

**EPIDEMIOLOGJIA  
E SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË SHQIPËRI  
(1960-2001)  
DHE KONTROLLI E PARANDALIMI I TYRE  
NË KONTEKSTIN:  
FATKEQËSITË NATYRORE  
DHE SËMUNDJET INFEKTIVE**

**PROF. DR. EDUARD Z. KAKARRIQI**

**(INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK, TIRANË)**

**TIRANË, 2002**

**ISBN 99927-878-0-5**

Adresa e autorit :

**PROF. DR. EDUARD Z. KAKARRIQI**

**SHEF, DEPARTAMENTI I EPIDEMIOLOGJISË**

**INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK**

Rruga Aleksandër Moisiu, 80

**TIRANË**

tel.: (+355 4) 36 35 53 / 37 00 58

fax : (+355 4) 37 00 58 / 36 35 53

e-mail : [edikarriqi@hotmail.com](mailto:edikarriqi@hotmail.com) / [ekakarriqi@ishp.gov.al](mailto:ekakarriqi@ishp.gov.al)

# PËRMBAJTJA

1. Legjislacioni
2. Shkurtimisht mbi gjendjen shëndetësore të popullatës në Shqipëri
  - 2.1. Faktet dhe trendet demografike bazë
  - 2.2. Indikatorët shëndetësorë bazë: fakte dhe trende
    - 2.2.1. Gjendja e kequshqyerjes
    - 2.2.2. Vdekshmëria foshnjore dhe fëmijënore
    - 2.2.3. Vdekshmëria amësore
    - 2.2.4. Vdekshmëria shkak-specifike (modelet e vdekshmërisë)
3. Mbi pozicionin dhe rolin udhëheqës të Institutit të Shëndetit Publik si qendra kombëtare kërkimore-shkencore, trajnuese, e referencës, e ekspertizës dhe e operativitetit në epidemiologjinë, kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive
4. Shërbimi i Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Sanitar të Rrethit
  - 4.1. Shërbimi i Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Sanitar të Rrethit në strukturën e sistemit shëndetësor në Shqipëri
  - 4.2. Detyrat dhe përgjegjësitë e Shërbimit të Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Sanitar të Rrethit lidhur me kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive
5. Sistemi i Survejancës Epidemiologjike të Sëmundjeve Infektive në Shqipëri
  - 5.1. Sistemi Madhor i Bazuar-në-Sëmundje (SMBS) i Survejancës
  - 5.2. Sistemi i raportimit të aktivitetit të Laboratorëve Mikrobiologjikë (apo të Shëndetit Publik) të Rretheve
  - 5.3. Sistemi i Survejancës Alert i Bazuar-në-Sindroma
  - 5.4. Udhë-ecuria e raportimit të të dhënave të grumbulluara në secilin sistem të survejancës
  - 5.5. Ruajtja dhe menaxhimi i të dhënave
    - 5.5.1. Niveli lokal: Shërbimi Epidemiologjik i Rrethit
    - 5.5.2. Niveli qendror (kombëtar): Instituti i Shëndetit Publik
6. Epidemiologjia e sëmundjeve infektive në Shqipëri: fakte dhe trende
  - 6.1. Sëmundjet infektive në total
  - 6.2. Sëmundjet diarreike
    - 6.2.1. Sëmundjet diarreike në total
    - 6.2.2. Tifo dhe Paratifo abdominale dhe Salmonelozat jo-tifoide (sëmundjet diarreike me-transmetim-përmes-ujit)  
Epidemia e kolerës në Shqipëri më 1994
    - 6.2.3. Shigelozat

- 6.2.4. Intoksikacionet alimentare (Helmimet ushqimore)
- 6.3. Hepatiti viral
- 6.4. Sëmundjet infektive me-transmetim-përmes-ajrit
  - 6.4.1. Sëmundjet infektive me-transmetim-përmes-ajrit në total
  - 6.4.2. Gripi
  - 6.4.3. Infeksionet streptokoksike
  - 6.4.4. Fruthi
  - 6.4.5. Rubeola
  - 6.4.6. Meningiti meningokoksik dhe meningitet e tjera
- 6.5. Sëmundjet infektive të Programit të Zgjeruar të Imunizimit (Sëmundjet e EPI – Expanded Programme on Immunization) [Shumë prej tyre, duke qenë sëmundje infektive me-transmetim-përmes-ajrit, shtjellohen në 6.4.]
  - 6.5.1. Difteria, Pertussis, Tetanozi
  - 6.5.2. Poliomieliti
- 6.6. Tuberkulozi
- 6.7. Zoonozat (sëmundjet zoonotike të kontrollit dhe parandalimit veterinar)
- 6.8. Rikeciozat
- 6.9. Sëmundjet infektive me vatra natyrore
- 6.10. Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme (IST) dhe HIV/AIDS
- 6.11. Sëmundjet infektive parazitare
- 6.12. Sëmundje të tjera infektive
  
- 7. Monitorimi i të dhënave mbi faktorët risk të shëndetit mjedisor dhe kontrolli i sigurisë së ushqimeve në Shqipëri
  - 7.1. Ujët dhe higjienizimi
  - 7.2. Menaxhimi i mbetjeve të ngurta
    - Mbetjet spitalore
    - Mbetjet industriale dhe ndotja e tokës
  - 7.3. Ndotja e ajrit
  - 7.4. Siguria e ushqimeve
  
- 8. Masat e përgjithshme dhe specifike të kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve infektive
  - 8.1. Masat e përgjithshme të kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve infektive
  - 8.2. Masat specifike të kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve infektive
  
- 9. Sëmundjet infektive dhe fatkeqësitë natyrore
  - 9.1. Hasja e mundshme e sëmundjeve infektive
  - 9.2. Masat parandaluese
  - 9.3. Plani i gatishmërisë

## 10. Përfundime

### Bibliografia

## 1. LEGJISLACIONI

Sëmundjet infektive kanë përfaqësuar dhe vijojnë të përfaqësojnë barrën më të madhe të sëmundshmërisë së përgjithshme në Shqipëri. Për arsye të impaktit të tyre tepër të dëmshëm në shëndetin publik, sëmundjet infektive kanë qenë gjithmonë subjekt i një aktiviteti legjislativ të vazhdueshëm dhe intensiv.

Ligji “Mbi parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve infektive” (Nr. 7761, datë 19.10.1993, i bazuar në Ligjin e mëparëshëm Nr. 1894, datë 05.07.1954, me amendimin e fundit të tij Nr. 8484, datë 10.05.1999), që përfaqëson ligjin e parë dhe njëherësh thelbësor kushtetues lidhur me sëmundjet infektive, dikton raportimin e detyrueshëm të tyre dhe marrjen e masave epidemiologjike të kontrollit dhe parandalimit të tyre, përfshirë edhe vaksinimin e detyrueshëm.

Problemet e ndryshme mbi ndërlidhjen (e natyrës shkak-efekt apo shkak-pasojë) ndërmjet sëmundjeve infektive dhe faktorëve risk mjedisorë (ndotja e ujit, ajrit, tokës, si dhe siguria ushqimore) rregullohen nëpërmjet një sërë aktesh ligjore, si:

- Ligji “Mbi Inspektoratin Shtetëror Sanitar” (Nr. 7643, datë 10.11.1992);
- Ligji “Mbi Ushqimin” (Nr. 7941, datë 31.05.1995);
- Ligji “Mbi sektorin e rregullimit të furnizimit me ujë dhe trajtimin e ujërave të zeza dhe mbetjeve ujore” (Nr. 8102, datë 28.03.1996), që dikton ngritjen e një Agjensie Rregullatore Autonome për furnizimin me ujë dhe trajtimin e ujërave të zeza dhe mbetjeve ujore, duke përcaktuar funksionet, kompetencat, procedurat dhe standardet e asaj Agjensie;
- Ligji “Mbi heqjen dhe trajtimin e plehrave (mbetjeve publike)” (Nr. 8094, datë 31.03.1996), që synon në mbrojtjen e mjedisve urbane nga hedhurinat/mbeturinat dhe disiplinimin e shërbimeve publike për heqjen e hedhurinave/mbeturinave urbane;
- Ligji “Mbi mbrojtjen e mjedisit” (Nr. 8364, datë 02.07.1998, amendament i të njejtit Ligj të mëparëshëm Nr. 7664, datë 21.01.1993).

Të tjera ligje (akte ligjore) u përkasin fushave specifike të sëmundjeve infektive dhe problemeve të lidhura me shëndetin, si Ligji “Mbi parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS në Republikën e Shqipërisë” (Nr. 8689, datë 16.11.2000), Ligji “Mbi promovimin dhe mbrojtjen e të ushqyerit me gji” (Nr. 8528, datë 23.09.1999), Ligji “Mbi Drogat Psikoaktive” (Nr. 7815, datë 20.04.1994, me amendimin e tij Nr. 8376, datë 16.07.1998), etj.

Përveç Ligjeve Kushtetuese janë dhe një sërë Vendimesh të Këshillit të Ministrave, si dhe Urdhërësash, Direktivash dhe Rregulloresh të Ministrisë së Shëndetësisë në fushën e sëmundjeve infektive, që, si akte nënligjore ekzekutive

synojnë në detajimin e Ligjeve Kushtetuese të mësipërme, veçanërisht lidhur me raportimin dhe kontrollin e sëmundjeve infektive, si:

- Vendimet e Këshillit të Ministrave
  - “Mbi financimin e kujdesit shëndetësor për masat parandaluese kundrejt sëmundjeve infektive” (Nr. 125, datë 13.03.1995 dhe Nr. 674, datë 26.10.1998);
  - “Mbi aditivët ushqimorë” (Nr. 147, datë 03.04.1995);
- Urdhëresat dhe/ose Direktivat e Ministrisë së Shëndetësisë
  - “Mbi udhëzimet për sëmundjet infektive” (Nr. 189, datë 08.08.1995);
  - “Mbi kontrollin e HIV/AIDS” (Nr. 260, datë 15.12.1993 dhe Nr. 64, datë 21.05.2001);
  - “Mbi survejancën epidemiologjike të Paralizave Flakside Akute” (Nr. 104, datë 10.11.1997);
  - “Mbi kontrollin e tuberkulozit” (Nr.105, datë 02.12.1998);
  - Mbi formularin e ri të deklaramit fillestar të sëmundjeve infektive” (Nr. 38, datë 09.02.1999);
  - “Mbi aplikimin e Sistemit Alert të survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive” (Nr. 493, datë 02.11.1999);
  - “Mbi kontrollin e infeksioneve seksualisht të transmetueshme” (Nr. 9, datë 20.01.1999);
  - “Mbi parandalimin dhe kontrollin e rihyrjes së malarjes në Shqipëri” (Nr. 452, datë 18.10.2000);
  - “Mbi survejancën epidemiologjike të zoonozave” (Nr. 532, datë 14.12.2000);
  - “Mbi survejancën epidemiologjike të fruthit dhe rubeolës” (Nr. 307, datë 15.08.2001);
- Rregullore të Ministrisë së Shëndetësisë mbi Inspektoratin Shtetëror Sanitar; dhe të tjera.

Duhet theksuar se shëndeti mjedisor, burim dhimbjeje dhe vuajtjeje të konsiderueshme në Shqipëri, është një fushë ku përgjegjësitë nuk i përkasin vetëm Ministrisë së Shëndetësisë, por ndahen ndërmjet shumë dikastereve dhe institucioneve shtetërore.

## 2. SHKURTIMISHT MBI GJENDJEN SHËNDETËSORE TË POPULLATËS NË SHQIPËRI

### 2.1. FAKTET DHE TRENDET KRYESORE DEMOGRAFIKE

Tërë periudha thuajse pesëdhjetë-vjeçare e regjimit komunist në Shqipëri karakterizohet nga një rritje e vazhdueshme e popullatës së vendit, rrjedhojë e një politike nataliste strikte të atij regjimi: **NIVELI I RRITJES** luhetet nga 2,96 në vitet 1950 në 2,1 në vitet 1980. Vitet 1990 shënojnë një rënie të theksuar të nivelit të rritjes së popullatës (1,5) kryesisht për shkak të dukurisë të spikatur e të shtrirë të emigracionit.

Shqipëria ka popullatën më të re në krahasim me të gjitha vendet e Europës. Moshë mesatare e popullatës shqiptare është 28,6 vjeç, një e treta (33%) e popullatës është e moshave nën 15 vjeç, rreth 40% është e moshave nën 18 vjeç, dhe thuajse gjysma (49%) e popullatës është e moshave nën 25 vjeç. Moshë e tretë (moshat mbi 65 vjeç) përbëjnë vetëm 6,1% të popullatës.

Më 1998 **NIVELI BRUTO I LINDJEVE** është 17,6/1.000 dhe **NIVELI BRUTO I VDEKJEVE** 5,1/1.000. Ndërsa statistikat për nivelet e vdekshmërisë së përgjithshme kanë mbetur pak a shumë të qëndrueshme (me përjashtim të një rritje të konsiderueshme të vdekjeve në të rinjtë më 1997 si rrjedhojë e trazirave civile të atij viti), tabela në vijim tregon një rënie graduale të numrit të lindjeve në Shqipëri gjatë viteve të fundit. Ka po ashtu një rënie të spikatur të **NIVELIT TE FERTILITETIT TOTAL**.

#### TREGUESIT DEMOGRAFIKË 1994-1998

TREGUESIT	1994	1995	1996	1997	1998
% E POPULLATËS NËN 18 VJEÇ	40,3	40,1	39,6	40,0	40,5
RAPORTI I LINDJEVE NDAJ VDEKJEVE	6,9	6,5	5,7	4,8	3,5
LINDJET E GJALLA PËR 1.000 BANORË ( <b>NIVELI BRUTO I LINDJEVE</b> )	23,1	22,2	20,8	18,6	17,6
VDEKJET PËR 1.000 BANORË ( <b>NIVELI BRUTO I VDEKJEVE</b> )	5,5	5,6	5,7	5,5	5,1

Burimi: INSTAT dhe Sektori i Statistikës në Ministrinë e Shëndetësisë

Populli shqiptar paraqet një **PRITSHMËRI TË JETËS NË LINDJE (JETËGJATËSI)** mbi mesataren e vendeve me të njëjtin zhvillim ekonomik dhe shkallë mirëqenieje. **PRITSHMËRIA E JETËS NË LINDJE** më 1998 është 69,2 vjet për meshkujt dhe 75,0 vjet për femrat, nivele këto krejtësisht të krahasueshme me vendet e zhvilluara të Europës.



NIVELET E LARTA TË FERTILITETIT (PJELLSHMËRISË), NIVELET E LARTA TË NATALITETIT (LINDSHMËRISË), NIVELET ENDE TË LARTA TE VDEKSHMËRISË FOSHNJORE DHE FORMA E PIRAMIDËS DEMOGRAFIKE TË POPULLATËS JANË TREGUES DEMOGRAFIKË TË NJË VENDI NË ZHVILLIM. NDËRKAQ, NIVELET E ULËTA TË VDEKJEVE DHE PRITSHMËRIA E LARTË E JETËS NË LINDJE JANË TREGUES DEMOGRAFIKË TË NJË VENDI TË ZHVILLUAR.

Lëvizja e lirë e pakontrolluar e popullatës qysh prej fillimeve të 1990-ës ka ndryshuar RAPORTIN URBAN/RURAL të popullatës. Popullata rurale më 1999 vlerësohet të jetë 52,1% e popullatës së vendit, shifër kjo shumë më e ulët krahasuar me nivelin 64,1% të popullatës rurale në censusin e 1989-ës. Dendësia e përgjithshme e popullatës së vendit më 1993 ishte 110,2 banorë për kilometër katror, veçse me ndryshime të theksuara ndërmjet zonave të ndryshme. Dyndja e popullatës prej zonave rurale drejt qyteteve dhe ultësirës perëndimore të vendit solli dhe vijon të sjellë një dendësi popullore gjithmonë e më të vogël sidomos në zonat e thella malore. Rrjedhimisht, Shqipëria përjeton një NIVEL tepër të lartë TË URBANIZIMIT, madje përtej çdo shifre të pritshme, i shprehur veçanërisht për kryeqytetin Tiranë. Rritja e popullatës parashikohet të jetë lehtësisht negative (-0,3%) në zonat rurale për shkak të migrimit të theksuar drejt zonave urbane, në të cilat rritja e popullatës parashikohet të jetë 3,8%.

Nga ana tjetër, emigracioni përfaqëson një dukuri tepër të shprehur në vitet 1990 e në vijim. Niveli i emigracionit (emigracioni i ligjshëm dhe ai i paligjshëm) mbetet vazhdimisht i lartë: numri i shqiptarëve të emigruar në vende të ndryshme të Europës (Greqi dhe Itali në rradhë të parë) dhe jashtë Europës qysh prej vitit 1991 konsiderohet aktualisht (2001) të jetë 450.000-600.000 persona, rreth 70% e të cilëve janë kryesisht meshkuj të moshave 16-30 vjeç.

Për sa i përket strukturës gjinore të popullatës, femrat përbëjnë 51,0% të saj më 1999, krahasuar me nivelin 48,5% që ato përbënin më 1989. Një përmbysje e tillë e raportit gjinor të popullatës gjatë dhjetëvjetëshit 1989-1999 është rrjedhojë e emigracionit selektiv të lartpërmendur.

Migrimi i brendshëm nga zonat rurale ka sjellë si rezultat dobësimin e strukturës sociale të fshatit dhe një jetë kaotike të qytetit, duke ndikuar ndërkohë negativisht në infrastrukturën e përgjithshme sociale dhe fizike. Shërbimet dhe infrastruktura shëndetësore janë kërkesa në rritje, por me kapacitet të vogël për zgjidhjen e tyre; rrjedhimisht, cilësia dhe disponueshmëria e këtyre shërbimeve kudo në Shqipëri është duke u përkeqësuar (sidomos në zonat rurale). Nga ana tjetër, duhet pasur në konsideratë impakti i problemeve të reja sociale të lidhura me ndryshimet në popullatë, konkretisht trafikimi dhe përdorimi në rritje i drogave psikoaktive, dhuna, krimi, dhe prostitucioni.

## 2.2. TREGUESIT SHËNDETËSORË THELBËSORË: FAKTE DHE TRENDE

SHQIPËRIA PARAQET NJË MODEL DISI TË VEÇANTË TË SHËNDETIT TË POPULLATËS, KRAHASUAR ME VENDET E TJERA. NGA NJERA ANË, DISA TREGUES SHËNDETËSORË SI JETËGJATËSIA DHE NIVELET E VDEKSHMËRISË DHE SËMUNDSHMËRISË TË SEMUNDJEVE JO-INFJEKTIVE KRONIKE JANË TË KRAHASUESHËM ME ATA TË VENDEVE TE ZHVILLUARA (VENDE ME STANDARD TË LARTË TË JETESËS). NGA ANA TJETËR, TREGUES SHËNDETËSORË TË TILLË SI VDEKSHMËRIA FOSHNJORE, VDEKSHMËRIA AMËSORE DHE NIVELET E SËMUNDSHMËRISË TË SËMUNDJEVE INFJEKTIVE JANË TË KRAHASUESHËM ME ATA TË VENDEVE NË ZHVILLIM.

### 2.2.1. GJENDJA E KEQUSHQYERJES

GDP-ja aktuale për frymë në Shqipëri prej 810 USD (World Bank, World Development Report 1999-2000 [Banka Botërore, Raporti i Zhvillimit Botëror 1999-2000]) e përcakton Shqipërinë si vendi me të ardhurat më të ulëta për frymë në Europë. 30% e popullatës rurale dhe 15% e asaj urbane konsiderohet nën pragun e varfërisë, (INSTAT, Living Condition Survey-LCS, 1998 [INSTAT, Survejmimi mbi Kushtet e Jetesës-SKJ, 1998]). Në shifra absolute, 46,6% e popullatës është nën pragun e varfërisë prej 2 USD për frymë në ditë, ndërkohë që 17,4% e saj është nën pragun e varfërisë prej 1 USD për frymë në ditë (INSTAT, LCS, 1998). Këto të dhëna janë me shumë vlerë në drejtim të ndërlidhjes shkakësore ndërmjet varfërisë dhe shëndetit, në kuptimin që një popullatë e shëndetëshme mund të kontribuojë në rritjen dhe zhvillimin ekonomik të një vendi, ndërkohë që varfëria e një populli shoqërohet me një rritje të konsiderueshme të peshës specifike të sëmundshmërisë (shëndetit të sëmurë) të tij.

Të dhënat mbi kequshqyerjen në Shqipëri janë të mangëta. Studimet e kryera kanë qenë fokusuar kryesisht në moshat fëmijënore. Një studim i kryer më 1991 nga Spitali Pediatrik (Qendra Spitalore Universitare e Tiranës), i fokusuar në foshnjat-fëmijët e moshave 0-3 vjeç në 11 rrethe të vendit, tregoi që rreth 1/3 (33%) e subjekteve të marra në studim qenë nën-peshë (foshnje-fëmijë distrofikë, pavarësisht nga shkalla e distrofisë), ndërkohë që kequshqyrja e rëndë (distrofia e shkallës së tretë) rezultoi në 2% syresh. Një studim i dytë i kryer më 1993 nga po ai Spital Pediatrik, me të njejtën metodologji operimi dhe në subjekte të të njejtave moshave (0-3 vjeç) zbuloi një nivel prej 28% të kequshqyerjes (distrofisë). Një studim i kryer nga UNICEF më 2000 (Multiple Indicator Cluster Survey [Survejmimi me Klaster i Treguesit të Shumëfishtë]) tregoi se një në shtatë fëmijë të moshave nën 5 vjeç në Shqipëri rezultojnë të jetë me distrofi (kequshqyrje) të moderuar, ndërkohë që distrofia e shkallës së tretë (kequshqyerja e rëndë)

paraqitet në nivelin prej 4,3%. Të dhënat e mësipërme venë theksin mbi praninë e niveleve të konsiderueshme të kequshqyerjes në moshat fëmijënore në Shqipëri, një problem ky tepër i rëndësishëm i shëndetit publik, duke pasur parasysh ndërlidhjen e mirënjohur shkakësore ndërmjet kequshqyerjes dhe infeksionit dhe faktin që infeksioni (infeksionet respiratore në rradhë të parë) përfaqëson shkakun kryesor të vdekshmërisë foshnjore dhe fëmijënore në Shqipëri.

## 2.2.2. VDEKSHMERIA FOSHNJORE DHE FËMIJËNORE

Sipas të dhënave zyrtare, NIVELI I VDEKSHMËRISË FOSHNJORE dhe NIVELI I VDEKSHMËRISË FËMIJËNORE (MOSHAT NËN 5 VJEÇ) në Shqipëri paraqesin një trend sinjifikativisht zbritës gjatë periudhës 1994 e pas, (shih tabelën në vijim). Megjithatë, shifrat reale duhet të jenë më të larta, meqenëse ka shumë gjasë që rastet e vdekjeve në foshnjat-fëmijët të nënraportohen apo herë-herë të mos raportohen. Nënraportimi ka shumë gjasë të jetë sidomos i shprehur në zonat rurale, ku sipas të dhënave zyrtare rreth 55% e vdekjeve të foshnjeve ndodh në shtëpi, duke i u shmangur kështu sistemit të informacionit shëndetësor, (UNICEF, Situation Analysis 1998, Albania [UNICEF, Analiza e situatës 1998, Shqipëri]). Rrjedhimisht, të dhënat zyrtare të trendit të niveleve të vdekshmërisë foshnjore dhe vdekshmërisë fëmijënore duhen konsideruar me rezervë.

### NIVELI I VDEKSHMËRISË FOSHNJORE - NVFSh (VDEKJET E FOSHNJEVE [NËN 1 VJEÇ] PËR 1.000 LINDJE TË GJALLA) dhe

### NIVELI I VDEKSHMËRISË FËMIJËNORE (VDEKSHMËRISË NËN-5-VJEÇ) - NVFM (VDEKJET E FËMIJËVE ME MOSHË 1-5-VJEÇ PËR 1.000 LINDJE TË GJALLA)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>NVFM</b>	41,5	44,5	46,9	49,7	44,7	37,0	30,6	22,9	22,2	18,6
<b>NVFSH</b>	28,3	32,9	30,9	33,2	35,7	34,0	25,8	22,5	20,4	15,1

*Burimi: Ministria e Shëndetësisë (Sektori i Statistikës)*

Shkaku kryesor i vdekshmërisë foshnjore dhe asaj fëmijënore janë infeksionet respiratore, dhe pas tyre keqformimet kongjenitale, sëmundjet diarreike dhe sëmundjet e tjera infektive. Ato janë shpesh të lidhura me kushtet e varfëra të jetesës, për më tepër të shoqëruara me akses të ulët ndaj shërbimeve shëndetësore, trajtim jo-adekuat nga mjekët specialistë, mungesë e institucioneve për rastet e urgjencës dhe nivel i ulët arsimor i nënave lidhur me mirërritjen dhe mirëushqyerjen e fëmijës. E thënë ndryshe, NIVELE TË TILLA TË LARTA TË VDEKSHMËRISË FOSHNJORE DHE VDEKSHMËRISË FËMIJËNORE JANË NGUSHTËSISHT TË LIDHURA ME TREGUESIT E VARFËRISË DHE PROBLEMET E SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR NË PËRGJITHËSI.

### 2.2.3. VDEKSHMËRIA AMËSORE

NIVELI mesatar i VDEKSHMËRISË AMËSORE (NVA) në Shqipëri është ende i lartë (rreth 27,5 për 100.000 lindje të gjalla më 1997); në këtë kontekst është me vlerë të theksohet që rrethet verilindore të vendit si Tropoja, Hasi, Kukësi paraqesin NVA shumë më të larta se niveli mesatar i lartpërmendur, përkatësisht 282, 135 dhe 105. Shkaqet e vdekjeve amësore janë hemorragjia paslindjes (postpartum), eklampsia, infeksionet, ndryshimet hipertensive gjatë barrës dhe aborti septik. Aksesit i ulët ndaj kujdesit obstetrik në rastet e urgjencës për arsye të përqendrimit të këtyre shërbimeve në zonat urbane, distancat e mëdha dhe infrastruktura e varfër rrugore (veçanërisht në zonat e thella malore), cilësia e ulët e shërbimeve bazë, dhe kushtet e ulëta higjienike janë po ashtu faktorë risk ndaj niveleve të larta të vdekshmërisë amësore.

#### NIVELET E VDEKSHMËRISË AMËSORE – NVA (VDEKJET AMËSORE PËR 100.000 LINDJE TË GJALLA)

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
NVA	56,7	37,7	25,1	19,7	22,0	40,6	31,2	24,8	27,5	22,1

Burimi: Ministria e Shëndetësisë (Sektori i Statistikës)

Metodat e PLANIFIKIMIT FAMILJAR janë aktualisht të disponueshme në vetëm 60% të femrave në Shqipëri, kryesisht në zonat urbane. ABORTI u ligjërua më 1991. Ndonëse të dhënat zyrtare tregojnë një rënie të numrit të aborteve, mendohet që ato nuk përfaqësojnë realitetin, duke pasuar parasysh faktin që **aborti vijon ende të jetë metoda më e përdorëshme e planifikimit familjar**. Mendohet po ashtu që numri i aborteve të kryera privatisht, rrjedhimisht të paraportuara, është në rritje.

### 2.2.4. VDEKSHMËRIA SHKAK-SPECIFIKE (MODELET E VDEKSHMËRISË)

Sëmundjet kronike kardio-cerebro vaskulare dhe sëmundjet kronike respiratore përbëjnë shkakun kryesor të vdekshmërisë së përgjithshme në Shqipëri: hemorragjia cerebrale dhe insulti cerebral janë përgjegjës për 32% të vdekjeve, infarkti i miokardit dhe sëmundjet e tjera iskemike për 20% të vdekjeve, dhe insuficiencia kardiake dhe çrregullimet e tjera kardiake për 37% të numrit të përgjithshëm të vdekjeve. Niveli i Standardizuar i Vdekshmërisë (NSV) i sëmundjeve kardio-cerebro-vaskulare dhe kronike pulmonare është 443,3 vdekje për 100.000 banorë (të gjitha moshat) sipas raportit të vitit 2000 mbi vdekshmërinë, çka përfaqëson 50,5% të nivelit të përgjithshëm NSV prej 877,7 për 100.000 banorë (të gjitha shkaqet, të gjitha moshat). Megjithatë, ai është

relativisht i ulët në krahasim me vendet e tjera të Europës, duke pasqyruar kështu strukturën e re moshore të Shqipërisë (popullatë me moshë të re).

**Sëmundjet neoplazike malinje (kanceri)** zenë vendin e tretë-katërt në nivelin e përgjithshëm të vdekshmërisë (pas sëmundjeve të sistemit kardio-cerebro-vaskular dhe sëmundjeve pulmonare kronike). NSV i kancerit është 119,2 vdekje për 100.000 banorë (të gjitha moshat), sipas raportit për vdekshmërinë më 2000, çka përfaqëson 13,6% të nivelit 877,7 për 100.000 banorë të NSV të përgjithshëm (të gjitha shkaqet, të gjitha moshat). Sipas llojeve të sëmundjeve malinje neoplazike, kanceret e sistemit gastrointestinal zenë 26% të vdekjeve, ata të sistemit respirator 21%, ata të sistemit uro-gjenital 7%. Vdekshmëria gjini-specifike paraqet një raport meshkuj/femra prej 3/2.

**Aksidentet (aksidentet rrugore, dëmtimet e jashtme, helmimi, suicidi)** zenë vendin e pestë në vdekshmërinë e përgjithshme me NSV prej 66,2 vdekje për 100.000 banorë (të gjitha moshat), apo 7,5% të NSV total (të gjitha shkaqet, të gjitha moshat).

**Sëmundjet infektive** radhiten në vendin e gjashtë në vdekshmërinë e përgjithshme, pas sëmundjeve kardio- dhe cerebro-vaskulare, sëmundjeve pulmonare kronike, tumoreve dhe aksidenteve, duke paraqitur kështu një model të vdekshmërisë të njëjtë me atë të vendeve të zhvilluara të Europës.

### **3. MBI POZICIONIN DHE ROLIN UDHËHEQËS TË INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK (IShP) - SI QENDRA KOMBËTARE E KËRKIMIT/STUDIMIT SHKENCOR, E TRAJNIMIT, E REFERENCËS DHE EKSPERTIZËS, DHE E OPERATIVITETIT NË EPIDEMIOLOGJINË, KONTROLLIN DHE PARANDALIMIN E SËMUNDJEVE INFEKTIVE**

INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK (IShP), pasardhës (qysh prej vitit 1994) i ish-Institutit Kërkimor të Higjienës, Epidemiologjisë dhe Prodhimeve Imunobiologjike (ngritur më 1969), PËRFAQËSON QENDRËN E VETME KOMBËTARE TË KËRKIMIT/STUDIMIT SHKENCOR, TRAJNIMIT, REFERENCËS, EKSPERTIZËS DHE OPERATIVITETIT NË FUSHËN E EPIDEMIOLOGJISË, KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE SI EDHE EPIDEMIOLOGJISË TË SHËNDETIT MJEDISOR. Rrjedhimisht, IShP PËRFAQËSON KRAHUN TEKNIK DHE POLITIKË-PLANIZUES TË MINISTRISË SË SHËNDETËSISË (ORGANI POLITIKË-BËRËS) NË KËTË FUSHË.

IShP ka një rol kyç në aspektin teknik dhe shkencor dhe në aspektin metodologjik në të gjitha fushat e shëndetit publik. Pikërisht këtij roli i përgjigjet struktura e brendshme e IShP në departamente/sectorë/njësi shkencore, konkretisht:

- Departamenti i Epidemiologjisë,
- Sektori i Programit Kombëtar të HIV/AIDS/STI
- Departamenti i Mikrobiologjisë,
- Departamenti i Ekspertizës Sanitare dhe Shëndetit Mjedisor (ish-Higjiena),
- Departamenti i Statistikës dhe Informacionit mbi Shëndetin e Popullatës dhe Shëndetin Mjedisor,
- Departamenti i Edukimit dhe Promocionit Shëndetësor,
- Sektori i Koordinimit dhe Vlerësimit,
- Sektori i Cilësisë së Laboratorëve dhe Kontrollit të Sigurisë,
- Sektori i Autoritetit Kombëtar të Kontrollit të Vaksinave,
- Departamenti i Shëndetit Mendor të Fëmijëve dhe Adoloshentëve.

IShP është në një moment të ndryshimeve dhe adoptimeve të mëtejshme pozitive, që lidhen me objektivat e tij si dhe me detyrimet e tij ndaj institucionit prej të cilit varet – Ministrisë së Shëndetësisë. Krahas departamenteve me traditë shumëvjeçare si ato të Epidemiologjisë, Mikrobiologjisë dhe Shëndetit Mjedisor (ish-Higjiena), të tjerët janë në fazën e konsolidimit të tyre, dhe të tjerë të rinj (si Departamenti i Politikave Shëndetësore) janë projektuar të ngrihen në një të ardhme të afërt.

Detyrat dhe përgjegjësitë kryesore të IShP lidhur me kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive mund të përmbliidhen si vijon:

- Të grumbullojë, analizojë dhe prapa-shpërndajë (feedback) në mënyrë të vazhdueshme të dhënat e survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive, me synim përcaktimin e frekuencës të hasjes së tyre sipas triadës klasike person-vend-kohë;
- Të grumbullojë, analizojë dhe prapa-shpërndajë (feedback) në mënyrë të vazhdueshme të dhënat e monitorimit të faktorëve risk mjedisorë, me synim identifikimin cilësor dhe sasior në hapësirë dhe kohë të ndotësve përkatës të ujit, ajrit dhe tokës;
- Të grumbullojë, analizojë dhe prapa-shpërndajë (feedback) në mënyrë të vazhdueshme të dhënat e vaksinimit të detyrueshëm rutinë sipas programit kombëtar të imunizimit, me synim përcaktimin e niveleve përkatëse të mbulesës vaksinore si në nivel rrethi ashtu dhe në nivel vendi;
- Të kryejë studime mikrobiologjike-epidemiologjike mbi sëmundjet infektive, me synim përcaktimin e saktë të determinantëve risk përkatës;
- Të kryejë studime sero-epidemiologjike mbi sëmundjet infektive të parandalueshme-me-vaksinim, me synim përcaktimin e niveleve përkatëse të mbrojtjes specifike të popullatës;
- Të kryejë studime në fushën e entomologjisë mjekësore, me synim përcaktimin e habitateve, biocenozave dhe biotopeve të vektorëve të sëmundjeve infektive të transmetueshme-nëpërmjet-artropodeve;
- Të ndërhyjë në shpërthimet eventuale epidemike të sëmundjeve infektive, me synim kontrollin dhe parandalimin e tyre;
- Të përmirësojë në mënyrë të vazhdueshme specificitetin dhe sensitivitetin e sistemit të survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive, me synim aftësimin e saj në zbulimin dhe raportimin në kohë të rasteve dhe sidomos shpërthimeve epidemike, çka do të thotë ndërmarrje në kohë e veprimit për kontroll dhe parandalim;
- Bazuar në të dhënat shkencore të përfuara, të parashikojë gjasën e hasjes të shpërthimeve epidemike/epidemive të sëmundjeve infektive apo të paktën shkallën e mundshme të shtrirjes së tyre në hapësirë dhe kohë, me synim ndërmarrjen në mënyrë paraprake të masave të duhura epidemiologjike për parandalimin dhe kontrollin e tyre;

- Të vlerësojë nivelet e disponueshmërisë, arritshmërisë (aksesibilitetit) dhe cilësisë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, me synim nxitjen dhe përsheptimin e programimit dhe planifikimit adekuat të tyre, dhe, rrjedhimisht, përpilimin e hartës të nevojave të popullatës së vendit ndaj kujdesit shëndetësor (një proces ky jo statik por dinamik).

