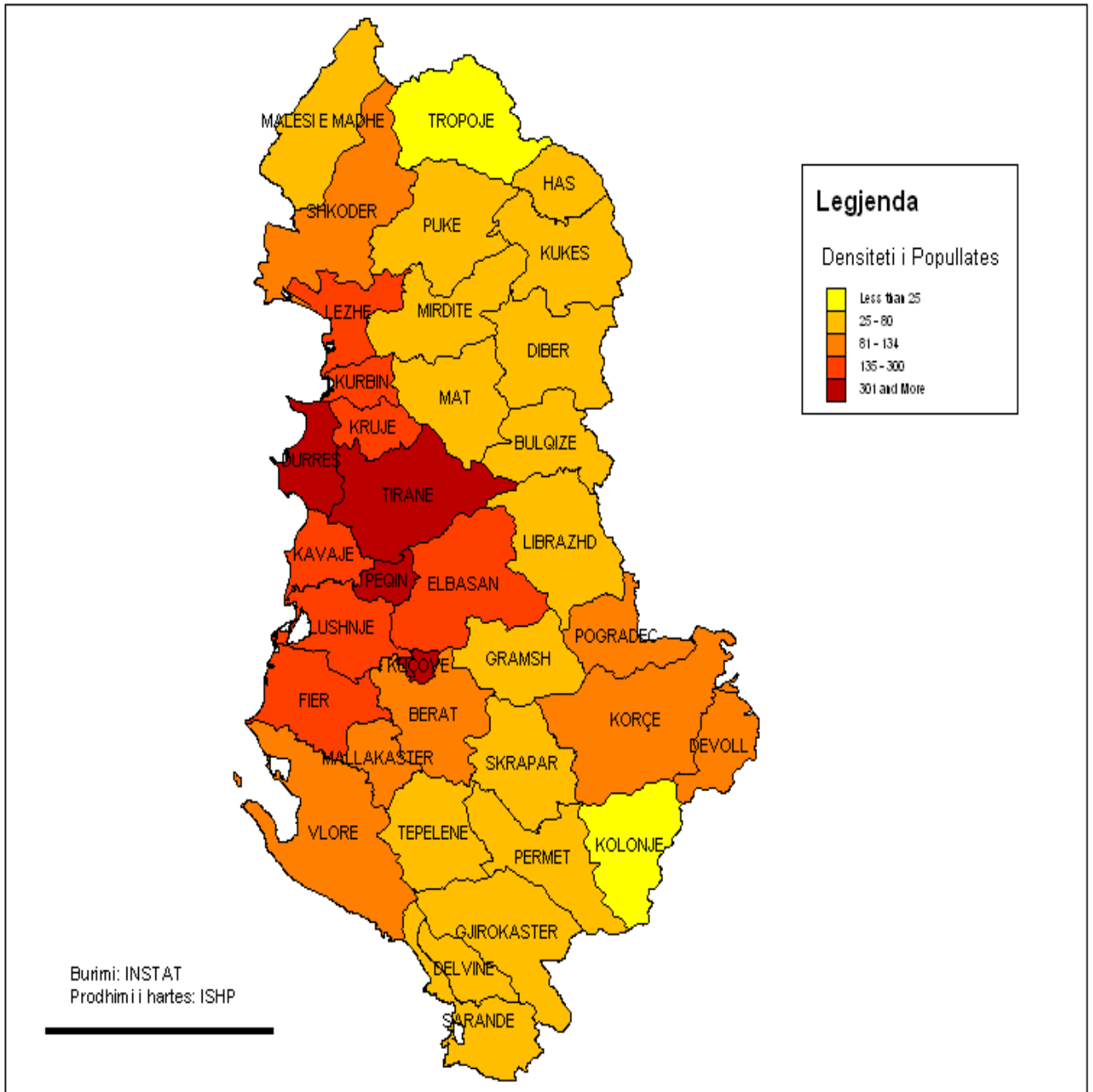
Cila është gjendja në vendin tonë lidhur me dy “faktorët risk” të mësipërm në shkallë qarku apo edhe rrethi?

PARAQITJA HARTËSORE (NË HARTË):

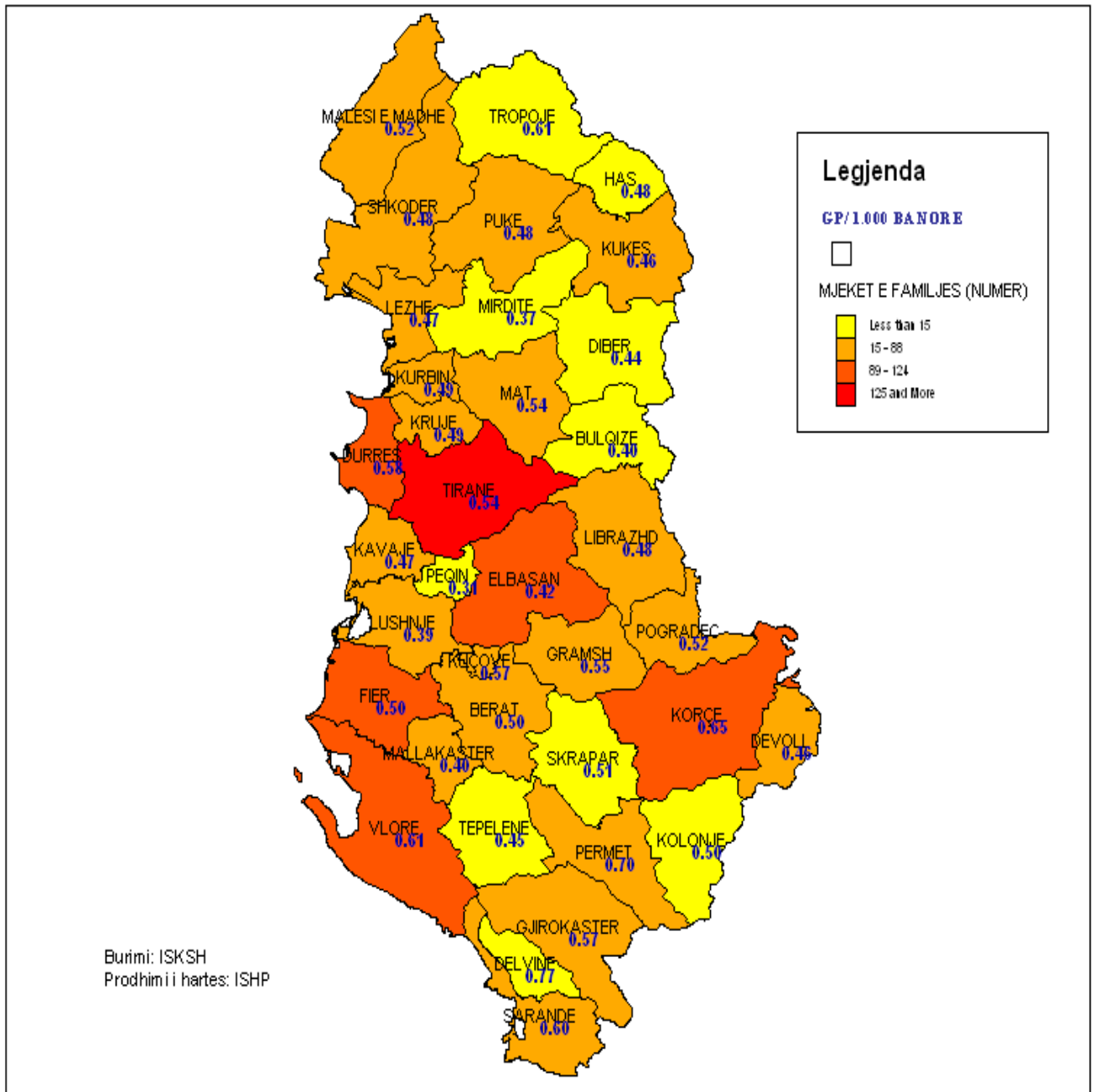
- e Dendësisë së Popullatës [banorë / km²] (INSTAT),
- e Numrit të Mjekëve të Familjes [numër absolut dhe numër për 1.000 banorë] (Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor – ISKSh),
- e Numrit të Spitaleve (të mëdha dhe të vogla), dmth ekuivalentuar me kapacitetin në shtreter (Ministria e Shëndetësisë), sipas 36 rretheve të vendit,

ka synim paraqitjen e realitetit ekzistues,
dhe, në të njëjtën kohë e nevojave aktuale dhe në ecuri të popullatës
lidhur me shërbimet e kujdesit shëndetësor
në jetën normale,
dhe, për më tepër, në rastin eventual të një fatkeqësie (natyrore ose jo) apo emergjence
civile.

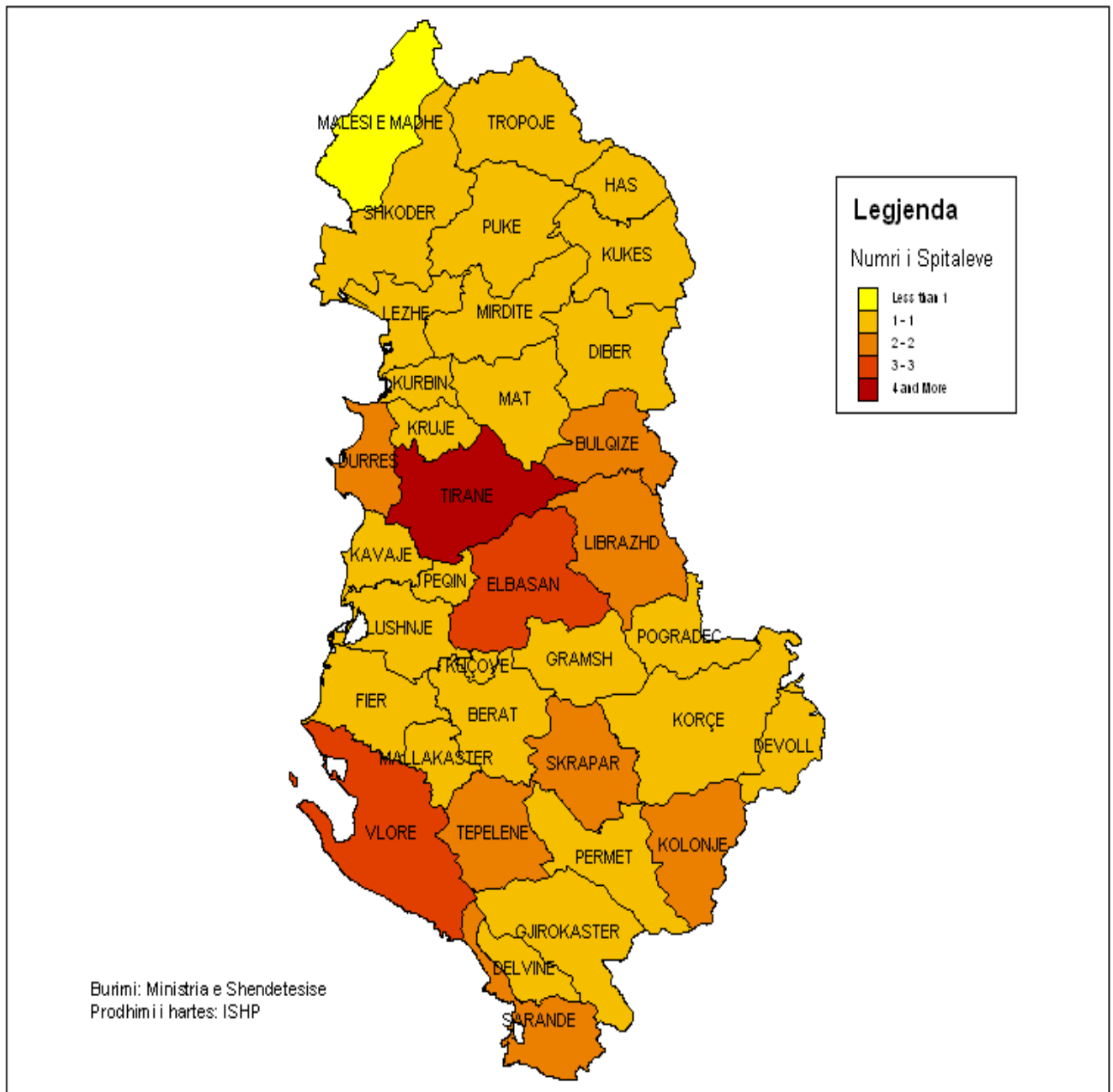
Densiteti i popullates (banore/ km²) sipas rretheve, 2004



Numri i mjekeve te familjes sipas rretheve, 2004



Numri i spitaleve sipas rretheve, 2004



**PARAQITJA HARTËSORE E MËSIPËRME JEPET NË MËNYRË TË PËRMBLEDHUR
NË SHKALLË QARKU
NË SHITJELLIMIN NË VIJIM.**

BERAT

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) nën normë (=pamjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) nën normë (=pamjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

DIBËR

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

ELBASAN

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) nën normë (=pamjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

FIER

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) nën normë (=pamjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) nën normë (=pamjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

GJIROKASTËR

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

DURRËS

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) nën normë (=pamjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

KORÇË

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

KUKËS

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

LEZHË

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

SHKODËR

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

TIRANË

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) nën normë (=pamjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

VLORË

- Mjek familje (shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës;
- Shtretër spitalorë (shërbimet e kujdesit spitalor) në normë (=mjaftueshëm) në raport me dendësinë e popullatës.

- II -

**SËMUNDJET INFEKTIVE ME POTENCIAL EPIDEMIK
SI EMERGJENCË E SHËNDETIT PUBLIK
NË SHQIPËRI
(BAZUAR NË TË DHËNAT E
SISTEMIT TONË TË INTEGRUAR TË SURVEJANCËS EPIDEMIOLOGJIKE
TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE – SSI)**

Një fatkeqësi (natyrore ose jo) dhe sëmundjet infektive paraqesin dy ngjarje të ndërlidhura shkakësisht në një rreth vicioz: fatkeqësia natyrore shoqërohet gjithmonë me një rritje të konsiderueshme të frekuencës së hasjes të sëmundjeve infektive, dmth me rrezikun e shpërthimeve epidemike të tyre, ndërkohë që këto të fundit përtheksojnë efektet shkatërrimtare të fatkeqësive në shëndetin publik.

Nga ana tjetër, një epidemi e shtrire në popullatë (person-vend) e një sëmundje infektive me potencial epidemik (psh Pandemia e Gripit) përben në vetvete një emergjencë civile të mirefillte.

Rrjedhimisht, njohja në vijueshmëri të pandërprerë në kohë e situatës epidemiologjike të sëmundjeve infektive është pikërisht ai *modus operandi* që ndihmon për përgatitjen paraprakisht të një plani të detajuar dhe gjithëpërfshirës për çfarëdo fatkeqësi të mundshme, me synim realizimin në praktikë të përgjigjes së menjëherëshme nëpërmjet ndërmarrjes së masave të duhura të kontrollit dhe parandalimit.

CILAT SËMUNDJE INFEKTIVE NË SHQIPËRI?

INFEKSIONET RESPIRATORE zenë peshën specifike kryesore (>65%) të sëmundshmërisë së përgjithshme infektive. Por, shpërndarja hapësinore e tyre është krejtësisht heterogjene, (pavarësisht të një ndërlidhjeje linearisht të drejtë me dendësinë e popullatës). **Çka nënkupton se të gjitha rrethet (qarqet) janë potencialisht njëloj të prirur ndaj hasjes së këtyre infeksioneve si në situatë normale ashtu dhe në situatë të një fatkeqësie të mundshme.**

Lista e infeksioneve respiratore apo sëmundjeve infektive me potencial epidemik me transmetim nëpërmjet-ajrit (rruga aerogjene e transmetimit) është shumë e gjatë. **Gripi dhe Sindromat Flu-like [=grip-të-ngjashme]** përbëjnë peshën specifike numerike kryesore. Për t'u pasuar më tej me infeksionet streptokoksike (kryesisht ato të shkaktuara nga *Streptococcus hemolyticus* β , konkretisht **skarlatina** dhe **erizipela**) dhe **infeksionet**

meningokoksike (meningiti meningokoksik në radhë të parë, dhe meningitet bakterike jo-meningokoksike dhe meningitet e larmishme virale).

Problemi i Gripit është tepër i ndërlikuar sepse në të ngërthehen:

- **Shpërthimet epidemike të “Gripit Stinor”** (kryesisht në stinën e gripit, nëntor-prill/maj). (Është fjala për gripin stinor të shkaktuar nga viruset tanimë “të liçencuara” prej disa dekadash si viruse gripalë humanë, pra të adaptuar plotësisht tek njeriu dhe me potencial shpërthimesh epidemike në qarkullimin e zakonshëm të tyre gjatë stinës së gripit, konkretisht viruset A/H1N1, A/H3N2, dhe B, që, faktikisht janë prej shumë vitesh përbërësit konkretë të vaksinës stinore të gripit.)
- **Pandemia teorikisht e pritshme e Gripit “të Shpendëve” A/H5N1**, (që nuk dihet se kur do të ndodhë, por e pranuar teorikisht me gjasë tepër të lartë të ndodhjes së saj si rrjedhojë e arritjes në një moment të panjohur kohe të adaptueshmërisë së plotë tek njeriu të virusit aktual A/H5N1 të gripit të shpendëve).
- **Pandemia praktikisht e pranishme** (shpallje e Asamblesë së OBSH-së më 11 qershor 2009) e **Gripit A/H1N1 të Ri** (apo **Gripit “të Derrave”**).

Rrjedhimisht, planizimi paraprak i nevojave përkatëse në rast eventual të një fatkeqësie (natyrore ose jo) lypset fokusuar kryesisht në drejtim të disponueshmërisë në sasinë dhe cilësinë e duhur të shërbimeve mjekësore të kujdesit shëndetësor parësor dhe atij dytësor (spitalor) lidhur me menaxhimin adekuat të rastit (=parandalimi tretësor). Është i njëjti kryesor fokus për të gjitha sëmundjet infektive, por që mbetet ndërkohë i vetëm për infeksionet respiratore.

SËMUNDJET DIARREIKE zenë vendin e dytë në sëmundshmërinë e përgjithshme infektive. Shpërndarja hapësinore e tyre lidhet në radhë të parë dhe kryesisht me gjendjen cilësore të sistemit të ujit të pijshëm dhe atij të ujrave të zeza, faktor risk në vetvete (=shkak i shkakut) kah mundësimin të shpërthimeve epidemike përkatëse si në situatë normale ashtu (dhe sidomos) në situatë eventuale të një fatkeqësie natyrore ose jo, (shpërthimet epidemike hidrike, pra **ME TRANSMETIM-NEPERMJET-UJIT**). Çka dikton domosdoshmërinë e njohjes të frekuencës së hasjes së tyre sipas rretheve (qarqeve) [të dhënat e survejancës epidemiologjike të SISSI]. Vlen të theksojmë që **toksikoinfeksionet alimtare**, dmth infeksionet/sëmundjet diarreike me transmetim nëpërmjet-ushqimit, vërtetësisht përbëjnë një barrë kritike (=peshë specifike) të konsiderueshme në sëmundshmërinë infektive në Shqipëri, veçse, vështirë që të përfaqësojnë të njëjtën rëndësi në një situatë emergjence. Kjo, thjesht për faktin e ndikimit jo-sinjifikativ të ndryshimit të rrethinës risk mjedisore në një situatë të një fatkeqësie natyrore (=emergjencë civile) krahasuar me situatat normale.

(Kolera), salmonizat jo-tifoide dhe tifo e paratifo abdominale do të ishin përfaqësuese tipike dhe domethënëse të infeksioneve/sëmundjeve diarreike me transmetim nëpërmjet-ujit.

ZOONOZAT në përgjithësi
dhe **zoonozat e kontrollit dhe parandalimit veterinar (bruceloza, antraksi, leptospiroza, leishmaniaza),**

Rikeciozat,

dhe **Ethet Hemorragjike Virale,**

përfaqësojnë sëmundje infektive me karakter kryesisht vatror të shpërndarjes hapësinore të tyre (vartesisht nga biocenozat-biotopet-habitatet e vektoreve perkates). Çka dikton domosdoshmërinë e njohjes së kësaj shpërndarje (rrethe-qarqe) në sfondin e parapërgatitjes së planit të detajuar dhe gjithëpërfshirës në bazë qarku të përgjigjes ndaj çdo fatkeqësie të mundshme (natyrore ose jo).

Të listuarat më sipër janë grup-nozologjitë kryesore me potencial epidemik. Vlen të theksojmë që secili grup përfshin në vetvete një numër të konsiderueshëm entitetesh nozologjike infektive. Për shembull, kolera është në thelb pjestare e infeksioneve/sëmundjeve diarreike me transmetim kryesisht nëpërmjet-ujit. Grupi i zoonozave është jashtëzakonisht i gjerë: murtaja, ethet e verdha, ethet dengue, tularemia, etj, janë pjestare të këtij grupi. Të njëjtën konsideratë do ta shprehim për grupin e infeksioneve respiratore, ku vërtet spikat gripi, por ndërkohë bëjnë pjesë një sërë entitetesh nozologjike të tjera me potencial epidemik të përhapjes.

Natyrshëm lind pyetja: **cili do të ishte potenciali i hasjes epidemike në shkallë qarku në Shqipëri i secilit prej grup-nozologjive infektive të mësipërme?**

Është në thelb një pyetje retorike.

Megjithatë, mund t'i japim përgjigje, bazuar në eksperiencën e gjatë epidemiologjike të përfutur prej të dhënave të Sistemit tonë të Integruar të Survejancës të Sëmundjeve Infektive (SISSI).

Të cilën e konkretizojmë me:

II/1 Të dhënat konkrete të **SISSI** në shkallë rrethi;

dhe

II/2 Përfitimet (nga ana sasiore me rendin numerik nga 1 deri në 12 (sepse 12 janë qarqet [apo prefekturat apo zonat] e vendit tonë), ku:

1 (si skorë apo rend) tregon potencialin më të lartë të hasjes së sëmundjes, me rend zbritës deri në 12 – potenciali më i ulët i hasjes së sëmundjes.