Për përmbushjen e këtyre detyrave dhe përgjegjësisë, IShP përdor njësitë e veta vartëse në nivel rrethi, konkretisht Shërbimet e Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Shtetëror Sanitar.



#### **4. SHËRBIMI I EPIDEMIOLOGJISË, HIGJENËS DHE INSPEKTORATIT SANITAR SHTETËROR TË RRETHIT**

Sikurse u lartpërmend, Instituti i Shëndetit Publik (IShP) i përmbush detyrat dhe përgjegjësitë e tij në fushën e kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve infektive duke përdorur Shërbimet e Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Shtetëror Sanitar të Rretheve të vendit si struktura të veta operative.

##### **4.1. SHËRBIMI I EPIDEMIOLOGJISË, HIGJENËS DHE INSPEKTORATIT SHTETËROR SANITAR I RRETHIT NË STRUKTURËN E SISTEMIT SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI**

Secili Rreth (36 rrethe në total) ka Shërbimin e vet të Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Shtetëror Sanitar, madhësia e të cilit varet nga madhësia e vetë rrethit.

Vartësia administrative-ekzekutive e Shërbimit të Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Shtetëror Sanitar të Rrethit në strukturën hierarkike lart-poshtë të sistemit shëndetësor në nivelin e rrethit është (i) Drejtoria e Shëndetit Publik dhe (ii) Drejtoria/Shërbimi e/i Kujdesit Shëndetësor Parësor. Drejtoria e Shëndetit Publik të Rrethit, që përfaqëson autoritetin më të lartë shtetëror shëndetësor në nivelin e rrethit, varet nga ana e vet drejtpërdrejtë nga Ministria e Shëndetësisë (kryesisht nga Drejtoria e Kujdesit Shëndetësor Parësor të asaj Ministrie).

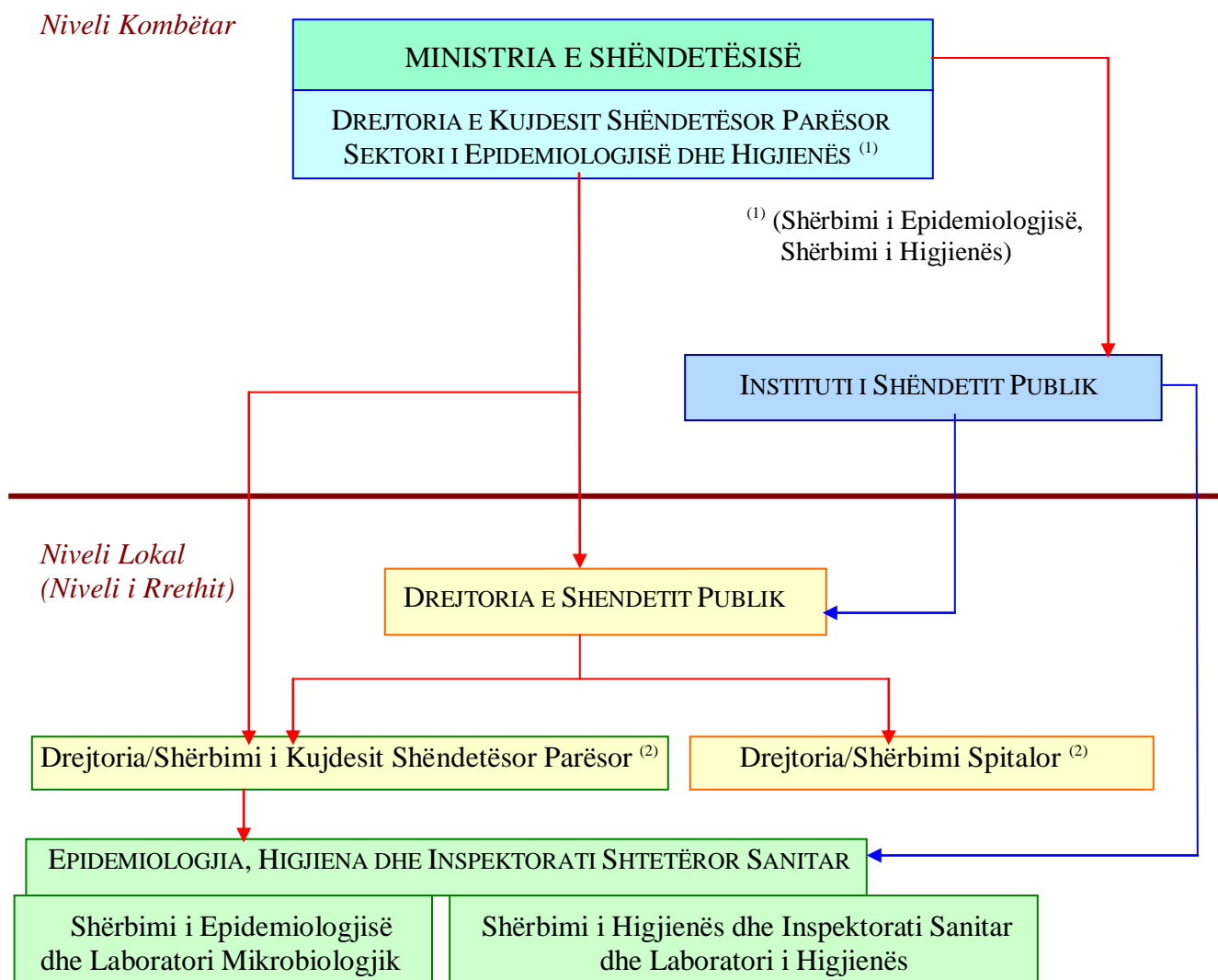
IShP, në përshtatje me atributet e veta si qendra kombëtare shkencore-trajnuese-reference-ekspertize e mjekësisë parandaluese, luan rolin e lidërshiptit teknik të të gjitha Shërbimeve të Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Shtetëror Sanitar të Rretheve, vartësia teknike nga IShP e të cilave ndjek të njëjtën linjë hierarkike lart-poshtë nëpërmjet Drejtorive të Shëndetit Publik dhe Drejtorive/Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor të rretheve.

Shërbimi i Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Shtetëror Sanitar të Rrethit përbëhet nga:

- SHËRBIMI I EPIDEMIOLOGJISË, që përfshin LABORATORIN MIKROBIOLOGJIK, dhe
- SHËRBIMI I HIGJENËS DHE INSPEKTORATIT SANITAR, që përfshin LABORATORIN E HIGJENËS (LABORATORIN KIMIK).

Ndërsa Shërbimi i Epidemiologjisë varet teknikisht nga Departamenti i Epidemiologjisë i IShP, Shërbimi i Higjienës dhe Inspektoratit Sanitar varet teknikisht nga Departamenti i Ekspertizës Sanitare dhe Shëndetit Mjedisor i IShP. Ndërkaq, niveli i performancës (aktivitetit) të dy laboratorëve të mësipërm

**ORGANIZIMI KOMBËTAR I  
SHËRBIMIT TË EPIDEMIOLOGJISË, HIGJENËS DHE INSPEKTORATIT SHETËROR SANITAR  
(paraqitje skematike e thjeshtëzuar)**



<sup>(2)</sup> “Drejtori” në 15 rrethet e mëdha (në Tiranë “Autoriteti Shëndetësor Rajonal”) “Shërbim” në rrethet e tjera

- Vartësi administrative/ekzekutive
- Vartësi teknike

(dmth Laboratorit të Shëndetit Publik të Rrethit) supervizohet teknikisht nga Departamenti i Mikrobiologjisë dhe nga Sektori i Cilësisë së Laboratorëve dhe Kontrollit të Sigurisë i IShP.

Pozicioni i Shërbimit të Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Shtetëror Sanitar të Rrethit në strukturën e sistemit shëndetësor në Shqipëri paraqitet skematikisht me një skemë të thjeshtëzuar.

#### **4.2. DETYRAT DHE PËRGJEGJËSITË E SHËRBIMIT TË EPIDEMIOLOGJISË, HIGJIENËS DHE INSPEKTORATIT SHTETËROR SANITAR TË RRETHIT NË KONTROLLIN DHE PARANDALIMIN E SËMUNDJEVE INFEKTIVE**

Detyrat dhe përgjegjësitë e Shërbimit të Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Sanitar të Rrethit në kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive janë të përcaktuara në përputhje me kuadrin përkatës ligjor (shih Kapitullin 1 “Legjislacioni”).

Detyrat dhe përgjegjësitë e SHËRBIMIT EPIDEMIOLOGJIK janë:

- Të grumbullojë në mënyrë të vazhdueshme të dhënat e survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive nga të gjitha burimet e të dhënave (shërbimi i kujdesit parësor dhe shërbimi i kujdesit spitalor), duke kryer supervizimin dhe kontrollin aktiv ndaj tyre (survejanca aktive) si edhe procesimin e të dhënave (agregimin e tyre);
- Të grumbullojë në mënyrë të vazhdueshme të dhënat e vaksinimit duke monitoruar dhe kontrolluar aktivisht nivelet e mbulesës vaksinore në nivel fshati (zonat rurale) dhe lagjeje qyteti (zonat urbane);
- Të monitorojë dhe hulumtojë lidhjen ndërmjet kushteve higjieno-sanitare dhe kërcënimeve epidemiologjike;
- Të eksplorojë dhe monitorojë agjentët shkaktarë të sëmundjeve infektive;
- Të zbulojë dhe kontrollojë bartësit e disa sëmundjeve infektive;
- Të kryejë menjëherë hulumtimin epidemiologjik të çdo shpërthimi epidemik eventual të sëmundjeve infektive duke ndërmarrë veprimin e menjëherëshëm për kontroll dhe parandalim;

- Të monitorojë dhe vlerësojë gjendjen epidemiologjike të rrethit;
- Të monitorojë trendet e migrimit të popullatës dhe importimin dhe përhapjen e mundshme të sëmundjeve infektive;
- Të supervizojë dhe monitorojë aktivisht masat parandaluese të dezinfektimit, dezinfektimit dhe deratizimit në vendet publike, mjetet e transportit publik, ndërmarrjet e prodhimit dhe shpërndarjes së ushqimeve, institucionet me kolektiva të mbyllura (si konvikte, etj);
- Të vlerësojë nivelet e arritshmërisë dhe cilësisë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe të propozojë masat për përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullatës.

#### Detyrat dhe përgjegjësitë e SHËRBIMIT TË HIGJENËS DHE INSPEKTORATIT SANITAR janë:

- Të kryejë në mënyrë të vazhdueshme monitorimin e ujit të pijshëm, inspektimin higjienik të ndërmarrjeve të furnizimit me ujë (ujësjellësave) dhe burimeve të ujit duke kontrolluar ujin e pijshëm nëpërmjet analizave bakteriologjike dhe fiziko-kimike;
- Të kontrollojë në mënyrë të vazhdueshme eliminimin e mbetjeve të ngurta dhe të lëngshme, të inspektojë mënyrën e ruajtjes dhe përpunimit të tyre;
- Të kontrollojë në mënyrë të vazhdueshme cilësinë higjienike të ujërave sipërfaqësore dhe mbetjeve ujore;
- Të monitorojë ndotjen e ajrit dhe efektet e tij në shëndetin e popullatës;
- Të kryejë inspektimin higjieno-sanitar të mikromjediseve të transportit publik, atyre të aktiviteteve sportive dhe kulturore, çerdheve, kopshteve dhe shkollave;
- Të kontrollojë produktet ushqimore nëpërmjet analizave përkatëse laboratorike bakteriologjike dhe fiziko-kimike;
- Të kryejë inspektimin higjienik të ndërmarrjeve të prodhimit dhe shpërndarjes së produkteve ushqimore, mensave, restoranteve, etj, si dhe kontrollin mjekësor të personelit që merret me prodhimin dhe shpërndarjen e produkteve ushqimore në çerdhe, kopshte, shkolla me mensë, dhe spitale;

- Të monitorojë kushtet higjienike në mjediset e punës;
- Të propozojë masat për parandalimin e degradimit të mjedisit dhe përmirësimin e cilësisë së tij;
- Të marrë pjesë në rishikimin dhe realizimin e planeve të urbanizimit në rrethin përkatës.

Në tërë kontekstin e mësipërm është me rëndësi të nënvizohet **nevoja e zgjidhjes së problemeve që aktualisht evidentohen në praktikën e Inspektoratit Shtetëror Sanitar të rrethit, konkretisht:**

3 Një bashkëpunim jo efektiv me organet lokale të zgjedhura, të cilat kanë përgjegjësinë ekzekutive për eliminimin e problemeve të shëndetit publik, sidomos atyre të lidhura me infrastrukturën;

3 Një mekanizëm jo racional për vjeljen e gjobave nga ana e Inspektoratit Shtetëror Sanitar dhe mbështetje e pamjaftueshme e aktivitetit të tij në rastet e reagimit apo kundërshtimit të subjekteve ndaj masave ndëshkuese përkatëse të vëna nga ai Inspektorat;

3 Një bashkëpunim jo mirë i bashkërenduar me inspektoratet e tjera si Inspektorati i Ushqimit dhe Inspektorati Veterinar (që varen nga Ministria e Bujqësisë dhe Ushqimit) dhe Inspektorati i Punës (që varet nga Ministria e Punës dhe Përkrahjes Sociale).

## 5. SISTEMI I SURVEJANCËS EPIDEMIOLOGJIKE TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË SHQIPËRI

### 5.1. SISTEMI MADHOR I BAZUAR-NË-SËMUNDJE (SMBS) I SURVEJANCËS

Sistemi në tërësi i survejancës të sëmundjeve infektive në Shqipëri ka qenë dhe është një sistem i përcaktuar me ligj (statutor): raportimi i sëmundjeve infektive ka qenë dhe është i detyrueshëm me ligj.

Sistemi Madhor i Bazuar-në-Sëmundje (SMBS) i survejancës të sëmundjeve infektive në Shqipëri daton prej viteve '50. Pavarësisht nga përmirësime të vogla në ecurinë e kohës, tiparet thelbësore të tij mbetën thuajse të njëjta deri më 1998.

Më 1997 Departamenti i Epidemiologjisë (DE) i Institutit të Shëndetit Publik (IShP) ndërmori dhe realizoi modifikime thelbësore sasiore dhe cilësore të SMBS të deriatëherëshëm. SMBS i ri, pas miratimit zyrtar të tij nga Ministria e Shëndetësisë, u vu në praktikë në të gjithë vendin prej 1 janar 1998.

Në përpilimin e SMBS të ri u patën parasysh të gjitha atributet e një sistemi të survejancës epidemiologjike, konkretisht thjeshtësia, epshmëria (fleksibiliteti), pranueshmëria, sensitiviteti (ndjeshmëria), vlera parashikuese pozitive, përfaqësueshmëria, dhe kohëduhurshmëria. Kështu, SMBS i ri realizon aplikimin e *survejancës epidemiologjike aktive* (natyrisht krahas asaj pasive apo rutinë), çka synon në *gjetjen aktive të rastit*, dhe njëherësh kërkon rritjen e performancës laboratorike (*rast i konfirmuar*).

SMBS i ri (pra SMBS aktual) përmban 73 entitete të sëmundjeve infektive (kodi sipas ICD-9), të paraqitura në formatin standard zyrtar të quajtur Pasqyra 14/Sh. Sëmundjet infektive në Pasqyrën 14/Sh janë të ndara në tre grupe (A, B, C) sipas shkallës së rëndësisë (impaktit) të tyre në shëndetin publik, bazuar në parametra të tillë si magnituda e problemit (frekuenca e hasjes të sëmundjes), treguesit e ashpërsisë (rëndësës) klinike të sëmundjes (nivelet e vdekshmërisë, letalitetit, viteve të jetës potenciale të humbur), impakti social-ekonomik (kujdesi mjekësor, produktiviteti i humbur, nivelet e hospitalizimit), dhe parandalueshmëria (parandalimi parësor, dytësor, tretësor).

*Grupi A* përmban sëmundjet infektive të rëndësisë më të madhe (impaktit më të madh) në shëndetin publik, si *murtaja, kolera, ethet e verdha, ethet hemorragjike me transmetim-nëpërmjet-artropodeve dhe ato me transmetim-nëpërmjet-mushkonjave, ethet dengue, botulizmi, tifo ekzantematike, ethet rekurrente epidemike, encefalitet virale me transmetim-nëpërmjet-këpushave dhe ato me*

*transmetim-nëpërmjet-mushkonjave, paralizat flakside akute, difteria, malarja, tërbimi*, etj. Rrjedhimisht, ato janë subjekt i raportimit urgjent (brenda 24 orësh) nga niveli i bazës (burimet e të dhënave) në nivelin kombëtar (DE i IShP) nëpërmjet nivelit lokal (Shërbimi Epidemiologjik i Rrethit përkatës).

Thuajse të gjitha sëmundjet e tjera janë të listuara në **Grupin B të Pasqyrës 14/Sh**; ato janë subjekt i një **raportimi të shpejtë (brenda 1-3 ditësh)** nga burimet e të dhënave në nivelin lokal dhe të një raportimi mujor nga niveli lokal në nivelin kombëtar atëhere, kur hasja e tyre është e karakterit sporadik. Ndërsa, kur hasja e tyre paraqitet eventualisht si shpërthim epidemik (grumbullim i rasteve në hapësirë dhe kohë), kohë-raportimi është i njëjtë si për sëmundjet e Grupit A (urgjent brenda 24 orësh) nga burimet e të dhënave në DE (IShP).

Raportimi i sëmundjeve infektive qoftë të Grupit A ashtu dhe Grupit B bëhet si në nivel individual (rast-pacient) ashtu dhe në nivel të agreguar (agregim i të dhënave sipas karakteristikave të personit), si edhe (çka është madje më e rëndësishme) mbi bazën e përkufizimit specifik të rastit (rast i suspektuar dhe rast i konfirmuar).

Sëmundjet e **Grupit C të Pasqyrës 14/Sh**, konkretisht *gastroenteritet e paspecifikuara, gripi* (në kuadrin e epidemisë së gripit), *common cold (apocoryza)*, *scabies* dhe *pediculosis*, ndryshe nga sëmundjet e **Grupeve A e B**, raportohen vetëm në nivel të agreguar të rasteve dhe pa specifikimin “rast i suspektuar” apo “rast i konfirmuar”.

Të dhënat e agreguara në **Pasqyrën mujore 14/Sh** paraqiten për secilën sëmundje infektive sipas vendit (urban dhe rural), përkufizimit specifik të rastit (rast i suspektuar dhe rast i konfirmuar vetëm për **Grupet A dhe B**), grup-moshave (16 në total, dmth me interval të ngushtë ndarjeje). Kollona e parafundit i përket numrit të rasteve të hospitalizuara, ndërsa kollona e fundit numrit të vdekjeve.

Pasqyra mujore 14/Sh e SMBS aktual shoqërohet me **Skedat Individuale 14-1/Sh** (për secilën sëmundje të **Grupit A**), **14-2/Sh** (për shumicën e sëmundjeve të **Grupit B**), **14-3/Sh** (për entitetet nozologjike të TBC të përfshira në **Grupin B**), dhe **14-4/Sh** (për Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme, të përfshira po ashtu në **Grupin B**). Skedat individuale përmbajnë një informacion epidemiologjik tepër të hollësishëm rreth rastit-pacient (protokolli i hulumtimit epidemiologjik në terren) duke rritur kështu para së gjithash specificitetin e SMBS dhe duke pasuruar nga ana sasiore dhe cilësore të dhënat epidemiologjike. Rrjedhimisht, ato shërbejnë si një përplotësues i nevojshëm i të dhënave të agreguara të **Pasqyrës 14/Sh**.

**SISTEMI I RAPORTIMIT TË DETYRUESHËM TË PARALIZAVE FLAKSIDE AKUTE (PFA),** dmth **SISTEMI E SURVEJANCËS TË PFA-VE I BAZUAR-NË-RASTIN** përfaqëson në vetvete një shtojcë të SMBS. Çka nënkupton që, krahas raportimit të tyre nëpërmjet Pasqyrës 14/Sh të SMBS (Grupi A), raportimi i PFA-ve ndjek sistemin e vet të veçantë të survejancës nëpërmjet 5 Formularëve standardë zyrtarë (Formularët 1, 2, 3, 4, dhe 5, si edhe Formulari i raportimit mujor zero raste).

**SISTEMI I RAPORTIMIT TË DETYRUESHËM TË FRUTHIT/RUBEOLES,** dmth **SISTEMI I SURVEJANCËS TË FRUTHIT/RUBEOLES I BAZUAR-NË-RASTIN** përfaqëson në vetvete një tjetër shtojcë të SMBS. Çka nënkupton që, krahas raportimit të tyre nëpërmjet Pasqyrës 14/Sh të SMBS (Grupi B), raportimi i Fruthit dhe Rubeolës ndjek sistemin e vet të veçantë të survejancës nëpërmjet Formularëve standardë zyrtarë përkatës (Formularët 1, dhe 2, si edhe Formulari i raportimit mujor zero raste).

## **5.2. SISTEMI I RAPORTIMIT TË AKTIVITETIT TË LABORATORËVE MIKROBIOLOGJIKË (LABORATORËVE TË SHËNDETIT PUBLIK) TË RRETHEVE**

Shqipëria aktualisht ndahet administrativisht në 36 rrethe, çka do të thotë 36 Shërbime Epidemiologjike (në nivel lokal apo rrethi) dhe 36 Laboratorë përkatës Mikrobiologjike (apo të Shëndetit Publik). Madhësia dhe niveli i aktivitetit të laboratorit mikrobiologjik varet nga madhësia e rrethit përkatës.

Niveli i performancës (aktivitetit) të laboratorëve mikrobiologjikë supervizohet rregullisht nga IShP (Departamenti i Mikrobiologjisë dhe Sektori i Cilësisë të Laboratorëve dhe Kontrollit të Sigurisë).

Konfirmimi laboratorik i një rasti me sëmundje infektive është një prej detyrave dhe përgjegjësi të laboratorit mikrobiologjik (laboratorit të shëndetit publik) të rrethit, i aftë aktualisht për kryerjen vetëm të analizave bakteriologjike, parazitologjike dhe mykologjike kryesisht për infeksionet/sëmundjet diarreike dhe ato të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes. Në këtë kontekst, detyra e IShP konsiston në ekspertizë. Ndërkaq, lidhur me infeksionet/sëmundjet virale dhe rikeciale, vetëm IShP ka disponuar dhe disponon mundësinë teknike për kryerjen e diagnozës laboratorike; në këtë rast, detyra e laboratorit mikrobiologjik të rrethit konsiston në marrjen e mostrave klinike dhe dërgimin e tyre në IShP. Vlen të theksohet që Laboratori i Virologjisë i IShP është i certifikuar nga OBSH si qendra kombëtare e referencës e Gripit dhe e Poliomielitit/PFA-ve.

Sistemi i raportimit të laboratorëve mikrobiologjikë konsiston në raportimin e detyrueshëm (kryesisht mujor) të aktivitetit të tyre nëpërmjet Formularit



standard zyrtar 13/Sh nga niveli lokal (laboratori mikrobiologjik i rrethit) në nivelin kombëtar (IShP). Ky sistem shërben si përplotësues i SMBS dhe pjesë inherente e sistemit në tërësi të survejancës të sëmundjeve infektive në Shqipëri. Për më tepër, bazuar në nivelet e konfirmimit të rastit në Pasqyrën 14/Sh të raportimit mujor në SMBS krijohet mundësia për monitorimin e rregullt e të vazhdueshëm të nivelit të cilësisë së performancës (aktivitetit) të laboratorëve mikrobiologjikë (të shëndetit publik) të rretheve.

### **5.3. SISTEMI ALERT I BAZUAR-NË-SINDROMA I SURVEJANCËS TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE**

DE (IShP) ndoqi me kujdes dhe në detaje nivelet cilësore dhe sasiore të performancës të SMBS të ri pas venies në praktikë të tij në të gjithë vendin prej 1 janar 1998, duke u përqëndruar veçanërisht në specificitetin dhe sensitivitetin e përfutur, dhe, rrjedhimisht duke nxjerrë përfundimet përkatëse. Konkretisht, nivelet e specificitetit rezultuan të jenë gjithmonë dhe qëndrueshmërisht më të larta se nivelet e sensitivitetit, çka nënkuptonte prani të një shkalle (niveli) të konsiderueshëm të fallco-negativitetit në raportim. Dihet që specificiteti kundrejt sensitivitetit (në kuptimin e mbizotërimit) është një tipar i nënkuptueshëm i një sistemi të survejancës epidemiologjike të bazuar-në-sëmundje, sikurse faktikisht është SMBS i survejancës sonë të sëmundjeve infektive. Bazuar në një të tillë postulat, si dhe në rezultatet e përfutura të ndjekjes gjatë ecures së kohës të SMBS, u konkludua (nga DE i IShP) mbi nevojën dhe venien në jetë të një sistemi përplotësues të tij, saktësisht të një sistemi të bazuar-në-sindroma të survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive, për rritjen e niveleve të sensitivitetit, dmth barazpeshimin sasior të tyre me nivelet aktualisht adekuate të specificitetit, me synim përfundimtar zbulimin dhe hulumtimin në kohë të një shpërthimi epidemik eventual. Një objektiv i tillë u realizua praktikisht (me 2000) me venien në jetë të Sistemit ALERT të survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive, (ALERT = akronimet e emërimit anglisht “Albanian Epidemiological Reporting Tool” dmth “Mjeti Shqiptar i Raportimit Epidemiologjik”].

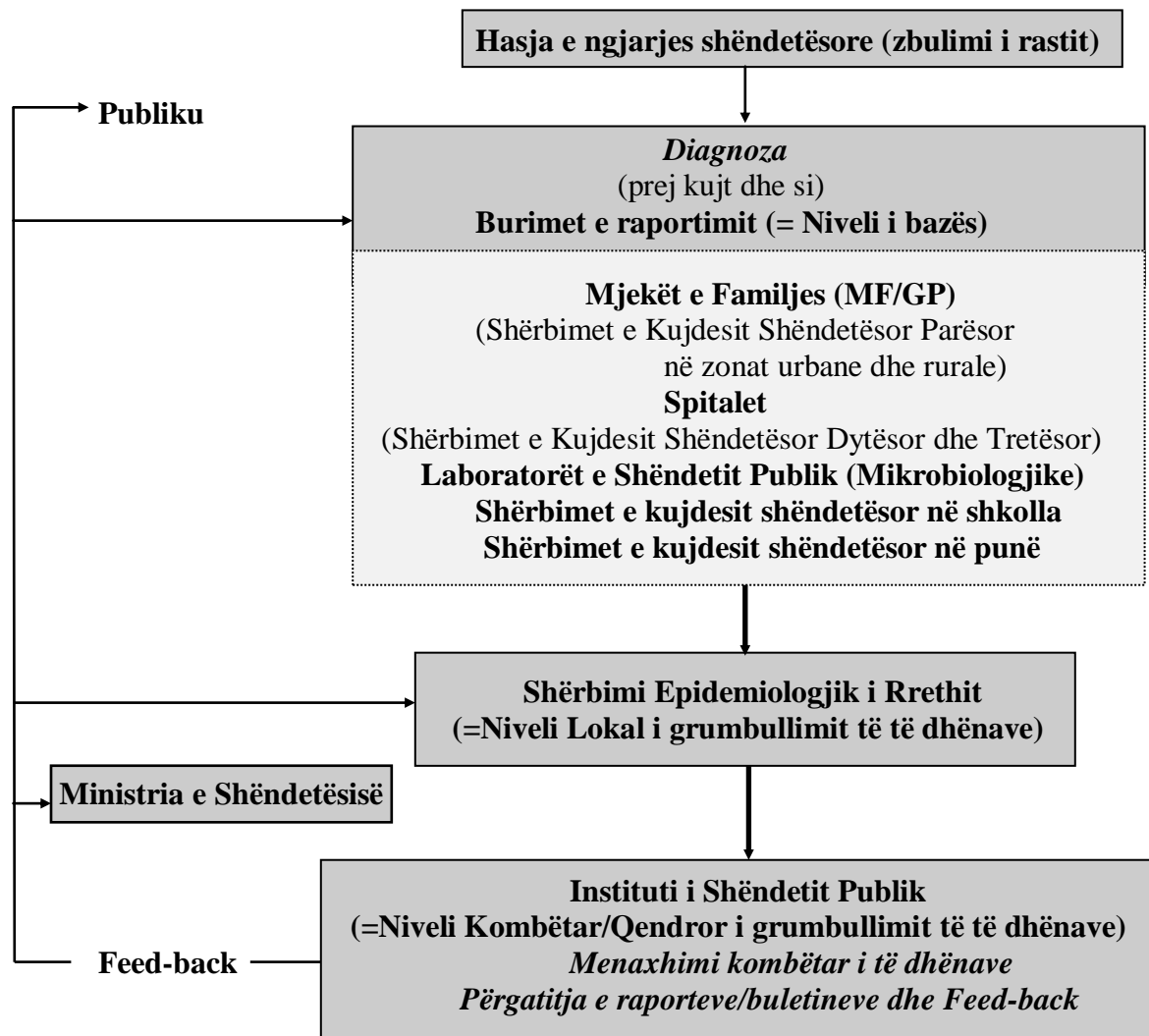
Sistemi ALERT përfshin 9 sindroma infeksioze, konkretisht *diarre pa gjak, diarre me gjak, infeksione respiratore të sipërme, infeksione respiratore të poshtëme, rash dhe temperaturë, verdhëzë, hemorragji dhe ethe, sindrom meningeal, ethe të pashpjegueshme.*

Struktura e udhë-raportimit të të dhënave në Sistemin Alert nënkupton raportimin e detyrueshëm javor nga niveli bazal i të dhënave (burimet e të dhënave) në nivelin kombëtar (DE i IShP) nëpërmjet nivelit lokal (Shërbimi Epidemiologjik i Rrethit përkatës) të sistemit të survejancës. Raportimi i

sindromave të mësipërm (sipas karakteristikave të personit dhe vendit) bëhet nëpërmjet Skedës javore Alert.

#### 5.4. UDHË-ECURIA E TË DHËNAVE TË GRUMBULLUARA NË SECILIN SISTEM LIGJOR TË RAPORTIMIT TË DETYRUESHËM TË SURVEJANCËS EPIDEMIOLOGJIKE TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE

Të dhënat e grumbulluara në secilin sistem ligjor të raportimit të detyrueshëm të survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive (SMBS, Survejanca e PFA-ve, Survejanca e Bazuar-në-Rastin e Fruthit/Rubeolës, Sistemi i Raportimit të Laboratorëve të Shëndetit Publik, Survejanca Alert) ndjekin të njëjtën udhë-raportimi (paraqitur skematikisht në skemën në vijim).



Aktualisht, thuajse të gjitha burimet e të dhënave në sistemin në tërësi të survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive janë publike (shtetërore). Megjithatë, shërbimet shëndetësore private janë të detyruara me ligj për raportimin e detyrueshëm të sëmundjeve infektive në kuadrin e survejancës epidemiologjike të tyre.

## **5.5. RUAJTJA DHE MENAXHIMI I TË DHËNAVE**

### **5.5.1. NIVELI LOKAL: SHËRBIMI EPIDEMIOLOGJIK I RRETHIT**

Të dhënat në letër përfaqësojnë ende formën kryesore të ruajtjes të të dhënave të sistemit në tërësi të survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive në nivelin lokal (rreth). Kohët e fundit (viti 2000), në kuadrin e venies në jetë të sistemit Alert në të gjithë vendin (me mbështetjen financiare dhe teknike të OBSH-së), të gjitha shërbimet epidemiologjike të rretheve disponojnë bazën e duhur kompjuterike (kompjuter dhe modem), çka bën të mundur ruajtjen dhe menaxhimin e të dhënave në disketa dhe CD, natyrisht krahas ruajtjes së tyre në letër.

Menaxhimi i të dhënave përfshin grumbullimin, kontrollin, agregimin dhe analizën e tyre me synim përfundimin e Skedës javore Alert, Pasqyrës mujore 14/Sh, si edhe raportet epidemiologjike gjashtë-mujore dhe vjetore të rrethit, që duhen dërguar në DE të ISHP. Disponueshmëria e bazës kompjuterike ka bërë të mundur analizën e të dhënave epidemiologjike të grumbulluara të sëmundjeve infektive në paketat e përshtatshme statistikore (EPIINFO, ALERT, EXCEL) dhe dërgimin e tyre në nivelin qendror (DE i ISHP) me postën elektronike (e-mail).

### **5.5.2. NIVELI QENDROR (KOMBËTAR): DE I ISHP**

Ruajtja e të dhënave realizohet si në formë letër ashtu dhe në kompjuter (disketa, CD).

Lidhur me menaxhimin e të dhënave, ISHP përfaqëson Menaxherin Kombëtar të Data-Base, që operon në nivel vendi lidhur me:

- grumbullimin e të dhënave,
- kontrollin dhe futjen e tyre në kompjuter,
- editimin e tyre,
- analizën e tyre,
- shpërndarjen e të dhënave të analizuara (feed-back) përmes raporteve përkatës (Buletini mujor Epidemiologjik si dhe Raporte Speciale).

## 6. EPIDEMIOLOGJIA E SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË SHQIPËRI: FAKTE DHE TRENDE

Cila është gjendja epidemiologjike e sëmundjeve infektive në Shqipëri? Cilat janë modelet e hasjes së tyre në ecurinë e kohës (trendet) dhe në hapësirë (shpërndarja gjeografike)?

Janë pikërisht të dhënat e survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive ato, që duke i u përgjigjur pyetjeve të mësipërme, janë të afta të japin një tablo të detajuar të epidemiologjisë të sëmundjeve infektive në Shqipëri. Studimet (survejimet) epidemiologjike transversale (ndërseksionale) të kryera nga ISHP e detajojnë ende më tej këtë tablo epidemiologjike.

E shtjellojmë këtë kapitull të gjatë, (që në fakt përfaqëson thelbin e këtij punimi), duke i grupuar sëmundjet infektive në grupe të ndryshme sipas natyrës së tyre, konkretisht:

- SËMUNDJET DIARREIKE (ME TRANSMETIM NËPËRMJET-UJIT, NËPËRMJET-USHQIMEVE, ETJ);
- HEPATITET VIRALE;
- SËMUNDJET INFEKTIVE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-AJRIT;
- SËMUNDJET INFEKTIVE TE PROGRAMIT KOMBËTAR TË IMUNIZIMIT (EPI – EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION), (SHUMICA E TYRE JANË TË NJË TRANSMETIMI NËPËRMJET-AJRIT);
- TUBERKULOZI (TBC);
- ZOONOZAT (E KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT VETERINAR);
- RIKECIOZAT;
- SËMUNDJET INFEKTIVE ME VATRA NATYRORE;
- SËMUNDJET INFEKTIVE PARAZITARE;
- INFEKSIONET SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME (IST) DHE HIV/ AIDS;
- sëmundje të tjera infektive.

Një i tillë strukturim i këtij kapitulli ndihmon për një paraqitje më të mirë të përmbajtjes së tij.

Duhet theksuar që disponueshmëria e të dhënave epidemiologjike në Shqipëri për një pjesë të sëmundjeve infektive daton prej viteve '50-'60, ndërsa për një pjesë tjetër prej vitit 1990. Është pikërisht ky moment i fundit që përcakton periudhën 1990-2001 si periudhë kohore të analizës krahasuese të incidencës së tyre në kohë.

Duhet theksuar gjithashtu që për paraqitjen e shpërndarjes hapësinore (gjeografike) të incidencës të sëmundjeve infektive kemi marrë në konsideratë dy periudha dy-vjeçare të njëpasnjëshme në kohë (1995-1996 dhe 2000-2001).

## 6.1. SËMUNDJET INFEKTIVE NË PËRGJITHËSI

(TABELA 1, GRAFIKU 1)

TABELA 1 DHE GRAFIKU 1

TABELA 1

**SHQIPËRIA:**  
**SËMUNDJET INFEKTIVE (TOTAL):**  
**FREKUENCA VJETORE (NUMRI I RASTEVE TË RAPORTUARA)**  
dhe **INCIDENCA VJETORE PËRKATËSE (RASTE PËR 100.000 BANORË)**  
**GJATË PERIUDHËS 1990-2001**

VITI	ME-AJER	TBC	DIARREIKE	HEPATITI	ZOONOZA	PARAZIT.	RIKECIOZ.	VAT.NAT.	STI
<b>Numri i rasteve të raportuara</b>									
1990	583.332	653	121.340	11.291	415	24.214	22	18	130
1991	227.450	628	71.222	6.814	232	18.616	16	1	131
1992	198.061	530	44.926	4.576	278	56.593	14	9	98
1993	213.410	636	57.782	5.255	209	30.734	21	17	145
1994	148.072	547	70.764	7.624	374	13.043	23	28	61
1995	154.722	664	54.875	3.973	410	12.906	21	15	35
1996	154.692	707	49.875	2.035	335	14.774	15	18	21
1997	104.887	655	46.713	1.990	328	9.488	6	10	27
1998	94.227	694	48.585	4.061	781	6.508	31	7	49
1999	86.758	765	54.177	5.735	636	4.843	30	4	34
2000	93.016	700	53.129	2.973	728	5.108	20	0	31
2001	93.708	733	53.122	1.760	917	4.447	48	6	43
<b>Incidenca (raste/100.000)</b>									
1990	18,197,5	20,4	3.784,9	352,2	12,8	755,3	0,7	0,55	4,1
1991	7.044,2	19,5	2.221,6	208,4	7,1	576,5	0,5	0,03	4,1
1992	6.025,1	16,1	1.366,6	139,2	8,5	1.721,6	0,4	0,29	3,1
1993	6.491,8	19,3	1.757,7	159,9	6,4	934,9	0,6	0,53	4,4
1994	4.504,3	16,6	2.152,7	222,1	11,4	396,8	0,7	0,84	1,8
1995	4.706,6	20,2	1.669,5	120,9	12,4	392,6	0,6	0,42	1,1
1996	4.705,6	21,5	1.517,2	61,9	10,2	449,4	0,5	0,51	0,6
1997	3.190,7	19,9	1.421,1	60,5	9,9	288,6	0,2	0,3	0,8
1998	2.866,7	21,1	1.479,3	123,5	23,7	197,9	1,1	0,23	1,5
1999	2.639,1	23,3	1.649,5	174,5	19,3	147,3	0,9	0,12	1,1
2000	2.829,5	21,3	1.618,8	90,5	22,2	155,4	0,6	0	0,9
2001	2.850,6	22,3	1.616,1	53,5	27,8	135,3	1,5	0,18	1,3

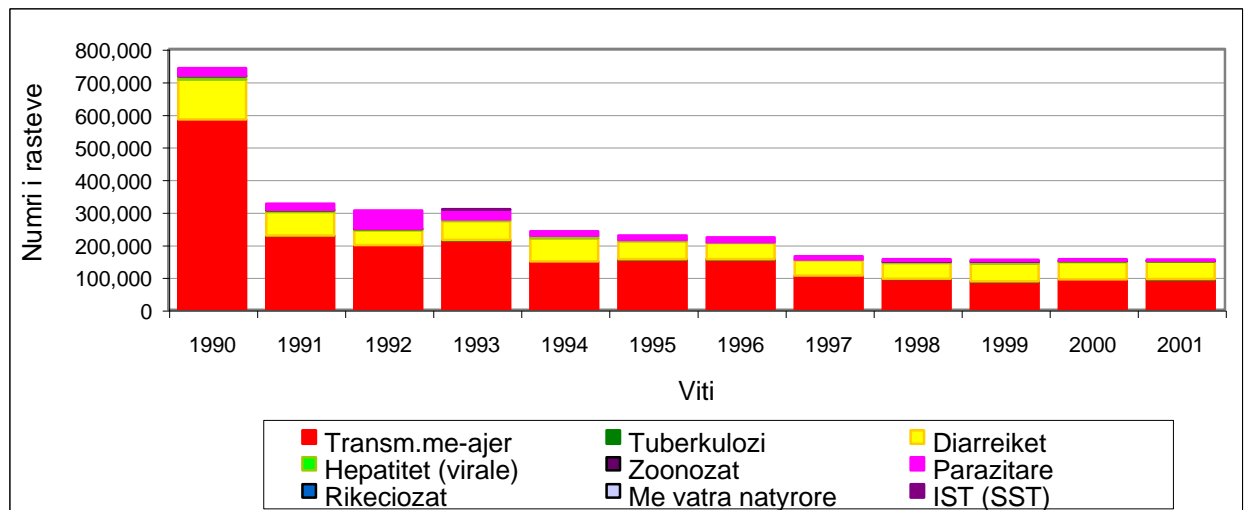
Infeksionet respiratore zenë peshën kryesore specifike në sëmundshmërinë e përgjithshme infektive, të ndjekura nga sëmundjet diarreike në vend të dytë dhe

ato parazitare në vend të tretë, (TABELA 1, GRAFIKU 1). Këto janë tre grupet kryesore të sëmundjeve infektive në Shqipëri, shpesh të lidhura me kushtet e varfëra të jetesës dhe shëndetin mjedisor.

Hasja totale tregon një trend lehtësisht zbritës gjatë periudhës 1992-2001; frekuenca tepër e lartë e hasjes më 1990 (numër i rasteve dhe raste për 100.000 banorë) lidhet me epideminë e gripit më 1989-1990 në Shqipëri, (Tabela 1, Grafiku 1). Një trend i tillë lehtësisht zbritës mund të jetë real, ndonëse vlen të theksohet roli i një trendi rritës, të pranishëm gjatë po së njëjtës periudhë, i niveleve të nënraportimit (apo fallco-negativitetit) në sistemin eurvejancës.

GRAFIKU 1

**SËMUNDJET INFEKTIVE (TOTAL):  
FREKUENCA VJETORE (NUMRI I RASTEVE TË RAPORTUARA)  
GJATË PERIUDHËS 1990-2001**



**6.2. SËMUNDJET DIARREIKE**

(TABELAT 2, 3, 4)

(GRAFIKËT 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)

(HARTAT 1, 2)

**6.2.1. SËMUNDJET DIARREIKE NË PËRGJITHËSI**

(TABELAT 2, 3)

(GRAFIKËT 2, 3, 4, 5)

(HARTA 1)

Në frekuencën (numër rastesh) dhe incidencën (raste për 100.000 banorë) vjetore të hasjes të Sëmundjeve Diarreike gjatë periudhës nga viti 1970 deri në vitin 2001,

**GASTROENTERITI I PASPECIFIKUAR (ICD-9 008/558.9)** ze vendin e parë: shumica e rasteve me infeksione/sëmundje diarreike raportohen si gastroenterit i paspecifikuar në SMBS të survejancës sonë të sëmundjeve infektive (*TABELA 2, GRAFIKËT 2, 3*). Kjo, sepse është plotësisht e kuptueshme pamundësia dhe panevojshmëria e konfirmimit laboratorik rutinë të një rasti me sëmundje diarreike kur diagnoza klinike ka përjashtuar praninë e tifos-paratifos abdominale dhe/ose një salmoneloze jo-tifoide (në kontekstin e sindromit infektiv “diarre pa gjak”) apo një shigeloze dhe/ose një amebiaze (në kontekstin e sindromit infektiv “diarre me gjak”).





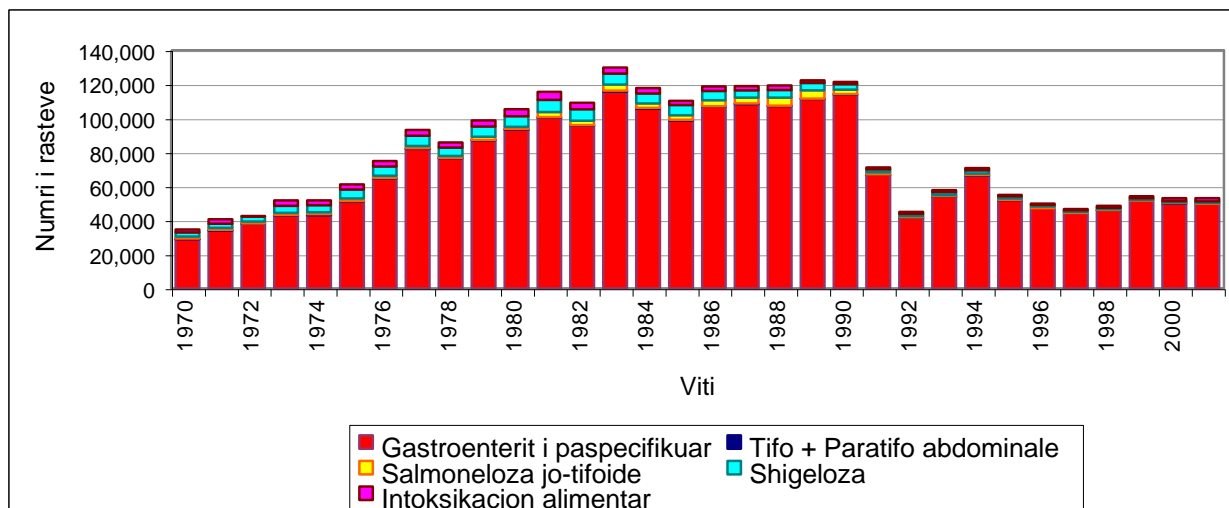
TABELA 2

SËMUNDJET DIAREIKE GJATË PERIU DHËS 1970-2001 [PA EPIDEMINË E KOLERËS MË 1994]  
(FREKUENCA DHE INCIDENCA VJETORE PËR 100.000 BANORË)

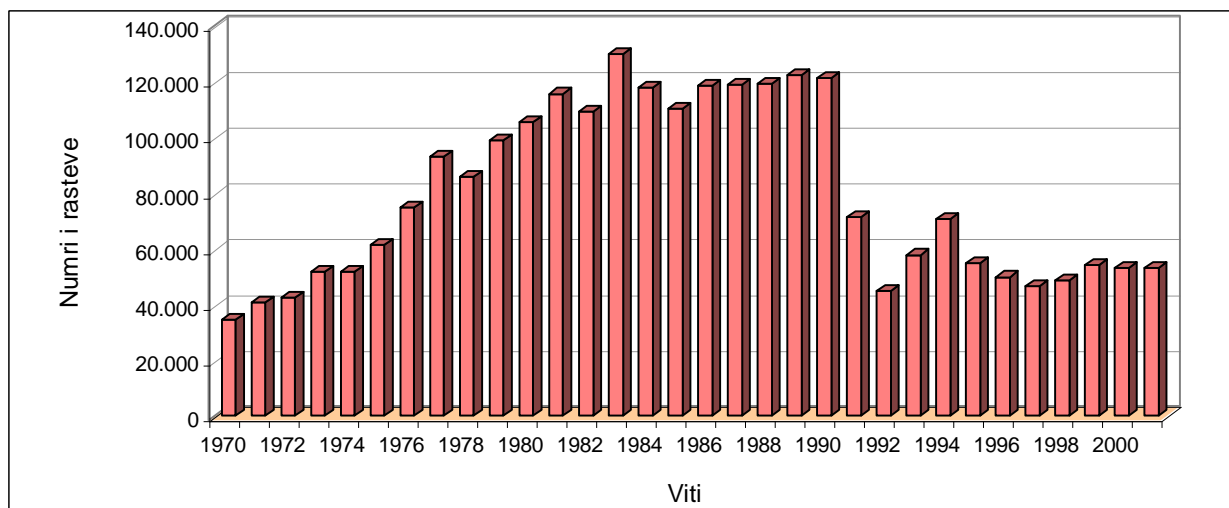
VITI	TIFO ABDOMINALE + PARATIFO		SALMONELOZA (JO-TIFOIDE)		SHIGELOZA (DIZENTERIA BACILARE)		INTOKSIKACIONE ALIMENTARE		AMEBIAZA (DIZENTERIA AMEBIKE)		GASTROENTERIT I PASPECIFIKUAR		SËMUNDJET DIARREIKE (TOTAL)	
	ICD-9 002.0-002.9		ICD-9 003		ICD-9 004		ICD-9 005/008		ICD-9 006		ICD-9 008/558.9			
	Nr.	INCID. /10 <sup>5</sup>	Nr.	INCID. /10 <sup>5</sup>	Nr.	INCID. /10 <sup>5</sup>	Nr.	INCID. /10 <sup>5</sup>	Nr	INCID. /10 <sup>5</sup>	Nr.	INCID. /10 <sup>5</sup>	Nr.	INCID. /10 <sup>5</sup>
1970	222	10,4	1.186	55,5	2.445	114,5	1.713	80,2			29.053	1.360,4	34.619	1.621,0
1971	251	11,5	1.095	50,0	2.546	116,4	2.615	119,5			34.150	1.560,8	40.657	1.858,2
1972	269	12,0	1.122	50,0	2.969	132,4	2.390	106,6			38.006	1.695,1	44.756	1.996,1
1973	237	10,3	1.204	52,4	4.142	180,4	3.250	141,5			43.002	1.872,8	51.835	2.257,5
1974	624	26,5	1.023	43,5	4.269	181,6	2.716	115,5			43.063	1.832,4	51.695	2.199,6
1975	271	11,2	1.498	62,3	5.285	219,8	3.100	128,9			51.091	2.124,5	61.245	2.546,7
1976	221	8,9	1.328	53,9	5.435	221,1	3.336	135,6			64.646	2.629,4	74.966	3.049,1
1977	291	11,5	1.331	52,6	5.945	235,1	3.429	135,6			82.120	3.247,6	93.116	3.682,5
1978	218	8,4	1.064	41,3	4.913	190,5	2.915	113,0			76.633	2.971,8	85.743	3.325,1
1979	252	9,6	1.904	72,7	5.958	227,4	3.686	140,7			87.065	3.324,0	98.865	3.773,4
1980	475	17,8	1.260	47,1	6.167	230,8	4.141	155,0			93.280	3.491,3	105.323	3.942,0
1981	307	11,3	2.908	106,7	7.158	262,6	4.806	176,3			100.426	3.684,9	115.605	4.241,9
1982	261	9,4	2.668	95,9	6.731	241,9	3.786	136,1			95.698	3.439,0	109.144	3.922,2
1983	470	16,5	3.615	127,2	6.287	221,3	3.736	131,5			115.803	4.075,7	129.911	4.571,3
1984	326	11,2	2.640	91,0	5.782	199,3	3.264	112,5			105.759	3.645,9	117.771	4.060,1
1985	310	10,4	2.778	91,1	6.019	203,2	2.476	83,6			98.768	3.327,6	110.351	3.725,3
1986	174	5,7	3.638	120,4	5.403	178,8	2.583	85,5			106.876	3.536,7	118.674	3.890,1
1987	425	13,8	3.473	112,7	4.310	139,8	2.345	76,1			108.300	3.513,2	118.853	3.855,5
1988	180	5,7	4.675	148,7	4.617	146,9	2.489	79,2			107.247	3.412,6	119.208	3.793,2
1989	125	3,9	4.831	151,0	4.390	137,2	1.470	48,9			111.456	3.483,0	122.272	3.814,1
1990	97	3,0	2.612	81,5	3.266	101,8	1.309	40,8			114.056	3.558,6	121.340	3.784,9
1991	102	3,1	1.369	41,6	1.789	54,4	1.156	35,8			66.806	2.032,3	71.222	2.221,6
1992	141	4,2	800	24,3	1.188	36,1	1.160	35,2			41.637	1.266,6	44.926	1.366,6
1993	120	3,6	869	26,4	1.564	47,5	1.182	35,9			54.047	1.644,1	57.782	1.757,7
1994	109	3,3	937	28,5	1.939	58,9	1.323	40,2	0	0	66.456	2.021,6	70.764	2.152,7
1995	54	1,6	816	24,8	1.268	38,6	745	22,7	5	0,1	51.992	1.581,6	54.880	1.669,5
1996	67	2,0	853	25,9	1.062	32,3	696	21,2	0	0	47.197	1.435,8	49.875	1.517,2
1997	34	1,0	549	16,7	1.028	31,3	742	22,6	0	0	44.360	1.349,5	46.713	1.421,0
1998	44	1,3	735	22,4	825	25,1	1.169	35,6	45	1,4	45.812	1.393,6	48.630	1.479,3
1999	12	0,4	389	11,8	807	24,5	1.181	35,9	48	1,5	51.788	1.575,4	54.225	1.649,5
2000	31	0,9	388	11,8	734	22,3	1.837	55,9	21	0,6	50.139	1.525,3	53.150	1.618,8
2001	23	0,7	407	12,4	885	26,9	1.987	60,4	4	0,1	49.820	1.515,5	53.126	1.616,1

GRAFIKËT 2 DHE 3  
GRAFIKU 2

SËMUNDJET DIARREIKE  
(SECILA SYRESH [GRAFIKU 2] DHE NË TOTAL [GRAFIKU 3]):  
FREKUENCA VJETORE (NUMRI I RASTEVE) GJATË PERIUDHËS 1970-2001



GRAFIKU 3

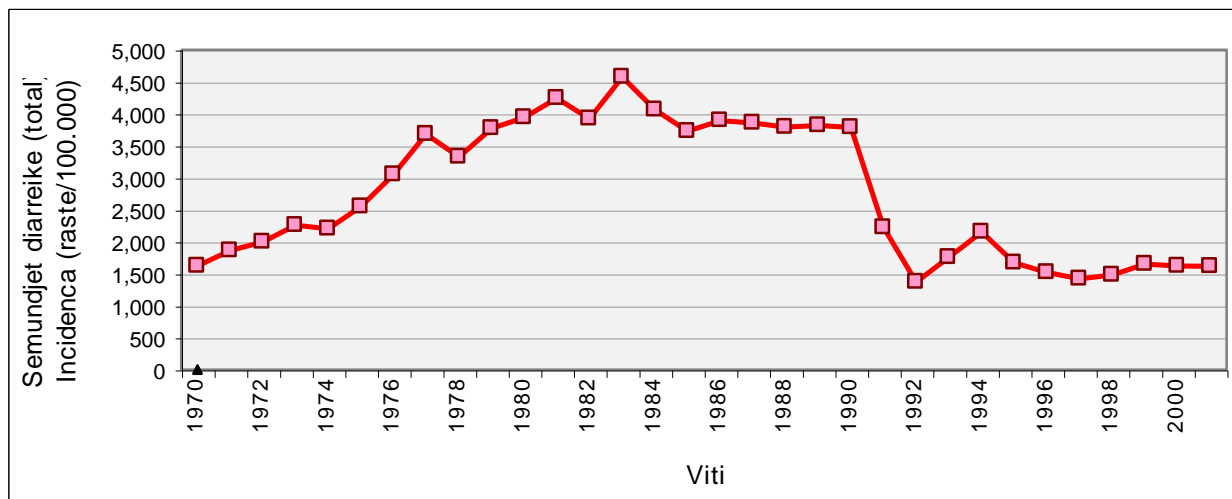


Ndonëse nivelet e incidencës vjetore (raste/10<sup>5</sup>) të sëmundjeve diarreike gjatë periudhës 1991-2001 janë shumë më të ulëta krahasuar me ato të periudhës pararendëse 1970-1990, ato nuk tregojnë ndonjë trend zbritës: nivelet e incidencës gjatë periudhës 1991-2001 luhaten në 1.500-1.600 raste për 100.000 banorë në vit, (GRAFIKËT 4, 5).

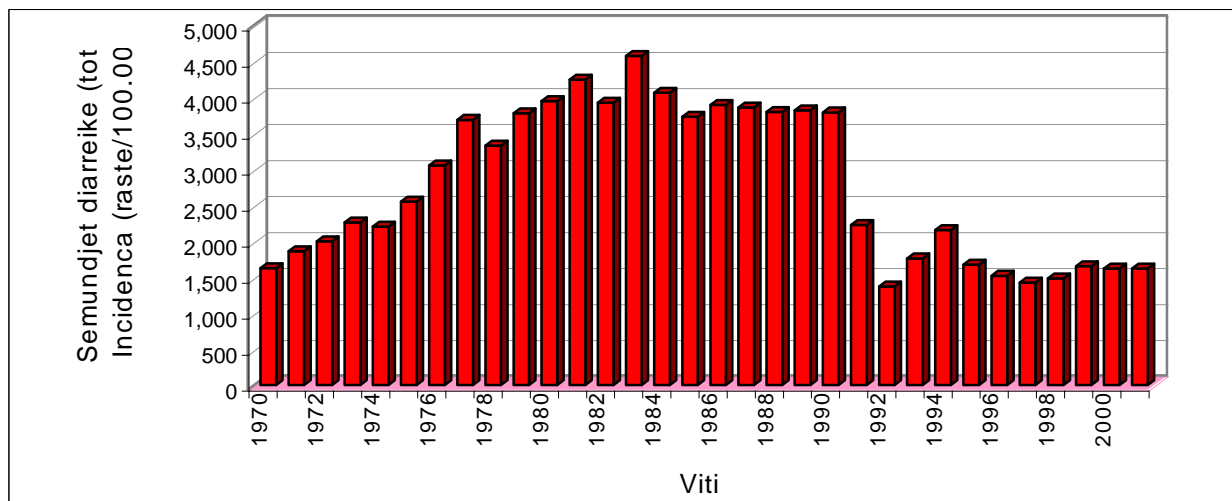
GRAFIKËT 4 DHE 5

GRAFIKU 4

SËMUNDJET DIARREIKE:  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË) GJATË PERIUdhËS 1970-2001



GRAFIKU 5



Sëmundshmëria moshë-specifike e sëmundjeve diarreike tregon praninë e niveleve më të larta të incidencës në grup-moshat <1 dhe 1-4 vjeç: ato përfaqësojnë përkatësisht 33-34% dhe 27-28% të totalit vjetor të rasteve të raportuara me sëmundje diarreike. Grup-mosha 5-14 vjeç ze vendin e tretë me 12-13% të totalit vjetor të rasteve të raportuara. Me të tjera fjalë, **ndër katër raste të raportuara me sëmundje diarreike, tre syresh u përkasin moshave 0-14 vjeç.**

Nivele të tilla të larta të sëmundshmërisë të sëmundjeve diarreike në moshat foshnjore dhe fëmijëzore demonstrojnë rolin crucial të një niveli jo-adekuat të edukatës shëndetësore të nënave, natyrisht krahas rolit po ashtu crucial të kushteve të papërshtatshme higjieno-sanitare.

TABELA 3 DHE HARTA 1  
TABELA 3

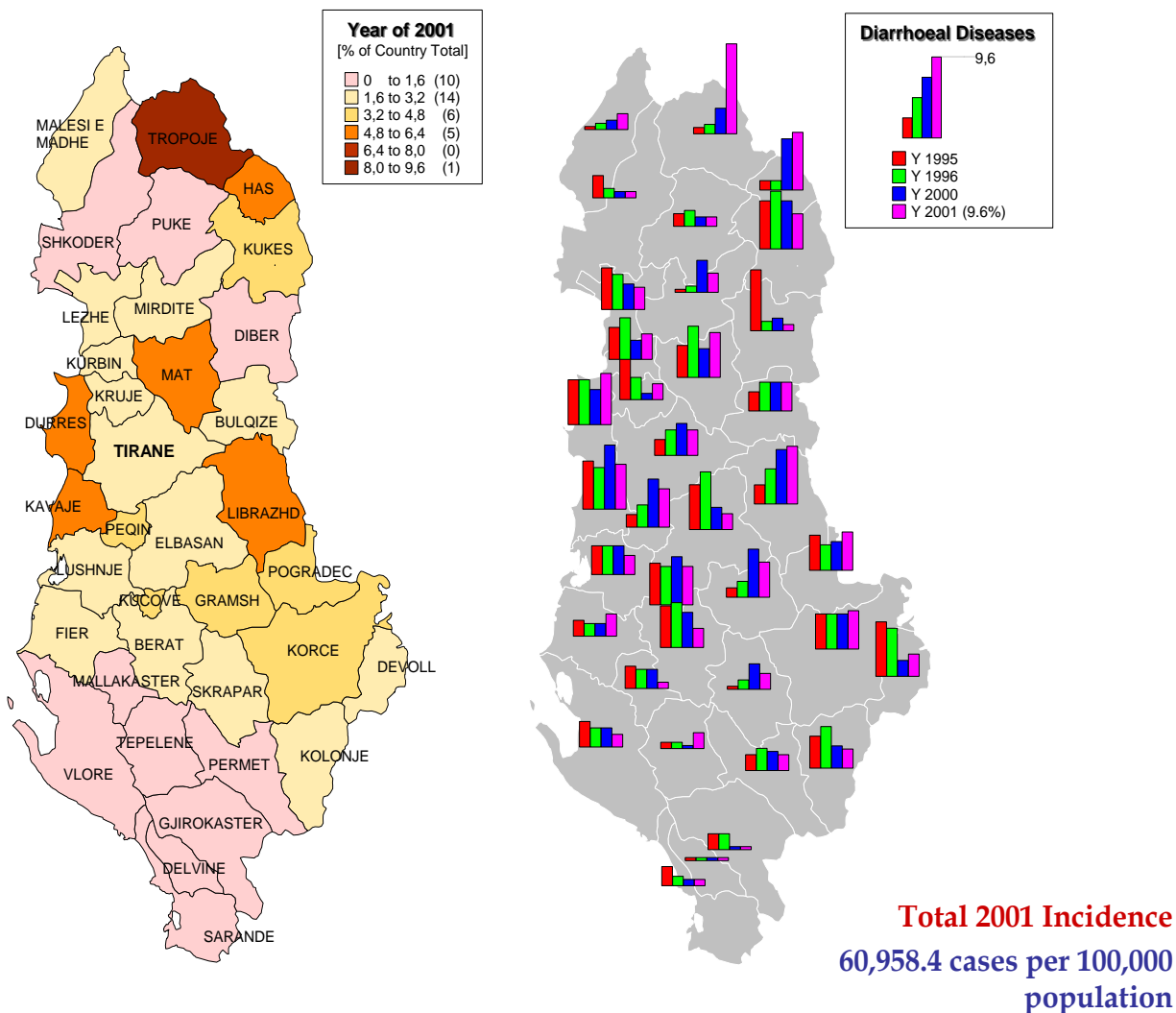
**SËMUNDJET DIARREIKE [TOTAL]:**  
**SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)**  
**MË 1995-1996 DHE 2000-2001**

Nr	RRETHI	INCIDENCA: RASTE PËR 100.000 BANORË			
		1995	1996	2000	2001
1	BERAT	2.419,7	2.719,5	2.238,2	1.179,3
2	BULQIZË	1.139,9	1.681,2	1.897,6	1.915,4
3	DELVINË	170,1	121,7	138,8	162,4
4	DEVOLL	3.048,8	2.809,4	1.051,0	1.449,4
5	DIBËR	3.510,1	592,8	706,9	449,9
6	DURRËS	2.579,7	2.631,2	2.294,6	3.255,1
7	ELBASAN	2.501,2	3.459,8	1.472,3	1.044,9
8	FIER	943,6	713,7	801,5	1.365,0
9	GRAMSH	537,5	952,4	3.039,5	2.386,0
10	GJIROKASTËR	893,4	953,6	122,7	162,1
11	HAS	562,8	621,2	3.288,7	3.825,3
12	KAVAJË	2.681,2	2.420,7	3.954,5	2.928,4
13	KOLONJË	1.839,9	2.478,8	1.337,4	1.316,7
14	KORÇË	1.972,4	2.180,3	2.164,6	2.441,7
15	KRUJË	2.931,7	1.409,6	424,5	1.014,1
16	KUÇOVË	2.368,8	2.241,3	3.004,8	2.510,4
17	KUKËS	2.750,3	3.538,7	2.973,9	2.366,8
18	LAÇ	1.918,6	2.521,4	1.297,2	1.729,0
19	LEZHË	2.381,2	2.169,8	1.595,3	1.410,2
20	LIBRAZHD	1.119,6	2.131,3	3.332,2	3.769,3
21	LUSHNJE	1.581,3	1.791,1	1.711,3	1.275,9
22	MALËSI E MADHE	242,4	321,3	672,8	999,4
23	MALLAKASTËR	1.261,2	1.219,8	1.162,7	354,6
24	MAT	1.911,4	3.060,1	1.884,1	3.007,3
25	MIRDITË	155,8	287,5	1.928,3	1.275,9
26	PEQIN	781,4	1.421,3	3.064,9	2.411,7
27	PËRMET	882,7	1.309,8	1.237,7	967,1
28	POGRADEC	2.059,6	1.590,0	1.865,2	2.404,6
29	PUKË	711,7	922,5	675,9	593,6
30	SARANDË	1.021,1	665,4	422,5	378,3
31	SKRAPAR	243,8	642,9	1.524,8	993,6
32	SHKODËR	1.229,6	647,3	366,0	315,4
33	TEPELENË	362,5	368,9	263,9	960,1
34	TIRANË	875,2	1.521,1	1.932,2	1.692,5
35	TROPOJË	351,7	532,6	1.623,5	5.802,9
36	VLORË	1.460,3	1.179,8	1.175,1	844,1

Shpërndarja gjeografike e sëmundjeve diarreike në Shqipëri (TABELA 3 dhe HARTA 1) nxjerr në pah praninë e zonave "të nxehta", dmth rretheve me nivelet më 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 qëndrueshme nivele të ulëta të incidencës të sëmundjeve diarreike, si Sarandë, Delvinë, Gjirokastrë, Tepelenë, Përmet, Fier, Mallakastër, Gramsh, Skrapar, Tropojë, Pukë dhe Mirditë.

HARTA 1

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



[ Shpjegimi i Hartës 1:

*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 përfutur (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 1 shërben për të gjitha hartat në vijim të këtij materiali. ]

## 6.2.2. TIFO DHE PARATIFO ABDOMINALE DHE SALMONELOZAT JO-TIFOIDE (SËMUNDJET DIARREIKE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-UJIT)

(TABELAT 2, 4)

(GRAFIKU 6)

(HARTA 2)

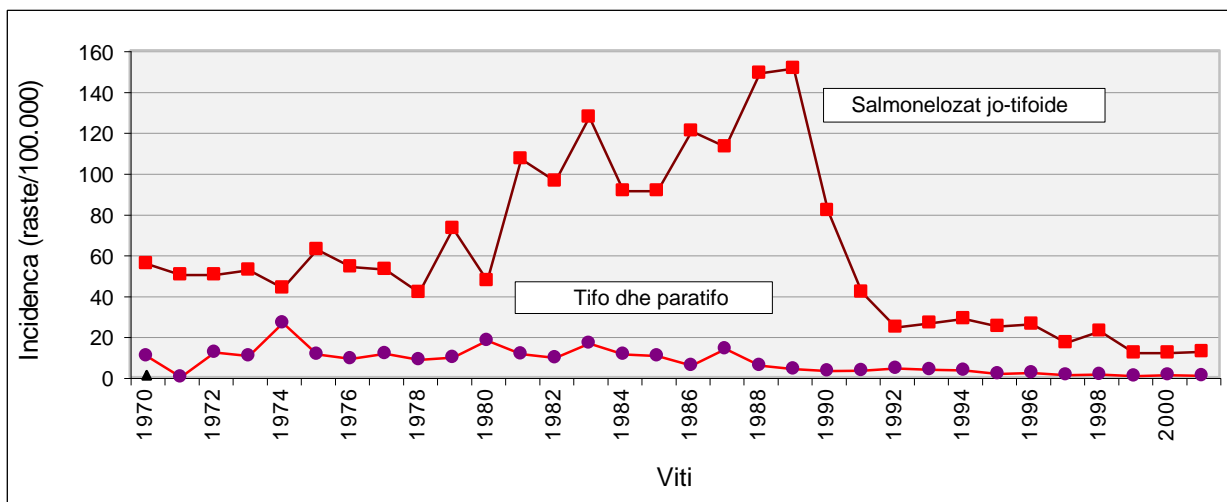
TIFO DHE PARATIFO ABDOMINALE (ICD-9 002.0-002.9) dhe SALMONELOZAT JO-TIFOIDE (ICD-9 003) përfaqësojnë, së bashku me KOLERËN (ICD-9 001), sëmundjet diarreike me transmetim nëpërmjet-ujit më të rëndësishme nga këndvështrimi i rëndësisë (efektit, impaktit) të tyre në shëndetin publik. Kjo është arsyeja përse ato i shtjellojmë veçmas në analizën tonë, pavarësisht nga fakti po ashtu i mirënjohur, që një pjesë jo e vogël e gastroenteriteve të paspecifikuara (si ato të shkaktuara nga rotaviruset, etj) janë përgjithësisht të së njëjtës natyrë transmetimi (transmetim nëpërmjet-ujit).