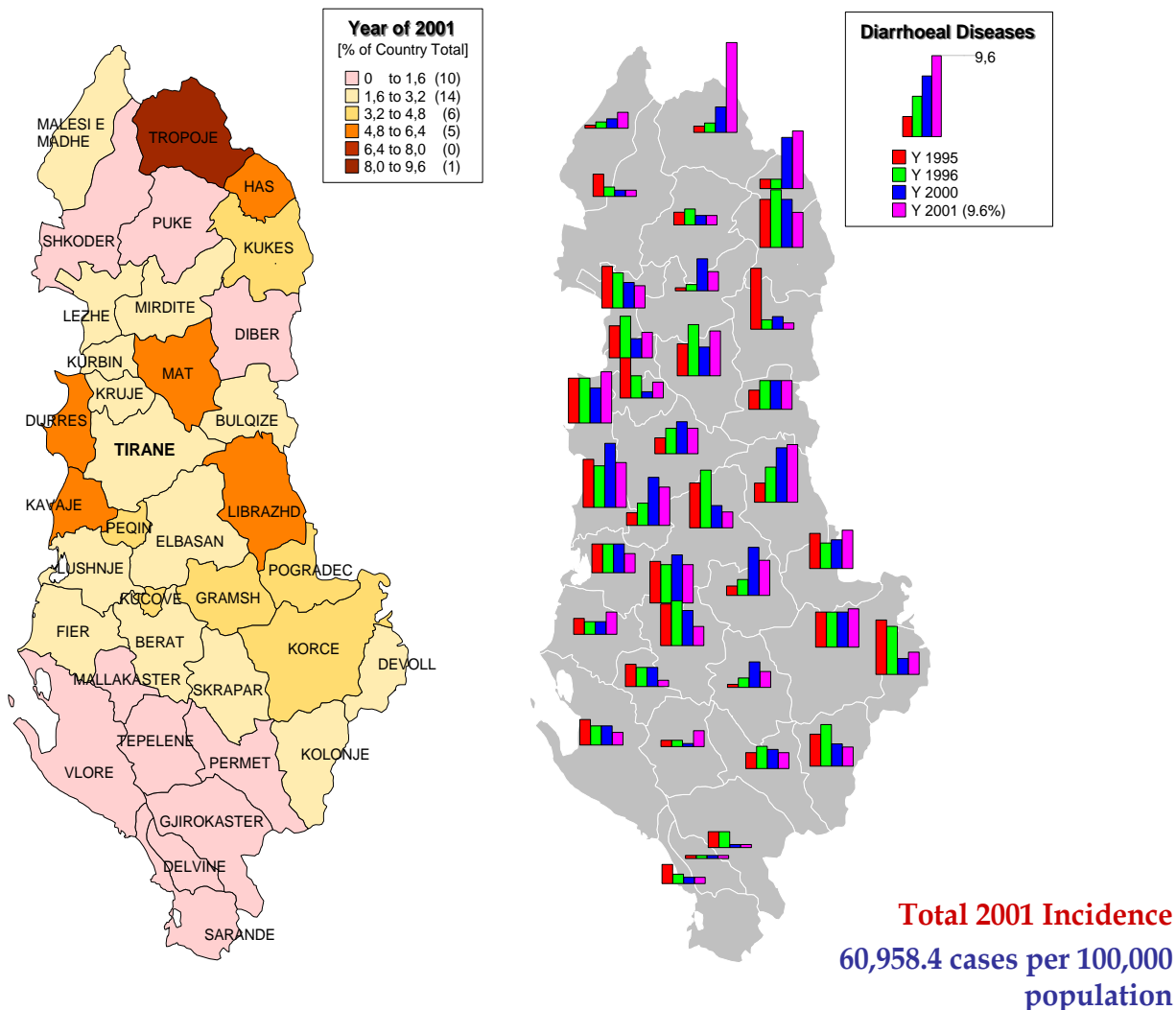
- II/1 -

**TË DHËNAT E SISSI
MBI FREKUENCËN E HASJES (=INCIDENCËN) E SËMUNDJEVE
INFEKTIVE ME POTENCIAL EPIDEMIK
NË SHKALLË RRETHI
NË SHQIPËRI**

Për sa më lart, e ilustruam konkretisht me të dhënat e Sistemit tonë të Integruar të Survejancës të Sëmundjeve Infektive (SISSI) mbi incidencën e hasjes të sëmundjeve infektive me potencial epidemik në shkallë rrethi në Shqipëri në dy periudha kohore të distancuara në pesë vjet njera nga tjetra: 1995-1996 dhe 2000-2001. Rezultatet e perftuara janë sinjifikativisht konsistente, së paku në ecuri afat-mesme të kohës, domethënë përfaqësuese në mënyrë sinjifikative për periudha-kohore të pak-viteve-të-mëpasshme. Çka do të thotë, që me besueshmëri të plotë statistikore, ato përfaqësojnë aktualitetin 2008-2009 krahasuar me atë të pesë viteve pararendëse 2004-2005.

Shpërndarja gjeografike e **sëmundjeve diarreike, në total**, dmth pavarësisht nga rruga e transmetimit (nëpërmjet-ujit, që është faktikisht më kryesorja, nëpërmjet-ushqimit [toksikoinfeksionet alimentare], apo edhe nëpërmjet kontaktit të drejtpërdrejtë nga njeri-tjetri [me peshë specifike më të vogël se të mësipërmet, veçse ndërkohë e mbishtresëzuar me atë të transmetimit hidrik]) në Shqipëri, nxjerr në pah praninë e zonave “të nxehta”, dmth rretheve me nivele të larta të incidencës në dy periudhat dy-vjeçare të njëpasnjëshme 1995-1996 dhe 2000-2001, si Berat, Kuçovë, Tiranë, Durrës, Kavajë, Peqin, Elbasan, Librazhd, Pogradec, Korçë, Devoll, Kolonjë, Shkodër, Lezhë, Laç, dhe Mat. Ndërkaq, ka rrethe që tregojnë në mënyrë pak a shumë të qendrueshme nivele të ulëta të incidencës të sëmundjeve diarreike, si Sarandë, Delvinë, Gjirokastër, Tepelenë, Përmet, Fier, Mallakastër, Gramsh, Skrapar, Tropojë, Pukë dhe Mirditë.

SËMUNDJET DIARREIKE [TOTAL]:
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHHTAS)



[Shpjegimi i Hartës :

Harta majtas – Niveli i incidencës i secilit rreth më 2001 pjestohet me shumën e niveleve të incidencës të të gjitha rretheve të vendit më 2001 (konkretisht 60.958,4/100.000) dhe shumëzohet me 100. Madhësia e përftuar (përqindje) përfaqëson kontributin relativ të rrethit në incidencën e sëmundjeve diarreike në të gjithë vendin në vitin 2001. Pikërisht këto përqindje të rretheve, dmth kontributet relative të rretheve në incidencën totale të vendit, paraqesin në hartë shpërndarjen hapësinore sipas rretheve të sëmundjeve diarreike

më 2001. Kllapat në legjendë tregojnë numrin e rretheve me incidencë të të njëjtit interval përqindor.

P.sh., incidenca e Tropojës më 2001 është 5.802,9 raste/100.000.

$100 \times 5.802,9/60.958,4 = 9,52 \%$.

Me të tjera fjalë, Tropoja në vetvete kontribuon me 9,52 % të incidencës totale (të vendit) për vitin 2001.

Harta djathtas – Përqindjet e incidencave vjetore (1995, 1996, 2000 dhe 2001) janë normalizuar kundrejt përqindjes të incidencës maksimale më 2001.

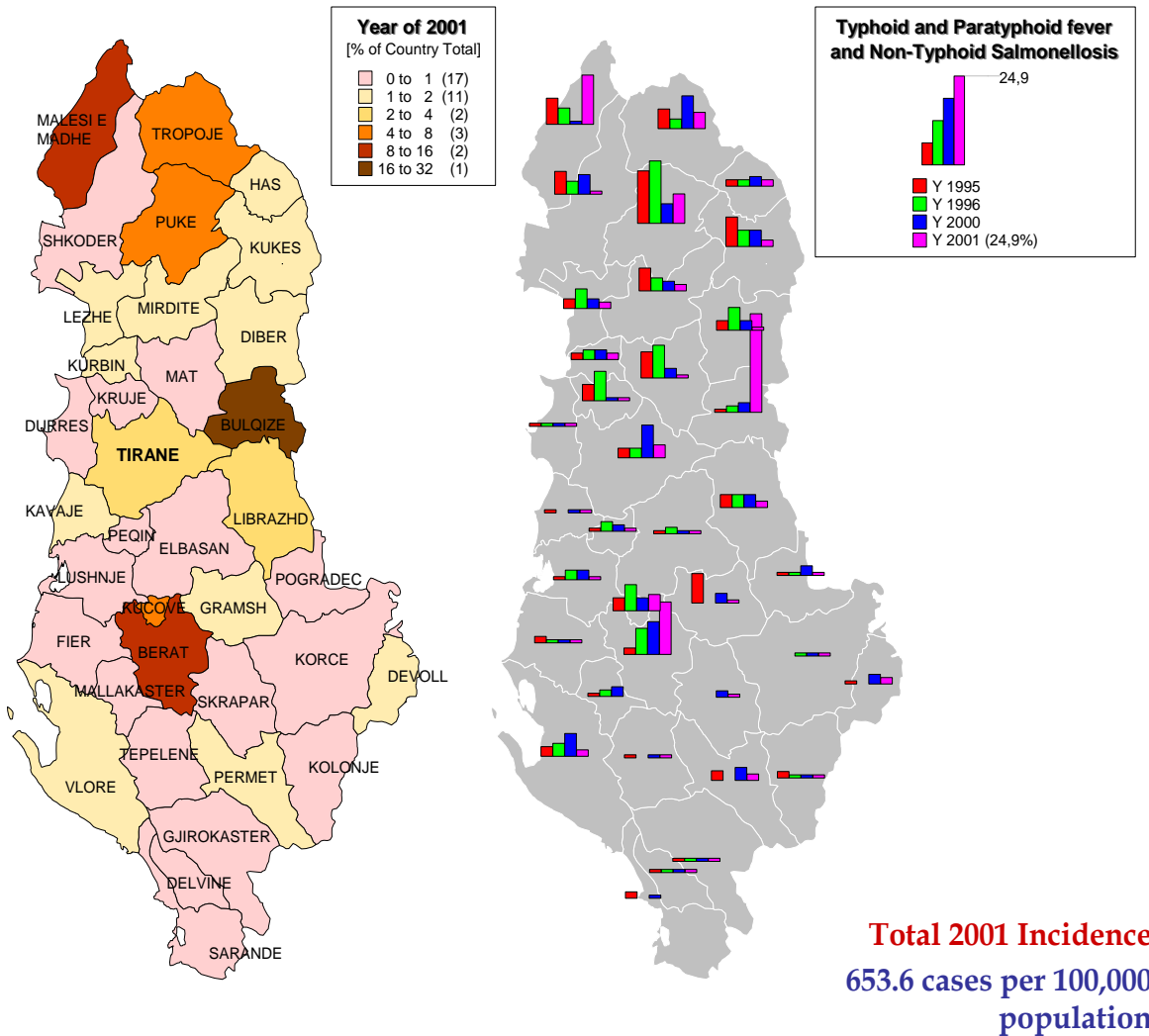
P.sh. Hasi ka nivele incidence 4-5 herë më të larta më 2000 dhe 2001 krahasuar me nivelet e incidencës më 1995 dhe 1996.

Madhësia e bareve (*bars*) me të njëjtën ngjyrë paraqet lidhjen ndërmjet incidencave vjetore për atë vit, çka do të thotë që interpretimi është i njëjtë si ai për Hartën majtas.

Shpjegimi i mësipërm i Hartës shërben për të gjitha hartat në vijim.

Shpërndarja hapësinore e hasjes (incidencë për 100.000 banorë) të **salmonelozave (tifo dhe paratifo abdominale dhe salmonelozat jo-tifoide) – infeksione/sëmundje diarreike me transmetim nëpërmjet-ujit (rruga hidrike e transmetimit)**, ndjek pak a shumë modelet e mësipërme të sëmundjeve diarreike në përgjithësi. Megjithatë, ka përjashtime (të pakta në fakt) të një hasje të ulët vjetore të sëmundjeve diarreike në total, shoqëruar ndërkohë me një incidencë spikatshëm të lartë të salmonelozave, si rrethet Gramsh (1995), Malësi e Madhe (1995-1996, 2001), dhe Pukë (1995-1996, 2000-2001). Një evidencë e tillë **përgjithëson potencialitetin eventual të shpërthimeve të sëmundjeve diarreike me transmetim nëpërmjet-ujit në Shqipëri: shkaku bazë mbetet infrastruktura jo-adekuate nga ana cilësore dhe sasiore e ujit te pijshëm në shkallë vendi.**

**TIFO ABDOMINALE DHE PARATIFO DHE SALMONELOZAT JO-TIFOIDE
[SEMUNDJET DIARREIKE ME TRANSMETIM-NËPËRMJET-UJIT]:
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)**

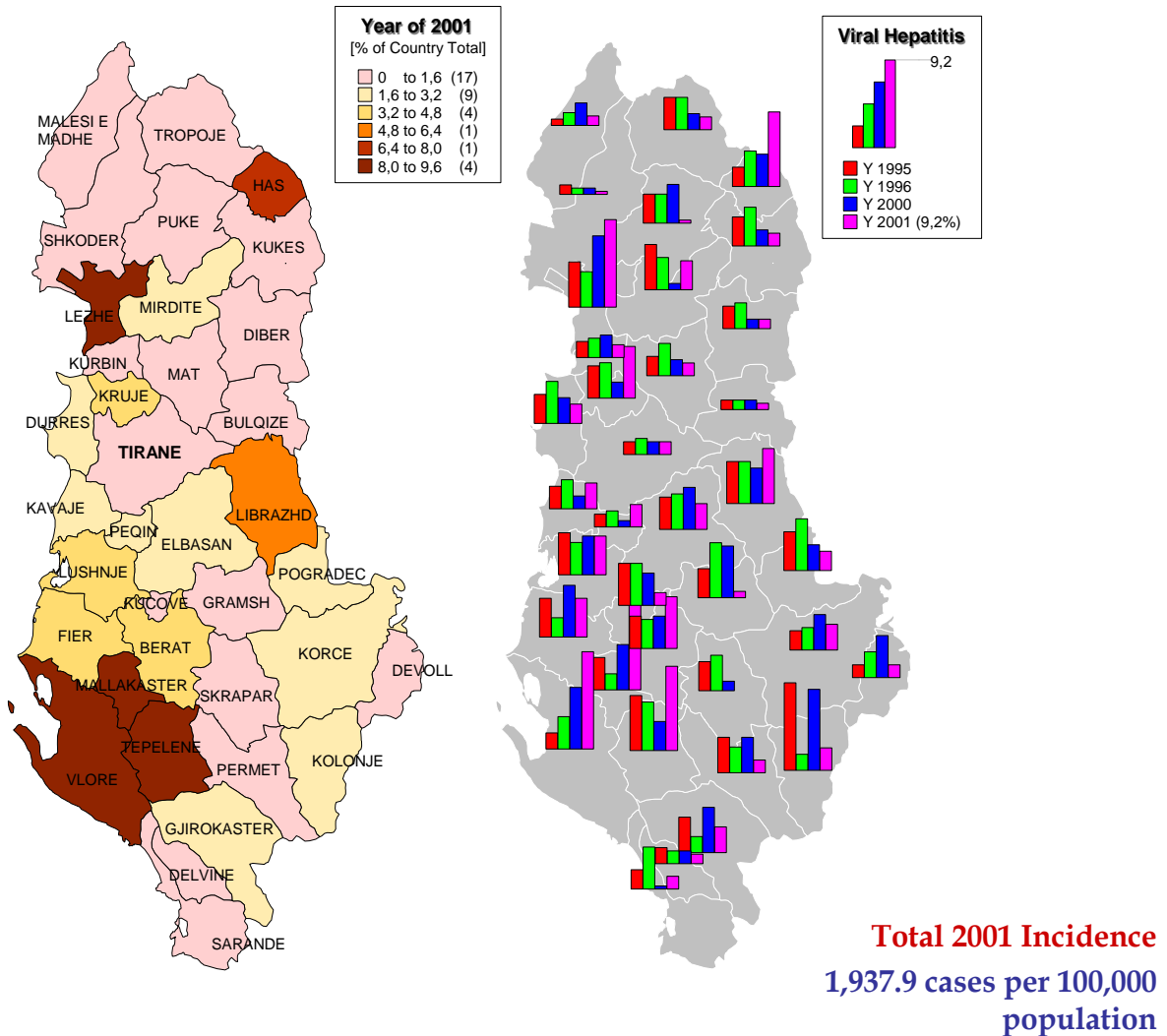


Lidhur me **hepatitin viral akut**, të dhënat e survejancës (*SISSI*) japin vetëm **hepatitin viral të paspecifikuar**; kjo, për pamundësinë praktike (arsye objektive) të kryerjes në rutinë të tipizimit të virusit në laboratorët e shëndetit publik të rretheve për përcaktimin e tipave A, B, C, D, E të hepatiteve virale akute.

Instituti i Shëndetit Publik (IShP) ka kryer një sërë *survejimesh ndër-seksionale sero-epidemiologjike* me synim përcaktimin e profileve imunologjike të popullatës së Shqipërisë kundrejt **viruseve A, B, C, D, dhe E të hepatitit viral**. Konkluzionet e përftuara nga këto studime sero-prevalente tregojnë se nivelet totale të antikorpeve anti-HAV IgG në popullatën e shëndetshme rezultojnë të jenë mbi 90%. Ndërkaq, nivelet moshë-specifike rriten me rritjen e moshës: nga 35% në grup-moshat 0-4 vjeç në 72% në grup-moshat 6-14 vjeç, për të arritur në >98% në grup-moshat mbi 20 vjeç. Këto rezultate demonstrojnë për një qarkullim intensiv endemik të **virusit A të hepatitit (HAV)** në Shqipëri, çka nuk është një përfundim i papritshëm dhe i papritur duke pasur parasysh rrugën fekalo-orale të transmetimit të infeksionit dhe kontekstin ekzistues të infrastrukturës së ujit të pijshëm, dmth të njëjtat tipare me sëmundjet diarreike me transmetim nëpërmjet-ujit.

Rrjedhimisht, të dhënat e mëposhtëme të frekuencës së hasjes hapësinore (sipas rretheve) të hepatiteve virale të paspecifikuara, pasqyrojnë kryesisht frekuencën e hasjes të hepatitit viral A, që, sikurse theksuam, është në thelb një infeksion me rrugë kryesisht hidrike të transmetimit (sikurse infeksionet/sëmundjet diarreike me transmetim nëpërmjet-ujit).

HEPATITI VIRAL I PASPECIFIKUAR [=TOTAL]:
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)

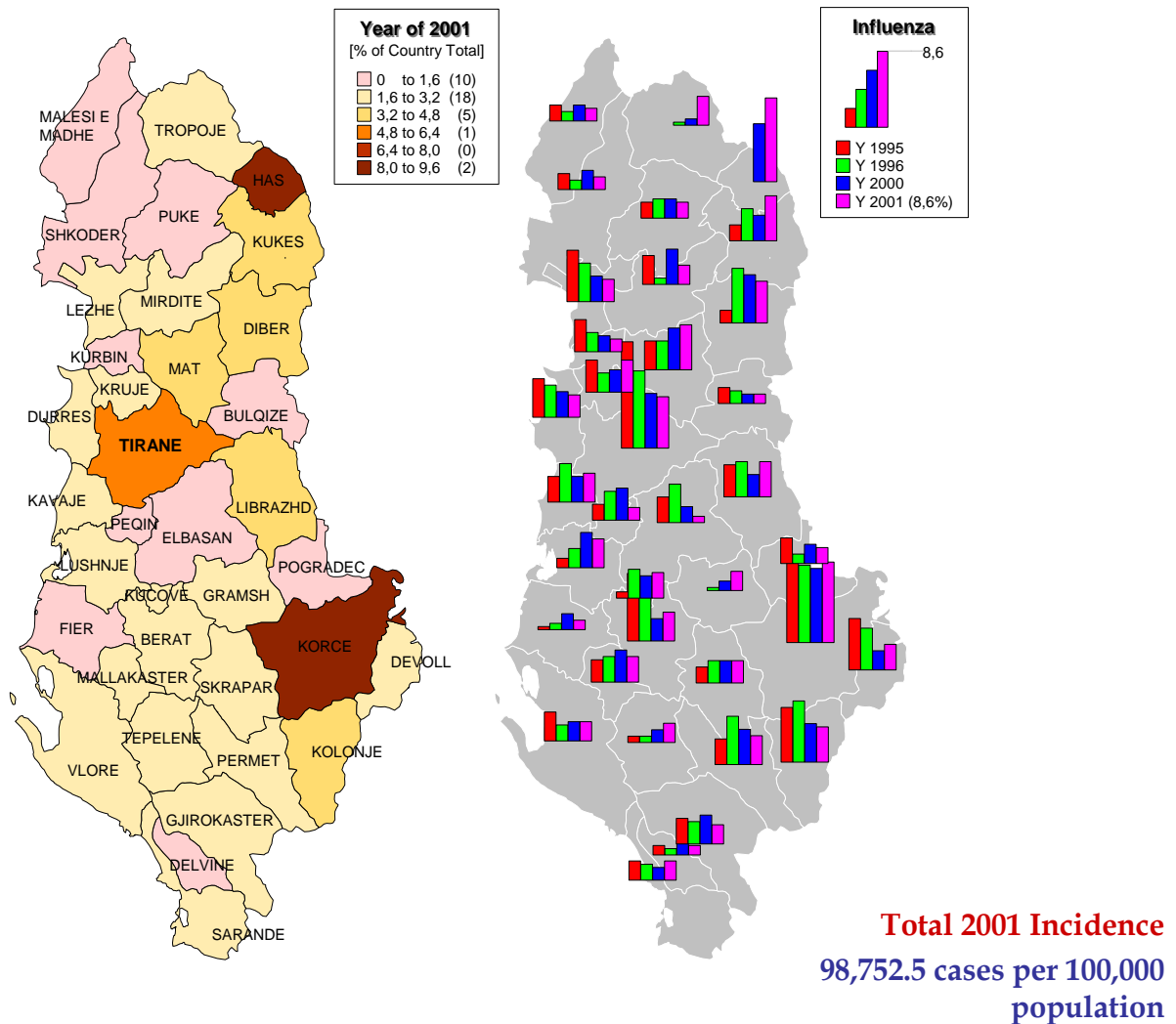


Lidhur me **infeksionet respiratore**, paraqesim të dhënat e frekuences së hasjes (sipas rretheve) të

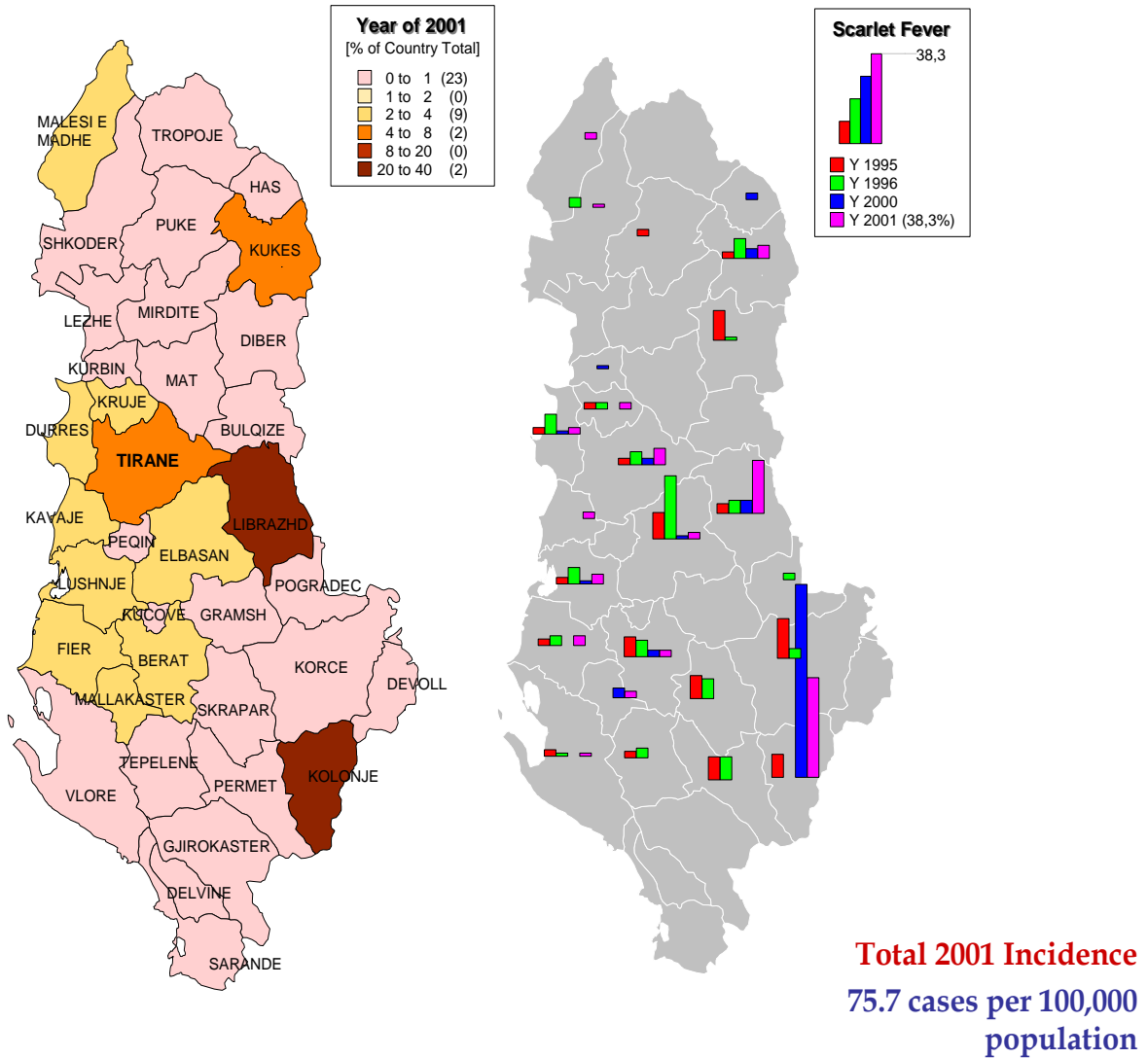
- **Gripit dhe sindromeve flu-like,**
- **Infeksioneve streptokoksike Skarlatinë dhe Erisipelë,**
- **Meningtit meningokoksik dhe Meningiteve të tjera (virale dhe bakterike jo-meningokoksike).**

Shpërndarja gjeografike e **gripit në Shqipëri** ve, përgjithësisht në dukje, *luhatje të hasjes të sëmundjes (nivele të ulëta të incidencës në një vit, pasuar me nivele të larta të incidencës në një vit tjetër) për thujtje të gjitha rrethet e vendit*. Megjithatë, rrethet me dendësinë më të madhe të popullatës (si metropoli Tiranë, Shkodra, Lezha, Laçi, Durrësi, Elbasani, Berati, Lushnja, Fieri, Vlora, Korça, Kukësi, Dibra) tregojnë, si rregull, nivele më të larta të incidencës së gripit në dy periudhat dy-vjeçare të njëpasnjëshme 1996-1996 dhe 2000-2001.

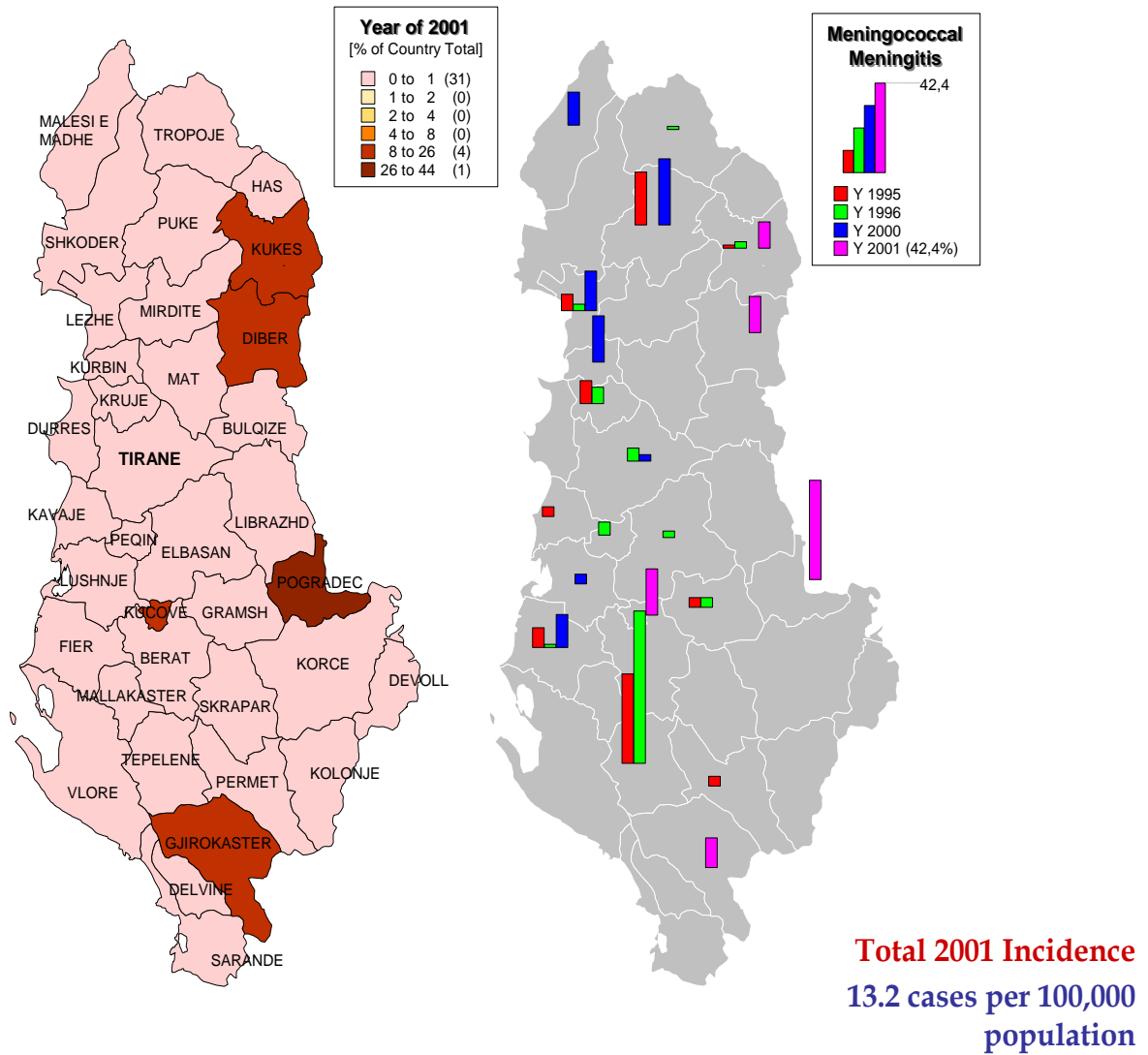
GRIP:
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)



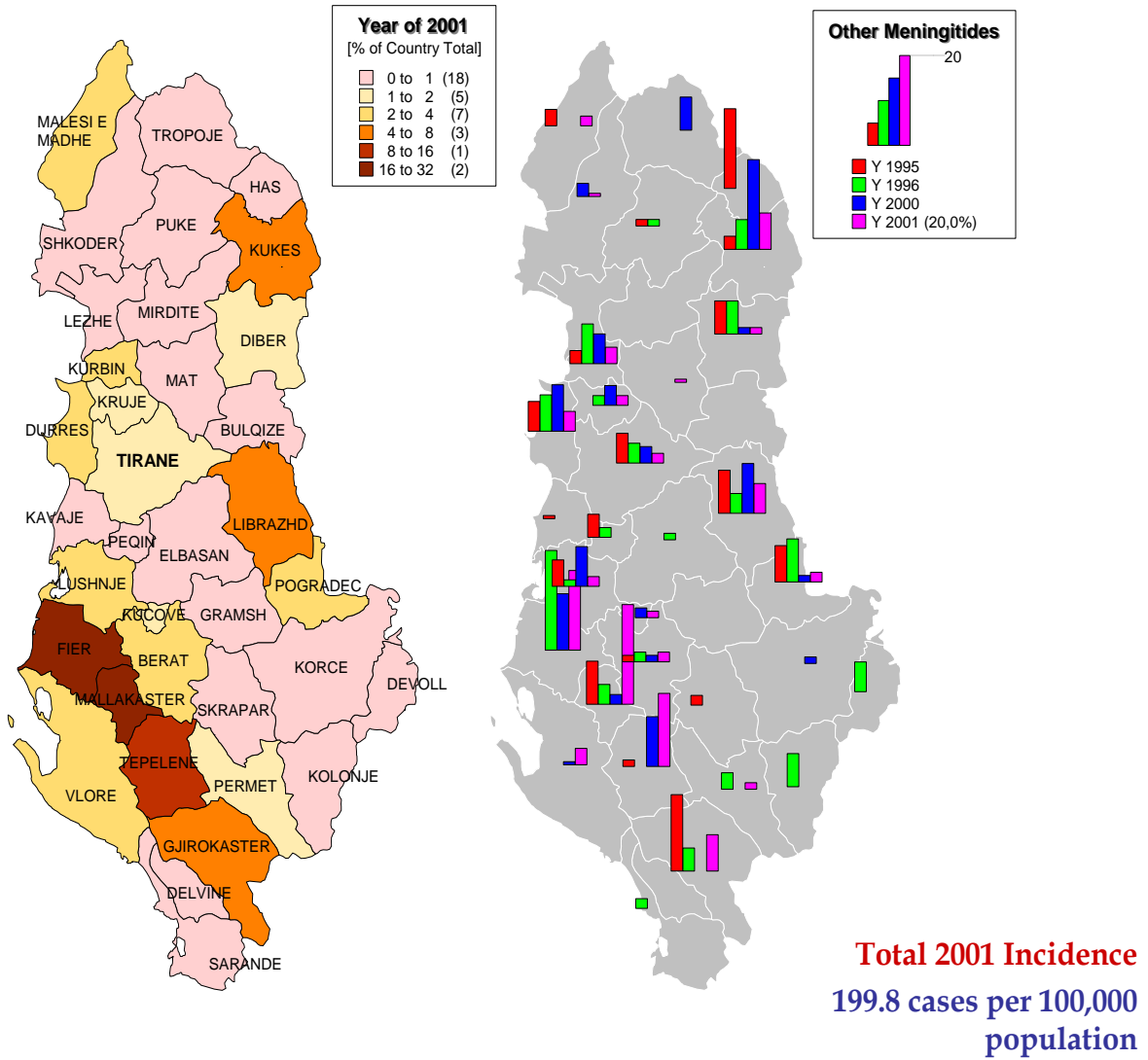
SKARLATINA:
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)



MENINGITI MENINGOKOKSIK:
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)

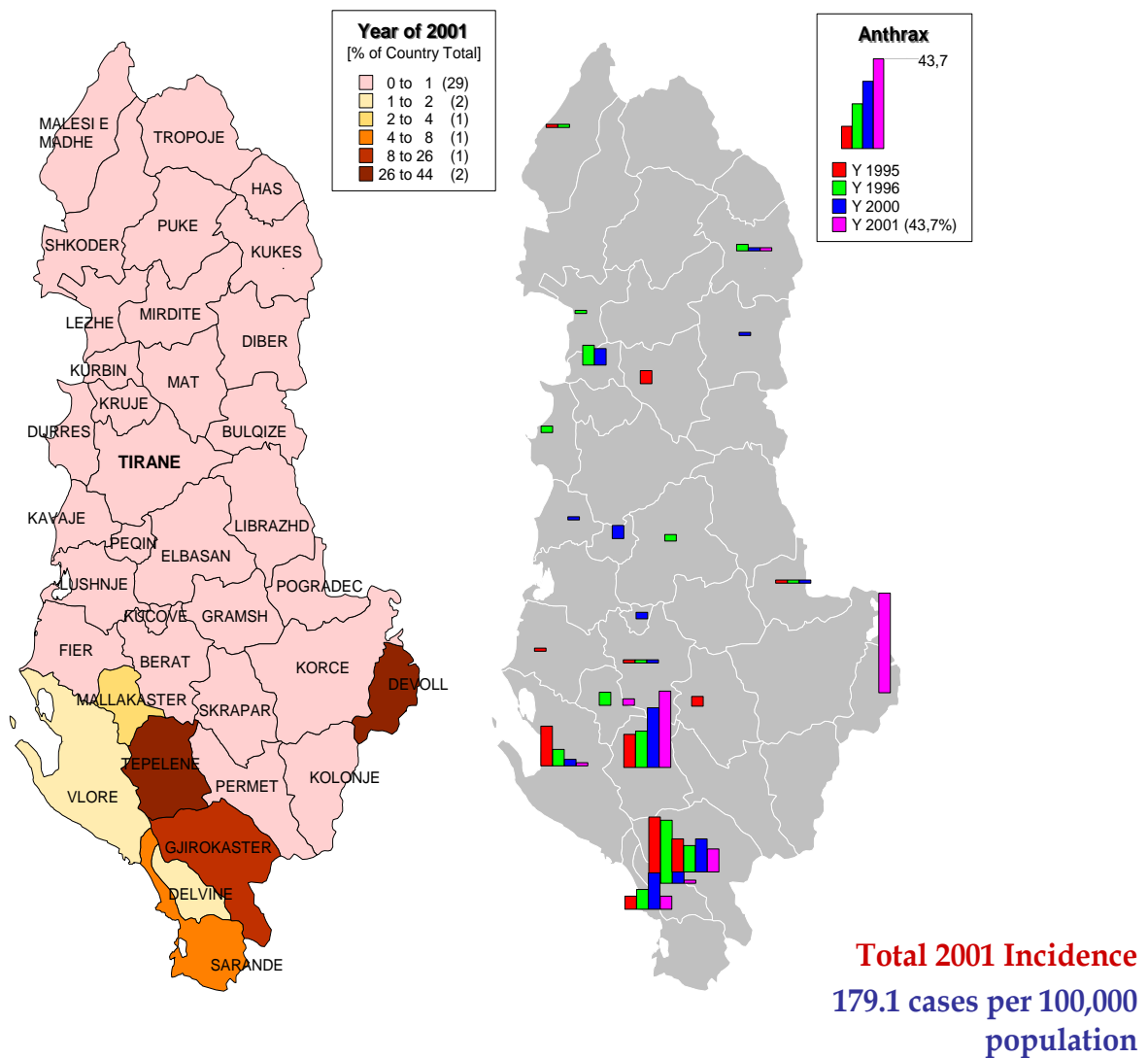


MENINGITET E TJERA
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)

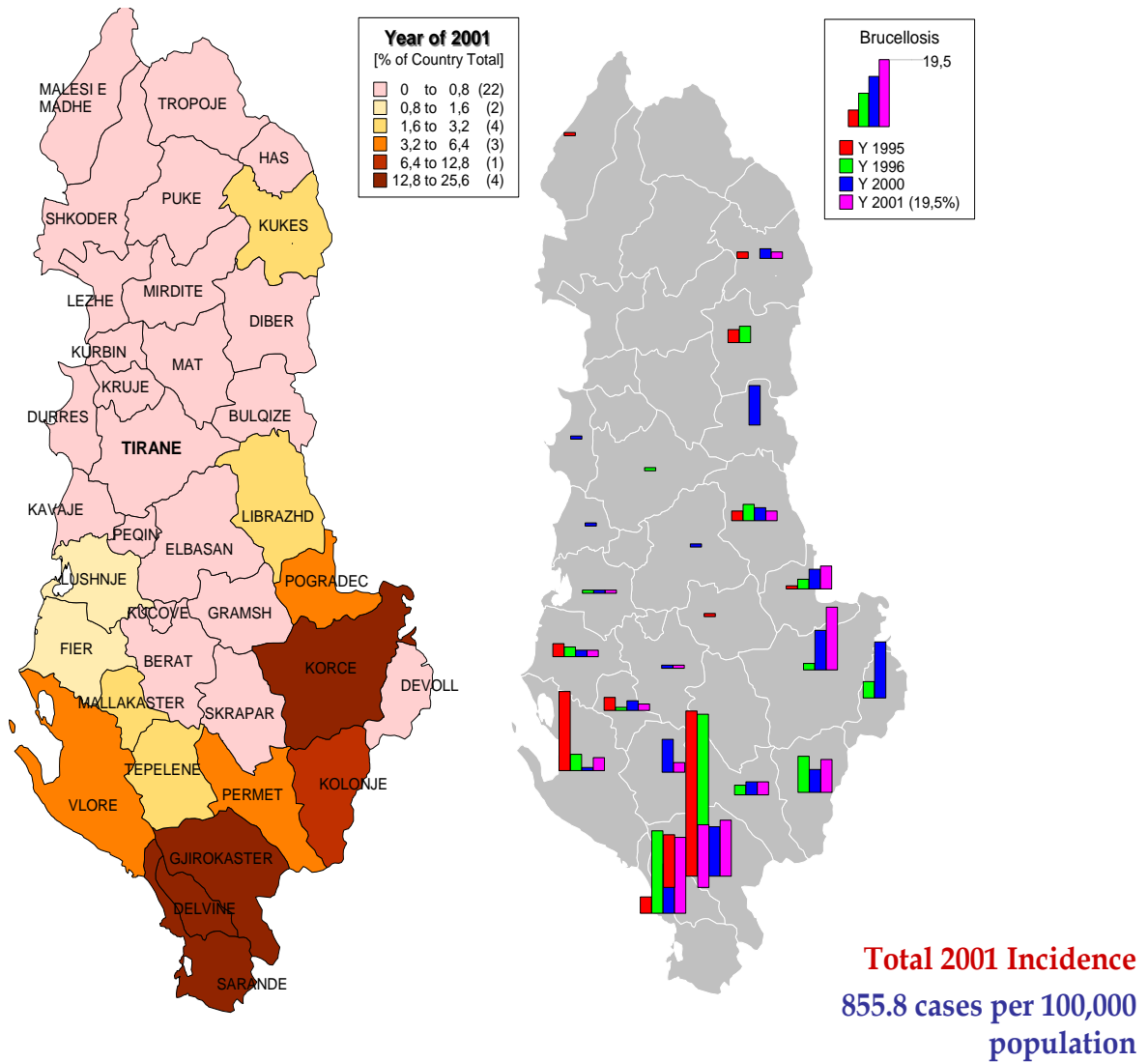


Me interes është paraqitja e frekuencës hapësinore (sipas rretheve) të hasjes së **Zoonozave të kontrollit dhe parandalimit veterinar: Antraksi, Bruceloza, Leshmaniza, Leptospiroza**. Peshën specifike kryesore të incidencës së **antraksit dhe brucelozës** e kanë mbajtur dhe vijojnë ta mbajnë në rradhë të parë *rrethet e Shqipërisë jugore dhe jug-lindore*.