GRAFIKU 6

### TIFO ABDOMINALE DHE PARATIFO DHE SALMONELOZAT JO-TIFOIDE (SËMUNDJET DIARREIKE ME TRANSMETIM-NËPËRMJET-UJIT):

INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)

GJATË PERIUDHËS 1970-2001



Frekuenca vjetore (numri i rasteve) dhe nivelet e incidencës vjetore (raسته/10<sup>5</sup>) të hasjes së tifos dhe paratifos abdominale gjatë periudhës 1990 e pas janë më të ulëta (1990-1994) apo shumë më të ulëta (1995-2001) krahasuar me ato të viteve paraardhëse (1970-1989). Salmonelozat jo-tifoide tregojnë të njëjtin trend zbritës, të një natyre eksponenciale gjatë viteve 1990-1992 (krahasuar me vitet paraardhëse), dhe të një natyre pak a shumë të qëndrueshme (me luhatje të vogla) gjatë periudhës 1993-2001, (TABELA 2, GRAFIKU 6).

TABELA 4 DHE HARTA 2

TABELA 4

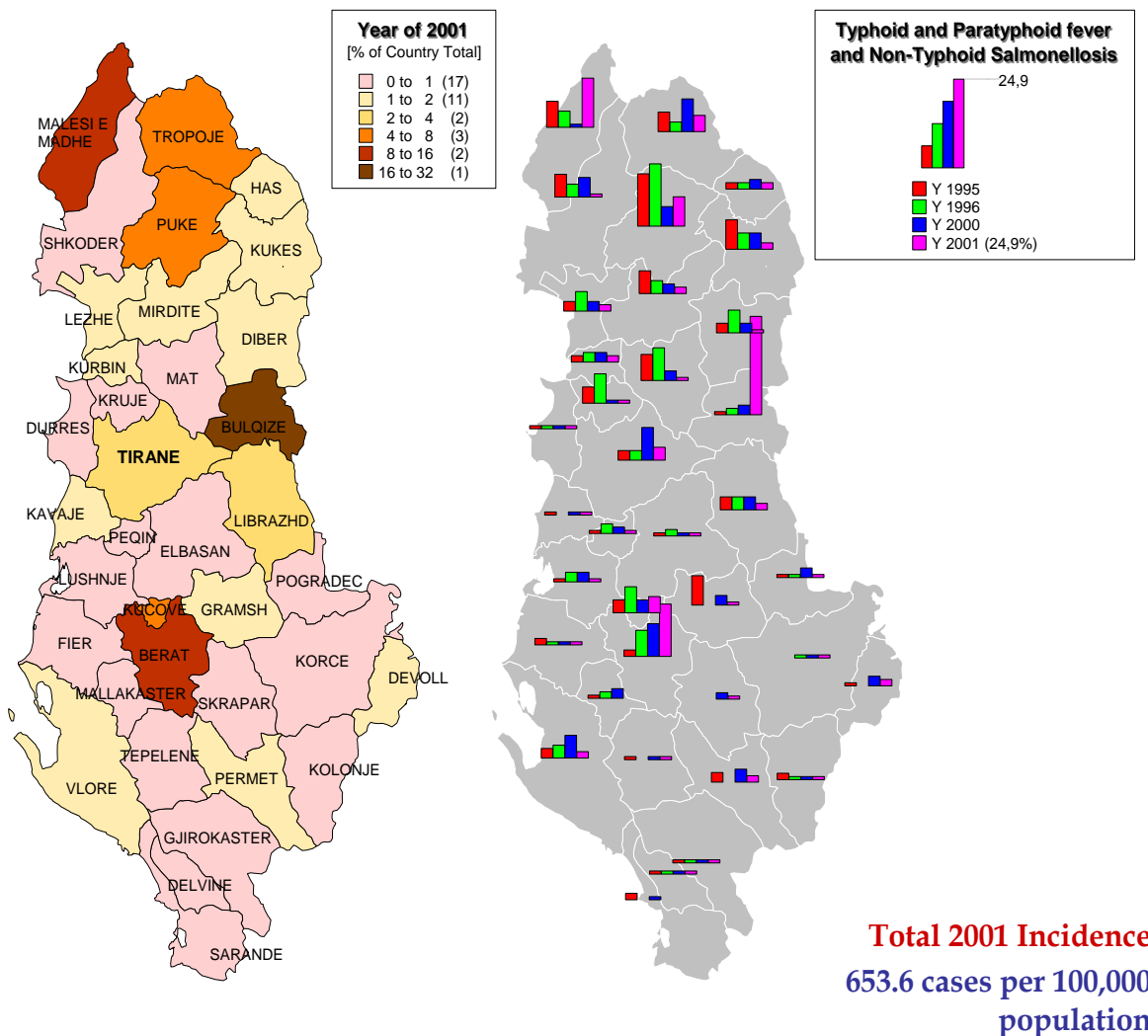
**TIFO ABDOMINALE DHE PARATIFO DHE SALMONELOZAT JO-TIFOIDE  
[SËMUNDJE DIARREIKE ME TRANSMETIM-NËPËRMJET-UJIT]:  
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)  
MË 1995-1996 DHE 2000-2001**

Nr	RRETHI	INCIDENCA: RASTE PËR 100.000 BANORË			
		1995	1996	2000	2001
1	BERAT	15,4	66,9	36,8	87,5
2	BULQIZË	9,9	17,9	12,0	162,9
3	DELVINË	6,9	6,9	4,1	4,8
4	DEVOLL	5,6	2,8	9,8	8,5
5	DIBËR	28,6	64,2	9,9	7,9
6	DURRËS	7,4	11,1	5,0	5,6
7	ELBASAN	4,6	14,2	4,6	2,8
8	FIER	18,7	11,5	2,4	3,7
9	GRAMSH	82,8	2,3	9,2	7,8
10	GJIRKASTËR	4,7	7,8	4,7	4,7
11	HAS	19,7	14,8	9,9	10,7
12	KAVAJË	4,5	3,4	4,1	7,3
13	KOLONJË	16,6	8,3	4,1	4,6
14	KORÇË	3,0	5,4	3,2	3,9
15	KRUJË	42,1	80,8	3,4	3,4
16	KUÇOVË	38,6	66,9	15,4	28,3
17	KUKËS	81,0	41,2	17,8	11,0
18	LAÇ	17,7	23,0	8,8	12,8
19	LEZHË	24,3	54,6	12,1	10,4
20	LIBRAZHID	37,7	33,0	14,3	13,2
21	LUSHNJË	12,1	29,3	10,0	5,0
22	MALËSI E MADHE	72,5	40,8	4,5	83,8
23	MALLAKASTËR	4,7	14,1	10,7	2,3
24	MAT	74,0	90,6	10,5	6,1
25	MIRDITË	59,5	32,1	11,3	9,2
26	PEQIN	6,4	25,5	8,4	6,2
27	PËRMET	22,5	2,8	13,6	9,1
28	POGRADEC	11,2	8,4	9,8	2,8
29	PUKË	138,1	167,1	19,4	50,9
30	SARANDË	16,4	1,6	4,3	2,7
31	SKRAPAR	2,3	2,3	6,2	3,8
32	SHKODËR	59,6	33,7	22,1	4,8
33	TEPELENË	9,1	2,3	5,2	3,0
34	TIRANË	30,6	27,9	33,5	20,4
35	TROPOJË	54,1	24,6	36,7	28,9
36	VLORË	27,1	31,7	26,0	12,8



HARTA 2

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)



Shpërndarja hapësinore e hasjes (incidencë për 100.000 banorë) të salmonelozave (tifo dhe paratifo abdominale dhe salmonelozat jo-tifoide) ndjek (TABELA 4, HARTA 2) pak a shumë modelet e lartshtjelluara 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, (zhvilluar në detaje në nënkapitullin 7.1. “UJËT DHE HIGJENIZIMI”, shih!).

### **EPIDEMIA E KOLERËS MË 1994 NË SHQIPËRI**

Epidemia e kolerës më 1994 në Shqipëri përfaqëson shembullin më të spikatur e njëherësh më të tmerrshëm të riskut potencial që mbart në vetvete infrastruktura aktuale e ujit të pijshëm.

Epidemia, rrjedhë e kolerës së importuar, që e pranishme në 14 rrethe (nga 36 total) të vendit, konkretisht Kuçovë, Berat, Librazhd, Lushnje, Fier, Mallakastër, Kavajë, Durrës, Tiranë, Elbasan, Peqin, Pogradec, Korçë dhe Devoll.

Rrethet Kuçovë, Berat dhe Librazhd, (në të cilat u shfaqën dhe rastet e para), treguan nivelet më të larta të incidencës.

U raportua një numër total prej 1.748 raste, 74,2% (1.297/1.748) të të cilave u përkisnin zonave urbane.

#### **6.2.3. SHIGELOZAT**

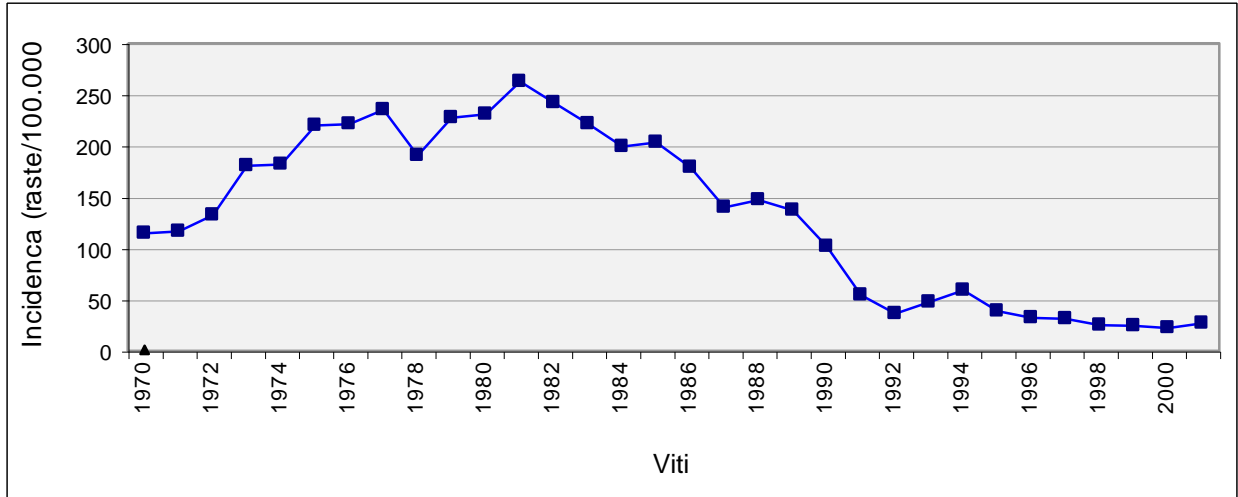
(TABELA 2, GRAFIKU 7)

Të dhënat e survejancës epidemiologjike mbi SHIGELOZAT [DIZENTERIA BACILARE] (ICD-9 004) gjatë periudhës 1970-2001 lidhur me frekuencën vjetore të hasjes (numri i rasteve) dhe nivelet e incidencës vjetore (raste për 100.000 banorë) paraqiten në detaje në TABELA 2. Hasja e tyre në ecurinë e kohës demonstroi një trend vijueshmërisht zbritës nga viti 1983-1984 deri më 1992, duke mbetur më pas (periudha 1993-2001) pak a shumë i qëndrueshëm rreth nivelit të incidencës të vitit 1992, (GRAFIKU 7).

Për sa i përket AMEBIAZËS [DIZENTERIA AMEBIKE] (ICD-9 006), nuk ka të dhëna deri në vitin 1994, i cili shënon fillimin e diagnozës së detyruar laboratorike në nivel rrethi të *Entamoeba histolytica* (agjenti shkaktar) për çdo rast të raportuar me sindromin infektiv “diarre me gjak”, (diagnozë kjo, krahas asaj rutinë të deriatëherëshme për *Shigellae*). Të dhënat e survejancës epidemiologjike gjatë periudhës 1994-2001 tregojnë një numër të vogël rastesh vjetore të raportuara (mesatarisht 14-15 raste në vit), (TABELA 2).

GRAFIKU 7

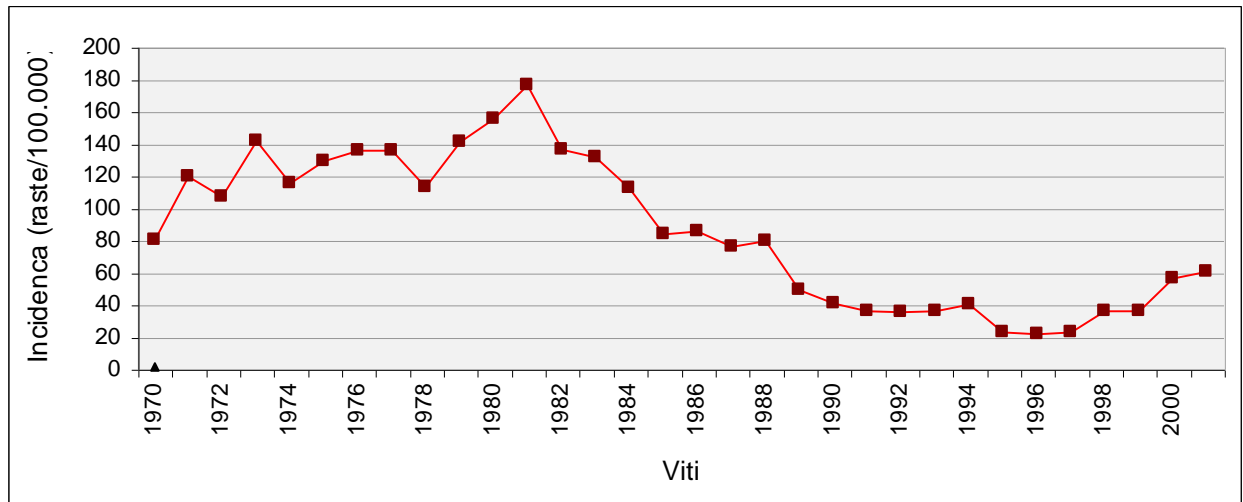
SHIGELOZAT:  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUHËS 1970-2001



6.2.4. INTOKSIKACIONET ALIMENTARE (HELMIMET USHQIMORE)  
(TABELA 2, GRAFIKU 8)

GRAFIKU 8

INTOKSIKACIONET ALIMENTARE:  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100,000 BANORË)  
GJATË PERIUHËS 1970-2001



Të dhënat e survejancës epidemiologjike të **INTOKSIKACIONEVE ALIMENTARE [TOKSIKO-INFEKSIONEVE ALIMENTARE] (ICD-9 004)** gjatë periudhës 1970-2001 lidhur me frekuencën vjetore (numër rastesh) dhe nivelet e incidencës vjetore (raste për 100.000 banorë) të hasjes së tyre, paraqiten në detaje në *TABELA 2*. Hasja e tyre në ecurinë e kohës tregon për një trend vijueshmërisht zbritës nga viti 1982 deri në vitin 1997, ndjekur më pas (periudha 1998-2001) nga një trend sërish rritës, (*GRAFIKU 8*). Është me vlerë të theksohet fakti që laboratorët mikrobiologjikë të rretheve nuk kanë arritur të realizojnë një sistem të besueshëm dhe eficient monitorimi të agjentëve etiologjikë në çdo shpërthim eventual të toksiko-infeksioneve alimentare: në shumicën e rasteve, analizat mikrobiologjike të kryera nga laboratorët mikrobiologjikë të rretheve nuk kanë mundur të identifikojnë shkaktarin mikrobik. (Të dhënat përkatëse dhe konkluzionet mbi kontrollin e sigurisë ushqimore në Shqipëri shtjellohen në nënkapitullin 7.4. "SIGURIA USHQIMORE", shih!)

### **6.3. HEPATITET VIRALE**

(*TABELAT 5, 6*)

(*GRAFIKU 9*)

(*HARTA 3*)

Pasqyra 14/Sh e SMBS të survejancës sonë epidemiologjike të sëmundjeve infektive (shih nënkapitullin 5.1. të mësipërm) përmban, krahas me "Hepatitin viral të paspecifikuar" edhe të tre tipat bazë të hepatiteve virale ("Hepatiti viral A", "Hepatiti viral B", "Hepatiti viral C"). Megjithatë, të dhënat e mëposhtëme i përkasin vetëm "Hepatitit viral të paspecifikuar" për shkak të pamundësisë objektive (mungesë e kiteve diagnostike) të identifikimit në rutinë të tipit të virusit nga laboratorët mikrobiologjikë të rretheve.

Të dhënat e survejancës epidemiologjike mbi **hepatitin viral (akut, të paspecifikuar)**, që përfshijnë periudhën prej katër dekadash 1960-2001, paraqesin një tablo të detajuar mbi hasjen e sëmundjes si frekuencë vjetore (numër i rasteve) dhe nivel vjetor i incidencës (raste për 100.000 banorë), (*TABELA 5*). Pas një rënie të theksuar të hasjes të sëmundjes gjatë viteve 1960-1962, periudha e mëpasshme prej tri dekadash 1963-1990 tregon një trend të qëndrueshëm me luhatje të vogla rreth një niveli mesatar prej 300 raste për 100.000 banorë të incidencës vjetore. Periudha e fundit, 1991-2001, karakterizohet nga një trend zbritës me luhatje të mëdha të niveleve vjetore të incidencës rreth një vlere mesatare prej 100 raste për 100.000 banorë në vit, (*GRAFIKU 9*).

Frekuenca e hasjes të hepatitit viral akut të paspecifikuar paraqitet qëndrueshmërisht më e lartë (1,5 herë) në zonat urbane krahasuar me ato rurale.

TABELA 5

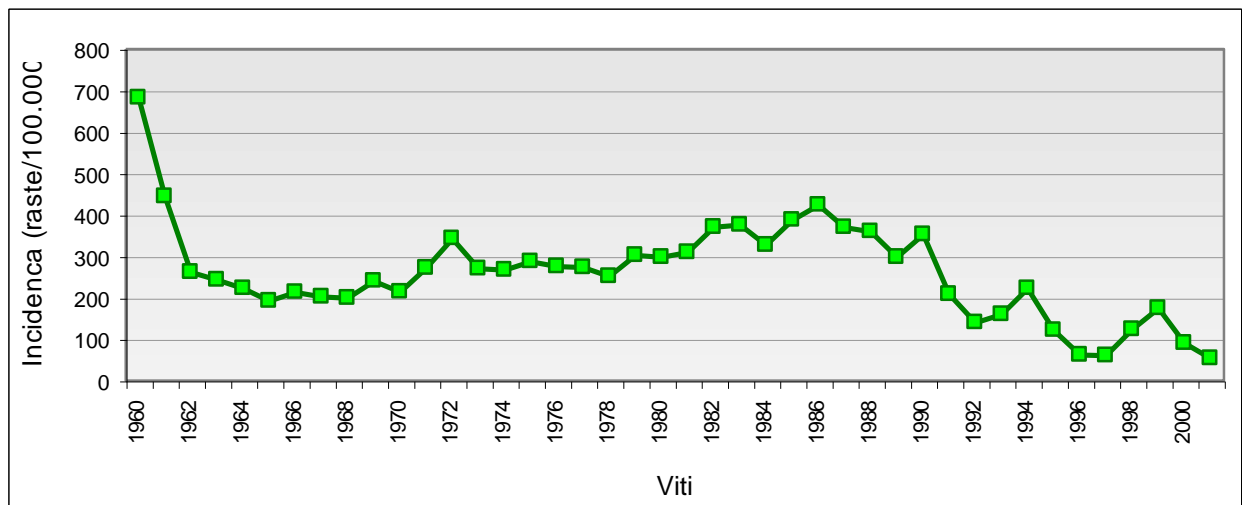
HEPATITI (AKUT VIRAL, I PASPECIFIKUAR):  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUdhËS 1960-2001

VITI	HEPATITI, AKUT VIRAL, I PASPECIFIKUAR ICD-9 070	
	RASTE	INCIDENCA (RASTE/10 <sup>5</sup> )
1960	10.967	682,3
1961	7.368	443,7
1962	4.472	261,0
1963	4.290	242,9
1964	4.041	222,1
1965	3.647	194,9
1966	4.096	212,7
1967	3.993	201,8
1968	4.039	198,9
1969	4.998	239,8
1970	4.550	213,3
1971	5.935	271,2
1972	7.667	341,9
1973	6.201	270,0
1974	6.271	266,8
1975	6.890	286,5
1976	6.763	275,1
1977	6.901	272,9
1978	6.485	251,4
1979	7.909	301,8
1980	7.936	297,3
1981	8.422	309,1
1982	10.292	369,8
1983	10.656	375,0
1984	9.507	327,1
1985	11.468	387,1
1986	12.814	422,8
1987	11.387	368,9
1988	11.294	359,3
1989	9.530	297,3
1990	11.291	352,2
1991	6.814	208,4
1992	4.576	139,2
1993	5.255	159,9
1994	7.624	222,1
1995	3.973	120,9
1996	2.035	61,9
1997	1.990	60,5
1998	4.061	123,5
1999	5.735	174,5
2000	2.973	90,5
2001	1.760	53,5

Moshat më të prekura janë ato pediatrike (0-14 vjeç), që përfaqësojnë 45-58% të totalit vjetor të rasteve të raportuara, të ndjekura nga grup-moshat 15-34 vjeç me 27-31% të totalit. Ndërkaq, është me vlerë shyrtime i trendit të hasjes të sëmundjes në veçanti për grup-moshën 0-4 vjeç në brendi të moshave 0-14 vjeç, lidhur me futjen prej vitit 1995 në kalendarin tonë kombëtar të imunizimit të vaksinimit të detyrueshëm kundër hepatitit viral B për çdo kohort-lindje të re. Ndërsa më 1995 grup-mosha 0-4 vjeç përbënte 22% të totalit vjetor të rasteve të raportuara me hepatit, "kontributi" i kësaj grup-moshe gjatë viteve të mëpasshme pëson një rënie të qëndrueshme duke arritur në 7% më 2001, çka tregon në mënyrë të qartë efektivitetin e vaksinoprofilaksisë specifike.

#### GRAFIKU 9

**HEPATITI (AKUT VIRAL, I PASPECIFIKUAR):**  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË) GJATË PERIUdhës 1960-2001



Duke analizuar shpërndarjen gjeografike (sipas rretheve të vendit) të hasjes të hepatitit viral (incidencë për 100.000 banorë) në dy periudhat dy-vjeçare të njëpasnjëshme 1995-1996 dhe 2000-2001 (TABELA 6, HARTA 3), mund të nxjerrim përfundimet në vijim:

- Nivelet e incidencës më 2000-2001 janë përgjithësisht më të ulëta se ato më 1995-1996 dhe sidomos më 1995.
- Vetëm 7 (nga totali 36) rrethe të vendit tregojnë në mënyrë të qëndrueshme nivele të ulëta të incidencës (<100 raste/10<sup>5</sup>), konkretisht Tirana (rrethi më i madh) dhe Shkodra (rreth po ashtu i madh) dhe 5 rrethe të vogla (Bulqizë, Malësi e Madhe, Laç, Peqin dhe Delvinë). Nivelet vjetore të incidencës më 1995-1996 dhe 2000-2001 luhaten në vlerat 25-73 për Tiranën, 8-42 për Shkodrën, 12-58 për Bulqizën, 16-71 për Malësinë e Madhe, 25-88 për Laçin, 22-63 për Peqinin, dhe 18-88 për Delvinën.

TABELA 6 DHE HARTA 3

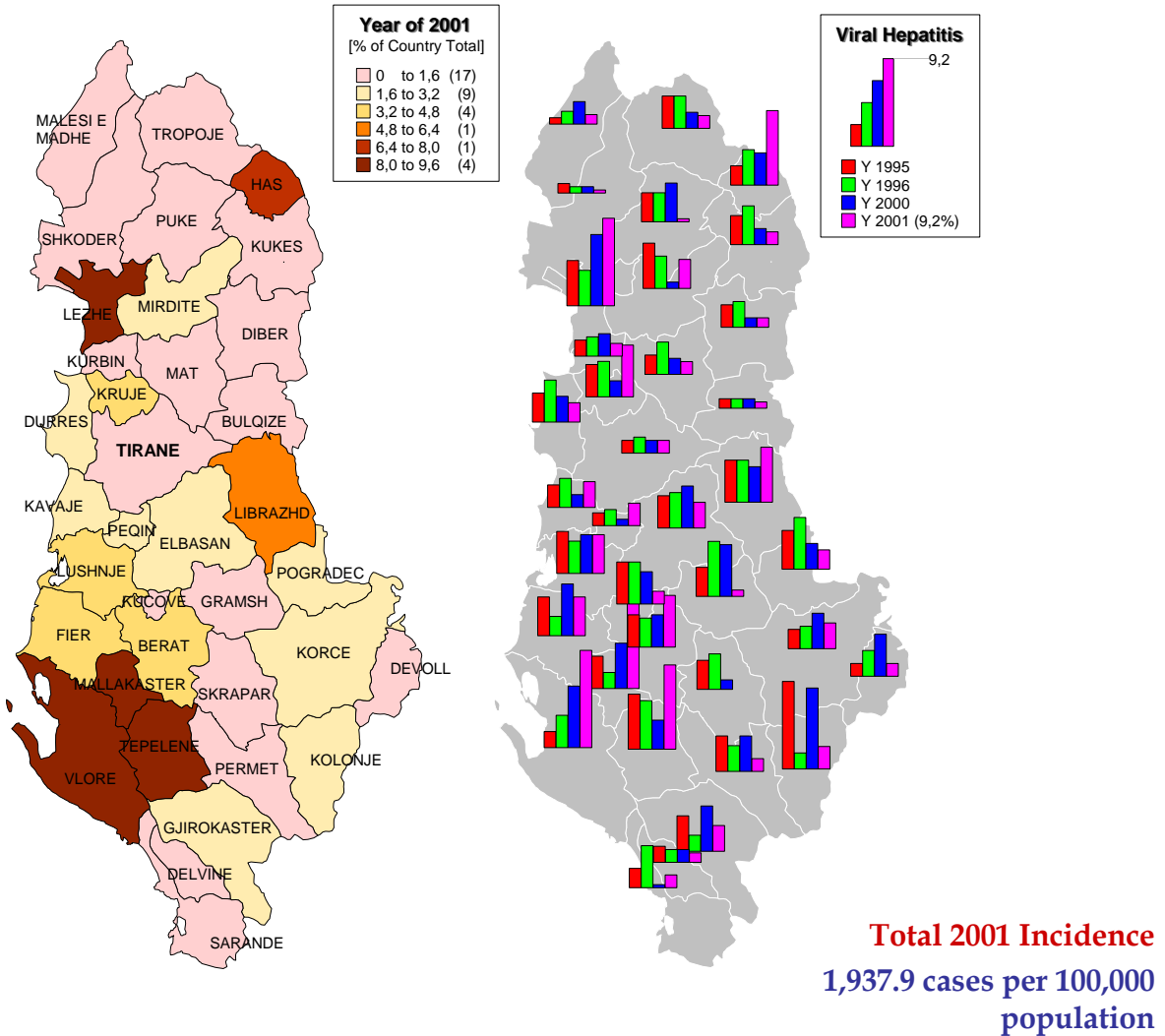
TABELA 6

**HEPATITI VIRAL [TOTAL]:**  
**SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)**  
**MË 1995-1996 DHE 2000-2001**

Nr	RRETHI	INCIDENCA: RASTE PËR 100.000 BANORË			
		1995	1996	2000	2001
1	BERAT	166,1	73,3	102,2	92,6
2	BULQIZË	57,4	22,4	31,8	11,9
3	DELVINË	87,3	33,8	45,1	17,4
4	DEVOLL	65,8	62,1	135,6	22,6
5	DIBËR	109,2	68,7	32,6	15,8
6	DURRËS	148,7	107,0	79,4	34,4
7	ËLBASAN	159,1	89,8	137,6	50,1
8	FIER	192,9	48,4	165,4	74,1
9	GRAMSH	154,5	137,3	163,4	13,8
10	GJIROKASTËR	174,3	39,9	140,0	45,6
11	HAS	91,8	91,5	98,5	137,8
12	KAVAJË	113,4	69,4	38,6	45,4
13	KOLONJË	443,3	37,1	256,7	41,4
14	KORÇË	104,9	52,8	115,6	48,2
15	KRUJË	163,0	86,5	53,9	92,6
16	KUÇOVË	216,2	107,0	97,8	23,1
17	KUKËS	144,1	99,3	54,9	23,3
18	LAÇ	87,7	45,9	67,2	24,7
19	LEZHË	224,5	86,6	219,9	157,7
20	LIBRAZHD	214,9	108,2	111,8	101,8
21	LUSHNJE	213,4	82,5	120,1	69,3
22	MALËSI E MADHE	29,6	36,4	70,2	15,9
23	MALLAKASTËR	168,2	44,2	143,3	176,2
24	MAT	103,2	78,7	51,3	25,7
25	MIRDITË	229,4	79,0	20,6	52,7
26	PEQIN	62,8	38,5	22,3	41,4
27	PËRMET	181,5	68,2	112,8	25,3
28	POGRADEC	198,0	133,1	82,7	35,1
29	PUKË	153,2	69,8	123,5	4,8
30	SARANDË	105,7	109,1	13,1	24,5
31	SKRAPAR	145,3	93,0	32,6	2,3
32	SHKODËR	41,3	16,7	19,0	7,9
33	TEPELENË	283,9	122,5	91,0	157,0
34	TIRANË	72,9	43,4	36,8	25,6
35	TROPOJË	165,2	77,2	46,7	22,1
36	VLORË	78,3	83,8	192,2	177,8

HARTA 3

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



- Rrethet e tjera demonstrojnë luhatje të mëdha të niveleve vjetore të incidencës në dy periudhat dy-vjeçare të njëpasnjëshme të lartpërmendura. Kolonja paraqet shembullin më të spikatur: nivelet vjetore të incidencës luhaten nga 443 në 37 përkatësisht më 1996 dhe 1997 dhe nga 256 në 41 përkatësisht më 2000 dhe 2001. Të njëjtin model, ndonëse më pak të theksuar, e paraqesin edhe rrethet e tjera, duke treguar luhatje të niveleve vjetore të incidencës nga >150-200 (përgjithësisht më 1995) në <100 raste/10<sup>5</sup>.



Instituti i Shëndetit Publik (IShP) ka kryer një sërë SURVEJIMESH NDËR-SEKSIONALE SERO-EPIDEMIOLOGJIKE gjatë periudhës 1992-2001 me synim përcaktimin e profileve imunologjike të popullatës së Shqipërisë kundrejt viruseve A, B, C, D, dhe E të hepatitit viral.

Konkluzionet e përfuara nga këto studime sero-prevalente mund të përmbliidhen si vijon:

- Nivelet totale të antikorpeve anti-HAV IgG në popullatën e shëndetëshme 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 fekal-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.
- Për sa u përket markerëve të VIRUSIT B TË HEPATITIT (HBV), HBsAg tregon nivele seropozitiviteti prej 8,5% në 13,5%, ndërkohë që nivelet e anti-HBs luhaten nga 55% në 72% në popullatën e shëndetëshme. Të tilla nivele të përfuara dëshmojnë që Shqipëria përfaqëson një vend Europian me një endemicitet të lartë lidhur me qarkullimin e infeksionit HBV, (OBSH përcakton nivelet 8% e lart të seropozitivitetit të HBV si një tregues-prag i një endemiciteti të lartë).

Ndërkaq, nivelet e larta të seropozitivitetit të anti-HBc (22% në moshat pediatrike dhe 47-52% në adultët e shëndetëshëm) dhe të HBeAg (12-28% e rasteve HBsAg+ rezultojnë të jenë HBeAg+) demonstrojnë impaktin serioz në shëndetin publik të formës kronike të HBV (lidhur me rrjedhojat e mirënjohura shëndetësore të tij si cirroza hepatike dhe hepato-karcinoma parësore).

- Prevalenca e VIRUSIT C TË HEPATITIT (HCV) me nivelet anti-HCV në 1,0-1,6% në popullatën e shëndetëshme është po ashtu e lartë, duke demonstruar të njëjtin impakt në shëndetin publik sikurse HBV. Ndërkaq, subjektet me hemofili dhe/ose talasemi paraqesin nivele jashtëzakonisht të larta (63%) të HCV (anti-HCV).
- Nivelet e larta (12-15%) të seropozitivitetit të HBsAg në gratë shtatzëna të shëndetëshme (17% e subjekteve HBsAg+ rezultojnë të jenë njëkohësisht

HBeAg+) demonstrojnë për një potencialitet të lartë të transmetimit vertikal (mëmë-fetus) të infeksionit HBV në Shqipëri.

- VIRUSI E I HEPATITIT (HEV) tregon nivele 8-10% (anti-HEV) në popullatën e shëndetëshme.
- VIRUSI D (DELTA) I HEPATITIT (HDV) nuk është gjetur ende në popullatë të shëndetëshme në Shqipëri.
- Bazuar në të dhënat e survejancës epidemiologjike dhe rezultatet e sero-survejimeve të mësipërme, Shqipëria institucionalizoi prej vitit 1995 politikën kombëtare të vaksinimit të detyrueshëm të çdo kohort-lindje të re kundër hepatitisit B, si strategjia më e frutshme për kontrollin afat-gjatë të hepatitisit B në një vend (si Shqipëria) me endemicitet të lartë të HBV.

#### **6.4. SËMUNDJET INFEKTIVE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-AJRI**

(TABELAT 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

(GRAFIKËT 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21)

(HARTAT 4, 5, 6, 7, 8)

##### **6.4.1. SËMUNDJET INFEKTIVE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-AJRI NË PËRGJITHËSI**

(TABELAT 7, 8)

(GRAFIKËT 10, 11)

Në sëmundjet infektive me transmetim nëpërmjet-ajrit marrim në shqyrtim gripin, infeksionet streptokoksike, fruthin, rubeolën, parotitin epidemik, pertussis, difterinë, varicelën dhe meningitet, bazuar në të dhënat përkatëse të survejancës epidemiologjike, të disponueshme prej vitit

- 1945 për fruthin,
- 1960 për difterinë, pertussis, skarlatinën, dhe meningitin meningokoksik,
- 1964 për rubeolën,
- 1969 për gripin,
- 1990 për erizipelën, parotitin epidemik, varicelën, dhe meningitet e tjera.