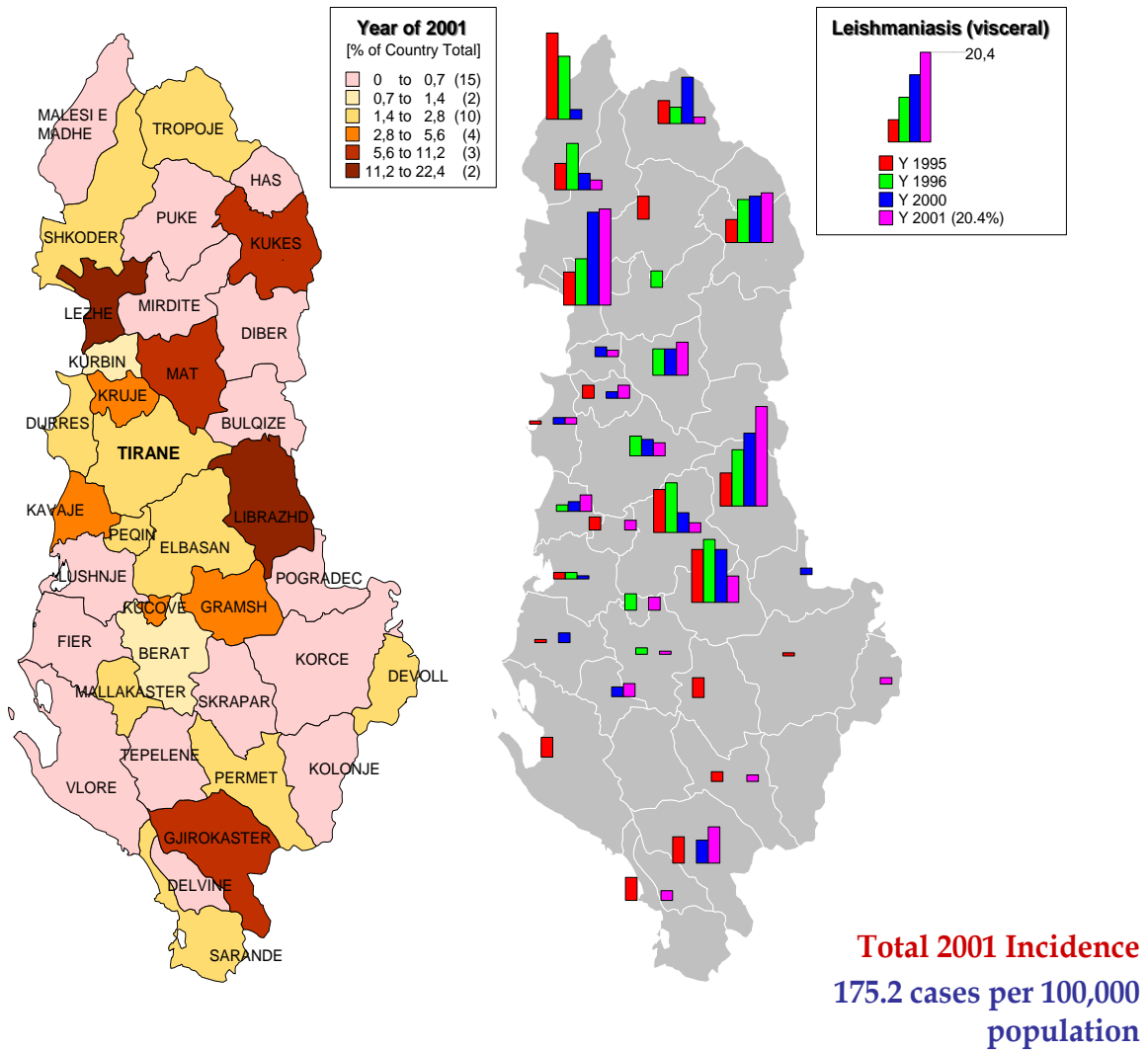
ANTRAKSI:
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)



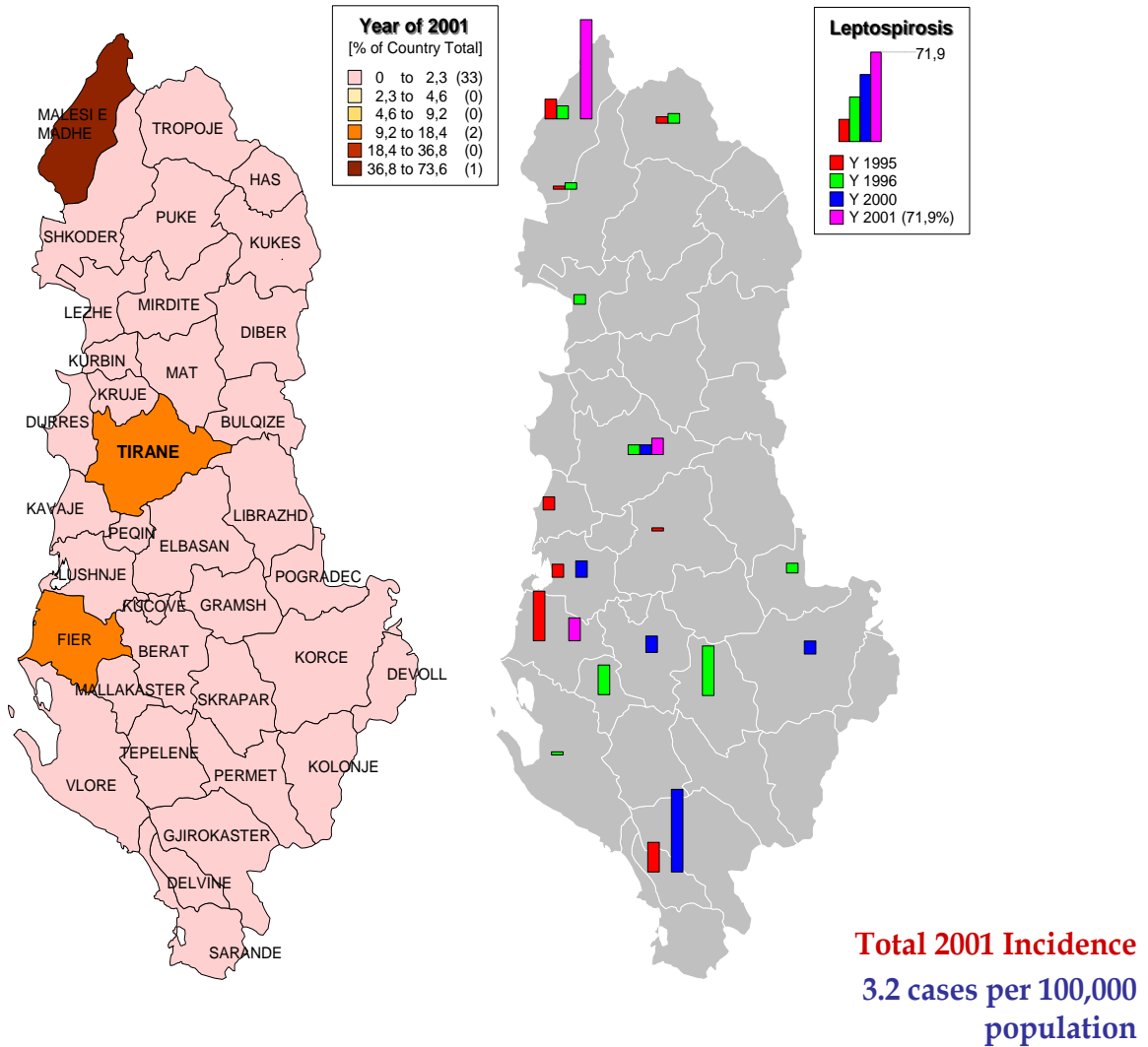
BRUCELOZA:
SHPËRNDARJA GJEORAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)



LEISHMANIAZA (VISCERALE):
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)



LEPTOSPIROZA:
SHPËRNDARJA GJEORAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)
MË 2001 (HARTA MAJTAS) DHE
MË 1995-1996 DHE 2000-2001 (HARTA DJATHTAS)



- II/2 -

**PASQYRA E MËSIPËRME E TË DHËNAVE TË SISSI
 MBI FREKUENCEN HAPËSINORE NË SHKALLË RRETHI
 TË HASJES TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE ME POTENCIAL EPIDEMIK NË
 SHQIPËRI,
 E PËRMBLEDHUR DHE E KUANTIFIKUAR NË SHKALLË QARKU
 [PREKTURE, RAJONI]
 ME “SKORIMIN” (=KUANTIFIKIMIN) NGA ANA SASIORE ME RENDIN
 NUMERIK NGA 1 DERI NË 12
 (TOTALI I QARQEVE/PREFEKTURAVE/RAJONEVE TË VENDIT TONË):
 SKORË 1 (=POTENCIALI MË I LARTË I HASJES TË SËMUNDJES
 INFEKTIVE
 DERI NË SKORË 12 (=POTENCIALI MË I ULËT I HASJES SË
 SËMUNDJES INFEKTIVE)**

Tabela përmbledhëse e mëposhtëme, me shtjellimin vijues, paraqet potencialin epidemik të grup-nozologjive të lartpërmendura, në shkallë qarku (apo prefekturë apo rajoni) në Shqipëri.

**TABELË PËRMBLEDHËSE (BAZË QARKU)
 MBI POTENCIALIN E SËMUNDJEVE INFEKTIVE**

Qarku	Sëmundjet infektive (rendi i sëmundshmërisë [nga 1=incidenca më e lartë deri në 12=incidenca më e ulët])				
	Infeksionet Respiratore (Gripi)	Sëmundjet Diarreike	Zoonozat	Rikeciozat	Ethet Hemorrajjike Virale
Berat	1	6	12	12	9
Dibër	1	7	12	12	12
Elbasan	1	4	8	12	12
Fier	1	9	12	12	12
Gjirokastrë	1	12	1	1	12
Durrës	1	2	12	12	12
Korçë	1	3	3	12	12
Kukës	1	1	6	12	12
Lezhë	1	8	12	12	9
Shkodër	1	11	12	4	12
Tiranë	1	5	12	5	12
Vlorë	1	10	4	12	12

Infeksionet respiratore renditen në vendin e 1-rë (skorë 1 në intervalin nga 1 deri 12) **në të 12-të qarqet/prefekturat e vendit** (BERAT, DIBËR, ELBASAN, FIER, GJIROKASTËR, DURRËS, KORÇË, KUKËS, LEZHË, SHKODËR, TIRANË, VLORË).

Ndërkaq, **për grup-nozologjitë e tjera:**

BERAT

- Vendi i 6-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 9-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave.

DIBËR

- Vendi i 7-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale.

ELBASAN

- Vendi i 4-t (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 8-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale.

FIER

- Vendi i 9-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale.

GJIROKASTËR

- Vendi i 1-rë (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 1-rë (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale.

DURRËS

- Vendi i 2-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale.

KORÇË

- Vendi i 3-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 3-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale.

KUKËS

- Vendi i 1-rë (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 1-rë (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale;
- Vendi i 6-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave.

LEZHË

- Vendi i 8-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 9-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave.

SHKODËR

- Vendi i 4-t (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave;
- Vendi i 11-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale.

TIRANË

- Vendi i 5-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 5-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale.

VLORË

- Vendi i 4-t (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të brucelozës dhe antraksit;
- Vendi i 10-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të sëmundjeve diarreike;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të rikeciozave;
- Vendi i 12-të (në intervalin nga 1 deri 12) në frekuencën e hasjes të etheve hemorragjike virale.

PJESA E TRETË:

**MANUALI I OPERIMIT
PËR PROFESIONISTËT E SHËNDETËSISË
DHE KOORDINATORËT E SHËNDETIT PUBLIK
NË AKTIVITETIN E TYRE NË SITUATAT E EMERGJENCAVE
NË DREJTIM TË KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT
TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE ME POTENCIAL EPIDEMIK**

Në situatën e një emergjence popullata e prekur shpesh çvendoset nga vend-banimi i vet i përhershëm në një strehim/vend-banim të përkohshëm. Konkretisht, ajo mund të vendoset në kampe dhe/ose të shpërndahet në popullatën lokale (qoftë në qytete ashtu dhe në fshatra). Njerëzit që çvendosen përtej kufijve shtetërorë të vendit që përjeton situatën e një emergjence quhen “*refugjatë*”, ndërkohë që ata që çvendosen brenda-për-brenda atij vendi quhen “*persona të çvendosur së brendshmi – PÇB*” [“*internally displaced persons – IDPs*”]. Strehimi në kampe (kampingje) paraqet në vetvete përqendrim të mëdha të njerëzve (dmth mbipopullim të theksuar në hapësirë), çka mund të rezultojë në kushte të papërshtatshme banimi, mangësi në furnizimin me ujë të pijshëm, mangësi dhe të meta të kushteve higjienike në përgjithësi (pra higjienizimit), dhe mangësi deri madje edhe mungesë të kujdesit bazë shëndetësor. Situata të tilla mbartin pashmangshmërisht kërcënimin e shpërthimeve epidemike të sëmundjeve infektive.

Sëmundjet infektive përbëjnë një shkak madhor të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë në emergjenca, sidomos në emergjencat komplekse, ku shpesh hasen së bashku kolapsi i shërbimeve shëndetësore dhe programeve të kontrollit të sëmundjes, aksesit i ulët në kujdesin shëndetësor, kequshqyerja, pamjaftueshmëria sasiore dhe cilësore e furnizimeve dhe logjistikës përkatëse, bashkërendimi (koordinimi) i mangët ndërmjet agjencive të ndryshme që sigurojnë kujdesin shëndetësor. Në sëmundjet infektive, lidhur me sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë, do të listoheshin si përparësi të shëndetit publik *sëmundjet diarreike, infeksionet respiratore akute, fruthi*, si edhe *malaria* në zonat ku ajo është endemike. Të tjera sëmundje infektive si *sëmundja meningokokosike epidemike (meningiti epidemik), tuberkulozi, ethet rekurrente epidemike dhe tifo ekzantematike*, shkaktojnë po ashtu shpërthime të gjera epidemike në popullatat e prekura nga emergjenca dhe të strehuara në kampe. Ndërkaq, *kequshqyerja* dhe *trauma* janë dy shkaqet madhore shtojcë të sëmundjes dhe vdekjes.

Të siguruarit e strehimit të përshtatshëm, ujit të pijshëm dhe ushqimit, kushteve të duhura higjienike, dhe kujdesit bazë shëndetësor, përbën masat më të efektshme të mbrojtjes dhe ruajtjes së shëndetit të personave/komunitetit/popullatës së prekur nga emergjencat. Një përqasje sistematike ndaj kontrollit të sëmundjeve infektive është një komponent kyç i përgjigjes humanitare dhe thelbësor për mbrojtjen e shëndetit të popullatës së prekur. Ajo kërkon bashkëpunimin ndërmjet agjencive përkatëse në shkallë lokale, kombëtare, dhe ndërkombëtare, si dhe bashkëpunimin ndërmjet të gjithë sektorëve të përfshirë në përgjigjen ndaj emergjencës – shëndeti dhe shëndetësia, ushqimi (siguria ushqimore) dhe të ushqyerit, strehimi, ujët e pijshëm, dhe higjienizimi.

Ky manual operimi trajton principet bazë të kontrollit të sëmundjeve infektive në emergjencat, që janë:

➤ **Vlerësimi i shpejtë:** identifikimi i sëmundjeve infektive që përbëjnë kërcënim potencial ndaj popullatës së prekur nga emergjenca, sidomos ato që shkaktojnë shpërthime të gjera epidemike, dhe përcaktimi i gjendjes shëndetësore të popullatës nëpërmjet kryerjes së një vlerësimi të shpejtë;

➤ **Parandalimi (prevenimi):** parandalimi i sëmundjes infektive nëpërmjet mbajtjes së një mjedisi fizik të shëndetshëm dhe kushteve të përgjithshme të mira të jetesës;

➤ **Survejanca:** forcimi i sistemit të survejancës të sëmundjeve infektive, veçanërisht i komponentit ALERT të tij (sistemi i zbulimit të hershëm), me synim raportimin në kohë të rasteve, monitorimin e trendit të sëmundjeve, dhe zbulimin e hershëm në kohë të shpërthimeve epidemike dhe përgjigjen e hershme në kohë ndaj tyre.

➤ **Kontrolli i shpërthimit epidemik:** realizimi i zbulimit të shpejtë të shpërthimit epidemik dhe i kontrollit të tij nëpërmjet masave adekuate të gatishmërisë dhe përgatitshmërisë (dmth, stoqet rezervë, protokollet standarde të mjekimit, trajnimi i stafit) dhe përgjigjes së shpejtë (dmth, konfirmimi, hulumtimi, dhe venia në jetë e masave të kontrollit); dhe

➤ **Menaxhimi i sëmundjes:** diagnostikimi dhe mjekimi (trajtimi) i hershëm në kohë i rasteve nga staf mjekësor i kualifikuar duke përdorur trajtim (mjekim) efektiv dhe protokolle standarde në të gjitha institucionet shëndetësore.

HAPAT NË REALIZIMIN E KONTROLLIT TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË EMERGJENCAT

Kryerja e vlerësimit të shpejtë shëndetësor

- Identifikimi i sëmundjeve infektive që përbëjnë kërcënim madhor në shëndetin publik, veçanërisht i atyre me potencial për shpërthime epidemike
- Përfçtimi i të dhënave mbi vendin strehues dhe vendin e origjinës të personave të çvendosur si dhe mbi zonat nëpër të cilat ata mund të kenë udhëtuar
- Prioritizimi (përparësizimi) i ndërhyrjeve në shëndet publik
- Identifikimi i agjencisë shëndetësore që ka rol kryesor (rol udheheqës)
- Vendosja e mekanizmave të koordinimit shëndetësor



Parandalimi i sëmundjeve infektive

- Përzgjedhja dhe planizimi i vendeve të strehimit
- Sigurimi i ujit të pijshëm dhe higjienizimit
- Sigurimi i ushqimeve
- Kontrolli i vektorëve
- Kryerja e fushatave të vaksinimit (psh, kundër fruthit)
- Sigurimi i shërbimeve klinike thelbësore
- Sigurimi i pajisjeve laboratorike për realizimin e diagnozës laboratorike



Fuqizimi i sistemit të survejancës, veçanërisht i survejancës së alarmit (survejancës Alert)

- Zbulimi i hershëm i shpërthimeve epidemike
- Raportimi urgjent i sëmundjeve infektive me potencial epidemik
- Monitorimi i trendit të sëmundjeve infektive



Kontrolli i shpërthimeve epidemike

- Përgatitja
 - ekipi i përgjigjes ndaj shërthimit epidemik
 - stoqet rezervë
 - mbështetja laboratorike
 - protokollat standarde të trajtimit (mjekimit)
- Zbulimi
 - sistemi i survejancës, veçanërisht i survejancës Alert
- Konfirmimi
 - testet laboratorike
- Përgjigja
 - hulumtimi
 - masat e kontrollit
- Vlerësimi

- I -

VLERËSIMI I SHPEJTË SHËNDETËSOR

Sa më shpejt të jetë e mundur pas një emergjence, mundësisht brenda javës të hasjes së saj, duhet kryer një vlerësim i shpejtë shëndetësor. Qëllimi i tij është identifikimi i sëmundjeve infektive me kërcënim madhor në shëndetin publik, përvijëzimi i nevojave të shëndetit publik dhe prioritizimi i ndërhyrjeve shëndetësore. Kohë-zgjatja e vlerësimit të shpejtë varet nga madhësia dhe shtrirja gjeografike e popullatës së prekur, gjendja e sigurisë, kushtet e aksesit, transporti dhe logjistika, burimet njerëzore të disponueshme, dhe metodat e përdorura.

Megjithatë duhet theksuar, që pas kryerjes së vlerësimit të shpejtë duhet ndërmarrë kryerja e një vlerësimi tanimë më të plotë shëndetësor, me të dhëna të detajuara sasiore e cilësore dhe me plane të ndërhyrjes.

AKTIVITETET KYÇ NË VLERËSIMIN E SHPEJTË

1. Planizimi i misionit
 - Kompozimi i ekipit të vlerësimit shëndetësor
 - Grumbulimi i të dhënave të sfondit gjeopolitik
 - Grumbullimi i të dhënave shëndetësore mbi vendin strehues dhe vendin e origjinës
2. Vizita në terren
 - Të dhënat: demografia, mjedisi, shëndeti, dhe nevojat për burime
 - Metodot: inspektim nga ajri; vëzhgim i drejtpërdrejtë; intervistë me agjencitë, Ministrinë e Shëndetësisë dhe autoritetet lokale; grumbullim i të dhënave shëndetësore nga institucionet mjekësore; vlerësim i shpejtë i madhësisë së popullatës nëpërmjet hartëzimit; shqyrtim i dokumentacioneve;urvejim ndërseksional i vlerësimit të shpejtë
3. Analiza
 - Piramidat demografike
 - Prioritizimi i ndërhyrjeve shëndetësore
 - Identifikimi i grupeve në risk të lartë
4. Shkrimi i raportit
5. Shpërndarja e tij

1. OBJEKTIVAT E VLERËSIMIT TË SHPEJTË SHËNDETËSOR

Objektivat e vlerësimit të shpejtë janë:

- Vlerësimi i shtrirjes së emergjencës dhe kërcënimit ndaj popullatës i sëmundjeve infektive;
- Përcaktimi i tipit dhe madhësisë së ndërhyrjeve dhe prioritizimi i aktiviteteve;
- Planifikimi i venies në jetë të këtyre aktiviteteve;
- Përçimi i informacionit në komunitetin ndërkombëtar, donatorët dhe masmedian, me synim mobilizimin e burimeve njerëzore dhe financiare.

2. KOMPOZIMI I EKIPIT TË VLERËSIMIT TË SHPEJTË SHËNDETËSOR

Ekipi i vlerësimit të shpejtë shëndetësor duhet të përbëhet nga:

- një epidemiolog / ekspert i shëndetit publik,
- një nutricionist,
- një administrator për logjistikën,
- një specialist i shëndetit mjedisor për ujin dhe higjienizimin.

Një anëtar i ekipit duhet emëruar në rolin e drejtuesit të ekipit.

Detyrat e ekipit gjatë kësaj faze të parë janë:

- përgatitja e një liste të plotë të vlerësimit të shpejtë shëndetësor;
- përgatitja e kalendarit kohor të vlerësimit;
- përcaktimi i detyrave;
- sigurimi i pajisjeve të nevojshme (kompjuter, pajisje laboratorike, etj);
- organizimi i transportit, automjeteve, karburantit;
- ngritja e një sistemi komunikimi;
- informimi i autoriteteve lokale;
- informimi i donatorëve potencialë dhe vendim-marrësve kyç.

3. METODAT E GRUMBULLIMIT (MBLEDHJES) TË TË DHËNAVE NË NJË EMERGJENCË

Grumbullimi i të dhënave në një emergjencë mund të mos kryhet sipas një radhe rreptësisht të përcaktuar, por plani për grumbullimin e të dhënave dhe analizën e tyre duhet të jetë sistematik.

Katër metodat kryesore të grumbullimit (mbledhjes) të të dhënave janë:

- shqyrtimi i informacionit ekzistues,
- inspektimi pamor (vizual) i zonës së prekur,
- intervistat me personat juridikë kyç,
- urvejim ndërseksional i vlerësimit të shpejtë.

3.1. Shqyrtimi i informacionit ekzistues

Është informacioni, i disponueshëm nga burime të vendit dhe ndërkombëtare, qeveritare dhe jo-qeveritare, lidhur me:

- karakteristikat gjeografike dhe mjedisore të vendit dhe zonës së prekur (psh, harta të vendit apo rrethit që tregojnë ndarjet administrative të zonës së prekur, vend-banimet, burimet ujore, rrjetin rrugor, institucionet shëndetësore);
- madhësia, përbërja dhe gjendja e mëparëshme shëndetësore dhe nutricionale (e të ushqyerit) e popullatës së prekur nga emergjenca;
- shërbimet shëndetësore dhe programet shëndetësore që funksionin para dhe gjatë emergjencës;
- burimet për përgjigjen operacionale ndaj emergjencës;
- gjendja e sigurisë.

3.2. Inspektimi pamor (vizual) i zonës së prekur

Inspektimi i detajuar si nga ajri ashtu dhe në terren i zonës së prekur jep të dhënat fillestare thelbësore mbi situatën aktuale pas ndodhisë së emergjencës (fatkeqësisë natyore ose jo) lidhur me popullatën, vend-banimet, disponueshmërinë e ushqimeve dhe ujit të pijshëm, faktorët (fizikë, kimikë, biologjikë) risk mjedisorë, etj.

3.3. Intervista me personat informues kyç

- pushteti vendor në zonën e prekur,
- punonjësit e shëndetësisë në zonën e prekur,
- individë nga popullata në zonën e prekur,
- Ministria e Shëndetësisë,
- organizma qeveritare dhe organizata jo-qeveritare që përfshihen në përgjigjen ndaj emergjencës,
- organizata ndërkombëtare që përfshihen në përgjigjen ndaj emergjencës.

3.4. Survejim ndërseksional i vlerësimit të shpejtë

Kryhet për përfitim të të dhënave thelbësore si shpërndarja gjinore dhe moshore e popullatës së prekur, madhësia mesatare e familjes, grupet vulnerabël, nivelet retrospektive moshë-specifike, gjini-specifike dhe sidomos shkak-specifike të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë në popullatën e zonës së prekur, gjendja nutricionale aktuale, mbulesa vaksinore, shërbimet shëndetësore dhe aksesit ndaj tyre, infrastruktura, etj. Theksojmë se këto të dhëna thelbësore duhet normalisht të jenë ekzistuese (të disponueshme) në burime të tjera; megjithatë, të dhënat e përfuara ngaurvejimi ndërseksional i vlerësimit të shpejtë rrisin vlefshmërinë dhe sigurinë e të dhënave ekzistuese.

- II -

PARANDALIMI (PREVENIMI) I SËMUNDJEVE INFEKTIVE

Përfshin planifikimin e vendit të duhur (të përshtatshëm), sigurimin e shërbimeve klinike bazë, strehimin, ujin e pijshëm, higjienizimin, vaksinimin masiv kundër sëmundjeve specifike, furnizimin e rregullt dhe të mjaftueshëm me ushqime, kontrollin e vektorëve të sëmundjeve infektive.

SËMUNDJET INFEKTIVE DHE MASAT PARANDALUESE (PREVENTIVE) PËRKATËSE

Masa parandaluese	Impakti në përhapjen e:
<i>Planifikimi i vendit për strehim (kampe, vendbanim i përkohshëm)</i>	sëmundjet diarreike; infeksionet respiratore akute
<i>Ujët e pijshëm i pastër</i>	sëmundjet diarreike; tifo dhe paratifo, salmonelozat; kolera; hepatiti viral A dhe E,
<i>Higjienizimi i mirë</i>	sëmundjet diarreike; sëmundjet me transmetim vektorial; zgjedhja
<i>Ushqyerja adekuate</i>	tuberkulozi; fruthi; infeksionet respiratore akute
<i>Vaksinimi</i>	fruthi; meningiti; poliomieliti; encefaliti japonez; difteria
<i>Kontrolli i vektorëve dhe kontrolli i brejtësve</i>	malaria; murtaja; ethet dengue; tularemia; encefalitet virale me transmetim-me-vektorë; ethet hemorragjike virale; ethet e verdha
<i>Mbrojtja personale (rrjetat me insekticide, repelentët, veshjet, etj.)</i>	malaria; leishmaniaza
<i>Higjiena personale</i>	sëmundjet me transmetim nëpërmjet marrave; tifo ekzantematike; ethet rekurrenente epidemike
<i>Edukimi dhe promovimi shëndetësor</i>	infeksionet seksualisht të transmetueshme; HIV/AIDS; sëmundjet diarreike
<i>Menaxhimi i rastit</i>	kolera; shigelozat; sëmundjet diarreike; tuberkulozi; infeksionet respiratore akute; malaria; ethet dengue; ethet hemorragjike virale; meningiti; tifo ekzantematike; ethet rekurrenente epidemike

1. STREHIMI: ZGJEDHJA E VENDIT PËR STREHIMIN E PËRKOHSHËM/KAMPET

Zgjedhja e vendit duhet të planifikohet mirë me qëllim që të shmangen faktorët risk për transmetimin e sëmundjeve infektive: mbipopullimi; higjiena e ulët, vendet e jetesës së vektorëve, mungesa e një strehimi adekuat.

Faktorët kritikë që duhen marrë në konsideratë kur përzgjidhet vendi për ngritjen e strehimeve të përkohshme (kampeve) janë:

- disponueshmëria e ujit të pijshëm të pastër,
- hapësira e mjaftueshme,
- topografia e përshtatshme e terrenit (shmangie e terreneve me rrëpira, terreneve të rrëshqitshme, etj) dhe drenazhimi (terren i drenazhuar/drenazhueshëm),
- terren me vegjetacion (bimë, pemë për hije, etj),
- aksesimi i lehtë në çdo kohë/mot në vendin e strehimit të përkohshëm,
- mjetet e transportit,
- aksesimi në karburant/lëndë djegëse,
- dhe, për arsye sigurie, një distancë e mjaftueshme nga kufijtë kombëtarë apo linjat e frontit të luftës.

2. UJËT E PIJSHËM DHE HIGJENIZIMI

Ujë dhe higjienizimi janë elementë jetësorë në transmetimin e sëmundjeve infektive dhe përhapjen epidemike të tyre. Sëmundjet diarreike, thelbësisht pasojë e mungesës së ujit të pijshëm higjienikisht të pastër, e menaxhimit jo-adekuat të jashtëqitjeve/ujrave të zeza dhe e higjienës së ulët, janë një ndër shkaqet kryesore të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatat e prekura nga emergjencat.

Rrjedhimisht, fokusi në drejtim të ujit të pijshëm dhe higjienizimit në strehimet e përkohshme/kampet është:

- sigurimi i furnizimit të vazhdueshëm dhe në sasinë duhur të ujit të pijshëm higjienikisht plotësisht të pastër,
- menaxhimi adekuat i jashtëqitjeve, ujrave të zeza, mbeturinave dhe hedhurinave,
- vendosja e të gjitha masave për një higjienizim plotësisht adekuat dhe në vijueshmëri të pandërprerë,
- edukimi dhe promovimi shëndetësor i popullatës.

3. KONTROLLI I VEKTORËVE

Programi i kontrollit të vektorëve synon të reduktojë transmetimin vektorial të sëmundjeve infektive të transmetueshme-nëpërmjet-vektorëve duke e bërë mjedisin të papërshtatshëm për zhvillimin dhe mbijetesën e vektorëve (mushkonja, këpusha, morra, flebotome, etj).

Drejtimet kryesore të programit të kontrollit të vektorëve (entomologjia mjekësore dhe higjiena e mjedisit) janë:

- identifikimi *in situ* i vektorëve përgjegjës për transmetimin lokal të sëmundjeve infektive;
- përcaktimi *in situ* i faktorëve që ndikojnë në transmetimin vektorial;
- lokalizimi *in situ* i vendeve të rritjes/mbarështimit dhe jetesës së vektorëve;
- përcaktimi i masave të kontrollit që duhen ndërmarrë;

- përcaktimi i masave të kontrollit kimik specifik dhe i kimikateve insekticide si dhe atyre raticide që duhen përdorur;
- përcaktimi i metodës më të përshtatshme të kontrollit kimik specifik, intervaleve të aplikimit të saj, kohës dhe vendet e aplikimit;
- përcaktimi i masave të sigurisë ndaj shëndetit publik lidhur me ruajtjen dhe përdorimin e kimikateve insekticide.

Metodat kryesore të kontrollit të vektorëve artropodë në situatat e emergjencës mund të klasifikohen në grupet e mëposhtme:

- sprucimi/spërkatja me insekticide me veprim rezidual si në mjediset të brendshme [*indoor*] ashtu dhe në mjediset të jashtme apo natyre [*outdoor*];
- mbrojtja personale: rrjeta të imprenjuara me insekticide, higjiena personale, repelentë dhe veshje mbrojtëse ndaj insekteve;
- kontrolli i mjedisit: drenazhimi i ujrave, përdorimi i larvicideve kundër mushkonjave;
- skicimi i strehimit të përkohshëm (kampit),
- ndërgjegjësimi i komunitetit nëpërmjet edukimit dhe promovimit shëndetësor.

Zgjedhja e strategjive të kontrollit në një situatë të emergjencës varet nga:

- tipi i strehimit të përkohshëm – shtëpi të popullatës lokale, kamp me tenda/çadra;
- veçoritë e sjelljes së popullatës së çvendosur – kultura, praktikat e gjumit, lëvizshmëria;
- veçoritë e sjelljes së vektorëve – cikli i pickimit, qëndrimi në mjediset të mbyllura [*indoor*] dhe natyrë (mjediset të hapura) [*outdoor*];
- disponueshmëria e mjeteve, pajisjeve, dhe personelit të trajnuar për venien në jetë.

Rekomandimi për përzgjedhjen e ndërhyrjeve të kontrollit të vektorëve dhe të insekticideve varet nga ajo nëse njerëzit që do të mbrohen janë vendosur në vend-banime të përkohshme (si kampe) apo në banesat e komunitetit/popullatës lokal/e strehues/e.

4. KONTROLI I BREJTËSVE (MINJVE)

Brejtësit (minjtë) janë njëherësh vektorë dhe strehues natyrorë të agjentit etiologjik mikrobik për sëmundje të caktuara infektive me potencial të lartë epidemik sidomos në situatat e emergjencës. Eliminimi i tyre është i vështirë, veçanërisht në kampet e mbipopulluara apo dhe në fshatra e qytete të mbipopulluar nga popullata e çvendosur (e ardhur), por minimizimi numerik i popullatës së tyre është plotësisht i mundshëm nëpërmjet masave adekuate të luftimit dhe kontrollit.

Masat e luftimit ndaj brejtësve dhe kontrollit të tyre përfshijnë aplikimin si në mjediset e mbyllura [*indoor*] ashtu dhe në ato të hapura [*outdoor*] të metodave mekanike (çarqe, etj) dhe metodave kimike specifike (raticidet).

5. USHQYERJA ADEKUATE (E PËRSHTATSHME) DHE SIGURIA USHQIMORE

Mangësia në ushqime është një tipar i zakonshëm i situatave të emergjencës. Që sjell si rrjedhojë praninë e kequshqyerjes së popullatës së çvendosur, që, nga ana e vet mbart potencimin/fuqizimin e hasjes së infeksioneve/sëmundjeve infektive. Sepse kequshqyerja dhe infeksioni janë kurdoherë në veprim sinergjik ndërmjet tyre dhe në një rreth apo cikël vicioz shkak-pasojë-shkak-pasojë.

Rrjedhimisht, në çdo situatë të emergjencës, një ndër objektivat madhorë fillestarë është realizimi i furnizimit në mënyrë të pandërprerë në kohë të popullatës së çvendosur me ushqime në sasi të mjaftueshme dhe në cilësinë e duhur kalorike.

Momenti tjetër po aq i rëndësishëm është siguria ushqimore, dmth shmangia plotësisht e intoksikacioneve alimentare si rrjedhojë e kontaminimit të ushqimit.

6. VAKSINIMI

Vaksinat kryesorë që përdoren në situatat e emergjencës janë ato kundër fruthit, meningitit meningokoksik, dhe etheve të verdha (në vendet ku kjo sëmundje haset endemikisht).

Përparësinë e ka vaksina kundër fruthit: vaksinimi kundër fruthit duhet aplikuar në fazën akute të emergjencës atëhere kur nivelet e mbulesës vaksinore në popullatën e prekur janë <90%.

Përdorimi i vaksinës kundër kolerës rekomandohet vetëm në situatën e stabilizuar pas-emergjence.

Me përfundimin e fazës akute të emergjencës duhet bërë shqyrtimi i gjendjes së vaksinimit konform Programit Kombëtar të Zgjeruar të Imunizimit (Kalendarit të Vaksinimit sipas Programit EPI) për popullatën e prekur në rradhë të parë, por po ashtu edhe për popullatën strehuese, që nënkupton shqyrtimin e gjendjes së vaksinimit kundër tetanozit, difterisë, pertusit, poliomiellitit, tuberkulozit, hepatitit viral B, dhe madje edhe *Haemophilus influenzae* B në secilin individ (moshat pediatrike) në popullatë, me synim plotësimin e mangësive dhe boshllëqeve eventuale.

- III -.

SURVEJANCA EPIDEMIOLOGJIKE NË NJË EMERGJENCË

1. SISTEMI EKZISTUES I INTEGRUAR I SURVEJANCËS TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË SHQIPËRI (SISSI)

Në vendin tonë ekziston Sistemi i Integruar i Survejancës të Sëmundjeve Infektive (SISSI), i përbërë nga një sërë komponentësh – sistemesh përbërëse.

Dy sistemet kryesore gjithëpërfshirëse të SISSI janë:

- Sistemi Madhor i Bazuar-në-Sëmundje i Survejancës (SMBSS), me burime të të dhënave si shërbimin shëndetësor parësor (mjeku i familjes) ashtu dhe shërbimin shëndetësor spitalor (dytësor dhe tretësor);
- Sistemi ALERT i Bazuar-në-Sindroma i Survejancës (=Sistemi i Sinjalit të Hershëm apo i Alarmit), me burime të të dhënave shërbimin shëndetësor parësor (mjeku i familjes) dhe njësitë e urgjencës të shërbimit shëndetësor spitalor (dytësor dhe tretësor).

Janë dy sisteme komplementare (bashkëplotësuese) ndaj njeri tjetrit, konkretisht SMBSS shumë specifik por me sensitivitet të ulët, ndërkohë që ALERT shumë sensitiv por me specificitet të ulët, duke realizuar kështu nivelet optimale njëherësh të sensitivitetit dhe specificitetit të SISSI.

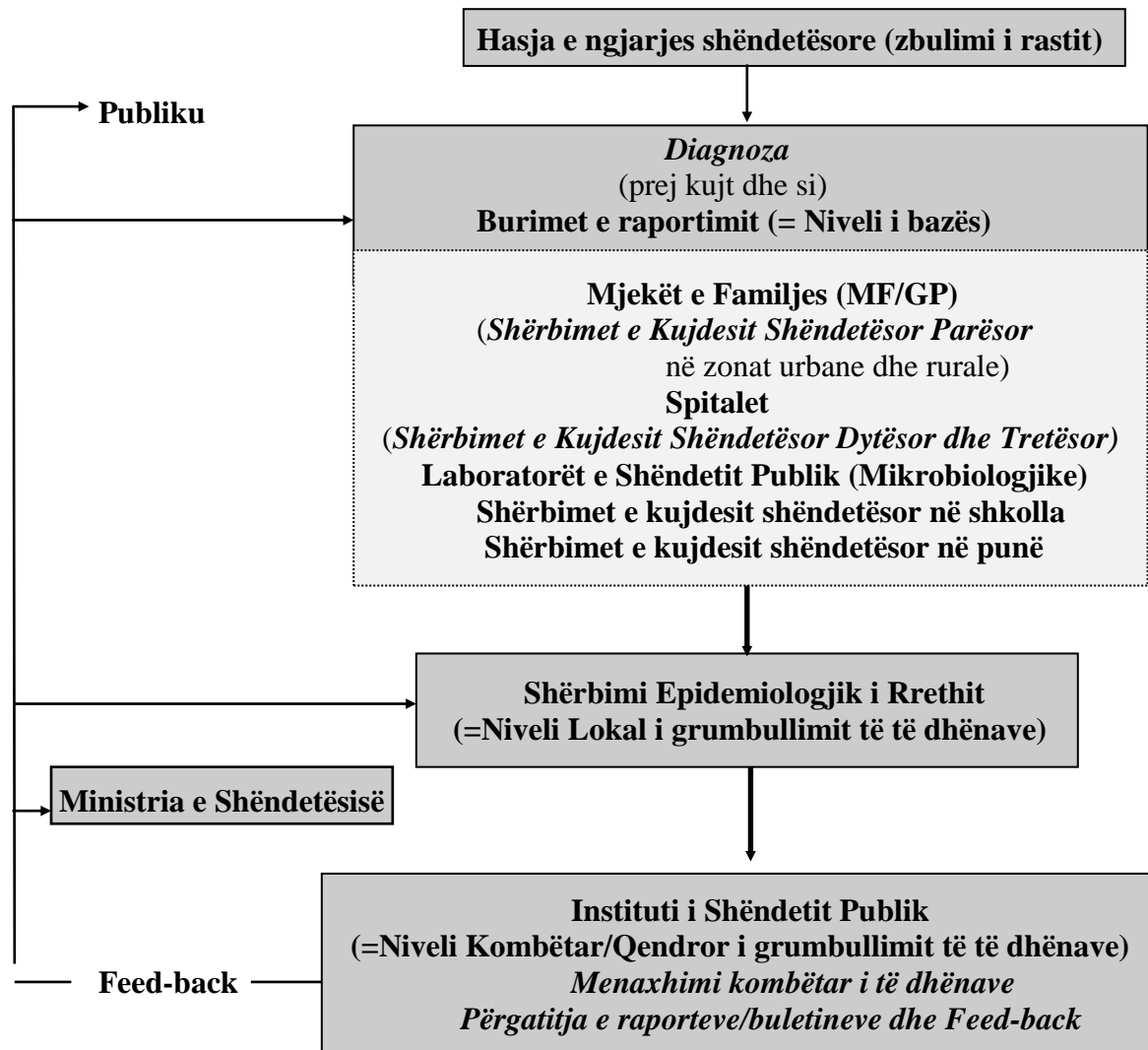
Sistemet e tjera përbërëse të SISSI, jo-gjithëpërfshirëse, por të fokusuara në sëmundje apo grup-sëmundje të veçanta infektive, janë:

- Sistemi i Survejancës i Bazuar-në-Rast i Paralizave Flakside Akute (Poliomielitit);
- Sistemi i Survejancës i Bazuar-në-Rast i Fruthit dhe Rubeolës;
- Sistemi i Survejancës i Bazuar-në-Rast i Bazuar-në-Spital i Sindromit të Rubeolës Kongjenitale;
- Sistemi i Survejancës i Bazuar-në-Rast i Zoonozave;
- Sistemi i Survejancës i Bazuar-në-Rast i Bazuar-në-Spital i Hepatiteve Virale Akute;
- Sistemi i Survejancës i Bazuar-në-Rast i Bazuar-në-Spital i Infeksioneve nga *Haemphilus influenzae B*;
- Sistemi i Survejancës i Bazuar-në-Rast i Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme;
- Sistemi i Survejancës i Bazuar-në-Rast i Bazuar-në-Spital i Dedikuar ndaj Gripit A/H5N1 dhe atij A/H1N1 të Ri (2009).

Udhë-ecuria e raportimit të detyrueshëm me ligj të të dhënave në secilin prej sistemeve të mësipërme përbërëse të SISSI është e njejtë: nga burimet e të dhënave në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) nëpërmjet shërbimit epidemiologjik të rrethit

përkatës. Dhe më pas prapashpërndarja e të dhënave të analizuara nga ISHP në Ministrinë e Shëndetësisë (organi vendim-marrës) dhe në sistemin shëndetësor të tërë vendit.

Pasqyrohet në **skemën** përmbledhëse të mëposhtme.



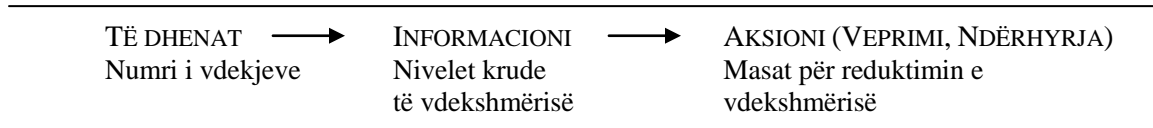
2. VEÇORITË E SURVEJANCËS TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË NJË EMERGJENCË

Një situatë e emergjencës nënkupton përforcimin në maksimum të performancës sasiore dhe cilësore të SISSI për të realizuar në kohën e duhur dhe me efektshmërinë e duhur objektivat specifike të tij në atë situatë, që janë:

- Identifikimi i prioriteteve shëndetësore të popullatës (shëndetit publik);
- Monitorimi i severitetit (ashpërsisë) të një emergjence nëpërmjet grumbullimit dhe analizës së të dhënave të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë;
- Zbulimi i shpërthimeve epidemike dhe monitorimi i përgjigjes ndaj tyre;

- Monitorimi i trendeve të incidencës dhe rast-fatalitetit të sëmundjeve infektive me impaktin kryesor në shëndetin publik;
- Monitorimi i impaktit të ndërhyrjeve shëndetësore specifike;
- Dhënia e informacionit në Ministrinë e Shëndetësisë, agjensitë dhe donatorët e ndryshëm, informacion ai, i vlefshëm për asistencën në planifikimin e programit shëndetësor, venien në jetë dhe adaptimin e tij, si dhe në mobilizimin e burimeve.

Gjithmonë, duke pasur parasysh që **thelbi i survejancës nuk është tjetër veçse informacion për aksion (veprim, ndërhyrje):**



Në skicimin e survejancës së përforcuar në situatë të emergjencës duhen pasur parasysh çështjet e mëposhtëme:

- Cila popullatë do të jetë nën survejancë: vetëm popullata e çvendosur, apo ajo së bashku me popullatën lokale (popullatën strehuese)?
- Çfarë të dhënash duhen grumbulluar dhe për çfarë qëllimi?
- Cilat do të jenë burimet e të dhënave?
- Cila do të jetë periudhë-koha e grumbullimit të të dhënave?
- Si do të jetë udhë-ecuria e raportimit të të dhënave?
- Kush do të kryejë analizën e të dhënave dhe sa shpesh?
- Kush do të përpilojë raportet e të dhënave të analizuara dhe kryejë prapa-shpërndarjen e tyre?

3. PËRCAKTIMI I PËRPARËSIVE (PRIORITETEVE) TË SURVEJANCËS

Në një emergjencë është e pamundur të monitorohet gjithçka. Në terren, ekipi i koordinimit shëndetësor duhet të identifikojë një numër të kufizuar sëmundjesh infektive me prioritet, ky i fundit mbi bazën e madhësisë së kërcënimit shëndetësor që sëmundja infektive paraqet ndaj shëndetit publik. Ky prioritizim duhet bërë pikërisht në fillimin e ndërmarrjes së aktiviteteve shëndetësore në një emergjencë.