Duhet theksuar që disa prej sëmundjeve të mësipërme, konkretisht **difteria**, **pertussis** dhe **fruthi**, dhe tani së fundi (viti 2001) edhe **rubeola**, përfaqësojnë në vetvete sëmundje infektive të parandalueshme-me-vaksinim, dmth janë subjekt edhe i nënkapitullit vijues (6.5.) mbi **sëmundjet infektive të Programit Kombëtar të Imunizimit**. Fruthi dhe rubeola shtjellohen në këtë nënkapitull, ndërsa difteria dhe pertussis në nënkapitullin vijues (6.5.) të sapopërmendur (shih!).

Të dhënat e survejancës epidemiologjike mbi frekuencën vjetore (numri i rasteve) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) për secilën nga sëmundjet e mësipërme infektive me transmetim nëpërmjet-ajrit paraqiten në detaje në *TABELA 7*.

*TABELA 8* fokusohet në periudhën 1990-2001, në të cilën të dhënat e survejancës epidemiologjike janë të disponueshme për të gjitha sëmundjet infektive me transmetim nëpërmjet-ajrit, çka jep mundësinë për krahasimin e niveleve përkatëse të hasjes.

*GRAFIKËT 10* dhe *11* synojnë në paraqitjen e trendit të frekuencës së hasjes (numër rastesh dhe raste për 100.000 banorë) të sëmundjeve infektive me transmetim nëpërmjet-ajrit gjatë periudhës 1990-2001.

Shihet qartë që gripi (së bashku me sindromin flu-like apo common cold) ze peshën specifike kryesore në totalin vjetor të rasteve të raportuara me sëmundje infektive me transmetim nëpërmjet-ajrit.

TABELA 7

## SËMUNDJET INFEKTIVE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-AJRIT

[SECILA SYRESH]:

FREKUENCA (NUMRI I RASTEVE) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUdhËS 1960-2001

VITI	FRUTHI		RUBEOLA		PAROTITI EPIDEM.		PERTUSSIS		DIFTERIA	
	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000
1960	0	0	ND				3.501	217,8	402	25,0
1961	0	0	ND				1.299	78,2	349	21,0
1962	0	0	ND				3.876	226,2	323	18,8
1963	0	0	ND				6.851	387,9	294	16,6
1964	0	0	7	0,4			3.876	213,1	190	10,4
1965	0	0	2	0,1			1.849	98,8	140	7,5
1966	0	0	10	0,5			4.958	257,6	118	6,1
1967	0	0	1	0,05			5.885	297,6	144	7,3
1968	0	0	223	11,0			2.252	110,9	97	4,7
1969	0	0	3.676	176,5			2.328	111,8	39	1,9
1970	48.158	2.293,0	6	0,3			8.230	385,4	52	2,4
1971			2	0,09			6.447	294,6	48	2,2
1972	0	0	37	1,60			2.286	101,9	72	3,2
1973	0	0	4	0,17			9.354	407,4	48	2,1
1974	0	0	12	0,5			9.300	397,5	36	1,5
1975	0	0	4	0,16			2.215	92,1	14	0,6
1976	0	0	1	0,04			4.011	163,1	6	0,2
1977	0	0	2	0,08			6.057	239,5	6	0,2
1978	0	0	1	0,04			4.312	167,2	12	0,5
1979	0	0	1	0,04			3.386	129,2	8	0,3
1980	0	0	0	0			1.370	51,3	5	0,2
1981	0	0	0	0			2.835	104,0	4	0,15
1982	0	0	2	0,1			3.120	112,1	10	0,35
1983	0	0	10	0,4			1.658	58,3	20	0,7
1984	0	0	21	0,7			897	30,9	3	0,1
1985	0	0	78.594	2.653,2			1.459	49,2	8	0,3
1986	0	0	7	0,2			1.257	41,6	7	0,23
1987	0	0	10	0,3			1.124	36,5	9	0,3
1988	0	0	5	0,2			1.049	33,4	8	0,25
1989	168.636	5.301,0	8	0,3			409	12,8	11	0,3
1990			15	0,5	2.598	81,0	329	10,3	17	0,5
1991	0	0	9	0,3	3.102	96,1	275	8,5	23	0,7
1992	0	0	12	0,4	999	30,4	51	1,5	48	1,4
1993	7	0,2	111	3,4	4.128	125,5	124	3,8	18	0,5
1994	29	0,9	3.432	104,4	2.863	87,1	244	7,4	14	0,4
1995	15	0,4	10	0,3	243	7,5	136	4,1	4	0,1
1996	1.204	36,6	180	5,5	1.324	40,2	228	6,9	4	0,1
1997	2.386	72,6	66	2,0	2.969	90,3	78	2,4	0	0
1998	1.901	57,8	721	21,9	1.373	42,1	24	0,7	0	0
1999	797	24,2	15	0,4	1.006	30,6	27	0,8	2	0,06
2000	662	20,1	1.752	53,3	1.651	50,2	89	2,7	4	0,1
2001	18	0,5	10	0,3	1.414	43,0	36	1,1	0	0

TABELA 7 (vijim)

VITI	VARICELA		SKARLATINA		ERIZIPELA		MENINGOKOKSIK		MENINGITE TJERA		GRIPI	
	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000
1960			211	13,1			73	4,5				
1961			242	14,5			37	2,2				
1962			129	7,5			37	2,2				
1963			83	4,7			35	2,0				
1964			88	4,8			31	1,7				
1965			370	19,8			30	1,6				
1966			127	6,6			49	2,5				
1967			83	4,2			67	3,4				
1968			16.419	808,8			93	4,6				
1969			7.780	373,5			68	3,3			845.270	39.583,7
1970			103	4,8			73	3,4			680.905	31.119,7
1971			91	4,1			79	3,6			482.724	21.530,1
1972			186	8,3			241	10,7				
1973			450	19,6			136	5,9				
1974			409	17,4			89	3,8				
1975			312	13,0			85	3,5				
1976			636	25,8			68	2,8				
1977			561	22,2			53	2,1				
1978			470	18,2			56	2,2				
1979			553	21,1			70	2,7				
1980			423	15,8			29	1,1				
1981			275	10,1			30	1,1				
1982			536	19,3			51	1,8				
1983			490	17,2			55	1,9				
1984			192	6,6			51	1,8				
1985			280	9,4			75	2,5				
1986			250	8,3			111	3,7				
1987			355	11,5			73	2,4				
1988			337	10,7			79	2,5				
1989			242	7,6			84	2,6			635.771	19.977,6
1990	4.728	149,1	406	12,7	260	8,1	86	2,7	121	3,7	574.772	17.928,9
1991	1.043	32,3	166	5,1	216	6,7	97	3,0	118	3,6	222.401	6.887,9
1992	191	5,8	39	1,2	138	4,2	57	1,7	186	5,6	196.340	5.972,8
1993	332	10,1	40	1,2	100	3,0	133	4,0	108	3,3	208.309	6.336,8
1994	541	16,4	377	11,5	95	2,8	73	2,2	147	4,5	140.257	4.266,7
1995	1.175	35,7	93	2,8	87	2,6	42	1,3	116	3,5	152.801	4.648,3
1996	1.687	51,3	92	2,8	98	3,0	43	1,3	230	7,0	149.602	4.550,9
1997	843	25,6	49	1,5	85	2,6	115	3,5	263	8,0	98.033	2.982,2
1998	749	22,8	58	1,8	72	2,2	38	1,15	177	5,4	89.114	2.710,9
1999	715	21,7	77	2,3	66	2,0	28	0,85	132	4,0	83.893	2.552,1
2000	1.018	31,0	134	4,1	69	2,1	0	0	136	4,1	87.501	2.661,8
2001	837	25,5	74	2,2	99	3,0	10	0,3	200	6,1	91.010	2.768,6

TABELA 8 DHE GRAFIKËT 10 DHE 11

TABELA 8

SËMUNDJET INFEKTIVE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-AJRIT [TOTAL]:  
FREKUENCA (NUMRI I RASTEVE) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE/100.000 BANORË)  
GJATË PERIUdhËS 1990-2001

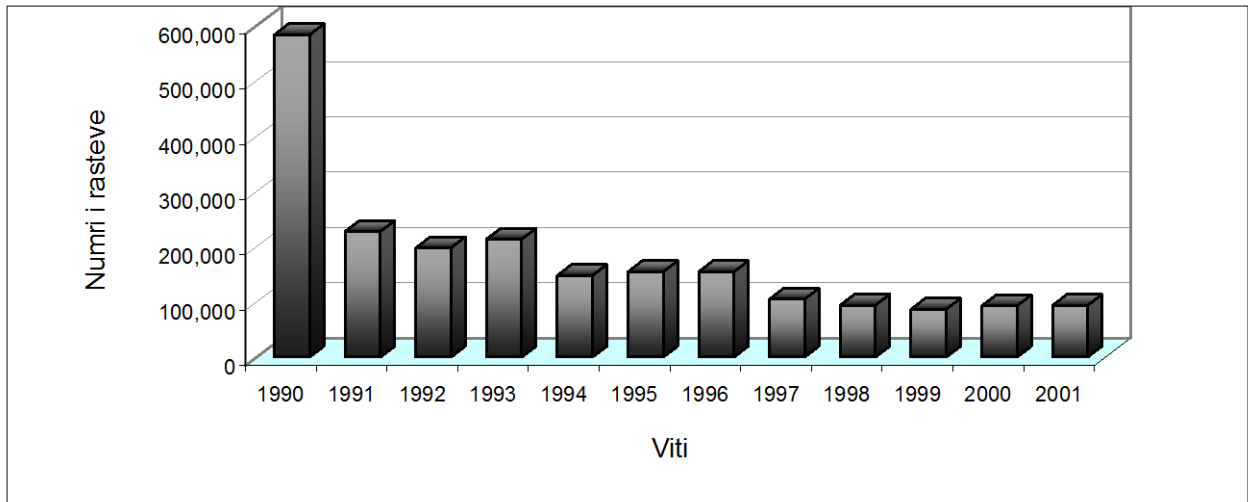
VITI	FRUTHI	RUBEOLA	PAROTTI EPIDEM.	PERTUSSIS	DIFTERIA	VARICELA	SKARLATINA	ERIZIPELA	MENINGITI MENINGOKOKSIK	MENINGITE TË TJERA	GRIPI	TOTAL
<b>RASTE</b>												
1990		15	2.598	329	17	4.728	406	260	86	121	574.772	<b>583.332</b>
1991	0	9	3.102	275	23	1.043	166	216	97	118	222.401	<b>227.450</b>
1992	0	12	999	51	48	191	39	138	57	186	196.340	<b>198.061</b>
1993	7	111	4.128	124	18	332	40	100	133	108	208.309	<b>213.403</b>
1994	29	3.432	2.863	244	14	541	377	95	73	147	140.257	<b>148.043</b>
1995	15	10	243	136	4	1.175	93	87	42	116	152.801	<b>154.707</b>
1996	1.204	180	1.324	228	4	1.687	92	98	43	230	149.602	<b>153.488</b>
1997	2.386	66	2.969	78	0	843	49	85	115	263	98.033	<b>102.501</b>
1998	1.901	721	1.373	24	0	749	58	72	38	177	89.114	<b>92.326</b>
1999	797	15	1.006	27	2	715	77	66	28	132	83.893	<b>85.961</b>
2000	662	1.752	1.651	89	4	1.018	134	69	0	136	87.501	<b>92.354</b>
2001	18	10	1.414	36	0	837	74	99	10	200	91.010	<b>93.690</b>
<b>INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 BANORË)</b>												
1990		0,5	81,0	10,3	0,5	149,1	12,7	8,1	2,7	3,7	17.928,9	<b>18.197,5</b>
1991	0	0,3	96,1	8,5	0,7	32,3	5,1	6,7	3,0	3,6	6.887,9	<b>7.044,2</b>
1992	0	0,4	30,4	1,5	1,4	5,8	1,2	4,2	1,7	5,6	5.972,8	<b>6.025,0</b>
1993	0,2	3,4	125,5	3,8	0,5	10,1	1,2	3,0	4,0	3,3	6.336,8	<b>6.491,6</b>
1994	0,9	104,4	87,1	7,4	0,4	16,4	11,5	2,8	2,2	4,5	4.266,7	<b>4.503,4</b>
1995	0,4	0,3	7,5	4,1	0,1	35,7	2,8	2,6	1,3	3,5	4.648,3	<b>4.706,2</b>
1996	36,6	5,5	40,2	6,9	0,1	51,3	2,8	3,0	1,3	7,0	4.550,9	<b>4.669,0</b>
1997	72,6	2,0	90,3	2,4	0	25,6	1,5	2,6	3,5	8,0	2.982,2	<b>3.118,1</b>
1998	57,8	21,9	42,1	0,7	0	22,8	1,8	2,2	1,2	5,4	2.710,9	<b>2.809,0</b>
1999	24,2	0,4	30,6	0,8	0,1	21,7	2,3	2,0	0,9	4,0	2.552,1	<b>2.614,8</b>
2000	20,1	53,3	50,2	2,7	0,1	31,0	4,1	2,1	0	4,1	2.661,8	<b>2.809,4</b>
2001	0,5	0,3	43,0	1,1	0	25,5	2,2	3,0	0,3	6,1	2.768,6	<b>2.850,1</b>

Gjatë periudhës 1990-2001 vërehet një trend zbritës i hasjes të sëmundjeve infektive me transmetim nëpërmjet-ajrit, (niveli spikatshëm i lartë i frekuencës së hasjes të tyre më 1990 shpjegohet me epideminë e gripit më 1989-1990), (GRAFIKËT 10 dhe 11). Ky trend mund të jetë real. Megjithatë, lypset domosdoshmërisht marrë në konsideratë prania e një niveli jo të ulët të rasteve të paraportuara, pra e

fallco-negativitetit në raportim, (një dukuri negative kjo e përgjithshme veçanërisht në periudhën 1993-1994 e pas në sistemin në tërësi të survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive në vendin tonë).

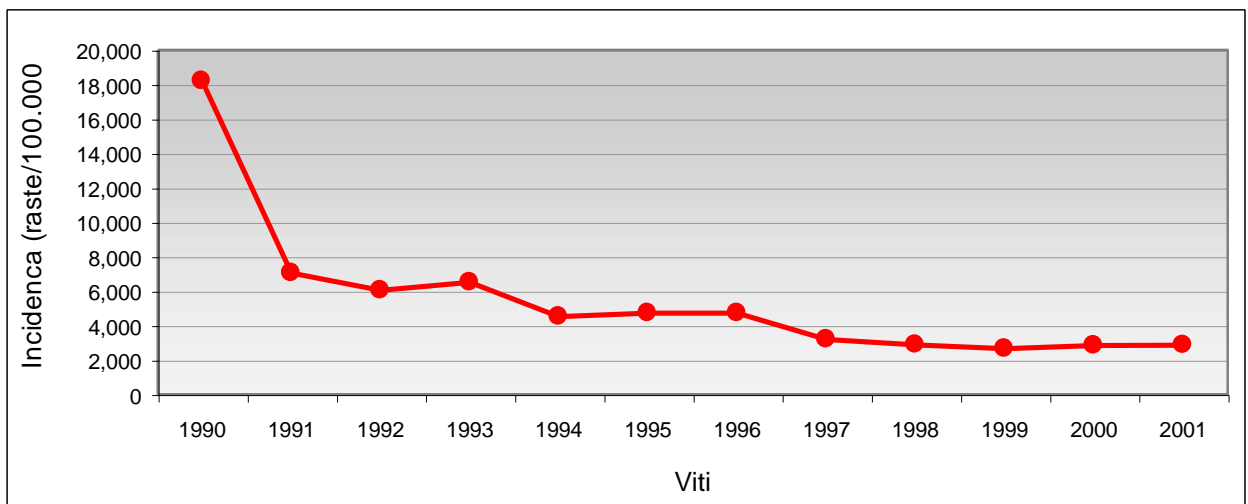
GRAFIKU 10

SËMUNDJET INFEKTIVE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-AJRIT [TOTAL]:  
FREKUENCA VJETORE E HASJES (NUMRI I RASTEVE)  
GJATË PERIUHËS 1990-2001



GRAFIKU 11

SËMUNDJET INFEKTIVE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-AJRIT [TOTAL]:  
INCIDENCA VJETORE (RASTE/100.000 BANORË)  
GJATË PERIUHËS 1990-2001



#### 6.4.2. GRIPI

(TABELAT 7, 8, dhe 9, 10)

(GRAFIKU 12)

(HARTA 4)

Gjatë periudhës 1969-2001 evidentohen dy pike epidemike të qarkullimit çdo-vjetor të gripit në Shqipëri. **Epidemia** e parë dhe njëkohësisht më e madhja është ajo e vitit 1969-1970, e shkaktuar nga virusi A (H3N2) i gripit, konkretisht shtami A/HongKong/1/68, epidemi me 845.270 raste të raportuara (apo 39.583,7 raste/10<sup>5</sup>), e ndjekur më 1971-1972 nga shpërthime të lokalizuara sidomos në kolektiva të mbyllura (të institucionalizuara). **Epidemia** e dytë është ajo e vitit 1989-1990, e shkaktuar nga virusi A i së njëjtës strukturë antigjenike (H3N2), konkretisht shtami A/Shanghai/11/87, epidemi me 635.771 raste (apo 19.977,6 raste/10<sup>5</sup>) dhe 574.772 raste (apo 17.928,9 raste/10<sup>5</sup>) përkatësisht më 1989 dhe 1990. Ndërkaq, në periudhat ndër-epidemike gripi ka treguar qarkullimin e vet të zakonshëm endemik, veçanërisht gjatë stinës së gripit (nëntor-mars), (TABELA 9).

TABELA 9 DHE GRAFIKU 12

TABELA 9

**GRIPI**  
FREKUENCA (NUMRI I RASTEVE)  
DHE INCIDENCA (RASTE/100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHAVE 1969-1972 DHE 1989-2001  
[PIKE EPIDEMIKE MË 1969-70 DHE 1989-90]

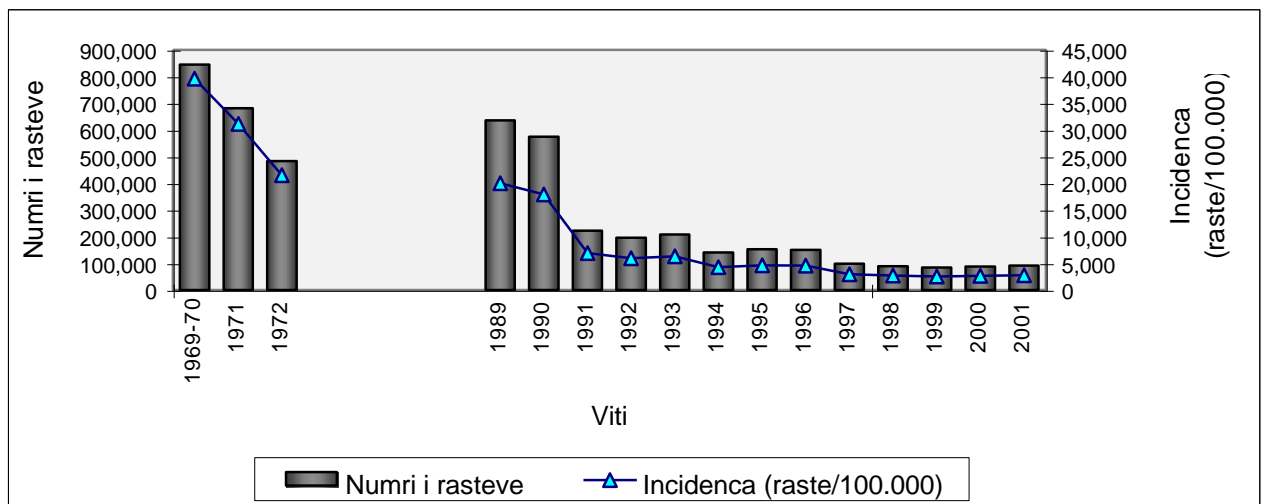
VITI	GRIPI			
	GJENDJA EPIDEMIOLOGJIKE	VIRUSI I IDENTIFIKUAR	RASTE	INCIDENCA
1969-70	Epidemi	A/HongKong/1/68 (H3N2)	845.270	39.583,7
1971	Shpërthime (në kolektiva të mbyllura)	A/England/5/72 (H3N2)	680.905	31.119,7
1972		dhe B/HongKong/5/72	482.724	21.530,1
1989	Epidemi	A/Shanghai/11/87 (H3N2)	635.771	19.977,6
1990			574.772	17.928,9
1991	Qarkullim endemik i përvitshëm	B/Victoria/1/87	222.401	6.887,9
1992		B/Victoria/2/87	196.340	5.972,8
1993		A/Beijing/33/92 (H3N2)	208.309	6.336,7
1994		B/Panama/45/90	140.257	4.266,8
1995		B/Beijing/184/93	152.801	4.648,3
1996		A (H3N2)	149.602	4.550,9
1997		A (H3N2)	98.033	2.928,2
1998		A (H3N2)	89.114	2.710,9
1999		A (H3N2)	83.893	2.552,1
2000		A/Singapor/5/97 (H3N2)	87.501	2.661,8
2001	A (H3N2)	91.010	2.768,6	



Trendi i hasjes së gripit gjatë periudhës 1991-2001 është një trend pak a shumë i qëndrueshëm, me një mesatare vjetore prej rreth 120.000 raste të raportuara (apo 6.500 raste për 100.000 banorë), (GRAFIKU 12).

GRAFIKU 12

**GRIPI:**  
FREKUENCA (NUMRI I RASTEVE)  
DHE INCIDENCA (RASTE/100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHAVE 1969-1972 DHE 1989-2001  
[PIKE EPIDEMIKE MË 1969-70 DHE 1989-90]



Sëmundshmëria moshë-specifike e gripit tregon incidencën më të lartë në moshat pediatrike (0-14 vjeç); ato përfaqësojnë rreth 50% të totalit vjetor të rasteve të raportuara. Është për t'u shënuar fakti që moshat nën 1 vjeç paraqesin rreth 10% të totalit vjetor të rasteve të raportuara, çka përbën një të dhënë të rëndësishme duke pasur parasysh se infeksionet respiratore janë shkaku kryesor i vdekshmërisë foshnjore në Shqipëri (shih 2.2.2.).

Duhet theksuar prania e një mospërputhjeje ndërmjet niveleve të hasjes të infeksioneve respiratore të sipërme dhe atyre të poshtëme të raportuara nëpërmjet Sistemit Alert të Bazuar-në-Sindroma të Survejancës sonë epidemiologjike të sëmundjeve infektive (shih 5.3.) dhe niveleve të hasjes së gripit (së bashku me sindromin flu-like apo common cold) të raportuara nëpërmjet SMBS të asaj survejance (shih 5.1.). Konkretisht, raporti mesatar vjetor rezulton të jetë 7/1-8/1 në favor të infeksioneve respiratore të sipërme e të poshtëme, (dmth vetëm 1 ndër 7-8 raste me të tillë sindroma infektivë diagnostikohet klinikisht dhe raportohet për grip apo common cold). Është një rezultat i pritshëm, i arsyeshëm, duke pasur parasysh që infeksionet respiratore

të sipërme e të poshtëme si tonsilitet, otitet, faringitet, laringitet, bronkitet, bronkopneumomitë, nuk janë subjekt i SMBS atëhere kur ato hasen jashta kontekstit të një gripi apo common coldi.

TABELA 10 DHE HARTA 4

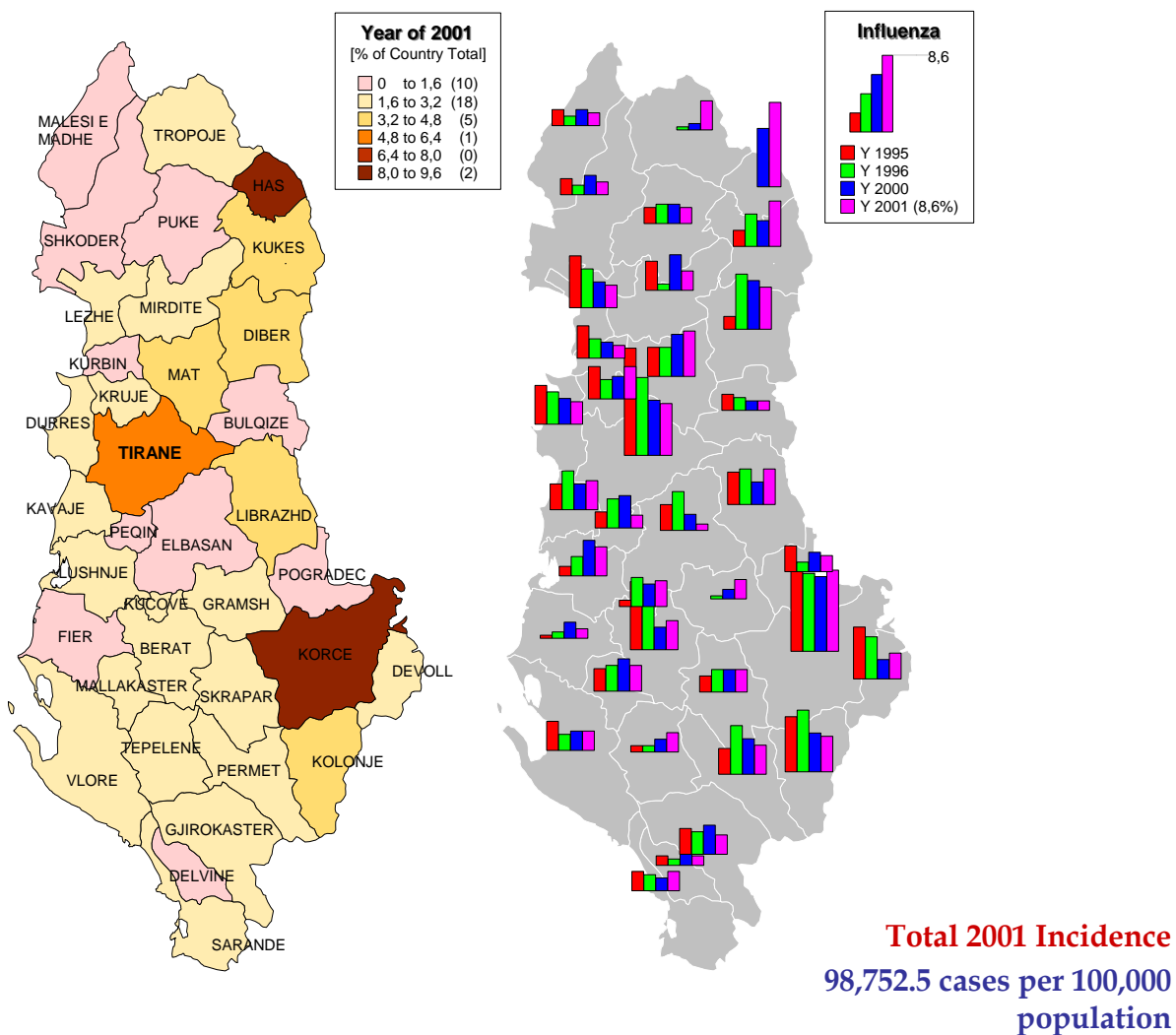
TABELA 10

**GRIPI:**  
**SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)**  
**MË 1995-1996 DHE 2000-2001**

Nr	RRETHI	INCIDENCA: RASTE PËR 100.000 BANORË			
		1995	1996	2000	2001
1	BERAT	9.898,5	7.782,2	2.205,6	2.797,5
2	BULQIZË	2.328,2	1.670,5	751,1	892,2
3	DELVINË	1.361,1	1.129,9	2.869,1	1.085,9
4	DEVOLL	7.418,8	5.680,4	1.819,5	2.667,1
5	DIBËR	2.062,2	7.827,1	4.415,7	4.397,9
6	DURRËS	5.729,5	4.569,5	2.326,9	2.430,6
7	ELBASAN	3.521,7	5.338,8	1.372,9	555,3
8	FIER	587,4	1.042,6	1.354,0	857,8
9	GRAMSH	194,7	373,4	901,7	1.866,1
10	GJIROKASTËR	3.570,6	3.322,3	2.542,4	2.063,4
11	HAS	225,3	134,5	5.371,2	8.463,0
12	KAVAJË	3.628,4	5.360,0	2.343,9	2.816,1
13	KOLONJË	8.037,9	8.517,7	3.598,1	3.585,6
14	KORÇË	11.536,2	10.788,3	6.884,1	8.190,5
15	KRUJË	4.732,7	2.839,5	2.016,4	3.146,8
16	KUÇOVË	1.079,8	4.121,2	2.137,1	2.582,5
17	KUKËS	2.421,5	4.442,6	2.442,3	4.532,9
18	LAÇ	4.577,9	2.757,2	1.458,2	1.380,3
19	LEZHË	7.319,2	5.359,5	2.452,1	2.379,2
20	LIBRAZHD	4.737,4	4.851,3	2.009,3	3.717,8
21	LUSHNJE	1.162,1	2.817,8	3.136,6	2.973,1
22	MALËSI E MADHE	2.340,0	1.288,4	1.591,4	1.213,1
23	MALLAKASTËR	3.322,2	3.481,2	2.856,2	2.723,5
24	MAT	4.119,9	3.949,5	3.822,6	4.569,9
25	MIRDITË	4.041,5	1.071,2	3.336,7	2.108,7
26	PEQIN	2.257,7	3.982,1	3.023,4	1.446,4
27	PËRMET	3.671,3	6.828,8	3.346,6	2.949,1
28	POGRADEC	3.528,8	1.369,7	1.861,8	1.549,3
29	PUKË	2.522,1	2.781,3	1.828,9	1.499,5
30	SARANDË	2.739,7	2.348,8	1.337,3	1.833,5
31	SKRAPAR	2.340,5	3.262,2	2.105,9	2.315,3
32	SHKODËR	2.508,3	1.321,5	1.654,5	1.383,4
33	TEPELENË	788,6	1.110,7	1.201,2	1.801,8
34	TIRANË	15.116,3	10.687,4	5.167,9	5.132,6
35	TROPOJË	126,8	412,1	482,1	2.890,4
36	VLORË	4.360,1	2.268,6	1.847,5	1.954,4

HARTA 4

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



Shpërndarja gjeografike e gripit në Shqipëri (TABELA 10 dhe HARTA 4) 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 thuajse 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.

#### **6.4.3. INFEKSIONET STREPTOKOKSIKE (SKARLATINA DHE ERIZIPELA)**

(TABELAT 7, 8, 12, 13)

(GRAFIKËT 14, 15, 16)

(HARTAT 5, 6)

Ndërmjet infeksioneve streptokoksike të shkaktuara nga streptokokët  $\beta$ -hemolitikë të Grupit A, vetëm Skarlatina (qysh prej vitit 1960) dhe Erizipela (qysh prej vitit 1990) janë subjekt i SMBS të survejancës sonë epidemiologjike të sëmundjeve infektive (shih 5.1.), sepse faktikisht vetem ato, krahasuar me të tjerat, karakterizohen nga një përkufizim i rastit i përcaktuar mirë.

Të dhënat e survejancës epidemiologjike për skarlatinën (periudha 1960-2001) dhe erizipelen (periudha 1990-2001) si frekuencë vjetore e hasjes (numër i rasteve) dhe nivele vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) paraqiten në detaje në TABELAT 7, 8, dhe 12.

Ndërsa GRAFIKU 14 tregon trendin e niveleve të incidencës të skarlatinës gjatë periudhës prej katër dekadash 1990-2001, GRAFIKËT 15 dhe 16 synojnë të ilustrojnë në mënyrë krahasuese përkatësisht nivelet vjetore të incidencës të skarlatinës dhe erizipelës dhe trendet e tyre gjatë periudhës 1960-2001.

SKARLATINA paraqet një qarkullim endemik në popullatë, me pike te vogla epidemike çdo 3-5 vjet, me përjashtim të shpërthimeve të gjera epidemike më 1968 dhe 1969 me përkatësisht 808,8 raste/10<sup>5</sup> dhe 373,5 raste/10<sup>5</sup>. Nivelet vjetore të incidencës luhaten nga 1,2 në 21,5 raste/10<sup>5</sup>, me një mesatare vjetore prej 9,8 raste/10<sup>5</sup>. Zonat urbane tregojnë në mënyrë të qëndrueshme nivelet më të larta të incidencës: 75-95% e totalit vjetor të rasteve të raportuara u përkasin këtyre zonave.

Moshat pediatrike (0-14 vjeç) mbajnë peshën specifike kryesore të sëmundshmërisë: ato përfaqësojnë 81-92% të totalit vjetor të rasteve të raportuara me skarlatinë. Në një kontekst të tillë, duhet pasur parasysh rëndësia e skarlatinës në shëndetin publik, lidhur me impaktin eventual të saj në sistemin kardial (sëmundja reumatizmale e zemrës) dhe sistemin renal (glomerulonefriti kronik).