Zgjedhja e prioriteteve të survejancës bazohet në kriteret kryesore të mëposhtëme të shëndetit publik:

- Madhësia e impaktit në shëndetin publik të sëmundjes infektive lidhur me nivelet përkatëse të sëmundshmërisë, paaftësisë dhe vdekshmërisë;
- Madhësia e potencialit epidemik të sëmundjes infektive, (psh, kolera, fruthi, meningiti kanë potencial të lartë epidemik);
- Specificiteti i shënjestrës (targetit) të programit të kontrollit: është program kontrolli me target vetëm kombëtar (vendi yne konkretisht), apo i shtrirë si target rajonal (vendi yne dhe rajoni përreth), apo i përgjithështrirë si target ndërkombëtar.
- Efikasiteti, efektiviteti dhe eficientia e ndërhyrjes (veprimit, aksionit) për kontroll dhe parandalim.

Eksperiencia botërore e situatave të emergjencave të ndryshme ka treguar se disa sëmundje/sindroma duhet gjithmonë të konsiderohen si prioritete dhe të monitorohen në mënyrë sistematike. Në të gjitha fazat e një emergjence, qysh nga faza akute e deri në fazën e pas-emergjencës, sëmundjet/sindromat që duhen raportuar janë:

- diarrea me gjak,
- diarrea akute ujore (pa gjak),
- dyshimi për kolerë,
- infeksionet respiratore akute, veçanërisht ato të poshtëme,
- fruthi,
- meningiti,
- sëmundjet infektive me vatra natyrore (malaria, ethet hemorragjike virale, etj).

Ndërkaq, në fazën e pas-emergjencës, në raportim duhen përfshirë edhe:

- tuberkulozi,
- HIV/AIDS,
- infeksionet seksualisht të transmetueshme,
- tetanozi neonator.

Për të gjitha sëmundjet/sindromat e mësipërme duhet pasur parasysh rëndësia thelbësore e **përkufizimit të rastit**: aplikimi korrekt i tij është momenti bazë i performancës së duhur cilësore të diagnozës klinike, pra i shmangies së fallco-negativitetit apo fallco-pozitivitetit në raportim, dhe, lidhur me të, i ecurisë optimale të prognozës si rrjedhojë e performancës së duhur në kohë dhe cilësi të trajtimit (mjekimit).

Vlen të theksohet se edhe dëmtimet, infeksionet e plagëve, etj, probleme shëndetësore këto te zakonshme në një situatë të emergjencës, i duhen shtuar listës së prioriteteve të survejancës në atë situatë.

4. GRUMBULLIMI I TË DHËNAVE, ANALIZA, DHE PRAPA-SHPËRNDARJA (FEED-FORWARD/FEED-BACK)

Burimet e të dhënave të survejancës, grumbullimi dhe raportimi i tyre, udhë-ecuria e raportimit, koha dhe kohë-shpeshtësia e raportimit, analiza e të dhënave në nivelin lokal (shërbimi epidemiologjik i rrethit përkatës) dhe nivel qendror (Instituti i Shëndetit Publik – ISHP), dhe prapa-shpërndarja e të dhënave të analizuara nga ISHP si në Ministrinë e Shëndetësisë (organi politikë-bërës dhe vendim-marrës), në dikasteret dhe agjensitë apo organizatat e përfshira në emergjencë, ashtu dhe në publikun e gjerë përfaqësojnë pikërisht elementët përbërës të operimit të sistemeve përbërëse të lartpërmendura të SISSI në situatë normale, që ekstrapolohen natyrshëm në çdo situatë emergjence eventuale.

Tërë këta elementë përbërës të sistemit të survejancës janë pasqyruar përmbledhtas në skemën e mësipërme të udhë-ecurisë së fluksit informativ.

5. PËRKUFIZIMI I RASTIT

Përkufizimi i rastit nënkupton përdorimin e sistemit të mëposhtëm tre-nivelesh:

- **“Rast i suspektuar”**: prani e tablosë klinike (simptoma dhe shenja) konform përshkrimit të standardizuar të saj (sipas udhëzimit përkatës të OBSH), por pa dëshmi laboratorike të infeksionit.

Shembull: kolera, apo meningiti meningokoksik.

- **“Rast i mundshëm (i gjasshëm)”**: prani e tablosë klinike konform përshkrimit të standardizuar të saj (sipas udhëzimit përkatës të OBSH) dhe prani e lidhjes epidemiologjike me një rast të konfirmuar.
- **“Rast i konfirmuar”**: prani e tablosë klinike konform përshkrimit të standardizuar të saj (sipas udhëzimit përkatës të OBSH) dhe verifikim nëpërmjet analizës laboratorike mikrobiologjike.

Shënojmë se në shpërthimet epidemike simptomatologjia klinike mund të mos jetë e pranishme apo të jetë dobësisht e pranishme në një proporcion jo të vogël të rasteve, që, për rrjedhojë nuk do të evidentoheshin të tillë nëse nuk do të rezultonin pozitiv nëpërmjet depistimit laboratorik. Është ky, momenti i mirënjohur dhe klasik i dallimit ndërmjet “infeksionit” dhe “sëmundjes” në historinë natyrore të sëmundjeve infektive.

Klasifikimi në këto tre nivele të ndryshme mund të variojë mbi bazën e veçorive epidemiologjike të sëmundjes infektive.

Simptomat klinike të listuara për secilën sëmundje infektive në tablonë e saj klinike të standardizuar nga OBSH kanë karakter udhëzues, çka do të thotë që nuk duhen konsideruar si ligj i pacënueshëm në çdo fjalë të shtjellimit të tij.

Për shumicën e sëmundjeve infektive listohen disa kriterë të diagnozës laboratorike, dmth jo një por disa teste (analiza) laboratorike. Megjithatë, duhet theksuar se qoftë edhe vetëm njeri prej tyre është plotësisht i denjë, i pranueshëm për ta klasifikuar rastin si “rast i konfirmuar”, veçse me kusht që të jetë i kryer saktë dhe i interpretuar saktë.

Veçse, duhet theksuar po ashtu një veçori tepër e rëndësishme që karakterizon në përgjithësi situatat e emergjencës, pikërisht pamundësia objektive e aksesit në kohën e duhur ndaj analizës laboratorike mikrobiologjike për konfirmimin e rastit, çka dikton që ndërhyrja (aksioni, veprimi) të ndërmerret edhe mbi bazën e rastit të gjasshëm, apo madje edhe vetëm të suspektuar, pa pritur konfirmimin laboratorik, që, nga ana e vet mund dhe do të realizohet më vonë në kohë. Konkretisht, një dyshim për kolerë nuk duhet të presë konfirmimin laboratorik për ndërmarrjen e masave përkatëse të ndërhyrjes.

Disa sëmundje infektive, si tetanozi neonator, normalisht nuk kërkojnë konfirmim laboratorik dhe raportohen vetëm mbi bazën e kriterëve klinike. Në disa të tjera raste, sikurse në infeksionet seksualisht të transmetueshme, natyra etiologjike paraqitet e shumëllojtë, pra jo me një por me një sërë agjentësh etiologjikë mikrobikë, çka do të thotë se demonstrimi laboratorik i agjentit/agjentëve etiologjik/ë është i pavend për

menaxhimin adekuat klinik të rastit apo ndërhyrjes adekuate të shëndetit publik; në të tilla raste përdoret përkufizimi “sindromik” i rastit.

Në vijim japim përkufizimin e rastit për semundjet infektive dhe/ose sindromat infektive me impakt madhor në shëndetin publik në situatat e emergjencës.

➔ **SINDROMI “DIARRE AKUTE UJORE (PA GJAK)”**

Dalje jashtë 3 herë apo më tepër brenda 24 orëve të fundit me jashtëqitje të ujëshme pa gjak, shoqëruar ose jo me dehidratim.

Të suspektohet (dyshohet) rast me kolerë:

Në një person me moshë mbi 5 vjeç, me dehidratim të rëndë apo dhe vdekje nga diarre akute ujore me ose pa të vjella.

Apo person me moshë mbi 2 vjeç me diarre akute ujore në një zonë ku ka ose shpërthim epidemik të kolerës, ose për më tepër, qarkullim endemik të saj.

Konfirmimi i rastit:

Izolimi i *Vibrio cholerae* O1 ose O139 nga mostra fekale.

➔ **SINDROMI “DIARRE ME GJAK”**

Diarre akute (dalje jashtë 3 herë apo më tepër brenda 24 orëve të fundit) me gjak të dukshëm në feçe.

Konfirmimi i rastit për Dizenteri bacilare epidemike:

Prelevim i mostrës fekale për kulturë dhe mostrës së gjakut për serologji. Izolimi i *Shigella dysenteriae*.

➔ **SINDROMI “INFEKSION AKUT I RRUGËVE TË POSHTËME RESPIRATORE” / PNEUMONI NË FËMIJET E MOSHAVE <5 VJEÇ**

Kollë ose vështirësi në frymëmarrje;

dhe

Frymëmarrje 50 apo më tepër herë për minutë në fëmijët me moshë 2 muaj deri 1 vjeç;

Frymëmarrje 40 apo më tepër herë për minutë në fëmijët me moshë 1-5 vjeç;

dhe

Mungesë e tërheqjes së gjoksit nga brenda, mungesë e frymëmarrjes fishkëlyese, mungesë e shenjave të përgjithshme të rrezikut.

Shënim: **PNEUMONIA E RËNDË** = Kollë ose vështirësi në frymëmarrje **plus** një shenjë e përgjithshme e rrezikut (fëmija është i paaftë për të pirë apo për t’u ushqyer me gjë, vjell

gjithçka, ka konvulsione, është letargjik apo i pavetëdijshëm) ose krahëror i futur brenda ose frymëmarrje fishkëlluese në gjendje të qetë.

➔ **SINDROMI I ETHES HEMORRAGJIKE AKUTE [=SINDROMI “HEMORRAGJI ME ETHE”]**

Shpërthim akut i ethes me kohë-zgjatje më pak se 3 javë në një pacient të sëmurë rëndë dhe me **të paktën dy** nga këto shenja/simptoma klinike:

- rash hemorragjik ose purpurik (purpural),
- *epistaxis*,
- *haematemesis*,
- *haemophysis*,
- gjak në feçe,
- simptom tjetër hemorragjik dhe faktorë predispozues të panjohur të strehuesit (pacientit) për manifestime hemorragjike.

➔ **Sindromi “VERDHËZË akute”**

Shpërthim akut i verdhëzës apo të zverdhëtit (zverdhje e sklerave të syve dhe mukozave dhe/ose edhe e lëkurës) dhe sëmundje e rëndë (gjendje e rëndë e pacientit) dhe mungesë e çdo faktori precipitues të njohur.

➔ **PARALIZË FLAKSIDE AKUTE (POLIOMIELIT I SUSPEKTUAR)**

Shpërthim i menjëhershëm apo akut (zakonisht brenda 3 ditëve, dmth nga 1 deri 3 ditë) i paralizës flakside, përgjithësisht në fëmijë me moshë <15 vjeç, por pa përjashtuar edhe moshat e rritura.

Konfirmimi i rastit për Poliomielit paralizik:

Izolimi dhe identifikimi i poliovirusit të egër në mostrën feçe të prelevuar nga pacienti.

➔ **FRUTHI**

Ethe dhe rash makulopapular (dmth jo vezikular) dhe kollë, koriza (gjendje katarrhale me rrjedhje hundësh) ose konjunktivit;

ose

Çdo person në të cilin mjeku klinikist suspekton fruth.

Konfirmimi i rastit për Fruth:

Evidentim i antikorpeve serike IgM specifike anti-fruth në mostrën e gjakut të prelevuar në fazën fillestare apo katarrhale të sëmundjes, **ose** evidentim i një rritje së paku katër herë e titrit të antikorpeve serike IgG specifike anti-fruth (nga mostra e parë e gjakut e prelevuar në fazën fillestare apo katarrhale të sëmundjes në mostrën e dytë të gjakut të prelevuar 3-4 javë pas së parës), **ose** izolim i virusit të fruthit në rastin e suspektuar klinikisht për fruth.

Dhe, në rast të pamundësisë së plotë të realizimit të konfirmimit laboratorik, konfirmim nga ana epidemiologjike e këtij rasti, dmth evidentim i pranisë së lidhjes epidemiologjike të tij me një burim të konfirmuar të infeksionit.

➔ **SINDROMI MENINGEAL = MENINGIT I SUSPEKTUAR (DYSHIM PËR MENINGIT)**

Shpërthim i menjëhershëm i ethes së lartë (temperaturë aksilare $>38^{\circ}\text{C}$) **dhe një** prej shenjave/simptomave klinike të mëposhtëme:

- rigiditet i qafës (ngjirje e qafës),
- vetëdije e errësuar,
- shenjë tjetër meningeale **ose** rash petekial/purpural.

Në fëmijët me moshë <1 vjeç meningiti suspektohet kur ethja e menjëhershme e lartë shoqërohet me fryrje të fontanelave.

Konfirmimi i rastit për Meningit:

Zbulimi i antigenit (agjentit etiologjik mikrobik) nëpërmjet identifikimit drejtpërdrejt me mikroskop të tij në lëngun cerebrospinal **ose** izolimi-identifikimi i tij nëpërmjet kultivimit të lëngut cerebrospinal dhe/ose gjakut në kulturat përkatëse.

➔ **MALARIA e suspektuar**

• ***Malaria e pakomplikuar***

Pacient me ethe ose historik të etheve brenda 48 orëve të fundit (me ose pa simptoma të tjera si si nausea, të vjella dhe diarre, dhimbje koke, dhimbje shpine, të ftohtë me të dridhura në trup, mialgji), në të cilin janë përjashtuar shkaqe të tjera të dukshme apo të qarta të etheve.

• ***Malaria e rëndë***

Pacient me simptoma të malaries së pakomplikuar si dhe me gjendje përgjumjeje me dobësi ekstreme shoqëruar me simptoma dhe shenja të lidhura me keqfunksionim të organeve si çorientim (dizorientim), humbje e vetëdijes, konvulsione, anemi e rëndë, zverdhje (verdhëzë), hemoglobinuri, hemorragji spontane, edemë pulmonare, shok.

Konfirmimi i rastit me Malarie:

Demonstrimi i parazitëve të malaries nëpërmjet ekzaminimit mikroskopik të strishios së gjakut apo nëpërmjet testeve të shpejta diagnostike për *Plasmodium falciparum*.

➔ **TETANOZI NEONATOR**

Rasti i suspektuar:

Çdo vdekje neonatale ndërmjet ditës së 3-të dhe 28-të të jetës, në të cilën shkak i vdekjes është i panjohur, **ose** çdo neonat që raportohet në mënyrë retrospektive të ketë pasur klinikë të tetanozit neonator ndërmjet ditës së 3-të dhe 28-të të jetës dhe i pahulumtuar (pra mbetur i padiagnostikuar).

Rasti i konfirmuar:

Çdo neonat me aftësi normale për të thithur (gjirin) dhe për të qarë (për t'u çirur) gjatë 2 ditëve të para të jetës, që ndërmjet ditës së 3-të dhe asaj 28-të të jetës nuk mundet të thithë normalisht (gjirin) dhe paraqet ngrirje apo shtangie të trupit ose konvulsione të muskujve ose të dyja së bashku.

Diagnoza është tërësisht klinike, pra konfirmimi është vetëm mbi bazën e kuadrit klinik, pa konfirmim bakteriologjik.

➔ **TIFO ABDOMINALE (ETHJA TIFIKE)**

Një person me ethe të pashpjegueshme $\geq 38^{\circ}\text{C}$ për 3 a më tepër ditë konsiderohet i suspektuar për tifo abdominale nëse ekziston konteksti epidemiologjik.

Diagnoza klinike është e vështirë sepse kuadri klinik mund të luhetet nga një sëmundje e lehtë me ethe jo të lartë dhe dobësi trupore deri në një tablo të rëndë klinike me ethe të lartë, diarre ose konstipacion, anoreksi, dhimbje të fortë koke, e deri në perforacion intestinal. Nga ana tjetër, hasja e një infeksioni me klinikë krejtësisht jo-tipike është e shpeshtë.

Konfirmimi i rastit për Tifo abdominale:

Izolimi i *Salmonella typhi* nga gjaku apo feçet.

➔ **ETHE ME ORIGJINË TË PANJOHUR [=SINDROMI “ETHE E PASHPEJEGUESHME”]**

Person me ethe, në të cilin përjashtohen të gjitha shkaqet e dukshme qartë të ethes.

➔ **SËMUNDJE E PANJOHUR QË HASET NË NJË KLASTER (=GRUMBULL NJERËZISH)**

Një agregim i rasteve me simptoma dhe shenja të një sëmundje/ngjarje shëndetësore të panjohur, të grupuar në kohë dhe/ose hapësirë (vend).

➔ **INFEKSIONE SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME – IST**

- **SINDROMI I UL CERËS GJENITALE**

Ulcer në penis ose *scrotum* në meshkuj dhe në *labia*, vaginë ose *cervix uteri* në femra, me ose pa adenopati inguinale.

- **SINDROMI I RRJEDHJEVE URETRALE**

Rrjedhje uretrale në meshkuj me ose pa dizuri.

- **SINDROMI I RRJEDHJEVE VAGINALE**

Rrjedhje vaginale jo-normale (në sasi, ngjyrë, dhe erë) me ose pa dhembje abdominale të poshtëme (=dhembje në pjesën e poshtëme të barkut), apo simptoma specifike, apo faktorë risk specifike.

- **DHEMBJE ABDOMINALE E POSHTËME (=DHEMBJE NË PJESËN E POSHTËME TË BARKUT)**

Simptoma të dhembjes në pjesën e poshtëme të barkut dhe dhembje pas kontaktit seksual, me shoqërim të rrjedhjeve të dukshme vaginale, me ndjeshmëri ndaj prekjës (=palpacionit) në këtë pjesë të trupit, apo/dhe më temperaturë (ethe) >38°C.

➔ **TUBERKULOZ [TB] PULMONAR I SUSPEKTUAR (I DYSHUAR)**

Çdo person që paraqitet me simptoma apo shenja që priren ndaj tuberkulozit pulmonar, në veçanti kollë me zgjatje në kohë. Mundet po ashtu të ketë *haemoptysis*, dhembje në krahëror (gjoks), pengesë respiratore, ethe dhe djersitje gjatë natës, lodhje (këputshmëri), mungesë orkesi, si dhe renie të theksuar në peshë.

Në çdo rast të suspektuar për TB pulmonar duhen prelevuar tri mostra sputumi për t'u ekzaminuar drejtpërdrejt me mikroskop (=strishio mikroskopike e drejtpërdrejtë); (duhet pasur parasysh që mostrat e prelevuara herët në mëngjes kanë shumë më tepër gjasë të përmbajnë agjentin patogjen (*M. tuberculosis*) se sa ato të prelevuara më pas gjatë asaj dite.

- **STRISHIO POZITIVE PËR TUBERKULOZ PULMONAR (SPTB+)**

Kriteret diagnostike duhet të përfshijnë së paku 2 (dy) strishio sputumi, rezultuar pozitiv për bacilet acid-shpejtë [*acid-fast bacilli* – *AFB*];

ose

1 (nje) strishio sputumi, pozitive për *AFB*, dhe repert radiografik që i përgjigjet një tuberkulozi pulmonar aktiv (=pra, që diagnostikon nga ana radiografike një tuberkuloz pulmonar aktiv);

ose

1 (një) strishio sputumi, pozitive për *AFB*, dhe një kulturë pozitive për *M. tuberculosis*.

▪ *STRISHIO NEGATIVE PËR TUBERKULOZ PULMONAR (SNTB-)*

Një rast me tuberkuloz pulmonar që nuk plotëson (përmbush) përkufizimet e mësipërme për tuberkulozin pulmonar me strishio pozitive (=strishio pozitive për ekzaminim të drejtpërdrejtë me mikroskop të zakonshëm). Kriteret diagnostike duhet të përfshijnë së paku 3 (tri) strishio sputumi negative për *AFP*;

dhe

Repert radiografik që i përgjigjet një tuberkulozi pulmonar aktiv (=pra, që diagnostikon nga ana radiografike një tuberkuloz pulmonar aktiv);

dhe

Mos-përgjigje ndaj një trajtimi (mjekimi) të plotë me anti-mikrobikë me spektrum të gjerë;

dhe

Vendim-marrje nga klinicisti për një trajtim (mjekim) të plotë (=të përplotë) me kemioterapi anti-tuberkulare.

➔ **KEQUSHQYERJA**

Kequshqyerja e rëndë (= distrofi e shkallës së tretë):

Në fëmijet me moshë 6-59 muaj (gjatësi 65-110 cm):
treguesi (indeksi) Peshë-për-Gjatësi [P/Gj] është më i vogël se 3 Z skorë [<3 Z scores] (në tabelën e *NCHS/WHO* të vlerave reference të normalizuara të Peshës-për-Gjatësinë sipas gjinisë apo seksit);

➔ **TRAUMA/DËMTIMET**

○ *DËMTIM (I QËLLIMSHËM)*

Një lezion (=dëmtim) trupor në nivel organik (=lezion organ-i/-esh), rezultat i një veprimi të qëllimshëm, të jashtëm (=nga dikush apo diçka jashtë vetes) apo të vetvetes (=shkaktuar nga personi vetë), që tejkalon pragun e tolerancës fiziologjike.

○ *DËMTIM (I PA-QËLLIMSHËM)*

Një lezion (=dëmtim) trupor në nivel organik (=lezion organ-i/-esh), rezultat i një veprimi të pa-qëllimshëm, dmth aksidental, që tejkalon pragun e tolerancës fiziologjike.

○ *DËMTIM NGA MINAT*

○ *DËMTIME NGA SHKAQE TË TJERA (=JO NGA MINAT)*

○ *AKSIDENTE TË TRAFIKUT RRUGOR*

➔ **VDEKJET AMËSORE**

Vdekje e një gruaje kur është shtatzënë apo brenda 42 ditëve nga përfundimi i shtatzënisë (dmth pas lindjes), pavarësisht nga kohë-zgjajtja e shtatzënisë, nga çdo shkak i lidhur me shtatzëninë, apo i rënduar (përkeqësuar, agravuar) nga shtatzënia apo menaxhimi i saj.

➔ **VDEKJET NEONATALE**

Vdekja e një foshnje të lindur gjallë brenda 28 ditëve të jetës së vet, pavarësisht nga shkak i vdekjes.