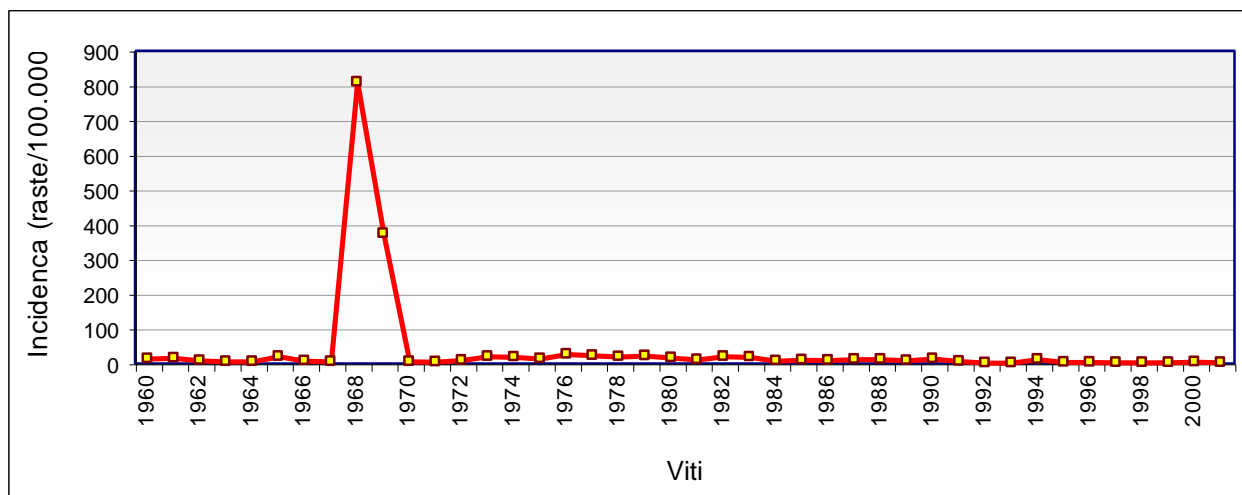
TABELA 12

INFEKSIONET STREPTOKOKSIKE (SKARLATINA DHE ERIZIPELA):  
 INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
 GJATË PERIUdhËS 1960-2001

VITI	SCARLAT.	ERIZIPELA
	/100.000	/100.000
1960	13,1	
1961	14,5	
1962	7,5	
1963	4,7	
1964	4,8	
1965	19,8	
1966	6,6	
1967	4,2	
1968	808,8	
1969	373,5	
1970	4,8	
1971	4,1	
1972	8,3	
1973	19,6	
1974	17,4	
1975	13,0	
1976	25,8	
1977	22,2	
1978	18,2	
1979	21,1	
1980	15,8	
1981	10,1	
1982	19,3	
1983	17,2	
1984	6,6	
1985	9,4	
1986	8,3	
1987	11,5	
1988	10,7	
1989	7,6	
1990	12,7	8,1
1991	5,1	6,7
1992	1,2	4,2
1993	1,2	3,1
1994	11,5	2,8
1995	2,8	2,6
1996	2,8	3,0
1997	1,5	2,6
1998	1,8	2,2
1999	2,3	2,1
2000	4,1	2,1
2001	2,2	3,1

GRAFIKU 14

SKARLATINA:  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1960-2001  
(SHPËRTHIM EPIDEMIK MË 1968-1969)

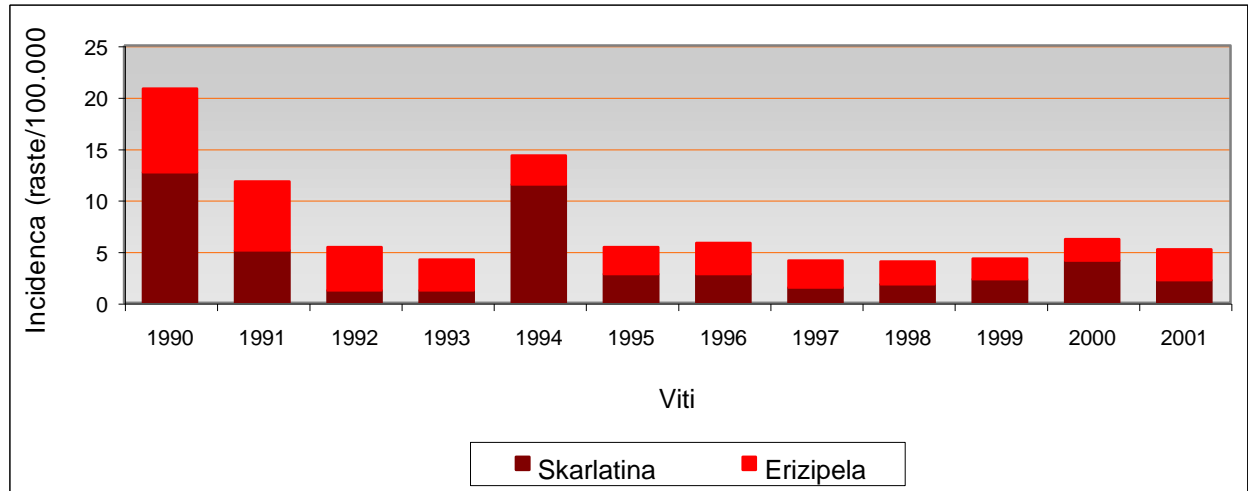


Ndryshe nga skarlatina, **ERIZIPELA** nuk rezulton të karakterizohet nga ndonjë periodicitet epidemik të qarkullimit endemik të saj. Nivelet vjetore të incidencës së erizipelës (periudha 1990-2001) luhaten nga 2,1 në 8,1 raste/10<sup>5</sup>, me një mesatare vjetore prej 3,5 raste/10<sup>5</sup>. Nga ana tjetër, zonat urbane nuk tregojnë ndonjë mbizotërim ndaj atyre rurale lidhur me nivelet e hasjes të sëmundjes.

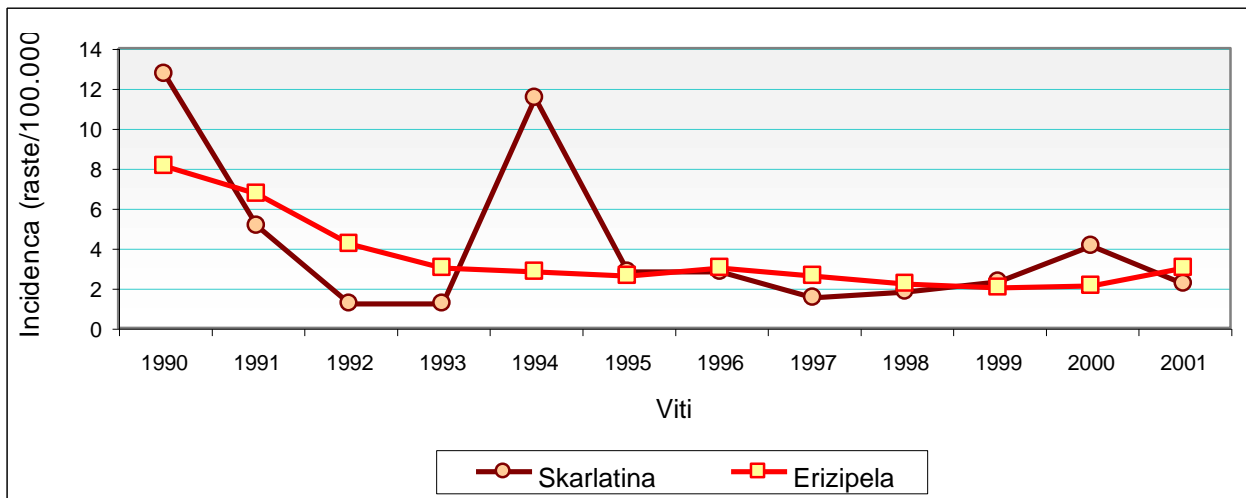
Gjithashtu, ndryshe nga skarlatina, janë grup-moshat e rritura ato, që paraqesin nivelet më të larta të incidencës të erizipelës: atyre u përkasin mbi 80% e totalit vjetor të rasteve të raportuara me erizipelë.

GRAFIKËT 15 DHE 16  
GRAFIKU 15

SKARLATINA DHE ERIZIPELA (INFEKSIONET STREPTOKOKSIKE):  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1990-2001



GRAFIKU 16



Shpërndarja gjeografike e Skarlatinës dhe Erizipelës (TABELA 13 dhe HARTAT 5, 6) nxjerr në pah rrethet me nivele të larta të incidencës dhe rrethe me nivele të ulëta (madje zero) të incidencës.

Megjithatë, përgjithësisht nuk ka rrethe me nivele qëndrueshmërisht të larta apo qëndrueshmërisht të ulëta të incidencës si për skarlatinën ashtu dhe për erizipelën në dy periudhat dy-vjeçare të njëpasnjëshme 1995-1996 dhe 2000-2001.

TABELA 13 DHE HARTAT 5 DHE 6

TABELA 13

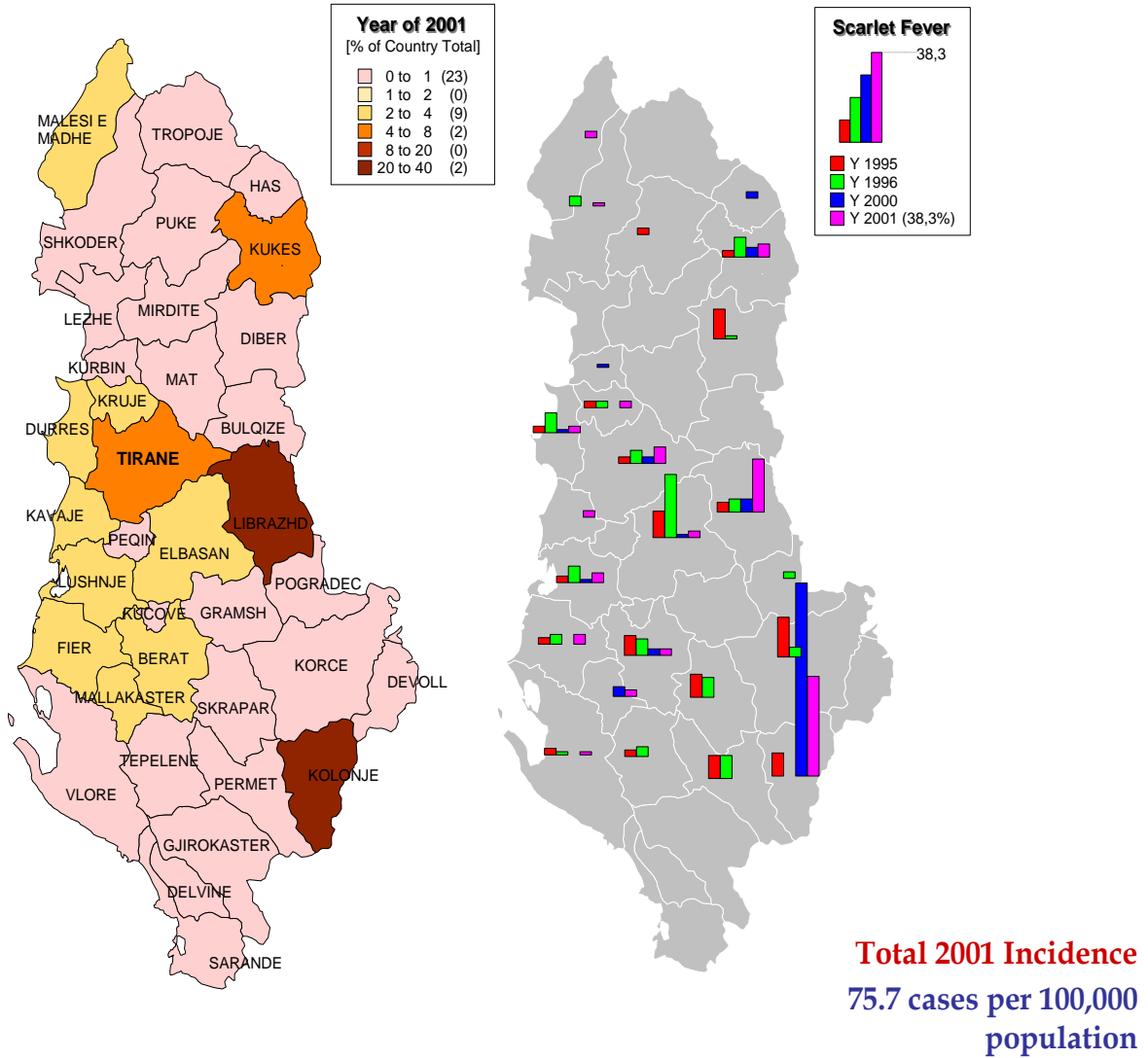
SKARLATINA DHE ERIZIPELA (INFEKSIONET STREPTOKOKSIKE):  
 SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)  
 MË 1995-1996 DHE 2000-2001

Nr	RRETHI	SKARLATINA INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 POP.)				ERIZIPELA INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 POP.)			
		1995	1996	2000	2001	1995	1996	2000	2001
1	BERAT	6,4	4,0	5,1	2,2	0,8	1,3	0	0
2	BULQIZË	0	0	0	0	2,5	0	0	6,0
3	DELVINË	0	0	0	0	0	0	0	0
4	DEVOLL	0	0	0	0	0	2,8	0	0
5	DIBËR	10,4	1,2	0	0	1,2	5,7	0	0
6	DURRËS	2,1	4,8	4,2	1,6	2,4	2,2	3,7	7,9
7	ELBASAN	9,5	16,6	3,2	2,3	1,6	1,2	3,7	2,8
8	FIER	2,8	2,8	1,0	2,9	5,6	6,0	1,0	5,8
9	GRAMSH	0	0	0	0	7,5	12,3	2,3	2,3
10	GJIROKASTËR	0	0	0	0	5,3	0	3,1	0
11	HAS	0	0	4,9	0	0	0	4,9	0
12	KAVAJË	0	0	0	2,3	1,2	1,3	1,1	0
13	KOLONJË	8,3	0	186,3	29,0	0	0	4,1	4,1
14	KORÇË	13,3	2,4	1,2	0	0	0	0	0
15	KRUJË	1,9	1,7	0	1,7	5,5	12,4	0	0
16	KUÇOVË	0	0	0	0	0	2,8	0	0
17	KUKËS	2,7	5,3	9,6	4,1	4,0	13,1	5,5	6,9
18	LAÇ	0	0	3,5	0	0	0	1,8	0
19	LEZHË	0	0	0	0	8,8	7,2	7,6	6,1
20	LIBRAZHD	3,2	3,1	12,9	15,8	4,4	19,3	1,4	7,2
21	LUSHNJE	2,5	4,2	2,1	2,9	6,7	5,9	1,4	0,7
22	MALËSI E MADHE	0	0	0	2,3	0	4,8	2,3	0
23	MALLAKASTËR	0	0	9,4	2,3	0	2,6	0	4,7
24	MAT	0	0	0	0	0	0	0	0
25	MIRDITË	0	0	0	0	0	0	0	2,3
26	PEQIN	0	0	0	0	0	0	0	0
27	PËRMET	8,5	5,6	0	0	14,5	8,5	0	5,6
28	POGRADEC	0	1,7	0	0	7,3	4,4	2,8	2,8
29	PUKË	2,2	0	0	0	0	2,2	0	0
30	SARANDË	0	0	0	0	0	0	1,6	1,6
31	SKRAPAR	7,8	5,2	0	0	0	0	0	0
32	SHKODËR	0	2,3	0	0,5	2,9	2,3	0	0
33	TEPELENË	2,3	2,4	0	0	4,5	0	9,1	0
34	TIRANË	2,8	3,1	7,5	5,2	6,8	2,5	5,0	7,5
35	TROPOJË	0	0	0	0	0	0	0	0
36	VLORË	2,4	0,6	0,6	0,6	0	0	0	1,1



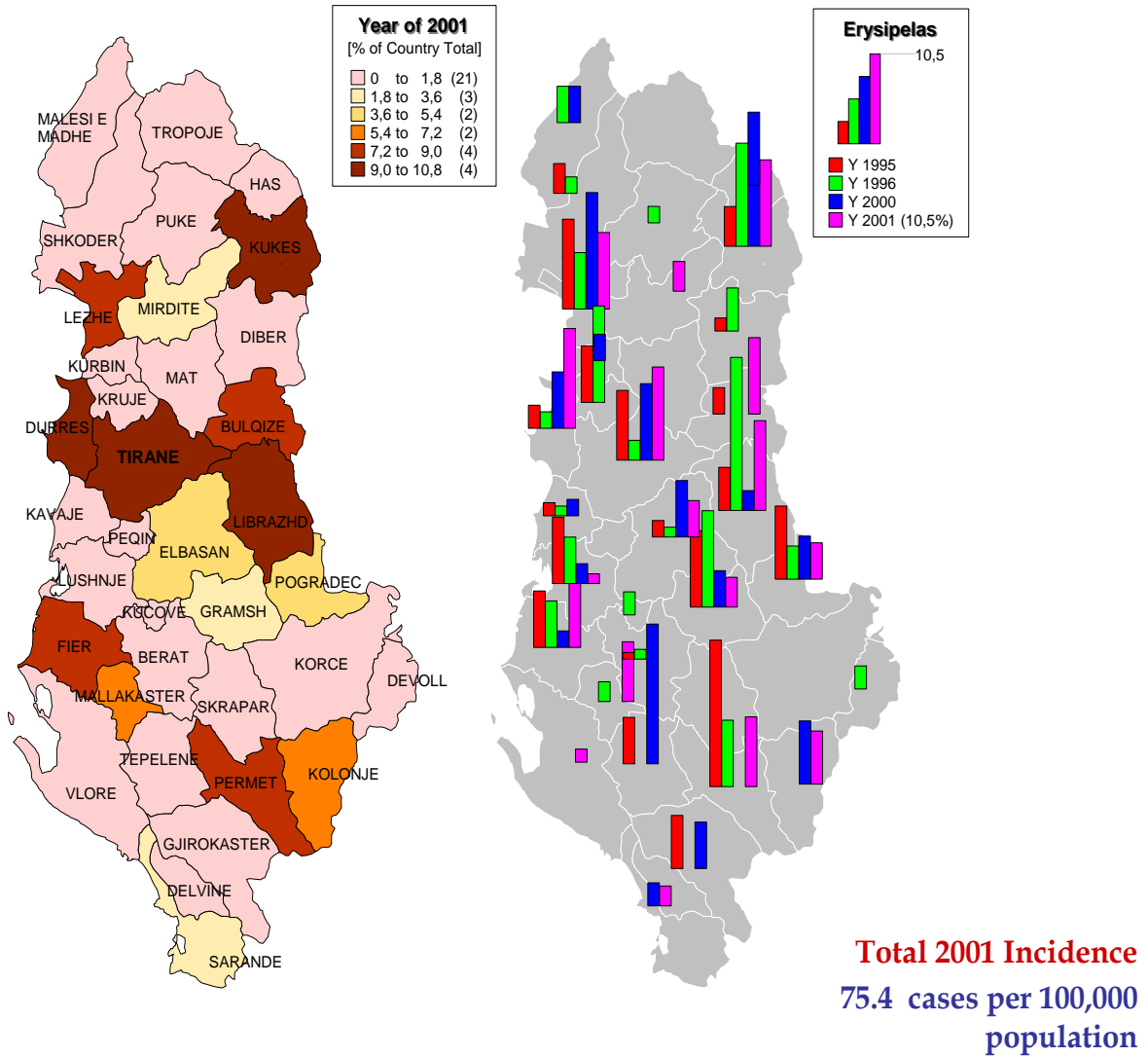
HARTA 5

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



HARTA 6

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



#### 6.4.4. FRUTHI

(TABELAT 7, 8, 14)

(GRAFIKU 17)

##### 6.4.4.1. MOMENTET KOHORE NË SPIKATJEN E TIPAREVE SPECIFIKE TË EPIDEMIOLOGJISË SË FRUTHIT NË SHQIPËRI

TABELA 14

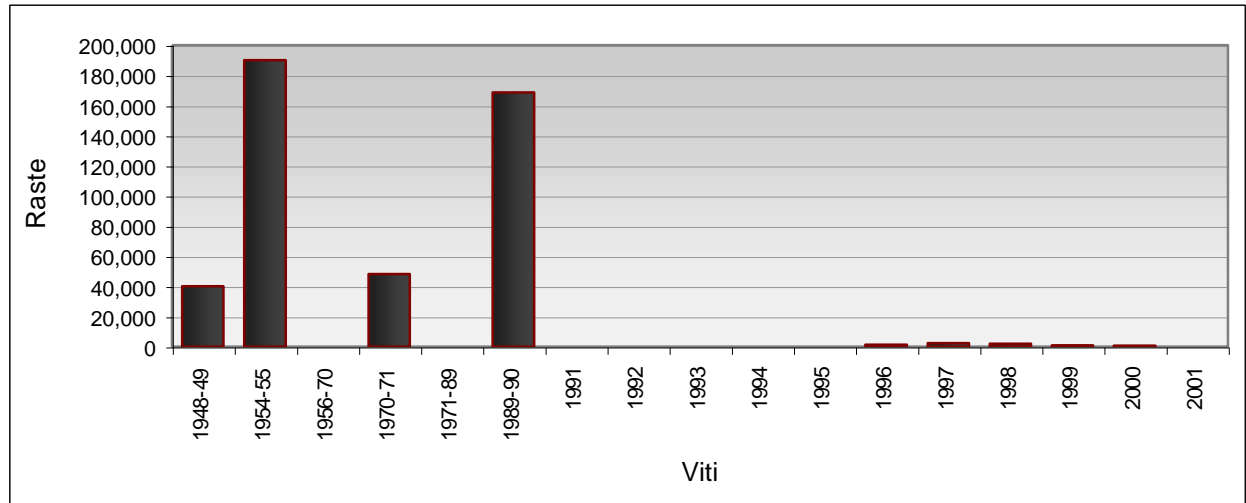
FRUTHI:

MOMENTET KOHORE NË SPIKATJEN E TIPAREVE SPECIFIKE TË EPIDEMIOLOGJISË SË FRUTHIT NË SHQIPËRI

VITI	FRUTHI		
		raste	incidenca
1948-49	Epidemi	40.106	3.380,1
1954-55	Epidemi	190.020	13.650,3
1956-70	15 vjet me zero raste me fruth në vit si rrjedhojë e karantinës totale rigoroze të të gjithë vendit ndaj çdo rasti eventual të importuar	0	0
1970-71	Epidemi nga çarja e karantinës 15-vjeçare	48.156	2.293,4
1971-89	18 vjet me fruth të eliminuar si infeksion indigjen në Shqipëri në saje të vaksino-profilaksisë specifike	0	0
1989-90	Epidemi (akumulim i xhepave receptivë të shkaktuar nga mangësitë dhe boshllëqet në vaksinim gjatë periudhës 18-vjeçare të fruthit të eliminuar)	168.636	5.301,6
1991		0	0
1992		0	0
1993		7	0,2
1994		29	0,9
1995		15	0,4
1996		1.204	36,6
1997		2.386	72,6
1998		1.901	57,8
1999		797	24,2
2000	Vaksinim masiv (të gjithë fëmijët 1-14 vjeç)	662	20,1
2001	Fillimi i eliminimit të fruthit më 2007	18	0,5

GRAFIKU 17

**FRUTHI:**  
**FREKUENCA VJETORE (NUMRI I RASTEVE)**  
**GJATË PERIUDHËS NGA VITI 1948 DERI MË 2001**



Epidemiologjia e fruthit në Shqipëri (*TABELA 14* dhe *GRAFIKU 17*) tregon disa tipare krejt specifike krahasuar me vendet e tjera, që mund të përmbliidhen në momentet kohore të mëposhtëme:

- Nga viti 1945 deri më 1955 fruthi ka pasur **qarkullimin e vet te zakonshëm e të vazhdueshëm endemik** në popullatën e vendit, me dy pike epidemike:
  - **epidemia e 1947-48** me 40.106 raste (apo një nivel sulmi prej 3.380 raste për 100.000 banorë) dhe me një nivel të konsiderueshëm letaliteti (rast-fataliteti), dhe
  - **epidemia e 1954-55**, e shtrirë në të gjithë vendin, me 190.020 raste (apo një nivel sulmi prej 13.650 raste për 100.000 banorë) dhe një nivel të lartë letaliteti.
- **Më 1956**, menjëherë pas epidemise të 1954-55, nisur nga impakti i spikatur që ajo tregoi në shëndetin publik (vdekje dhe ndërlikime të rënda), **SHQIPËRIA NDOQI STRATEGJINË E APLIKIMIT TË NJË KARANTINE TOTALE DHE TË RREPTË NË TË GJITHË VENDIN KUNDREJT ÇDO RASTI EVENTUAL TË IMPORTUAR ME FRUTH**. Si rezultat i një strategjie të tillë, ndoshta e para dhe e vetmja në botë, **U ARRIT ELIMINIMI I FRUTHIT INDIGJEN NË SHQIPËRI PËR NJË PERIUDHË 15-VJEÇARE (1956-1970)**. Veçse ndërkohë, gjatë asaj periudhe të fruthit indigjen të eliminuar, u grumbulluan 15 grup-mosha (kohort-lindjet 1956-1970) krejtësisht receptive ndaj fruthit.

- Në nëntor 1970 karantina 15-vjeçare e lartpërmendur e fruthit u çka aksidentalisht. Çarja e saj shënoi fillimin e një epidemie, **epidemia e fruthit e 1970-1971**, që parashikohej të ishte një katastrofë e vërtetë shëndetësore lidhur me sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë. Konkretisht, **numri i pritshëm i rasteve përllogaritej në 1.000.000 vetë**, dmth të gjitha subjektet e kohort-lindjeve 1956-1970 plus ato subjekte të kohort-lindjeve deri më 1995 që nuk e kishin kaluar fruthin në qarkullimin e tij endemik-epidemik deri më 1955. Strategjia e vetme efektive dhe efiçiente për kontrollin e plotë të situatës epidemike ishte pa dyshim ndërmarrja dhe realizimi i një vaksinimi masiv. Praktikisht, **brenda një kohe rekord prej tre javësh (nëntor-dhjetor 1970), dmth qysh në fillimin e epidemisë, u realizua VAKSINIMI MASIV URGJENT I TËRË KONTINGJENTIT RECEPTIV - GRUP-MOSHAT 1956-1970 (RRETH 900.000 SUBJEKTE)**, me vaksinën e importuar të gjallë të dobësuar Pekin 55 (P55) të fruthit (bazuar në shtamin vaksinor kinez Pekin 55). Dhe ishte pikërisht ai vaksinim masiv, me mbulesën e vet prej 99,2% dhe efektivitetin e vet prej 95,4% ai, që tejdobësoi sulmin e epidemisë dhe e ndërpreu plotësisht atë në qershor 1971. Epidemia përfundoi me një total prej vetem 48.156 raste (kundrejt 1.000.000 raste të pritshme nëqoftëse nuk do të ishte ndërmarrë strategjia e vaksinimit masiv), apo me një nivel sulmi prej 2.293 raste për 100.000 banorë (dmth 20 herë më i vogël se niveli i pritshëm i sulmit). Nga ana tjetër, çka është po aq e rëndësishme, **efektiviteti prej 95,4% i vaksinimit masiv të thuajse tërë popullatës receptive të vendit realizoi një nivel prej 94,7% të imunitetit të tufës, duke arritur kështu eliminimin e fruthit në Shqipëri prej korrikut 1971.**
- **VITI 1971 SHËNOI FUTJEN E VAKSINIMIT TË DETYRUESHËM KUNDËR FRUTHIT PËR TË GJITHA KOHORT-LINDJET E REJA NË KALENDARIN TONË KOMBËTAR TË IMUNIZIMIT.** Vaksinimi rutinë kundër fruthit u bazua në vaksinën e lartpërmendur P55 (shatmi vaksinor Pekin 55), fillimisht me vaksinën e importit dhe më 1977 e pas me vaksinën e prodhuar në vend (prodhim i Intitutit të Shëndetit Publik – ISHP).
- **Korriku 1971 shënoi fillimin e PERIUDHËS 18-VJEÇARE (1971-1989) TË FRUTHIT TË ELIMINUAR SI INFEKSION INDIGJEN NË SHQIPËRI, tanimë SI RRJEDHOJË VETËM E PARANDALIMIT PARËSOR NËPËRMJET VAKSINOPROFILAKSISË SPECIFIKE.**
- **Profilet imunologjike totale dhe moshë-specifike të popullatës së vendit ndaj fruthit gjatë periudhës 1975-1982, të përcaktuara nëpërmjet sero-survejimeve ndër-seksionale epidemiologjike çdovjetore të kryera nga ISHP, rezultuan të jenë vijueshmërisht në nivele seropozitiviteti >90%. Episode të fruthit të importuar gjatë periudhës 1981-1984 nuk qenë të afta të realizonin mbijetesën e qarkullimit të infeksionit në popullatë pikërisht në saje të të tilla niveleve optimalisht të larta të imunitetit të tufës. Por, ndërkohë, sero-survejetimet epidemiologjike zbuluan prani të xhepave receptivë ndaj fruthit, me**

shpërndarje krejtësisht heterogjene në popullatën e vendit dhe me rritje të peshës specifike të tyre në ecurinë e kohës. Një sero-survejm i gjerë i kryer nga IShP më 1988 demonstroi praninë tanimë të një niveli total prej rreth 83% të seropozitivitetit (imunitetit të tufës) ndaj fruthit, duke konkluduar për mundësinë e qarkullimit të fruthit në Shqipëri në eventualitetin e parë të importimit të tij.

- Pas periudhës 18-vjeçare (1971-1989) të fruthit indigjen të eliminuar në Shqipëri nëpërmjet strategjisë së vaksinoprofilaksisë specifike, **prilli i vitit 1989 shënoi fillimin e një epidemie të fruthit**, rrjedhojë e një rasti fruthi të importuar. **Epidemia e prill 1989-mars 1990**, e shtrirë në të gjithë vendin, rezultoi me një nivel të lartë sëmundshmërie (168.636 raste apo nivel sulmi 5.374 raste për 100.000 banorë), veçse ndërkohë me një nivel krejt të papërfillshëm letaliteti apo rast-fataliteti (vetëm 11 vdekje).
- Më 1992, u ndërpre përfundimisht prodhimi vendas i vaksinës P55 kundër fruthit. Ai vit (1992) shënoi futjen në përdorim në Shqipëri të vaksinës së importuar të fruthit (kryesisht vaksina Schwarz) për vaksinimin e detyrueshëm rutinë.
- Periudha 1992-2001 karakterizohet nga qarkullim sporadik i fruthit me shpërthime të vogla të lokalizuara, me një nivel mesatar vjetor prej 700-800 raste të raportuara dhe vijueshmërisht me zero vdekje. Moshat pediatrike (0-14 vjeç) tregojnë nivelet më të larta të incidencës: ato përfaqësojnë 80-85% të totalit vjetor të rasteve të raportuara.

#### **6.4.4.2. STRATEGJIA E ELIMINIMIT TË FRUTHIT NË SHQIPËRI MË 2007**

VITI 2000 SHËNOI FILLIMIN E VENIES NË JETË TË STRATEGJISË KOMBËTARE PËR ELIMINIMIN E FRUTHIT NË SHQIPËRI NË VITIN 2007, SIPAS OBJEKTIVIT PËRKATËS TË OBSH PËR RAJONIN EUROPIAN.

Në kuadrin e kësaj strategjie kombëtare, NË NENTOR (1-15) 2000 U NDËRMOR DHE U REALIZUA ME SUKSES TË PLOTË FUSHATA E VAKSINIMIT MASIV NJËHERËSH KUNDËR FRUTHIT DHE RUBEOLËS (ME DY-VAKSINËN FRUTH-RUBEOLË – FR NË VEND TË NJË-VAKSINES FRUTH) TË TË GJITHË FËMIJËVE TË VENDIT TË MOSHAVE 1-14 VJEÇ.

Po në kuadrin e kësaj strategjie kombëtare, prej 1 janarit 2001 u vendos në kalendarin tonë kombëtar të detyrueshëm të imunizimit DOZA E DYTË (DOZA BOOSTER) E VAKSINIMIT KUNDËR FRUTHIT (POR NJËHERËSH EDHE KUNDËR RUBEOLËS NËPËRMJET PËRDORIMIT TË DYVAKSINËS FR) TË TË GJITHË FËMIJËVE NË MOSHËN 5 VJEÇ TË JETËS.

Si rezultat, viti 2001 shënoi një rënie tepër të spikatur të niveleve të hasjes së fruthit (njëherësh edhe rubeolës): numri total i rasteve të raportuara për fruth ishte vetëm 18.

Ndërkohë, 1 JANARI 2001 SHËNOI VENIEN NË JETË NË TË GJITHË VENDIN TË SURVEJANCËS TË BAZUAR-NË-RASTIN TË FRUTHIT/RUBEOLËS, NJË PËRBËRËS KY JASHTËZAKONISHT I RËNDËSISHËM NË FAZËN AKTUALE EPIDEMIOLOGJIKE (PERIUDHA 2001 E PAS) TË ELIMINIMIT TË FRUTHIT NË SHQIPËRI SI INFEKSION INDIGJEN.

#### **6.4.5. RUBEOLA**

(TABELAT 7, 8, 15)

(GRAFIKU 18)

Të dhënat e survejancës epidemiologjike, të disponueshme prej vitit 1964, japin një tablo të detajuar të epidemiologjisë së rubeolës në Shqipëri gjatë periudhës 1964-2001, (TABELAT 7, 8, 15 dhe GRAFIKU 18). Survejimet ndër-seksionale sero-epidemiologjike të kryera nga Instituti i Shëndetit Publik (IShP) më 1983, 1989 dhe 1995-96 detajojnë profilet imunologjike totale dhe moshë-specifike të popullatës së vendit ndaj rubeolës.

Numri mesatar vjetor i rasteve të raportuara me rubeolë gjatë periudhës 1964-2001 (me përjashtim të viteve 1968, 1969, 1985, 1993, 1994, 1996, 1998 dhe 2000) është 9,6 raste; ka vite (1965, 1967, 1971, 1976-1979, 1982) me vetëm 1-2 raste të raportuara dhe madje edhe me ... zero raste (1980, 1981). Nivele të tilla jashtëzakonisht të ulëta të rasteve të raportuara me rubeolë shpjegohen me tiparin klinik të mirënjohur të rubeolës të mbizotërimit të spikatur të infeksionit sub-klinik kundrejt sëmundjes klinike (raporti infeksion/sëmundje luhartet nga 2/1 në 20/1).

Gjatë periudhës prej thujse katër dekadash 1964-2001 evidentohen tre pike epidemike:

- epidemia e vitit 1969 me 3.676 raste të raportuara (apo një nivel incidence prej 180 raste për 100.000 banorë);
- epidemia e vitit 1985, më e madhja, me 78.594 raste të raportuara (apo një nivel incidence prej 3.080 raste për 100.000 banorë);
- dhe epidemia e vitit 1994 me 3.432 raste të raportuara (apo një nivel incidence prej 110 raste për 100.000 banorë).

TABELA 15 DHE GRAFIKU 18  
TABELA 15

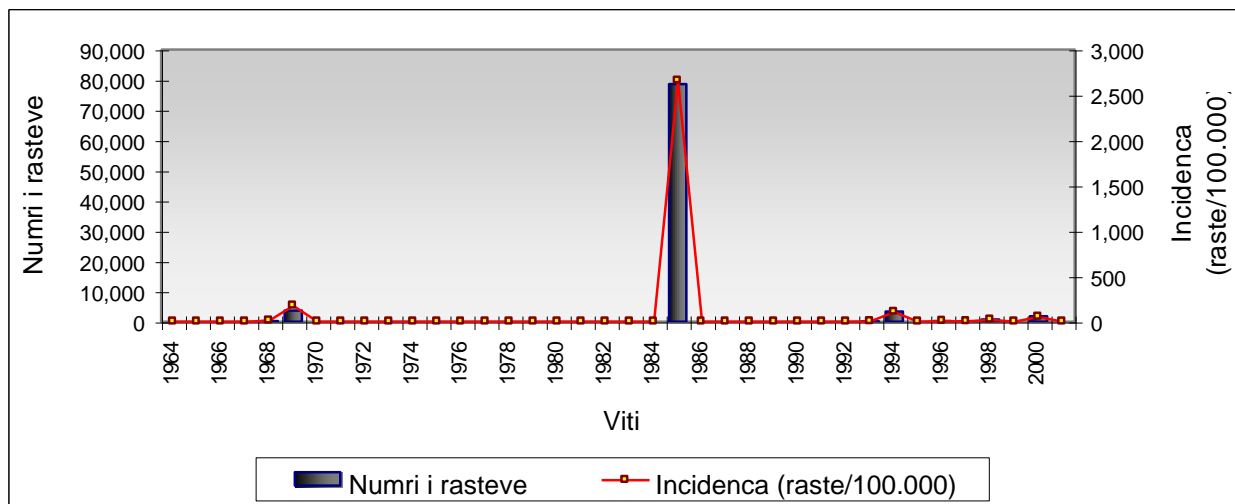
RUBELOLA:  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUdhËS 1964-2001

VITI	RUBELOLA	
	raسته	/100.000
1960		
1961		
1962		
1963		
1964	7	0,4
1965	2	0,1
1966	10	0,5
1967	1	0,05
1968	223	11,1
1969	3.676	176,5
1970	6	0,3
1971	2	0,09
1972	37	1,6
1973	4	0,17
1974	12	0,5
1975	4	0,16
1976	1	0,04
1977	2	0,08
1978	1	0,04
1979	1	0,04
1980	0	0
1981	0	0
1982	2	0,07
1983	10	0,35
1984	21	0,7
1985	78.594	2.653,2
1986	7	0,2
1987	10	0,3
1988	5	0,15
1989	8	0,25
1990	15	0,46
1991	9	0,3
1992	12	0,4
1993	111	3,4
1994	3.432	104,4
1995	10	0,3
1996	180	5,5
1997	66	2
1998	721	21,9
1999	15	0,4
2000	1.752	53,3
2001	10	0,3



GRAFIKU 18

RUBEOLA:  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1964-2001



Intervalet ndër-epidemike rezultojnë të jenë 10-15 vjet, një tipar ky, specifik, i epidemiologjisë së rubeolës në Shqipëri krahasuar me shumicën e vendeve europiane, të karakterizuara me intervale ndër-epidemike më kohë-shkurtëra (3-7 vjet) në epokën e para-vaksinimit.

Grup-moshat 5-14 vjeç përfaqësojnë 60-70% të rasteve me rubeolë si në piket epidemike (1969, 1985, 1994) ashtu dhe në periudhat ndër-epidemike të qarkullimit të rubeolës. Grup-moshat 1-4 dhe 15-24 vjeç renditen përkatësisht në vendin e dytë dhe të tretë lidhur me peshën specifike të hasjes të sëmundjes. Ndërkaq, grup-moshat më të mëdha (25-44 vjeç) nuk janë të përjashtuara nga infeksioni rubeolik: ato përfaqësojnë 1-2% të totalit vjetor të rasteve të raportuara me rubeolë gjatë periudhës 1964-2001.

Nuk ka dallime statistikisht sinjifikative të incidencës së rubeolës ndërmjet rretheve të vendit. Nuk ka dallime statistikisht sinjifikative ndërmjet zonave urbane dhe rurale.

Pesha reale specifike e infeksionit rubeolik në Shqipëri është dhënë prejurvejimeve ndër-seksionale sero-epidemiologjike (të kryera nga ISHP më 1981, 1983, 1989, dhe 1995-96):

- Niveli total (të gjitha moshat) i seroprevalencës së rubeolës luhetet nga 48% në 58% në intervalet ndër-epidemike, duke u rritur në 86-87% menjëherë pas qarkullimit epidemik të infeksionit.

- Ndërkaq, ka dallime statistikisht sinjifikative në profilet imunologjike moshë-specifike (nivelet moshë-specifike të seropozitivitetit); ato rezultojnë të jenë
  - përgjithësisht të ulëta (nga 10% në 30%) në moshat e para-pubertetit (0-12 vjeç);
  - me një rritje sinjifikative (30-70%) në moshat e pubertetit (11-17 vjeç);
  - me një tjetër rritje sinjifikative (mbi 90%) në moshat e pas-pubertetit (18 vjeç e lart).

NJË NDËRLIDHJE E TILLË E FORTË E RRRITJES SË NIVELEVE TË SEROPOZITIVITETIT NDAJ RUBEOLËS ME MOSHËN PËRFAQËSON NË THELB NJË TIPAR SPECIFIK TË RËNDËSISHËM TË EPIDEMIOLOGJISË SË RUBEOLËS NË SHQIPËRI, KREJT I KUNDËRT ME VENDET E TJERA EUROPIANE NË EPOKEN E PARAVAKSINIMIT (të karakterizuara nga një qarkullim më intensiv i infeksionit rubeolik në moshat pediatrike).

Ndonëse nuk ka të dhëna mbi hasjen e SINDROMIT TË RUBEOLËS KONGJENTALE (SRK) në Shqipëri, mund të vlerësohet teorikisht niveli i hasjes së tij duke u bazuar në eksperiencën e vendeve të tjera në epokën e paravaksinimit që përllogarit 1 rast me SRK për 1.000 lindje të gjalla. Rrjedhimisht, numri vjetor i pritshëm i rasteve me SRK në Shqipëri gjykohet të jetë 60-70 raste. Aq më tepër duke marrë në konsideratë specifikën epidemiologjike me prani të një qarkullimi ende intensiv të infeksionit rubeolik në moshat e pas-pubertetit për shkak të pranisë në këto mosha të një kontingjenti të konsiderueshëm receptiv.

Është plotësisht e kuptueshme që SRK, rrjedhoja kryesore e infeksionit rubeolik, përfaqëson një problem madhor të shëndetit publik, hasja e të cilit duhet parandaluar. Çka nënkupton PËRPILIMIN DHE APLIKIMIN E STRATEGJISË ADEKUATE PËRKATËSE TË PARANDALIMIT TË SRK NË SHQIPËRI, QË NË THELB NUK ËSHTË TJETËR VEÇSE KONTROLI DHE PARANDALIMI I INFEKSIONIT RUBEOLIK NËPËRMJET VAKSINOPROFILAKSISË SPECIFIKE.

- Në kontekstin e kësaj strategjie, në nëntor (1-15) 2000 u ndërmor dhe u realizua me sukses fushata e vaksinimit masiv të të gjitha moshave pediatrike (1-14 vjeç) me dy-vaksinën fruth-rubeolë (FR), (përmendur më lart në 6.4.4.).
- Në kontekstin e kësaj strategjie, prej 1 janar 2001 Shqipëria vendosi në kalendarin kombëtar të imunizimit vaksinimin e detyrueshëm kundër rubeolës për të gjitha kohort-lindjet e reja, qoftë si vaksinim bazal (në moshën 12-15 muaj) ashtu dhe si rivaksinim apo doza booster (në moshën 5 vjeç), me dyvaksinën FR.
- Në kontekstin e kësaj strategjie, në 15 tetor 2001 filloi aplikimi i programit të vaksinimit masiv kundër rubeolës (dhe edhe fruthit, me dyvaksinën FR) i të

gjitha femrave të moshave riprodhuese (15-39 vjeç), program, që po zhvillohet me sukses (nivele mbi 94-95% të mbulesës vaksinore) dhe që përfundon më 31 dhjetor 2002.

#### **6.4.6. MENINGITI MENINGOKOKSIK DHE MENINGITET E TJERA**

(*TABELAT 7, 8, 16, 17*)

(*GRAFIKU 19, 20, 21*)

(*HARTAT 7, 8*)

Disponueshmëria e të dhënave tëurvejancës epidemiologjike për meningitin meningokoksik daton prej vitit 1960, ndërkohë që meningitet e tjera u bënë subjekt i raportimit të detyrueshëm në SMBS (shih 5.1.) vetëm më 1990.

Frekuenca vjetore (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) të **MENINGITIT MENINGOKOKSIK (ICD-9 036)** gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001 paraqiten në detaje në *TABELAT 7, 8, 16*. Ato tregojnë për një qarkullim endemik të sëmundjes në popullatën e vendit, shoqëruar me pike epidemike më 1968, 1972-73 (më i madhi), 1986, 1993, dhe 1997, (paraqitur në *GRAFIKUN 19*). Nivelet vjetore të incidencës luhaten nga  $0,3/10^5$  (më i ulëti) në  $10,7/10^5$  (më i larti) me nje mesatare vjetore prej  $2,7/10^5$ .

Sëmundshmëria moshë-specifike e meningitit meningokoksik tregon se incidenca më e lartë e sëmundjes haset në moshat pediatrike (0-14 vjeç): ato përfaqësojnë 80% e më tepër të totalit vjetor të rasteve të raportuara. Në brendi të moshave pediatrike, më të prekurat janë grup-moshat 0-1 dhe 1-4 vjeç.

Rubrika “**MENINGITE TË TJERA**” përfshin **MENINGITIN VIRAL (ICD-9 047)**, **MENINGITIN BAKTERIK JO-MENINGOKOKSIK (ICD-9 320)** dhe **MENINGITIN TUBERKULAR (ICD-9 013.0)**. Meningiti viral (meningiti aseptik) rezulton të ketë peshën specifike më të madhe ndaj të tjerëve në këtë grup.

Frekuenca vjetore e hasjes (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) të **MENINGITEVE TË TJERA** gjatë periudhës 1990-2001 paraqiten në detaje në *TABELAT 7, 8, 16*. Ato tregojnë për një qarkullim endemik të sëmundjes në popullatë, shoqëruar me pike epidemike më 1996 (lidhje me epideminë e poliomielitit më 1996) dhe më 1997 dhe 2001 (lidhje me piket epidemike të parotitit epidemik më 1997 dhe 2001), (*GRAFIKËT 20 dhe 21*). Nivelet vjetore të incidencës së tyre luhaten nga  $3,3/10^5$  në  $8,0/10^5$ , me një mesatare vjetore prej 4,9 raste të raportuara për 100.000 banorë, dmth thujse dy herë më e lartë se mesatarja vjetore e lartpërmendur (2,7 raste për 100.000 banorë) e meningitit meningokoksik, (*GRAFIKËT 20 dhe 21*).

TABELA 16

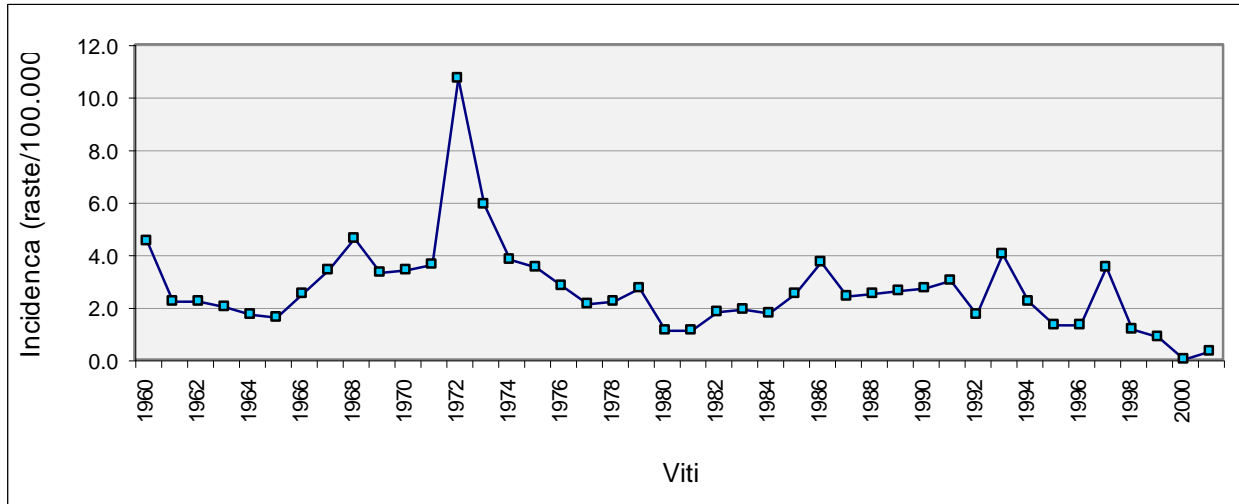
MENINGITI MENINGOKOSIK DHE MENINGITET E TJERA:  
 INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
 GJATË PERIUdhËS 1960-2001

VITI	MENINGOKOSIK	MENINGITE TJERA
	/100.000	/100.000
1960	4,5	
1961	2,2	
1962	2,2	
1963	2,0	
1964	1,7	
1965	1,6	
1966	2,5	
1967	3,4	
1968	4,6	
1969	3,3	
1970	3,4	
1971	3,6	
1972	10,7	
1973	5,9	
1974	3,8	
1975	3,5	
1976	2,8	
1977	2,1	
1978	2,2	
1979	2,7	
1980	1,1	
1981	1,1	
1982	1,8	
1983	1,9	
1984	1,8	
1985	2,5	
1986	3,7	
1987	2,4	
1988	2,5	
1989	2,6	
1990	2,7	3,7
1991	3,0	3,6
1992	1,7	5,6
1993	4,0	3,3
1994	2,2	4,5
1995	1,3	3,5
1996	1,3	7,0
1997	3,5	8,0
1998	1,2	5,4
1999	0,9	4,0
2000	0,0	4,1
2001	0,3	6,1

Sëmundshmëria moshë-specifike e meningiteve të tjera është e njëjtë me atë të lartpërmendur të meningitit meningokoksik: moshat pediatrike (0-14 vjeç) tregojnë gjithmonë incidencën më të lartë, duke përfaqësuar 80% e më tepër të totalit vjetor të rasteve të raportuara.

GRAFIKU 19

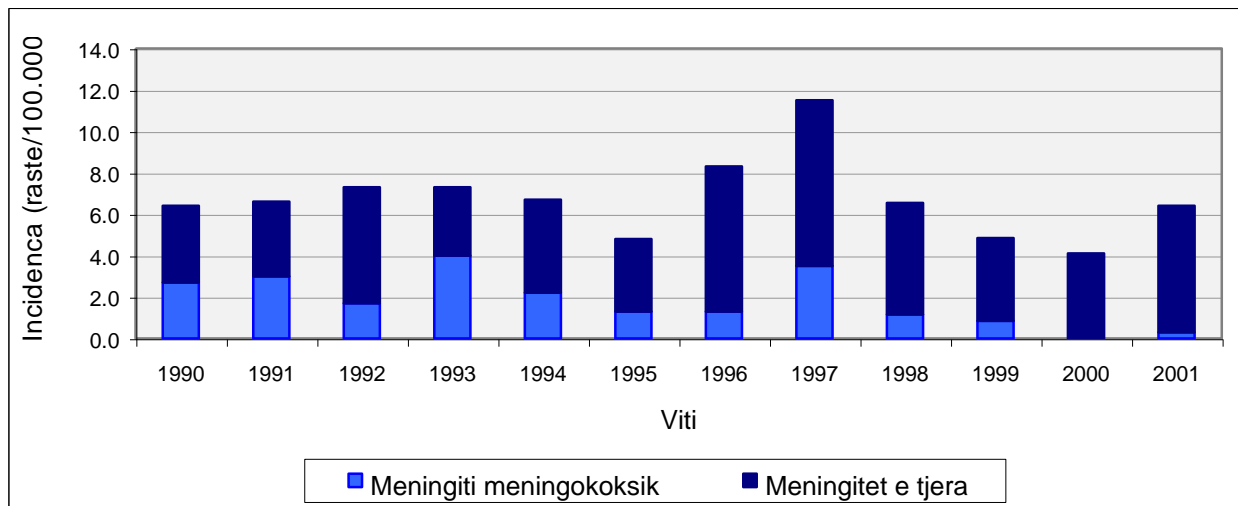
**MENINGITI MENONGOKOSIK:**  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUdhËS 1960-2001



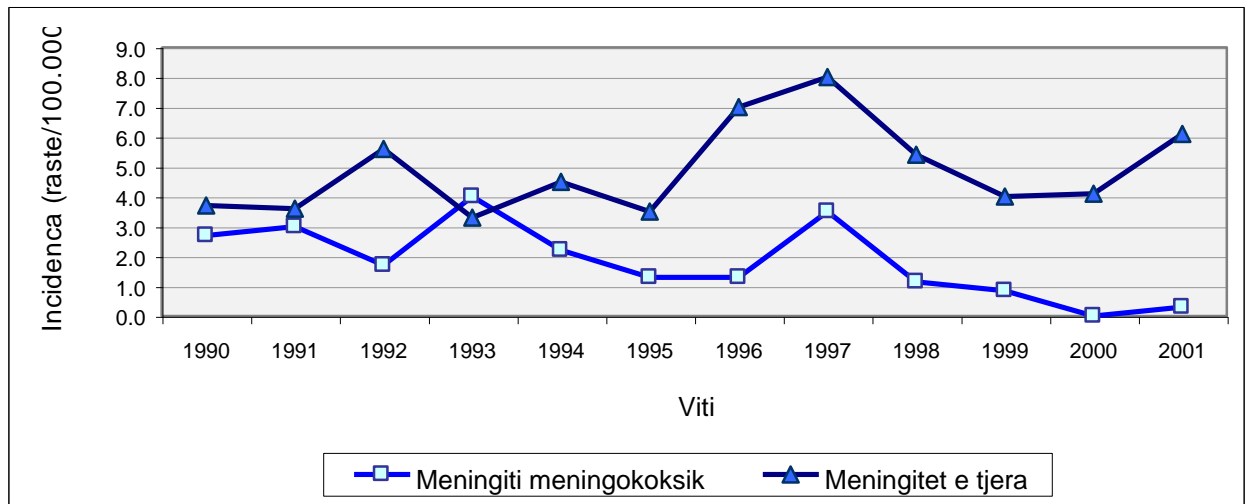
GRAFIKËT 20 DHE 21

GRAFIKU 20

**MENINGITI MENINGOKOSIK DHE MENINGITET E TJERA:**  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUdhËS 1990-2001



GRAFIKU 21



Shpërndarja gjeografike e meningitit meningokoksik në Shqipëri (TABELA 17 dhe HARTA 7) demonstroi luhajtje të theksuara të hasjes të sëmundjes në dy periudhat dy-vjeçare të njëpasnjëshme 1995-1996 dhe 2000-2001:

- Nuk ka asnjë rreth që të tregojë prani të hasjes të sëmundjes në çdo vit të dy periudhave dy-vjeçare të mësipërme.
- Në disa rrethe, konkretisht Fier, Gramsh, Krujë, Kukës, Lezhë, Pukë, Tepelenë, dhe Tiranë, hasja e sëmundjes është e pranishme në vetëm dy apo tre vite të këtyre dy periudhave dy-vjeçare. Tepelena paraqet nivelet më të larta të incidencës krahasuar me tërë rrethet e tjera: 27,2 dhe 36,3 raste për 100.000 banorë përkatësisht më 1995 dhe 1996.
- Rrethe si Dibra, Elbasani, Gjirokastra, Kavaja, Kuçova, Laçi, Lushnja, Malësia e Madhe, Peqini, Përmeti, Pogradeci dhe Tropoja tregojnë prani të sëmundjes në vetëm një vit në dy periudhat dy-vjeçare të njëpasnjëshme të mësipërme.
- Ndërkaq, rrethet Berat, Bulqizë, Delvinë, Devoll, Durrës, Has, Kolonjë, Korçë, Librazhd, Mallakastër, Mat, Mirditë, Sarandë, Skrapar, Shkodër dhe Vlorë paraqesin nivele ..... zero të incidencës të meningitit meningokoksik më 1995-1996 dhe 2000-2001, pra në të dyja këto periudha dy-vjeçare të njëpasnjëshme në kohë.

Duhet theksuar se zonat rurale tregojnë gjithmonë nivele më të larta të incidencës se zonat urbane: ato përfaqësojnë 60-90% të totalit vjetor të rasteve të raportuara me meningit meningokoksik.

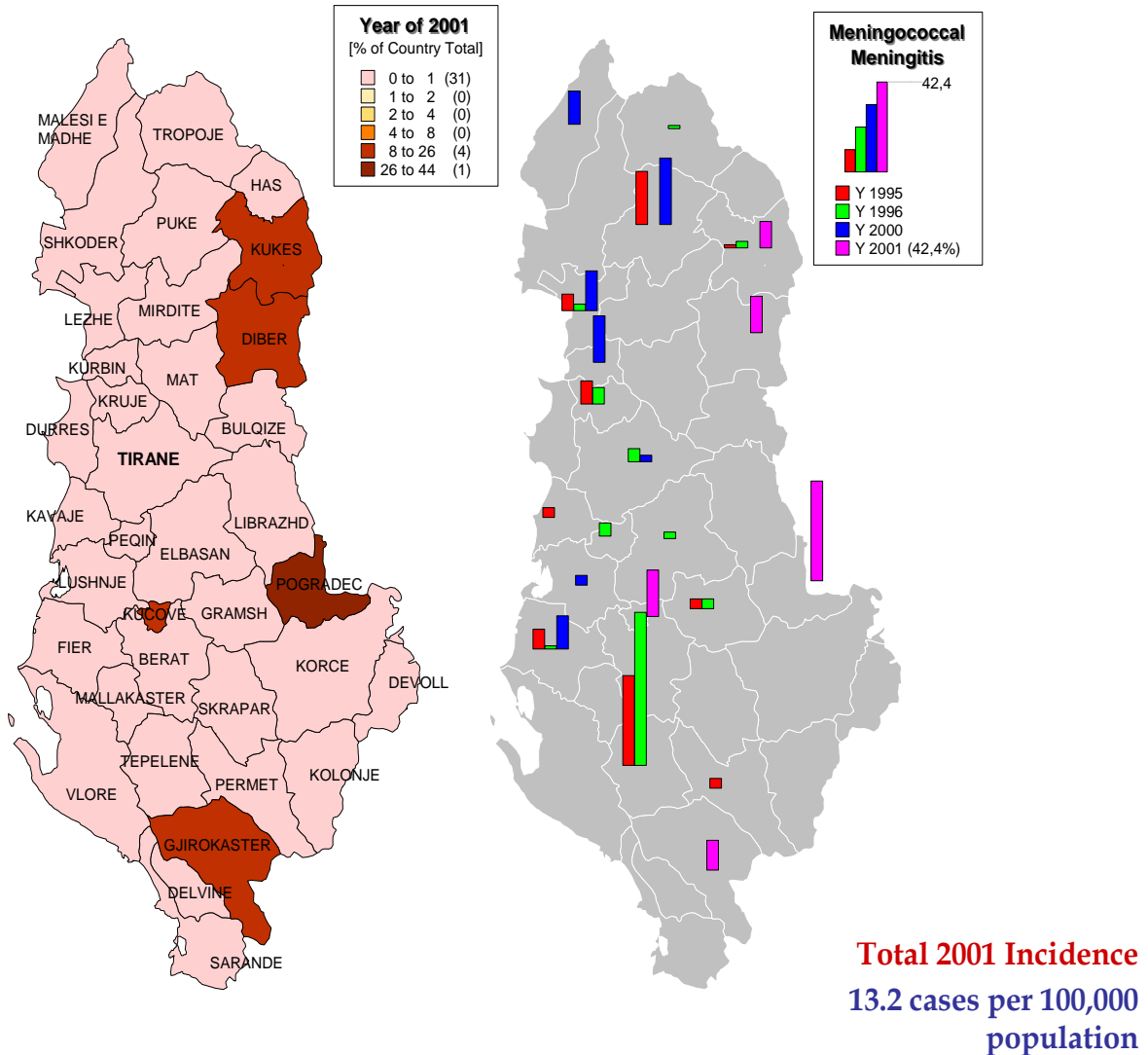
TABELA 17 DHE HARTAT 7 DHE 8  
TABELA 17

**MENINGITI MENINGOKOKSIK DHE MENINGITET E TJERA:  
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)  
MË 1995-1996 DHE 2000-2001**

Nr	RRETHI	MENINGITI MENINGOKOKSIK INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 POP.)				MENINGITET E TJERA INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 POP.)			
		1995	1996	2000	2001	1995	1996	2000	2001
1	BERAT	0	0	0	0	1,6	3,2	1,5	4,4
2	BULQIZË	0	0	0	0	0	0	0	0
3	DELVINË	0	0	0	0	0	0	0	0
4	DEVOLL	0	0	0	0	0	11,3	0	0
5	DIBËR	0	0	0	2,0	10,2	12,5	1,9	3,0
6	DURRËS	0	0	0	0	9,2	14,4	11,1	7,4
7	ËLBASEN	0	1,6	0	0	0	2,6	0	0
8	FIER	5,6	1,1	2,4	0	0	37,1	13,4	32,2
9	GRAMSH	2,5	2,5	0	0	0	0	0	0
10	GJIROKASTËR	0	0	0	1,6	23,2	8,9	0	14,2
11	HAS	0	0	0	0	24,7	0	0	0
12	KAVAJË	2,5	0	0	0	1,3	0	0	0
13	KOLONJË	0	0	0	0	0	12,5	0	0
14	KORÇË	0	0	0	0	0	0,6	1,2	0,6
15	KRUJË	7,4	3,7	0	0	0	3,6	5,0	3,4
16	KUÇOVË	0	0	0	2,6	0	0	2,6	2,6
17	KUKËS	1,4	1,3	0	1,4	4,3	10,7	20,6	15,1
18	LAÇ	0	0	3,5	0	4,3	14,9	7,1	7,1
19	LEZHË	5,3	1,8	3,0	0	0	0	0	0
20	LIBRAZHD	0	0	0	0	13,3	7,4	11,5	11,5
21	LUSHNJE	0	0	0,7	0	8,4	2,6	9,3	4,3
22	MALËSI E MADHE	0	0	2,3	0	4,8	0	0	4,5
23	MALLAKASTËR	0	0	0	0	12,9	7,8	2,3	39,9
24	MAT	0	0	0	0	0	0	0	1,5
25	MIRDITË	0	0	0	0	0	0	0	0
26	PEQIN	0	3,4	0	0	6,9	3,5	0	0
27	PËRMET	2,9	0	0	0	0	5,7	0	2,8
28	POGRADEC	0	0	0	5,6	11,7	16,1	1,4	4,2
29	PUKË	15,6	0	4,8	0	2,3	2,3	0	0
30	SARANDË	0	0	0	0	0	3,4	0	0
31	SKRAPAR	0	0	0	0	2,6	0	0	0
32	SHKODËR	0	0	0	0	0	0	3,2	1,1
33	TEPELENË	27,2	36,3	0	0	2,3	0	11,4	29,6
34	TIRANË	0,3	3,3	0,4	0	9,2	7,3	3,9	3,5
35	TROPOJË	0	0,6	0	0	0	0	7,4	0
36	VLOBË	0	0	0	0	0	0	0,6	6,9

HARTA 7

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

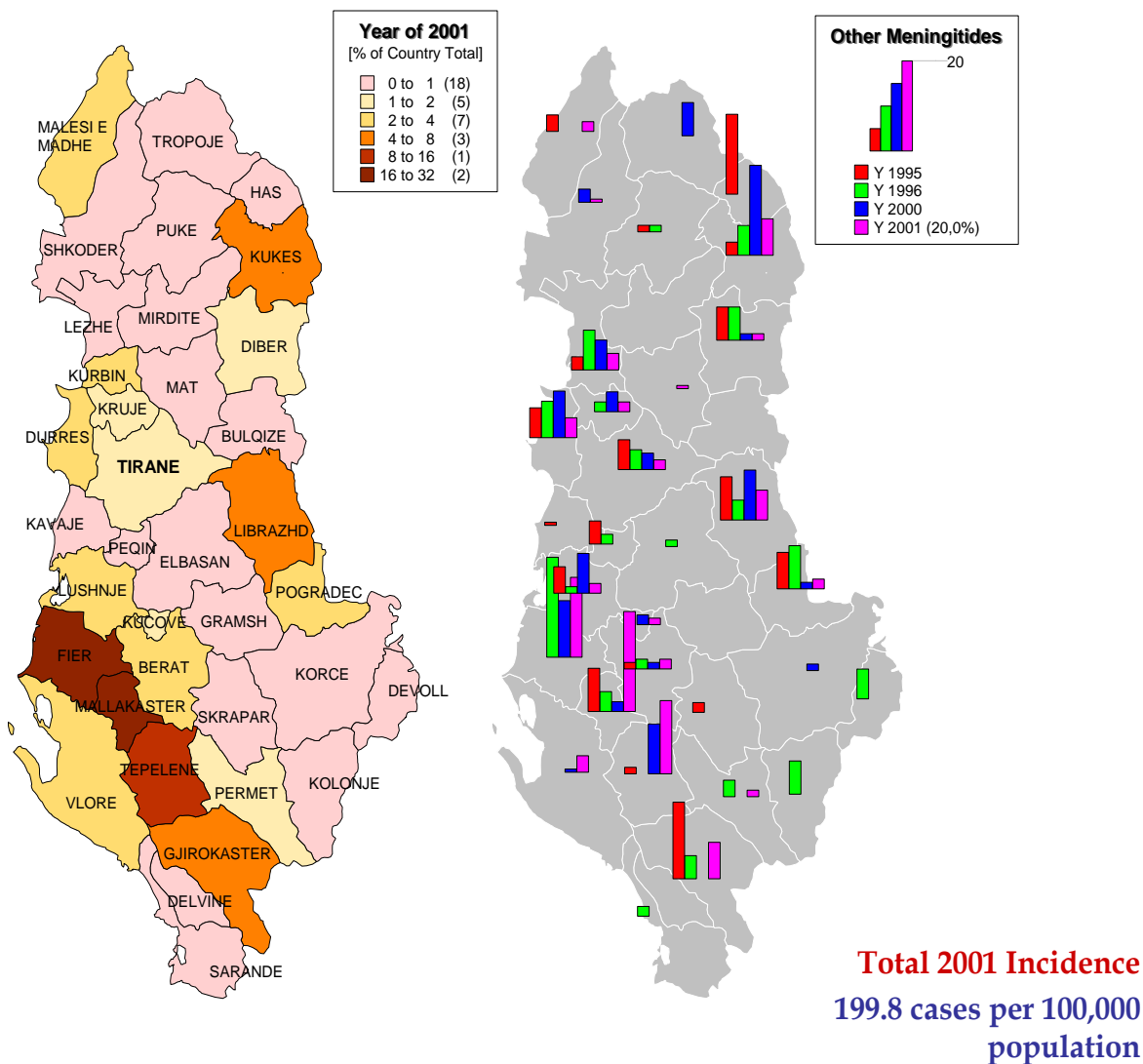


Shpërndarja gjeografike e meningiteve të tjera në Shqipëri (TABELA 17 dhe HARTA 8) nuk përkon me atë të meningitit meningokoksik. Vetëm pesë rrethe, konkretisht Bulqiza, Delvina, Gramshi, Lezha dhe Mirdita paraqesin nivele zero të incidencës si më 1995-1996 ashtu dhe më 2000-2001, ndërkohë që të gjitha rrethet e tjera të vendit tregojnë prani të hasjes të sëmundjes në një, dy, tre vite apo edhe në të katër vitet e dy periudhave dy-vjeçare të njëpasnjëshme 1995-1996 dhe 2000-2001.



HARTA 8

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



**6.5. SËMUNDJET INFEKTIVE TË PROGRAMIT KOMBËTAR TË IMUNIZIMIT**

Shumica e sëmundjeve infektive të parandalueshme-me-vaksinim, (sëmundje të Programit Kombëtar të Imunizimit të Shqipërisë në përputhje me EPI [Expanded

Programme on Immunization] të OBSH-së), janë të një transmetimi nëpërmjet-ajrit, konkretisht difteria, pertussis, fruthi, rubeola. Rrjedhimisht, të dhënat e survejancës epidemiologjike të tyre janë paraqitur përmbledhtas në *TABELAT 7 dhe 8* dhe në nënkapitullin përkatës 6.4 (shih!), ndërkohë që fruthi dhe rubeola u shtjelluan me hollësi në nën-nënkapitujt 6.4.4. dhe 6.4.5. (shih!) të atij nënkapitulli.

DIFTERIA dhe PERTUSSIS janë ngushtësisht të lidhura me TETANOZIN lidhur me parandalimin parësor të tyre nëpërmjet trivaksinës DTP (difteri-tetanoz-pertussis) dhe dyvaksinave DT dhe dT (difteri-tetanoz). Kjo është arsyeja përse shtjellojmë difterinë dhe pertussin (sëmundje infektive me transmetim nëpërmjet-ajrit) së bashku me tetanozin në këtë nënkapitull të sëmundjeve të EPI.

POLIOMIELITI përbën subjektin tjetër të këtij nënkapitulli të sëmundjeve të EPI.

TUBERKULOZI, ndonëse në thelb një sëmundje infektive me transmetim nëpërmjet-ajrit dhe njëherësh sëmundje e EPI, për arsye të veçantive të tij do të shtjellohet veçmas (shih nënkapitullin vijues 6.6.).

### **6.5.1. DIFTERIA, PERTUSSIS, TETANOZI**

(*TABELAT 7, 8 dhe 18*)

(*GRAFIKET 22, 23, 24*)

Të dhënat epidemiologjike të frekuencës vjetore (numër rastesh) dhe niveleve vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) të difterisë, pertussis dhe tetanozit gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001 demonstrojnë një rënie të qëndrueshme të hasjes së tyre, veçanërisht gjatë periudhës 1980 e pas, (*TABELAT 7, 8, 18*).

Vitet 1960 shënojnë futjen e vaksinimit të detyrueshëm kundër Difterisë, Pertussis dhe Tetanozit në kalendarin tonë kombëtar të imunizimit si dhe realizimin e prodhimit në vend (Instituti i Shëndetit Publik – IShP) të përbërësve antigjenike vaksinorë të trivaksinës DTP (difteri-tetanoz-pertussis) dhe dyvaksinës DT e dT (difteri-tetanoz). Gjatë viteve 1970 e 1980, IShP realizoi përmirësime të spikatura në bioteknologjinë e prodhimit të përbërësve D, T, dhe P të trivaksinës DTP, dyvaksinës DT dhe asaj dT, dhe vaksinës TT, që sollën si rrjedhojë rritjen e efikasitetit dhe efektivitetit të tyre, çka u pasqyrua në një ulje të mëtejshme të hasjes të sëmundjeve infektive përkatëse (difteri, pertussis, tetanoz), duke arritur nivelet më të ulëta të incidencave të tyre qysh nga fundi i viteve 1980 e në vijim, (*GRAFIKET 22, 23, 24*).