6. TË DHËNAT MË TË DOMOSDOSHME (= TAKËMI APO SETI MINIMAL I TË DHËNAVE TË DOMOSDOSHME)

Sistemi i survejancës duhet të përfshijë në thelbin e vet kategoritë përmasore tregues-shëndetësore të mëposhtëme:

- vdekshmëria (=mortaliteti):
 - nivelet krude (bruto) të vdekshmërisë,
 - vdekshmëria proporcionale (=mortaliteti proporcional),
 - nivelet e standardizuara shkak-specifike, moshë-specifike, dhe gjini-specifike të vdekshmërisë,
 - nivelet e rast-fatalitetit (=letalitetit);
- sëmundshmëria (=morboziteti):
 - nivelet krude (bruto) të sëmundshmërisë,
 - nivelet e standardizuara shkak-specifike, moshë-specifike, dhe gjini-specifike të sëmundshmërisë;
 - nivelet e sulmit (=attack rates) në shpërthimet epidemike;
- të dhënat demografike: popullata dhe trendet e saj:
 - madhësia e popullatës së shenjuar (targetuar) për asistencë humanitare,
 - madhësia e grupeve në-risk-të-lartë të popullatës (psh moshat nën 5 vjeç),
 - emëruesit për përlllogaritjen e niveleve të vdekshmërisë, sëmundshmërisë, dhe nivele të tjera,
 - nevojat në burime (njerëzore, financiare, etj) për ndërhyrjet për kontroll e parandalim;
- të ushqyerit (=nutricioni), duke u fokusuar në problemet ekzistuese eventuale të kequshqyerjes (malnutricionit);
- nevojat bazike/thelbësore lidhur me
 - sistemin shëndetësor (strukturë, shpërndarje, akses),
 - kujdesin shëndetësor (sasi, cilësi, akses),
 - kujdesin social (sasi, cilësi, akses);
- aktivitetet e programuara te parandalimit (vaksinimi, edukimi dhe promovimi shëndetësor) dhe të kujdesit shëndetësor (vizitat mjekësore, mjekimi, etj).

Për secilën kategori lypsen identifikuar dhe përlogaritur indikatorët kyç, për të realizuar analizën e trendeve dhe krahasimin e të dhënave. Është ky, moment thelbësor në identifikimin dhe, madje edhe parashikimin e shpërthimeve epidemike, me synim përfundimtar kontrollin dhe parandalimin e tyre, qoftë në situatat normale, ashtu (dhe për më tepër) në situatat e një emergjence eventuale civile.

- IV -

KONTROLLI I SHPËRTHIMEVE EPIDEMIKE

Është pikërisht ky kapitull ai, që konturon aktivitetet kyç që duhen ndërmarrë hap-pas-hapi në kontrollin e një shpërthimi epidemik në një situatë të një emergjence; synimi është zbulimi sa më i hershëm në kohë i shpërthimit epidemik dhe kontrolli i përhapjes së mëtejshme të tij në popullatë.

Një moment thelbësor duhet pasur kurdoherë parasysh: një rritje në numrin e rasteve të një sëmundje në zonën strehuese (pritëse) mund të rezultojë thjesht nga influksi i menjëhershëm (dyndja e menjëhershme) e popullatës së çvendosur nga zona ku ka ndodhur fatkeqësia (natyrore ose jo natyrore) në zonën strehuese. Ndonëse një rritje e tillë e numrit të rasteve të asaj sëmundje mbi mesataren vjetore të zonës strehuese mund të mos përfaqësojë rrjedhimisht një shpërthim epidemik në kuptimin e mirëfilltë (*stricto sensu*) të tij, përgjigja e shërbimeve shëndetësore duhet megjithatë të jetë e njëjtë me atë si në rastin e një shpërthimi epidemik real. Me të tjera fjalë, ndonëse një situatë e tillë nuk përbën një shpërthim epidemik ne *stricto sensu*, ajo lypset menaxhuar si një emergjencë mjekësore.

**1. MBI TERMINOLOGJINË:
“EPIDEMI” APO “SHPËRTHIM EPIDEMIK (=SHPËRTHIM)”?**

Para së gjithash e gjej me vend sqarimin e termave “epidemi” dhe “shpërthim epidemik” (apo thjesht “shpërthim”) nga pikpamja njëherësh semantike dhe përmbajtësore.

Hasja epidemike apo epidemi e sëmundjes i referohet *një rritjeje të menjëhershme të nivelit të incidencës të saj përmbi incidencën e pritshme.*

Është në fakt një term shumë i përgjithshëm, jo i përcaktuar qartë, dhe që vijon të mbetet i tillë. Sa herë më i lartë duhet të jetë numri i rasteve incidente krahasuar me numrin mesatar të mëparëshëm të tyre që të vihet emërtimi “epidemi”? Sa e shtrirë duhet të jetë zona gjeografike e hasjes të rasteve të rritura si numër, dmth është valle i njëvlefshëm termi “epidemi” për një qytet apo një komunë apo një rreth sikurse për të gjithë vendin?

Janë pyetje të drejta që rezultojnë pikërisht nga përkufizimi i papërcaktuar i epidemisë. Dhe është pikërisht kjo, arsyeja që do të rekomandoja përdorimin e termit **shpërthim** apo **shpërthim epidemik** (angl. *outbreak*) për hasjen epidemike të kufizuar si zonë gjeografike e popullatë (psh shpërthim në nivel qyteti, komune, rrethi, disa rrethe) duke ja

rezervuar termin **epidemi** një përhapjeje më të gjerë lidhur me vendin dhe popullatën (psh në nivelin e shumë rretheve apo dhe tërë vendit në një periudhë të kufizuar kohe).

2. GATISHMËRIA (PËRGATITSHMËRIA)

Gatishmëria (apo përgatitshmëria) për çdo situatë emergjence nënkupton atë varg masash të shëndetit publik që duhet të jenë aktualisht të vëna në jetë me efektivitet dhe eficiencë të plotë në situatë normale në të gjitha shkallët e ndarjes administrative të vendit (shkallë vendi, qarku [apo prefekturë], rrethi, bashkie/komune). Konkretisht:

- **Performanca e duhur në sasi, cilësi dhe kohë e Sistemit tonë të Integruar të Survejancës të Sëmundjeve Infektive (SISSI), njëherësh optimalisht specifik dhe sensitiv, rrjedhimisht i aftë për zbulimin sa më të hershëm në kohë të çdo shpërthimi epidemik;**
- **Disponueshmëria e planit të kontingjencës, dmth planit të detajuar të përgjigjes ndaj shpërthimit epidemik për çdo sëmundje/grup-sëmundjesh infektive, konform veçantive të secilës syresh lidhur me tri hallkat kryesore të zinxhirit epidemik (burimi i infeksionit, transmetimi, strehuesi receptiv, në kontekstin e makro-/mikro-mjedisit konkret), plan ky që përfshin burimet (njerëzore, financiare, etj), aftësitë profesionale, dhe aktivitetet e kërkuara;**
- **Disponueshmëria në të gjitha institucionet shëndetësore e protokolleve standarde të trajtimit (mjekimit) dhe e shkallës së duhur të aftësisë profesionale (performanca e mjekësisë klinike) për zbatimin e tyre;**
- **Disponueshmëria e rezervave stok të materialeve/medikamenteve/pajisjeve thelbësore të mjekimit, materialeve/kiteve diagnostikuese/pajisjeve laboratorike për diagnozën laboratorike qoftë mikrobiologjike ashtu dhe fiziko-kimike, vaksinave (konform Kalendarit tonë Kombëtar të Vaksinimit në Programin e Zgjeruar të Imunizimit), tendave/çadrave, pajisjeve për purifikimin e ujit të pijshëm;**
- **Disponueshmëria (në parametrat matës sasi-cilësi-kohë) e Institutit të Shëndetit Publik – ISHP në rolin institucionit kombëtar të ekspertizës dhe referencës në diagnostikën laboratorike mikrobiologjike të sëmundjeve infektive, në bashkëpunim me rrjetin e laboratorëve të shëndetit publik të tërë vendit me vartësi teknike ndaj tij;**
- **Disponueshmëria e burimeve të vaksinave dhe vaksinimit, (si proces dhe aktivitet, përfshirë këtu edhe zinxhirin ftohës), gjithmonë konform Kalendarit tonë Kombëtar të Vaksinimit në Programin e Zgjeruar të Imunizimit, në rastet eventuale të kërkesës për aplikim të vaksinimit masiv për një apo disa antigene vaksinore (=vaksina) të atij Programi;**

- **Identifikimi i burimeve të pajisjeve/materialeve shtesë (=përplotësuese) për trajtimin e sëmundjeve jo-të-parandueshme-me-vaksinim në rastin e shtrirjes së metejshme të një shpërthimi epidemik.**

3. STUDIMI (HULUMTIMI) I SHPËRTHIMIT EPIDEMIK DHE PRINCIPET BAZË TË NDËRHYRJES (AKSIONIT) PËR KONTROLLIN DHE PARANDALIMIN E SËMUNDJEVE/GRUP-SËMUNDJEVE INFEKTIVE ME POTENCIAL EPIDEMIK SI EMERGJENCË E SHËNDETIT PUBLIK

3.1. HULUMTIMI EPIDEMIOLOGJIK: QËLLIMI, OBJEKTIVAT DHE ELEMENTËT PËRBËRËS

Përse kryhet hulumtimi (hetimi, investigimi) i shpërthimit epidemik? Cilët janë objektivat e tij? Cilët janë elementët përbërës të tij?

3.1.1. QËLLIMI

Shpërthimi epidemik është pa dyshim një emergjencë e shëndetit publik që kërkon përgjigje të menjëhershme. Këtë përgjigje e jep pikërisht hulumtimi i shpërthimit epidemik, i cili përmes grumbullimit të informacionit të detajuar mbi hallkat agent etiologjik-transmetim-strehues-mjedis të zinxhirit të infeksionit studion në mënyrë analitike këtë ngjarje shëndetësore emergjente, duke pasur si **QËLLIM kryesor përcaktimin e masave përkatëse për kontrollin e shpërthimit epidemik, stopimin e zhvillimit të mëtejshëm të tij dhe parandalimin (prevenimin) e shpërthimeve të ngjashme në të ardhmen.**

3.1.2. OBJEKTIVAT

Me qëllimin lidhen ngushtësisht **OBJEKTIVAT** e hulumtimit të shpërthimit epidemik, të cilët janë

- identifikimi i problemit,
- identifikimi i burimit të infeksionit,
- identifikimi i popullatës në risk,
- përcaktimi i shtrirjes së shpërthimit në lidhje me triadën klasike person-vend-kohë,
- identifikimi i mënyrës së transmetimit, identifikimi i agentit mikrobik etiologjik.

Ndërhyrja për kontroll e parandalim përbën njëherësh synimin dhe objektivin përfundimtar.

3.1.3. ELEMENTËT PËRBËRËS TË HULUMTIMIT EPIDEMIOLOGJIK

Objektivat e hulumtimit epidemiologjik përfaqësojnë në të njëjtën kohë **elementët përbërës** të tij.

Vlen të theksohet se nuk ekziston ndonjë rregull i caktuar për renditjen e këtyre elementëve përbërës: çdo gjë varet sipas rastit konkret. Sidoqoftë, padyshim që identifikimi i problemit dhe verifikimi i diagnozës përbëjnë në renditje dy elementët e parë të hetimit epidemiologjik në çdo rast shpërthimi epidemik. Ajo që ka rëndësi është përcaktimi i momentit të marrjes së masave të kontrollit. Këto masa duhen marrë para përfundimit të plotë të kërkimit epidemiologjik, çka do të nënkuptonte parandalim (prevenim) të rasteve të reja të sëmundjes, ndonëse përfundimet nuk janë nxjerrë ende? Apo ato duhen marrë pas përfundimit të plotë të hulumtimit të shpërthimit epidemik, domethënë pasi të jenë përcaktuar saktësisht tërë elementët përbërës të tij? Gjykimi varet nga rasti konkret.

1) IDENTIFIKIMI I PROBLEMIT QË NENKUPTON PËRCAKTIMIN E EKZISTENCËS TË SHPËRTHIMIT EPIDEMIK përbën elementin e parë në hulumtim. Shpërthimi epidemik nënkupton thelbësisht grumbullim (klaster, [angl. *clustering*]) në hapësirë dhe në kohë të rasteve të së njëjtës sëmundje infektive, pra praninë e një numri rastesh më të madh se numri i pritshëm për atë zonë gjeografike (vendi) për atë periudhë kohe (koha). Çka tregon qartë **domosdoshmërinë e përcaktimit dhe njohjes paraprakisht të kufirit-ndarës apo pragut** [angl. *threshold, baseline*] **ndërmjet situatës epidemiologjike normale dhe situatës epidemiologjike të pranisë së një shpërthimi epidemik.** Është plotësisht e kuptueshme që **përcaktimi numerik apo sasior i kufirit-ndarës (*threshold*) bazohet kryesisht dhe vetëm në të dhënat eurvejancës epidemiologjike, gjithmonë në kontekstin konkret të vendit dhe kohës.**

Në këtë kuadër duhet njohur **endemiciteti** i sëmundjes infektive përkatëse në atë vend ku ajo është shfaqur tanimë si një problem emergjent i shëndetit publik. Është një moment ky me shumë rëndësi *sepse mbi sfondin e endemicitetit do të gjykohej edhe prania ose jo e një shpërthimi epidemik.* Kështu, një rritje e numrit të rasteve me salmonelozë në muajin gusht në një komunitet mund të paraqesë një rritje normale për atë periudhë të vitit në atë zonë gjeografike dhe jo një ngjarje shëndetësore të pazakontë, pra jo një shpërthim epidemik.

Po në këtë kuadër duhen njohur karakteristikat epidemiologjike specifike të sëmundjes infektive. Kështu, grumbullimi në kohë dhe hapësirë i dy-tre rasteve me poliomielit, apo me ethe hemorragjike virale, apo i fruthit në fazën epidemiologjike të eliminimit të tij si infeksion indigjen në popullatën e një vendi do të përcaktohej si shpërthim epidemik, që kërkon rrjedhimisht ndërmarrjen e menjëhershme të hulumtimit epidemiologjik të tij, ndërkohë që grumbullimi në hapësirë dhe kohë i dy-tre rasteve me skarlatinë, apo varicelë, apo parotit epidemik, etj, nuk do të konsiderohej aspak si shpërthim epidemik.

Në identifikimin e problemit, **epidemiologu duhet të konsultojë rastet e para dhe ato të mëpasshme që raportohen prej mjekësisë klinike.** *Kjo, për epidemiologun nënkupton kontaktimin me mjekët klinikistë, kontaktimin me pacientët dhe të afërmit e tyre, shqyrtimin e të dhënave laboratorike, rishqyrtimin e të dhënave spitalore. E tërë kjo përpjekje fillestare duhet kryer me shumë shpejtësi në kohë.*

2) Elementi i dytë është VERIFIKIMI I DIAGNOZËS nëpërmjet

- përfhtimit të historikut klinik (anamnezës të sëmundjes),
- ekzaminimit klinik të pacientëve,
- përfhtimit të mostrave përkatëse për konfirmim mikrobiologjik laboratorik.

Është e kuptueshme që bazamenti i këtij elementi të rëndësishëm është PËRKUFIZIMI I RASTIT, në të cilin duhet pasur patjetër parasysh ndryshueshmëria (variabiliteti) i përgjigjeve të strehuesit, dmth spektri klinik i rëndësës (gravitetit) të sëmundjes. Sërisht vihet theksi në ekzistencën e rasteve jo-tipike. Megjithatë, meqënëse jemi në një situatë emergjente të shfaqur befas, e cila kërkon domosdoshmërisht etiketimin e saj – emrin e sëmundjes infektive, vetkuptohet që duhet të orientohemi kah rasteve tipike, pra rasteve që përmbushin plotësisht përkufizimin e rastit lidhur me simptomat klinike dhe shenjat klinike.

Vetkuptohet domosdoshmëria, si kusht sine qua non, e njohjes dhe aplikimit prej mjekësisë klinike e sëcilës shkallë (tretësor, dytësor, parësor) të kujdesit shëndetësor e PËRKUFIZIMIT TË STANDARDIZUAR TË RASTIT, që në vetvete ngërthen “rastin e suspektuar” (apo “rastin e mundshëm”), “rastin e gjasshëm (probabël)” dhe “rastin e konfirmuar”.

Është e natyrshme që përcaktimi i diagnozës në momentin fillestar nuk mund të rezultojë me raste të konfirmuara, sepse është vetem diagnozë klinike. Por, ndërkohë janë në procesin e ekzaminimit laboratorik mikrobiologjik mostrat përkatëse, dhe me përfundimin e tij mundësohet konfirmimi i diagnozës klinike, dmth përfhtimi tanimë jo i rastit të suspektuar por rastit të konfirmuar.

3) Elementi i tretë është NJOHJA E MAGNITUDËS SË PROBLEMIT, dmth përfhtimi i të dhënave mbi numrin e rasteve SIPAS TRIADËS KLASIKE PERSON-VEND-KOHË të EPIDEMIOLOGJISË DESKRIPTIVE.

KOHA i referohet përcaktimit të periudhës së inkubacionit dhe grafikimit të kurbës epidemike: *forma e kurbës epidemike në kohë* mund të sugjerojë *rrugën e transmetimit* dhe të lejojë një parashikim të përafërt lidhur me *kursin e ecurisë* së shpërthimit epidemik.

Grafikimi i kurbës së epidemisë (“kurba epi”), me numrin e rasteve në boshtin e ordinatave (boshti Y) dhe kohën (orë, ditë, muaj) në boshtin e abscisave (boshti X) kërkon njohjen e fillimit të sëmundjes për çdo person. Forma e përfhtuar e kurbës epidemike mundëson interpretimin e saj, pra interpretimin e shpërthimit epidemik lidhur

me burimin e infeksionit, rrugën/rrugët e transmetimit të tij, dhe strehuesin receptiv, në sfondin e mjedisit konkret përkatës.

VENDI i referohet *përftimit të hartës lidhur me shpërndarjen hapësinore (gjeografike) të rasteve*. Një hulumtim i tillë mund të japë të dhënat kyçe mbi *rezervuarin dhe burimin e infeksionit* dhe mbi *rrugën/rrugët e transmetimit*.

Një teknikë e thjeshtë dhe e dobishme për të parë modelin hapësinor (gjeografik) është vizatimi i një *harte të pikëzuar (me pika)* të zonës së prekur, ku çdo pikë përfaqëson një rast. Harta përmban të dhënat bazë mbi infrastrukturën rrugore, të sistemit të ujit të pijshëm dhe ujrave të zeza, banesave, dyqaneve/restoranteve, institucioneve shëndetësore dhe sociale (spitale, shkolla, çerdhe e kopshte fëmijësh, azile, etj).

PERSONI siguron grumbullimin e të dhënave sipas *karakteristikave të personit*, dmth *mosha, seksi, raca, gjendja social-ekonomike, niveli kulturor, punësimi, etj*.

Përbërës i këtij elementi dhe lidhur ngushtësisht me personin është **IDENTIFIKIMI DHE NUMËRIMI (NJEHSIMI NUMERIK) I RASTEVE**. Në këtë kuadër merr rëndësi **gjetja aktive e rastit (active case finding)**, pra gjurmimi epidemiologjik për gjetjen e rasteve që nuk janë raportuar nga shërbimi shëndetësor i mjekësisë klinike (parësor, spitalor). Ky gjurmim kryhet nga shërbimi epidemiologjik në të gjitha institucionet shëndetësore (spitale, shërbime të urgjencës, poliklinika, qendra shëndetësore, ambulanca) të zonës gjeografike të prekur, me shtrirje edhe në zonat kufizuese perreth saj. Synimi është *përftimi i sa më saktë të jetë e mundur i madhësisë numerike të shpërthimit epidemik*.

4) Element tjetër është **IDENTIFIKIMI I POPULLATËS NË RISK, dmth popullatës së ekspozuar ndaj agjentit infeksioz, çka lejon përlllogaritjen e NIVELIT TË SULMIT (ATTACK RATE)**. Popullata në risk mund të përcaktohet sipas zonave gjeografike, psh lidhur me furnizimin nga një burim i vetëm me ujë të pijshëm eventualisht të kontaminuar, apo lidhur me një restorant në rastin e një shpërthimi toksikoalimantar.

5) Rrjedhimisht bëhet plotësisht i mundshëm **FORMULIMI I HIPOTEZËS EPIDEMIOLOGJIKE (ETIOLOGJIKE)**

dhe **VËRTETIMI (TESTIMI) I KËSAJ HIPOTEZE EPIDEMIOLOGJIKE nëpërmjet EPIDEMIOLOGJISË ANALITIKE** mbi bazën e të dhënave tanimë të disponueshme lidhur me:

- rezervuarin dhe burimin e agjentit infeksioz,
- mënyrën e transmetimit,
- faktorët e strehuesit receptiv,
- dhe faktorët mjedisorë.

Konkretisht, nëpërmjet studimeve epidemiologjike analitike rast-kontroll dhe/ose kohort, bazuar në të dhënat e përfuara të hulumtimit epidemiologjik, përlllogariten nivelet e ekspozimit ndaj burimit të infeksionit të individëve të sëmurë dhe atyre jo të sëmurë – banorë të zonës hapësinore të prekur, pra pjesëtarë të popullatës në risk, nivelet e sulmit

(*attack rates*) në të ekspozuarit dhe në të pa-ekspozuarit ndaj burimit të infeksionit, dhe së fundi raporti përkatës i oddseve – OR (studim rast-kontroll) ose/dhe raporti i niveleve të riskut apo risku relativ – RR (studim kohort).

6) PËRCAKTIMI I MASAVE ADEKUATE TË NDËRHYRJES (AKSIONIT, VEPRIMITI) PËR KONTROLL DHE PARANDALIM (PREVENIM) përbën elementin rrjedhojë llogjike të elementëve parardhës, synimin dhe objektivin përfundimtar dhe kryesor të hulumtimit epidemiologjik.

Lypset theksuar se ndonëse ky element renditet pas atyre paraardhës, nuk do të thotë aspak se ai duhet ndërmarrë pikërisht sipas kësaj renditje. Përkundrazi, ai duhet ndërmarrë sa më shpejt të jetë e mundur, qysh në momentin kur identifikohet burimi i infeksionit dhe rrugët e transmetimit të tij, pra është formuluar hipoteza epidemiologjike (etiologjike), pa çka se ende kjo e fundit nuk është vërtetuar ende. Kjo, sepse vërtetimi i hipotezës përmes studimeve epidemiologjike analitike kërkon kohë, ndërkohë që ndërhyrja për kontrollin dhe parandalimin e shpërthimit epidemik nuk pret.

CILI DO JETË FOKUSI I NDËRHYRJES (INTERVENIMIT, VEPRIMIT, AKSIONIT) PËR PARANDALIM (PREVENIM)?

HALLKA REZERVUAR DHE BURIMI I INFEKSIONIT?

HALLKA TRANSMETIM?

HALLKA STREHUES RECEPTIV?

NJËHERËSH DY PREJ KËTYRE HALLKAVE?

TË TRE HALLKAT NJËHERËSH?

PËRGJIGJA ËSHTË NË VARTËSI TË RASTIT KONKRET, PRA TË SËMUNDJES INFEKTIVE KONKRETE, shtjelluar në mënyrë të përmbledhur në vijim të këtij kapitulli në principet bazë të ndërhyrjes për kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive.

7) KOMUNIKIMI I TË DHËNAVE përbën elementin e fundit të hulumtimit epidemiologjik.

Ky komunikim mund të bëhet në dy forma njëherësh:

- a) **Komunikim gojor për autoritetet lokale shëndetësore, dhe**
- b) **Raport i shkruar. Ky i fundit shërben ndërkohë si një dokument me rëndësi ligjore, si referencë për situata eventuale të ngjashme në të ardhmen, dhe si material me vlerë në fondin shkencor të fushës së epidemiologjisë së terrenit.**

3.2. PRINCIPET BAZË TË NDËRHYRJES (INTERVENIMIT, VEPRIMIT, AKSIONIT) PËR KONTROLLIN DHE PARANDALIMIN (PREVENIMIN) E SËMUNDJEVE/GRUP-SËMUNDJEVE INFEKTIVE ME POTENCIAL EPIDEMIK

Përderisa zhvillimi i infeksionit-sëmundjes infektive është shumëfaktorial, edhe masat e ndërhyrjes (aksionit, veprimit) për kontroll dhe parandalim janë komplekse. Në përcaktimin e masave të ndërhyrjes duhet të marrim në konsideratë burimet e disponueshme për ndërhyrjen për kontroll e parandalim, kohë-zgjatjen e ndërhyrjes, efektet e saj anësore, dhe efikasitetin, efektivitetin dhe kosto-efektivitetin (eficiencën) e saj.

Në cilën hallke të zinxhirit infeksioz duhet fokusuar ndërhyrja?

Në hallken rezervuar dhe burim i infeksionit?

Në hallkën transmetim?

Në hallken strehues receptiv?

Apo në dy prej tyre?

Apo në të tre hallkat pa dallim njera nga tjetra?

Çdo infeksion-sëmundje infektive ka karakteristikat e veta specifike lidhur me secilën hallkë të zinxhirit të zhvillimit epidemik. Rrjedhimisht, përgjigja e vetme ndaj pyetjeve të mësipërme do të ishte të vepruarit sipas rastit konkret.

Thelbi racional konsiston në atë që, ndërhyrja për kontroll e parandalim, sigurisht që drejtohet në të tri hallkat e zinxhirit infeksioz, por, vemendja kryesore apo fokusimi i saj duhet të konsistojë në atë hallkë që është më e epshme, më e ndjeshme ndaj veprimit (aksionit) tonë.

Ndërkaq, EDUKIMI (DHE PROMOCIONI) SHËNDETËSOR, SI PËRQASJA UNIVERSALE E PARANDALIMIT (PREVENIMIT) PARËSOR, duhet konsideruar, në çdo rast konkret, si një komponent tepër i rëndësishëm i ndërhyrjes: kontrolli dhe parandalimi pa edukim (dhe promocion) shëndetësor të popullatës për një mënyrë të shëndetshme të sjelljes dhe jetesës do të ishte krejt i pakuptimtë.

Atëhere,

MASAT E NDËRHYRJES DUHEN DREJTUAR NATYRISHT NË REZERVUARIN E INFEKSIONIT DHE BURIMIN E INFEKSIONIT, PA ÇKA QË KJO HALLKË MUND TË MOS PËRBËJË FOKUSIN E NDËRHYRJES PËR PARANDALIM. Kështu, nëse njëherësh si rezervuar në natyrë i infeksionit dhe burim i tij është vetëm njeriu, atëhere izolimi i të sëmurit dhe natyrisht mjekimi i tij do të përbënte ndërhyrje të efektshme për parandalimin e përhapjes së infeksionit. Dhe, nëse rezervuari apo burimi i infeksionit është një objekt jo-frymor, atëhere kontrolli i infeksionit mund të realizohet përmes procedurave të dekontaminimit.

MASAT E NDËRHYRJES FOKUSOHEN NË TRANSMETIMIN E INFEKSIONIT, ATËHERE, KUR KJO DUKET TË JETË HALLKA MË E NDJESHME KUNDREJT AKSIONIT TONË PËR KONTROLL E PARANDALIM. VEÇSE LYPSET PARAPRAKISHT TË NJIHET SAKTËSISHT TIPI I TRANSMETIMIT, MEQËNËSE METODAT E NDËRHYRJES VARIOJNË NË VARTËSI TË TIJ. Nëse transmetimi është rruga e kontaktit, atëhere masat e ndërhyrjes duhen drejtuar ndaj personave ose ndaj objekteve jo-frymorë që lidhen me transmetimin; për njeriun këto masa përfshijnë

edukimin shëndetësor dhe mjekimin (antibioterapia në sëmundjet infektive bakterike); për objektin jo-frymor këto masa përfshijnë teknikat e dekontaminimit (dezinfektim, sterilizim). Nëse rruga e transmetimit është një mjet i përbashkët, që në fakt përfaqëson njëherësh edhe burimin e përbashkët të infeksionit (psh ujët, ushqimet, etj), atëherë ai mjet duhet dekontaminuar përmes procedurave përkatëse, pa lënë jashtë vemendjes edukimin shëndetësor. Nëse kemi një infeksion aerogjen, atëherë si masa ndërhyrja-kontrolli do të ishin filtrimi i ajrit të kontaminuar apo teknika të tjera të trajtimit të tij. Nëse transmetimi është me anë të vektorëve (transmetim vektorial), atëherë ndërhyrja-kontrolli drejtohet kundrejt vektorit (dezinfektim, deratizim).

MASAT E NDËRHRYJES FOKUSOHEN NDAJ STREHUESIT RECEPTIV ATËHERE KUR AI PËRFAQËSON HALLKËN MË TË NDJESHME NDAJ NDËRHRYJES SONË PËR KONTROLLIN DHE PARANDALIMIN E PËRHAPJES SË INFEKSIONIT NË POPULLATË. PIKËRISHT NË HALLKËN E STREHUESIT RECEPTIV MERR RËNDËSINË E VET JASHTËZAKONISHT TË MADHE DHE VENDIMTARE IMUNIZIMI AKTIV PËRMES VAKSINIMIT.

Shtjellimi në vijim është konkretizim i teorizimit të mësipërm, duke marrë në vemendjen tonë sëmundjet/grup-sëmundjet infektive kryesore me potencial epidemik, përhapja epidemike e të cilave përbën në vetvete një emergjencë të shëndetit publik.

3.2.1. INFEKSIONET RESPIRATORE (GRIPI)

Në infeksionet respiratore, masat e ndërhyrjes për kontrollin dhe parandalimin e shpërthimeve epidemike fokusohen në radhë të parë në hallkën **burim i infeksionit**, që është pikërisht **pacienti (=njeriu i sëmurë)**, dhe, që në thelb nënkuptojnë izolimin e të sëmurit (qoftë në mjedis spitalor kur është i hospitalizuar, qoftë në mjedis jashtëspitalor [shtëpi] kur nuk është i hospitalizuar) dhe natyrisht mjekimin (trajtimin mjekësor) adekuat të tij. Por, në të njëjtën kohë, masat e ndërhyrjes fokusohen edhe në dy hallkat e tjera të zinxhirit epidemik: në hallkën **transmetim**, ku synimi është minimizimi i transmetimit ajror-spërklor ndërmjet të sëmurit (=burim i infeksionit) dhe strehuesit receptiv, dhe në hallkën **strehues receptiv**, ku marrin përparësinë absolute masat e mbrojtjes individuale ndaj marrjes së infeksionit.

Shembulli ilustrues më sinjifikativ do të ishte **Epidemia e Gripit**, me konkretisht **Pandemia aktuale** (prej qershor 2009) e **Gripit A/H1N1 të Ri** (“Gripit i Derrave”) dhe/ose **Pandemia e pritshme** (në një të ardhme të papërcaktueshme në kohë) e **Gripit A/H5N1** (“Gripit i Shpendëve”).

a) *Masat e ndërhyrjes për kontrollin dhe parandalimin e shpërthimeve epidemike të fokusuara në hallkën **burim i infeksionit = pacienti (i sëmuri)**:*

- Karantina vullnetare (miratuar nga i sëmuri);
- Izolimi i të sëmurit në një dhomë më vete, qoftë në mjedis spitalor (në rastin e pacientit të hospitalizuar), ashtu dhe në shtëpi (në rastin e të sëmurit të pa-hospitalizuar), për të shmangur/minimizuar kontaktet e tij me personat receptivë të rrethinës së ngushtë

humane, me synim shmangien e infektimit të tyre nëpërmjet kontaktit të ngushtë person-person (njeri-njeri);

- Këshillimi (=edukimi shëndetësor) i pacientit në drejtim të njohjes, ndërgjegjësimit dhe zbatimit të masave vetiake për shmangien e infektimit prej tij të personave të mjedisit njerëzor rrethues, si mbajtja prej tij e një (ose dy) maskave të thjeshta (mundësisht një-përdorimëshe kirurgjikale) gjatë kohës së kontaktimit të tij me personat e tjerë (vizitë mjekësore, mjekim, lëvizje jashta dhomës, etj.), përdorim sistematik i shamive me një përdorim, etj;

- Mjekimi/trajtimi mjekësor adekuat i të sëmurit, pavarësisht hospitalizuar ose jo, konform protokolleve/algortimeve të mjekimit përkatësisht gjendjes klinike (përfshirë edhe përdorimin e antiviralëve).

b) *Masat e ndërhyrjes për kontrollin dhe parandalimin e shpërthimeve epidemike të fokusuara në hallken **transmetim (ajror-spërklor) i infeksionit:***

- Masat e rritjes së distancës sociale apo kontaktit ndër-njerëzor, (që thelbësisht nënkuptojnë minimizimin e kontakteve ndërmjet njerëzve), të tilla si mbyllja e çerdheve/kopshteve/shkollave, shmangia e grumbullimeve masive të njerëzve, përdorimi i maskave, etj;

- Masat e edukimit shëndetësor të popullatës, në ndërgjegjësimin dhe përfitim të njohurive të saj lidhur me mundësueshmërinë e minimizimit të infektueshmërisë nëpërmjet zbatimit të masave individuale, qoftë kah shmangies së afrimit social, ashtu dhe në drejtim të higjienës personale, (me përtheksim rëndësinë, krahas të tjerave, të larjes së duarve);

- Masat lidhur me dezinfektimin e objekteve të kontaminuara: asepsia dhe antisepsia.

c) *Masat e ndërhyrjes për kontrollin dhe parandalimin e shpërthimeve epidemike të fokusuara në hallkën **strehues receptiv:***

- Aplikimi i antiviralëve për qëllim profilaktik në kontaktet (në vartësi të disponueshmërisë së tyre dhe algoritmit së para-përcaktuar të aplikimit të tyre);

- Vaksinimi me vaksinën përkatëse, (nëse ekziston dhe është e disponueshme, lidhur me mundësueshmërinë e sigurimit dhe aplikimit të saj në atë strehues receptiv);

- Masat e rritjes së distancës sociale apo kontaktit ndër-njerëzor, (që thelbësisht nënkuptojnë minimizimin e kontakteve ndërmjet njerëzve), të tilla si mbyllja e çerdheve/kopshteve/shkollave, shmangia e grumbullimeve masive të njerëzve, përdorimi i maskave, etj;

- Masat e edukimit shëndetësor të popullatës, në ndërgjegjësimin dhe përfitim të njohurive të saj lidhur me mundësueshmërinë e minimizimit të infektueshmërisë nëpërmjet zbatimit të masave individuale, qoftë kah shmangies së afrimit social, ashtu dhe në drejtim të higjienës personale, (me përtheksim rëndësinë, krahas të tjerave, të larjes së duarve).

3.2.2. SËMUNDJET DIARREIKE (ME TRANSMETIM NËPËRMJET-UJIT DHE/OSE USHQIMEVE)

Në infeksionet me burim të përbashkët infektimi dhe me transmetim me mjet të përbashkët, sikurse sëmundjet diarreike me përhapje hidrike (angl. *water-borne*) dhe/ose ushqimore (angl. *food-borne*), masat e ndërhyrjes për kontrollin dhe parandalimin e shpërthimeve epidemike fokusohen në hallkën **transmetim (dekontaminim i ujit të pijshëm përmes klorinimit dhe zierjes, ndërhyrje higjieno-sanitare në rrjetin e ujrave të zeza, identifikim dhe eliminim i ushqimeve të kontaminuara, etj).**

Sigurisht që duhet ndërmarrë mjekimi i të sëmurit – burim i infeksionit, ndoshta edhe izolimi i tij (?). Veçse jemi të vetëdijshëm që raporti infeksion/sëmundje është gjithmonë më i madh ose shumë më i madh se shifra 1, dmth që 5, 10 apo 100 individë të tjerë, të infektuar pak a shumë në të njëjtën kohë me individin-pacient nuk realizojnë simptomatologjinë klinike, duke mbetur kështu të paidentifikuar dhe të paidentifikueshëm si hallkë humane e burimit të infeksionit. Rrjedhimisht, masat e kontrollit në këtë hallkë (hallkën burim i infeksionit, dmth i sëmuri) janë të vlefshme dhe të domosdoshme vetëm si masa të kujdesit mjekësor ndaj pacientit dhe aspak si masa të parandalimit të përhapjes së infeksionit në popullatë.

Lidhur me hallkën e tretë të zinxhirit infeksioz, pra me subjektin receptiv, masat e ndërhyrjes nënkuptojnë edukimin shëndetësor të popullatës – fokus i përhershëm i ndërhyrjes për kontroll e parandalim; (imunizimi aktiv përmes vaksinimit është treguar në përgjithësi me efikasitet dhe efektivitet të ulët në situata të shpërthimit epidemik në ato nozologji infeksioze gastrointestinale si tifo abdominale, kolera, etj, për të cilat ekzistojnë vaksinat përkatëse).

3.2.3. SËMUNDJET INFEKTIVE (ZOOZOZA) ME TRANSMETIM VEKTORIAL

Në sëmundjet infektive me transmetim vektorial (sëmundjet e transmetuara-me-insekte [angl. *arthropod-borne*], sëmundjet e transmetuara-me-brejtës [angl. *rodent-borne*]), të shumta si numër, që përfaqësohen në radhë të parë dhe tipikisht nga grupi tepër i gjerë dhe i larmishëm i Zoonozave, si edhe nga Rikeciozat dhe Sëmundjet Infektive me Vatra Natyrore (si Ethet Hemorragjike Virale), ndërhyrja për kontroll e parandalim fokusohet në rradhë të parë në hallkën **transmetim**, dmth në masat e kontrollit dhe luftes ndaj vektorëve të infeksionit (dezinsektim në rastin e insekteve, deratizim në rastin e brejtësve). Veçse, duhet theksuar që për shumë nga këto infeksione, kafshët e egra të familjeve-gjinive-specieve të ndryshme përfaqësojnë edhe rezervuarin dhe burimin e infeksionit në natyrë. Rrjedhimisht, studimet në fushën e entomologjisë mjekësore dhe rodentologjisë mjekësore kanë jashtëzakonisht vlerë njëherësh për identifikimin e specieve të vektorëve transmetues, por edhe specieve të rezervuarit në natyrë të infeksionit përkatës, si dhe përcaktimin e biocenozave/biotopeve/habitatëve të tyre; synimi është përfundimi i hartës në dinamikë (=në ecuri të kohës e jo hartë statike) të vektorëve dhe rezervuarëve të infeksionit në natyrë të sëmundjeve infektive me transmetim vektorial në Shqipëri, detyrë kjo e Institutit të Shëndetit Publik.

Vetkuptohet që masat e ndërhyrjes-kontrollit në hallkën rezervuar i infeksionit në natyrë janë praktikisht të vështira, për të mos thënë të pamundshme për t'u ndërmarrë; (në fakt popullata e kafshëve të egra nuk është objekt i veprimit të shëndetit publik veterinar).

Por masat e ndërhyrjes ndaj njeriut si burim i infeksionit, (hyrja e njeriut në qarkullimin natyror të këtyre infeksioneve është krejt aksidentale), duhen ndërmarrë: *izolimi i të sëmurit dhe mjekimi i tij* ka rol në kompleksitetin e kontrollit dhe parandalimit të përhapjes së infeksionit-sëmundjes në popullatë.

Ndërkaq, *edukimi shëndetësor i popullatës* do të përbënte fokusin e masave të ndërhyrjes-kontrollit në hallkën subjekt receptiv.

3.2.4. ZOONOZAT E KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT VETERINAR

Në **zoonozat me kafshët bujqësore dhe/ose shtëpijake si burim i infeksionit për njeriun**, *fokusi kryesor i ndërhyrjes për kontroll e parandalim është burimi shtazor i infeksionit*. Kjo nënkupton rolin crucial të **shëndetit publik veterinar** për parandalimin e sëmundjes humane, konkretisht masat e parandalimit parësor veterinar nëpërmjet vaksinimit të kafshëve bujqësore dhe/ose shtëpijake, masat e parandalimit dytësor veterinar nëpërmjet gjurmimit të sëmundjes përkatëse në këto kafshë (skriningu = depistimi = shoshitja e ekranizuar, [angl. *screening*]), si dhe masat parandalimit tretësor veterinar (=masat e inspektoratit veterinar). Ndërkohë, roli i shëndetit publik human me masat përkatëse të ndërhyrjes-kontrollit prej inspektoratit sanitar dhe përmes edukimit shëndetësor të popullatës është jo më pak i rëndësishëm.

3.2.5. SËMUNDJET INFEKTIVE TË PARANDALUESHME-ME-VAKSINIM

Në **semundjet infektive plotësisht të parandalueshme-me-vaksinim** (fruthi, poliomieli, difteria, tetanozi, pertussis, rubeola, parotiti epidemik, hepatiti viral B, etj) *masat e ndërhyrjes fokusohen në hallkën e strehuesit receptiv*. Masat e ndërhyrjes-kontrollit ndaj të sëmurit – burim i infeksionit janë të domosdoshme vetëm në nivel individual (cilësi adekuate e kujdesit mjekësor ndaj pacientit), por krejt të paefektshme për parandalimin e përhapjes së infeksionit në popullatë, (përmendim sërish në këtë drejtim raportin infeksion/sëmundje që luhet nga 10-20/1 në rastin e rubeolës dhe parotitit epidemik deri në 100-1000/1 në rastin e poliomielitit paralitik, apo bartshmërinë e shëndetshme në rastin e difterisë dhe hepatitit viral B). Po ashtu të paefektshme dhe madje të pamundshme praktikisht për t'u ndërmarrë janë masat e ndërhyrjes-kontrollit në transmetimin e infeksionit (rrugë me ajër e spërkla tek fruthi, fekalo-orale tek poliomieli, kontakt i ngushtë njerëzor tek hepatiti viral B). Rrjedhimisht, *imunizimi aktiv i popullatës në risk përmes vaksinimit specifik është mjete jo vetëm i kontrollit dhe parandalimit të shpërthimit epidemik të sëmundjes në popullatë, por edhe i eliminimit (çrrënjosjes) të sëmundjes në atë popullatë*.

3.3. PËRMBLEDHJE

- **Parandalimi (prevenimi) i sëmundjeve infektive është kompleks.**
- **Ndërhyrja për parandalim bëhet njëherësh dhe përplotësueshmërisht në të tri hallkat e zinxhirit infeksioz: (1) rezervuari i infeksionit dhe burimi i infeksionit, (2) transmetimi, dhe (3) strehuesi receptiv, pa mënjanuar sadopak ndikimin e mjedisit; porse, ajo (=ndërhyrja për parandalim) përqendrohet veçanërisht në hallkën më të cënueshme të këtij zinxhiri.**
- **Në shumicën e sëmundjeve infektive, fokusimi i ndërhyrjes është në transmetimin e infeksionit. Është ky moment shumë më i përtheksuar në sëmundjet infektive me transmetim-nëpërmjet-vektorëve (=shumica e zoonozave), sëmundjet infektive me transmetim-nëpërmjet-një-mjeti-të-përbashkët (ujët [rruga hidrike e transmetimit], ushqimet [rruga ushqimore e transmetimit], gjakut, etj).**
- **Në sëmundjet Zoonotike të Kontrollit dhe Parandalimit Veterinar (antraks, brucelozë, etj), rëndësi kryesore marrin masat e kontrollit dhe parandalimit veterinar (dmth eficiencës së aktivitetit të shëndetit publik veterinar), dhe konkretisht vaksinimi i kafshëve përkatëse blegtorale-bujqësore si parandalim parësor, depistimi [skrinigu] i tyre si parandalim dytësor, dhe diagnostikimi-asgjësimi i kafshëve të prekura si parandalim tretësor. Është e vetmja rrugë e minimizimit, në mos eliminimit, të impaktit të këtyre sëmundjeve në shëndetin publik human.**
- **Burimi jo-human i infeksionit është fokus i ndërhyrjes atëhere, kur ai është njëherësh edhe mjet i transmetimit të infeksionit.**
- **Masat e ndërhyrjes-kontrollit në burimin human të infeksionit nënkuptojnë në radhë të parë dhe kryesisht kujdesin mjekësor ndaj pacientit.**
- **Për sëmundjet infektive të parandalueshme-me-vaksinim fokusi i ndërhyrjes është subjekti receptiv: ndërhyrja konsiston në vaksinimin e popullatës (parandalim parësor).**
- **Edukimi dhe promovimi shëndetësor i popullatës është në fokusin e ndërhyrjes për parandalimin parësor në të gjitha sëmundjet infektive.**