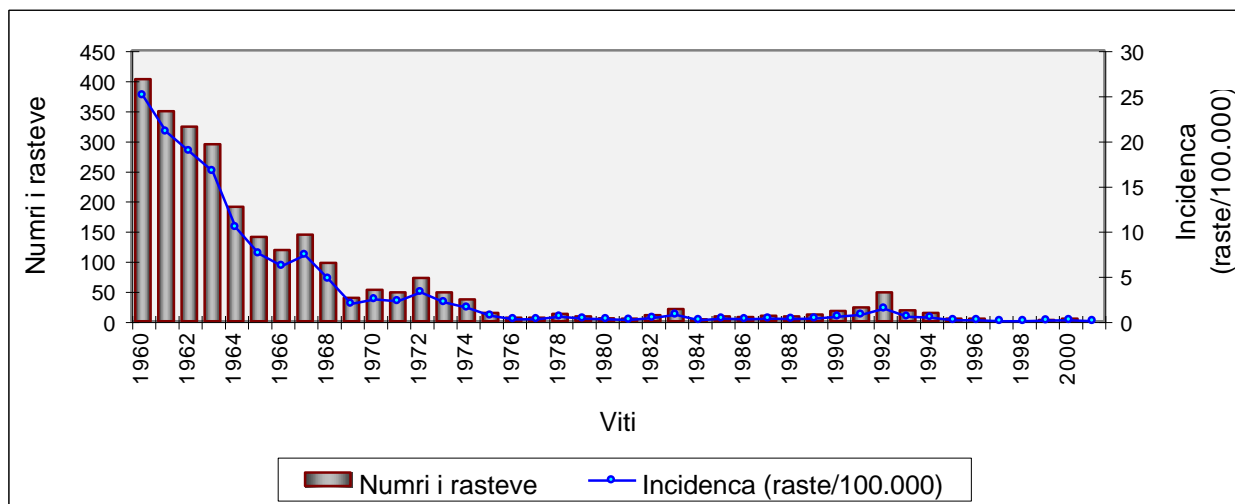
TABELA 18

DIFTERIA, PERTUSSIS, TETANOZI (D.P.T.):  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1960-2001

VITI	DIFTERIA		PERTUSSIS		TETANOZI	
	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000
1960	402	25,0	3.501	217,8	66	4,1
1961	349	21,0	1.299	78,2	80	4,8
1962	323	18,8	3.876	226,2	63	3,7
1963	294	16,6	6.851	387,9	59	3,3
1964	190	10,4	3.876	213,1	78	4,3
1965	140	7,5	1.849	98,8	65	3,5
1966	118	6,1	4.958	257,6	68	3,5
1967	144	7,3	5.885	297,6	82	4,1
1968	97	4,7	2.252	110,9	79	3,9
1969	39	1,9	2.328	111,8	81	3,9
1970	52	2,4	8.230	385,4	59	2,8
1971	48	2,2	6.447	294,6	36	1,6
1972	72	3,2	2.286	101,9	46	2,1
1973	48	2,1	9.354	407,4	53	2,3
1974	36	1,5	9.300	397,5	45	1,9
1975	14	0,6	2.215	92,1	38	1,6
1976	6	0,2	4.011	163,1	37	1,5
1977	6	0,2	6.057	239,5	32	1,3
1978	12	0,5	4.312	167,2	26	1,0
1979	8	0,3	3.386	129,2	34	1,3
1980	5	0,2	1.370	51,3	30	1,1
1981	4	0,15	2.835	104,0	23	0,8
1982	10	0,35	3.120	112,1	15	0,5
1983	20	0,7	1.658	58,3	6	0,2
1984	3	0,1	897	30,9	10	0,3
1985	8	0,3	1.459	49,2	10	0,3
1986	7	0,23	1.257	41,6	11	0,3
1987	9	0,3	1.124	36,5	14	0,4
1988	8	0,25	1.049	33,4	11	0,3
1989	11	0,3	409	12,8	12	0,3
1990	17	0,5	329	10,3	14	0,4
1991	23	0,7	275	8,5	8	0,2
1992	48	1,4	51	1,5	7	0,2
1993	18	0,5	124	3,8	18	0,5
1994	14	0,4	244	7,4	14	0,4
1995	4	0,1	136	4,1	14	0,4
1996	4	0,1	228	6,9	2	0,06
1997	0	0	78	2,4	3	0,09
1998	0	0	24	0,7	4	0,12
1999	2	0,06	27	0,8	3	0,09
2000	4	0,1	89	2,7	2	0,06
2001	0	0	36	1,1	2	0,06

GRAFIKU 22

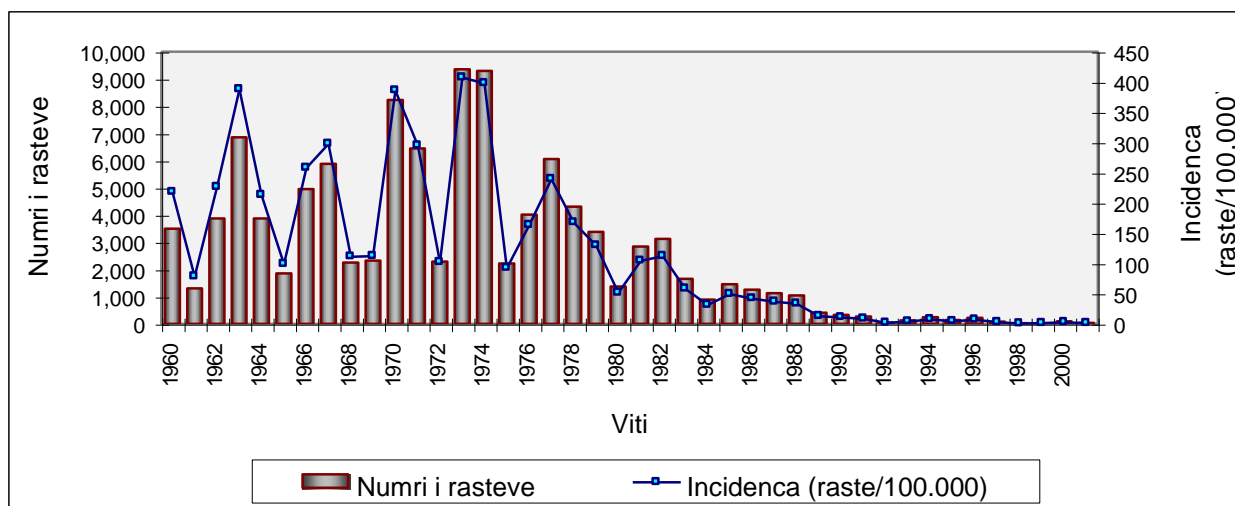
DIFTERIA:  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)



GJATË PERIUDHËS 1960-2001

GRAFIKU 23

PERTUSSIS:  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1960-2001



DIFTERIA (GRAFIKU 22) tregon një rënie të theksuar të hasjes së saj gjatë periudhës 1960-1975; periudha e mëpasshme (1976 e pas) karakterizohet nga nivele të ulëta të incidencës (me përjashtim të një rritje të vogël të tyre gjatë viteve 1990-1994).

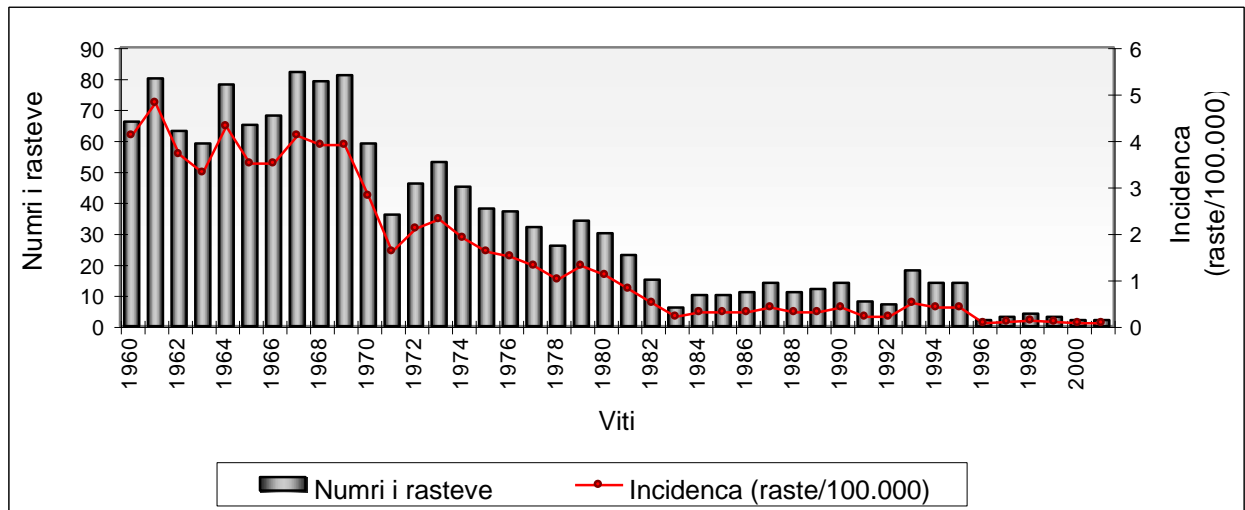
Aktualisht (1995-2001), numri i rasteve vjetore të raportuara për difteri luhetet nga zero në 3-4 raste; është me vlere të theksohet se është fjala vetëm për raste të suspektuara klinikisht, pra të pakonfirmuara nga ana laboratorike.

**PERTUSSIS** (GRAFIKU 23) paraqet luhatje të theksuara të niveleve vjetore të hasjes së tij gjatë periudhës 1960-1989; periudha e mëpasshme 1990-2001 karakterizohet nga nivele të ulëta të hasjes të sëmundjes, me një numër vjetor prej 100-300 raste të raportuara, 98-99% e të cilave u përkasin moshave pediatrike (0-14 vjeç).

**TETANOZI** (GRAFIKU 24) tregon fillimisht (periudha 1960-1973) një trend të qëndrueshëm të hasjes, i cili merr karakter zbritës gjatë periudhës 1974-1982. Periudha e mëpasshme 1983-1995 paraqet një tjetër trend të qëndrueshëm të hasjes të sëmundjes, veçse tanimë në nivele të ulëta (rreth 3-4 raste në vit për 1 milion banorë). Periudha e fundit (1996-2001) karakterizohet nga nivele shumë të ulëta të hasjes: totali vjetor i rasteve të raportuara është vetëm 2-4 raste.

GRAFIKU 24

**TETANOZI:**  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1960-2001



## 6.5.2. POLIOMIELITI

(TABELA 19)

(GRAFIKËT 25, 26)

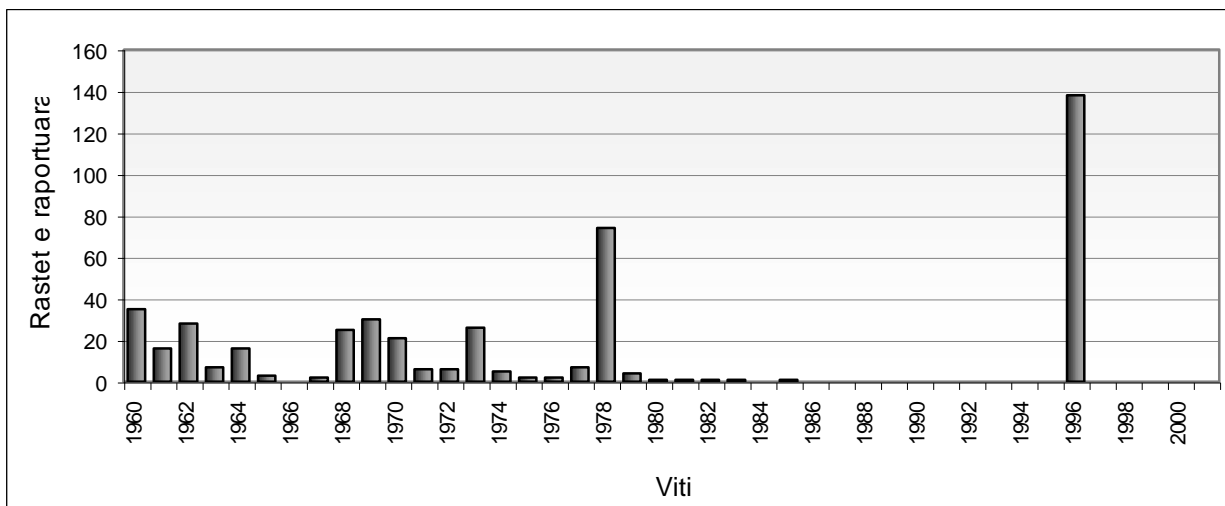
TABELA 19

**POLIOMIELITI:**  
**NUMRI VJETOR I RASTEVE DHE MBULESA VAKSINORE**  
**(PERIUDHA 1960-2001)**

VITI	POLIOMIELITI	
	RASTE	MBULESA VAKSINORE
1960	35	
1961	16	
1962	28	
1963	7	
1964	16	
1965	3	
1966	0	
1967	2	
1968	25	
1969	30	
1970	21	
1971	6	86%
1972	6	98%
1973	26	97%
1974	5	98%
1975	2	98%
1976	2	88%
1977	7	38%
1978	74	98%
1979	4	92%
1980	1	94%
1981	1	90%
1982	1	90%
1983	1	91%
1984	0	90%
1985	1	93%
1986	0	93%
1987	0	94%
1988	0	96%
1989	0	96%
1990	0	96%
1991	0	82%
1992	0	97%
1993	0	98%
1994	0	96%
1995	0	98%
1996	138	99%
1997	0	99%
1998	0	97%
1999	0	97%
2000	0	98%
2001	0	99%

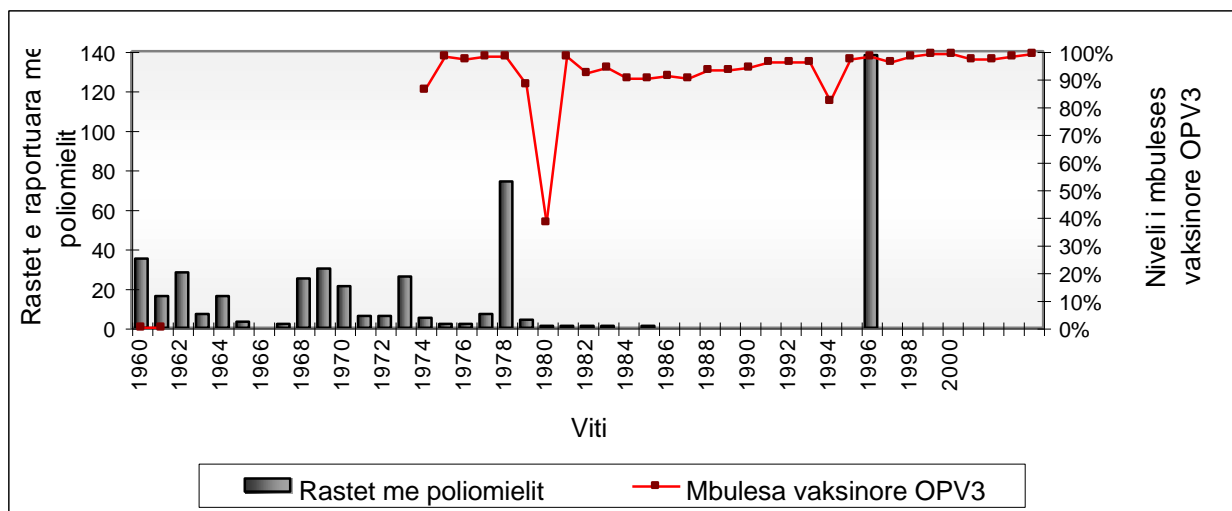
GRAFIKU 25

**POLIOMIELITI:**  
**NUMRI VJETOR I RASTEVE GJATË PERIUDHËS 1960-2001**  
 (EPIDEMI MË 1978 DHE 1996, ELIMINIM I POLIOMIELITIT QYSH PREJ VITIT 1997)



GRAFIKU 26

**POLIOMIELITI:**  
**NUMRI VJETOR I RASTEVE DHE MBULESA VAKSINORE**  
 (PERIUDHA 1960-2001)



POLIOMIELITI ËSHTË ELIMINUAR SI INFEKSION INDIGJEN NË SHQIPËRI MË 1997. PREJ VITIT 1997 E NË VIJIM SHQIPËRIA ËSHTË NJË VEND PA POLIOMIELIT INDIGJEN, DUKE REALIZUAR KËSHTU OBJEKTIVIN MADHOR TË OBSH-së PËR ELIMINIMIN E POLIOMIELITIT NË RAJONIN EUROPIAN MË 2000.

MË 21 QERSHOR 2002, OBSH ÇERTIFIKOI TË GJITHA VENDET E EUROPËS (PRA EDHE VENDIN TONË) SI VENDE PA POLIOMIELIT.

Megjithatë, është me vlerë të shtjellojmë karakteristikat kryesore të epidemiologjisë së poliomielitit në Shqipëri, bazuar në të dhënat e survejancës epidemiologjike, të disponueshme qysh prej vitit 1960, (TABELA 19, GRAFIKËT 25 dhe 26).

Vaksinimi rutinë i detyrueshëm kundër poliomielitit me vaksinën OPV (Oral Poliovirus Vaccine Sabin), dhe konkretisht me MOPV (Monovalent Oral Poliovirus Vaccine – Vaksina OPV Një-Tipëshe), ka filluar në Shqipëri më 1960.

MOPV u përdor deri më 1977 (1960-1977) me 2 doza në total për secilin tip (1, 2, 3) të poliovirusit vaksinor Sabin, për t'u zëvendësuar më 1978 me TOPV (Trivalent Oral Poliovirus Vaccine – Vaksina OPV Tre-Tipëshe apo Tri-valente). Vaksinimi me TOPV gjatë periudhës 1978-1981 përmbante në total 4 doza për secilin tip të poliovirusit (3 doza OPV si vaksinim bazal dhe një dozë booster apo rivaksinimi në moshën 18-24 muaj). Më 1982, në kalendarin rutinë të detyrueshëm të vaksinimit kundër poliomielitit u shtua një dozë e dytë booster (apo rivaksinimi) në moshën 5-6 vjeç. Periudha 1982 e pas, që përfaqëson skemën aktuale të vaksinimit kundër poliomielitit në vendin tonë, përmban rrjedhimisht një total prej 5 dozash për secilin tip të poliovirusit.

Periudha nga viti 1960 deri më 1985 karakterizohet nga një qarkullim endemik i poliovirusit me një pik epidemik më 1978.

Viti 1978 shënon një shpërthim epidemik të poliomielitit (poliovirusi i egër i tipit 3), me një total prej 74 raste të poliomielitit paralizant kryesisht në foshnjët dhe fëmijët me moshë nën 5 vjeç. Arsyeja e atij shpërthimi epidemik në kontekstin e qarkullimit endemik të poliomielitit ishte ulja e theksuar e menjëherëshme e mbulesës vaksinore të OPV3 (në një nivel prej 38%) më 1977 për shkak të mungesës së vaksinës OPV po atë vit (1977).

Gjatë periudhës 1980-1985 është raportuar nga një rast me poliomielit paralizant (poliovirusi i egër i tipit 2) në vit.

Periudha e mëpasshme dhjetë-vjeçare 1986-1995 karakterizohet nga një mungesë totale e qarkullimit të poliovirusit të egër në popullatën e vendit. Survejimët epidemiologjike ndër-seksionale çdo vjetore të kryera nga Instituti i Shëndetit Publik (IShP) gjatë asaj periudhe dhanë një dëshmi të bazuar shkencërisht dhe të besueshme për praninë e gjendjes epidemiologjike të mungesës së plotë të qarkullimit të poliomielitit në Shqipëri.



Veçse ndërkohë, survejimet ndër-seksionale seroepidemiologjike çdovjetore të kryera nga IShP gjatë periudhës 1986-1995 demonstuan një prani të theksuar të xhepave receptivë ndaj poliomielitit në popullatën e vendit, (rrjedhojë kryesisht e kushteve jo-adekuate të zinxhirit ftohës të vaksinimit), pavarësisht nga nivelet vjetore mbi 90% të mbulesës vaksinore totale të OPV3. Ishte pikërisht një situatë e tillë imunologjike, që diktoi ndërmarrjen dhe aplikimin e Ditetë Kombëtare të Imunizimit – DKI (fushatë vaksinimi masiv kundër poliomielitit [dy doza OPV me interval një muaj njera prej tjetrës] e të gjithë fëmijëve me moshë nën 5 vjeç).

Viti 1996 shënon epideminë më të madhe dhe njëherësh të fundit të poliomielitit (poliovirusi i egër i tipit 1) në Shqipëri, me një total prej 138 raste me poliomielit paralizant (16 prej të cilave me përfundim letal). Vlen të nënvijëzohet përputhshmëria e çuditshme në kohë e fillimit të epidemisë dhe DKI: rasti i parë me poliomielit u diagnostikua në prill 1996 (pas aplikimit të vaksinimit të parë të DKI) dhe tre raste të mëpasshme në maj 1996 (pas aplikimit të vaksinimit të dytë të DKI).

Realizimi me sukses i një vaksinimi masiv (të gjitha subjektet e vendit të moshave 0-50 vjeç) në tetor (doza e parë) dhe nëntor 1996 (doza e dytë) e tejdobësoi zhvillimin e epidemisë dhe e ndërpreu plotësisht atë në dhjetor 1996.

1 janari 1997 shënon zyrtarisht FILLIMIN E GJENDJES AKTUALE EPIDEMIOLOGJIKE TË POLIOMIELITIT TË ELIMINUAR SI INFEKSION INDIGJEN NË SHQIPËRI.

1 janari 1997 shënon gjithashtu fillimin e aplikimit në të gjithë vendin të sistemit të SURVEJANCËS TË PARALIZAVE FLAKSIDE AKUTE (PFA), si një sistem shtetëror i detyrueshëm i survejancës të bazuar-në-rastin të poliomielitit, (shih 5.1!).

Së fundi, por jo më pak e rëndësishme, Shqipëria disponon aktualisht një zinxhir ftohës plotësisht adekuat nga ana sasimore dhe cilësore lidhur me ruajtjen, transportimin dhe administrimin e vaksinave në të gjitha nivelet, dmth prej atij kombëtar (IShP) në atë lokal (Shërbimi Epidemiologjik i Rrethit), dhe prej këtij të dytit në atë kapilar (konsultoret e fëmijës në qytete dhe qendrat shëndetësore e ambulancat në përkatësisht komuna e fshatra).

## **6.6. TUBERKULOZI (TBC)**

(TABELA 11)

(GRAFIKU 13)

Nivelet e hasjes së TUBERKULOZIT – TBC (ICD-9 010.1/011/012.0/012.1/015-018) në Shqipëri paraqiten thujtë të qëndrueshme gjatë periudhës së fundit dhjetëvjeçare (1990-2001). Numri vjetor i rasteve incidente luhetet nga 530 në 765, me një mesatare vjetore prej 660 raste, apo 20,1 raste të reja për 100.000 banorë si nivel mesatar vjetor i incidencës, (TABELA 11, GRAFIKU 13). Pesha specifike e konsiderueshme e TBC ekstrapulmonare (ICD-9 015-017) në totalin e rasteve incidente vjetore me TBC (të gjitha format) duhet të tërheqë vëmendjen e shërbimit veterinar për kontrollin dhe parandalimin e tuberkulozit në gjedh.

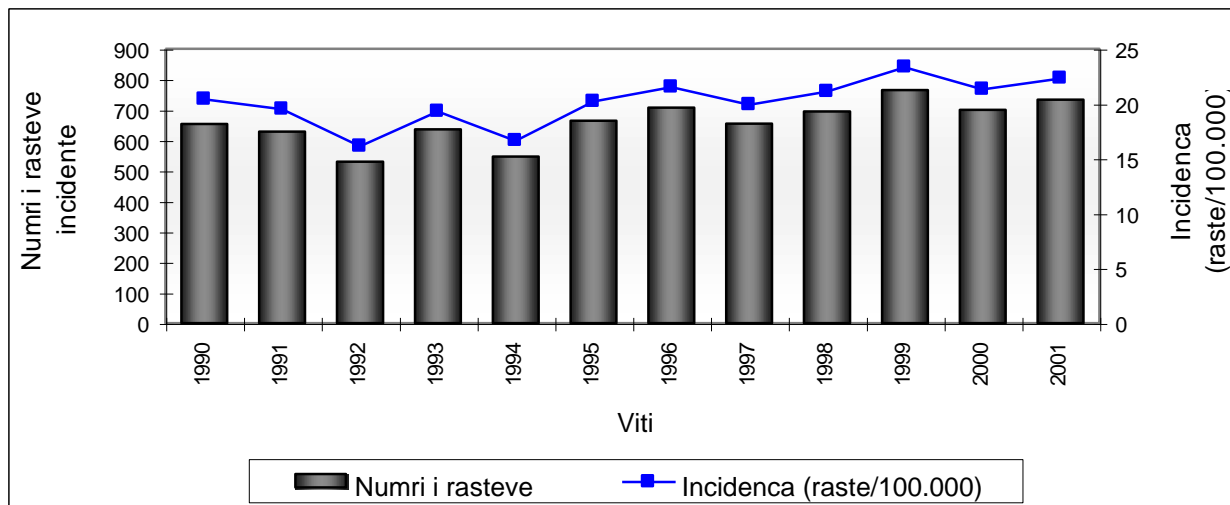
TABELA 11

**TUBERKULOZI:**  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1990-2001

VITI	TBC	
	raste	/100.000
1990	653	20,4
1991	628	19,5
1992	530	16,1
1993	636	19,3
1994	547	16,6
1995	664	20,2
1996	707	21,5
1997	655	19,9
1998	694	21,1
1999	765	23,3
2000	700	21,3
2001	733	22,3

GRAFIKU 13

**TUBERKULOZI:**  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1990-2001



TBC paraqet aktualisht një kërcënim shëndetësor në nivel botëror gjithnjë e në rritje, veçanërisht për shkak të lidhjeve të tij me HIV/AIDS.

Megjithë masat e ndërmarra nga Ministria e Shëndetësisë, sistemet e kontrollit dhe parandalimit të TBC në vendin tonë nuk janë ende funksionalisht adekuate. Ka boshllëqe të theksuara në metodologjinë diagnostike, mungesë të informacionit mbi trajtimin e pacientit, dhe komunikim të dobët ndërmjet qendrave mjekësore përgjegjëse, konkretisht ndërmjet dispanserit të TBC dhe shërbimit epidemiologjik në nivel rrethi, si dhe ndërmjet Spitalit Universitar Pneumoftiziatik të Tiranës dhe Institutit të Shëndetit Publik në nivel kombëtar.

#### **6.7. ZOONOZAT (E KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT VETERINAR): ANTHRAX, BRUCELOZA, LEISHMANIAZA, LEPTOSPIROZA**

(TABELAT 20, 21, 22)

(GRAFIKËT 27, 28, 29, 30, 31)

(HARTAT 9, 10, 11, 12)

Ndonëse termi gjenerik “zoonoza” përfshin një numër shumë të madh sëmundjesh infektive, (psh, gripi është në thelb një sëmundje zoonotike), në këtë nënkapitull shtjellojmë vetëm ato zoonoza që janë subjekt i kontrollit dhe parandalimit të shërbimit veterinar dhe njëherësh me impakt të rëndësishëm në shëndetin publik, konkretisht ANTHRAX (PLASJA), BRUCELOZA, LEISHMANIAZA dhe LEPTOSPIROZA.

Të dhënat e survejancës epidemiologjike mbi frekuencën vjetore (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) të

anthrax, brucelozës dhe leptospirozës në Shqipëri janë të disponueshme qysh prej vitit (*TABELA 20*). Disponueshmëria e këtyre të dhënave për leishmaniazën (viscerale dhe kutane) daton prej vitit 1990, (*TABELA 20*).

#### **6.7.1. ZOONOZAT NË PËRGJITHËSI (PERIUDHA 1990-2001)**

(*TABELA 20*)

(*GRAFIKU 27*)

Të dhënat e survejancës epidemiologjike, të disponueshme për të katër zoonozat e mësipërme (anthrax, bruceloza, leishmaniaza, leptospiroza) gjatë periudhës 1990-2001, tregojnë një trend të përbashkët rritës, veçanërisht i shprehur më 1997 e pas (kryesisht për arsye të rritjes së theksuar të niveleve të hasjes së brucelozës).

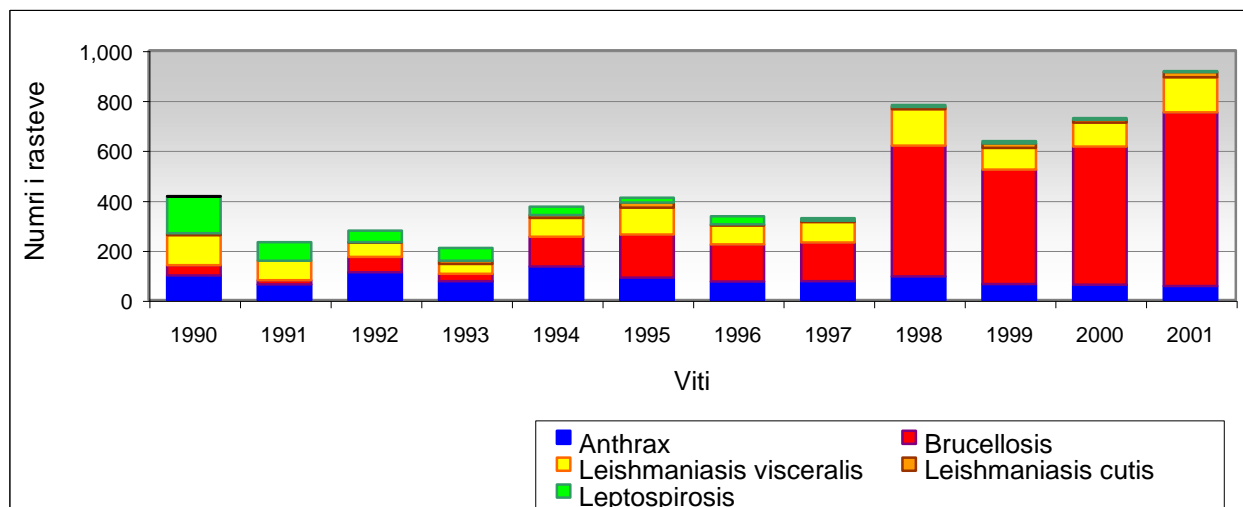
TABELA 20

ZOONOZAT: ANTHRAX, BRUCELOZA, LEISHMANIAZA, LEPTOSPIROZA  
 FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
 GJATË PERIUdhËS 1960-2001

VITI	ANTHRAX		BRUCELOSIS		LEISHMANIASIS VISCERALIS		LEISHMANIASIS CUTIS		LEPTOSPIROSIS	
	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000
1960	240	14,9	614	38,2					22	1,4
1961	286	17,2	400	24,0					11	0,6
1962	342	19,9	382	22,2					10	0,5
1963	244	13,8	354	20,0					4	0,2
1964	150	8,2	360	19,7					15	0,8
1965	220	11,7	320	17,1					20	1,0
1966	264	13,7	244	12,7					5	0,2
1967	203	10,3	192	9,7					10	0,5
1968	161	7,9	170	8,4					9	0,4
1969	173	8,3	158	7,6					15	0,7
1970	142	6,6	82	3,8					24	1,1
1971	118	5,4	91	4,1					12	0,5
1972	155	6,9	54	2,4					11	0,5
1973	177	7,7	64	2,8					30	1,3
1974	156	6,6	43	1,8					48	2,0
1975	185	7,7	50	2,1					213	8,8
1976	136	5,5	51	2,1					59	2,4
1977	232	9,2	32	1,3					30	1,2
1978	169	6,5	37	1,4					33	1,3
1979	88	3,3	29	1,1					68	2,6
1980	109	4,1	27	1,0					43	1,6
1981	105	3,8	28	1,0					50	1,8
1982	87	3,1	22	0,8					48	1,7
1983	74	2,6	15	0,5					59	2,1
1984	77	2,6	15	0,5					56	1,9
1985	77	2,6	3	0,1					64	2,16
1986	76	2,5	17	0,56					35	1,15
1987	68	2,2	21	0,7					60	1,9
1988	82	2,6	30	0,95					87	2,8
1989	76	2,4	34	1,07					93	2,9
1990	98	3,0	42	1,3	120	3,7	7	0,2	148	4,6
1991	63	1,9	17	0,5	77	2,4	0	0	75	2,3
1992	111	3,4	62	1,9	58	1,8	1	0,03	46	1,4
1993	76	2,3	29	0,9	40	1,2	13	0,4	51	1,55
1994	135	4,1	118	3,6	76	2,3	12	0,4	33	1,0
1995	90	2,7	172	5,2	108	3,3	20	0,6	20	0,6
1996	74	2,2	149	4,5	75	2,3	5	0,15	32	1,0
1997	75	2,3	155	4,7	83	2,5	5	0,15	10	0,3
1998	95	2,9	523	15,9	146	4,4	10	0,3	7	0,2
1999	64	1,9	458	13,9	88	2,7	17	0,5	9	0,3
2000	62	1,9	553	16,8	95	2,9	12	0,4	6	0,2
2001	56	1,7	695	21,1	142	4,3	20	0,6	4	0,1

## GRAFIKU 27

ZOONOSIS: ANTHRAX, BRUCELOZA, LEISHMANIAZA, LEPTOSPIROZA:  
FREKUENCA VJETORE (NUMRI I RASTEVE) GJATË PERIUDHËS 1990-2001



### 6.7.2. ANTHRAX

(TABELAT 20, 21)

(GRAFIKU 28)

(HARTA 9)

Të dhënat e survejancës epidemiologjike të ANTHRAX në Shqipëri gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001 mbi frekuencën vjetore (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) paraqiten në detaje në TABELA 20.

Periudha prej katër dekadash 1960-2001 mund të ndahet në dy nën-periudha lidhur me modelet e hasjes të sëmundjes. Nën-periudha e parë, 1960-1979, karakterizohet nga një trend pak a shumë zbritës i hasjes të sëmundjes, veçse me luhajtje të theksuara vjetore; numri vjetor i rasteve të raportuara bie nga 250-300 në vitet 1960-1967 në 100-150 në vitet 1968-1979. Nën-periudha e dytë, 1980-2001, tregon një trend pak a shumë të qëndrueshëm të hasjes të sëmundjes, rreth një niveli vjetor prej 75-84 raste (apo 2,7 raste për 100.000 banorë si nivel i incidencës), (TABELA 20, GRAFIKU 28).

Grup-moshat më të prekura rezultojnë të jenë ato 25-34 dhe 45-64 vjeç; meshkujt përfaqësojnë mbi 60% të rasteve. Një karakteristikë e tillë moshë-specifike dhe gjini-specifike e hasjes të sëmundjes në popullatën humane lidhet kryesisht me natyrën okupacionale të saj.

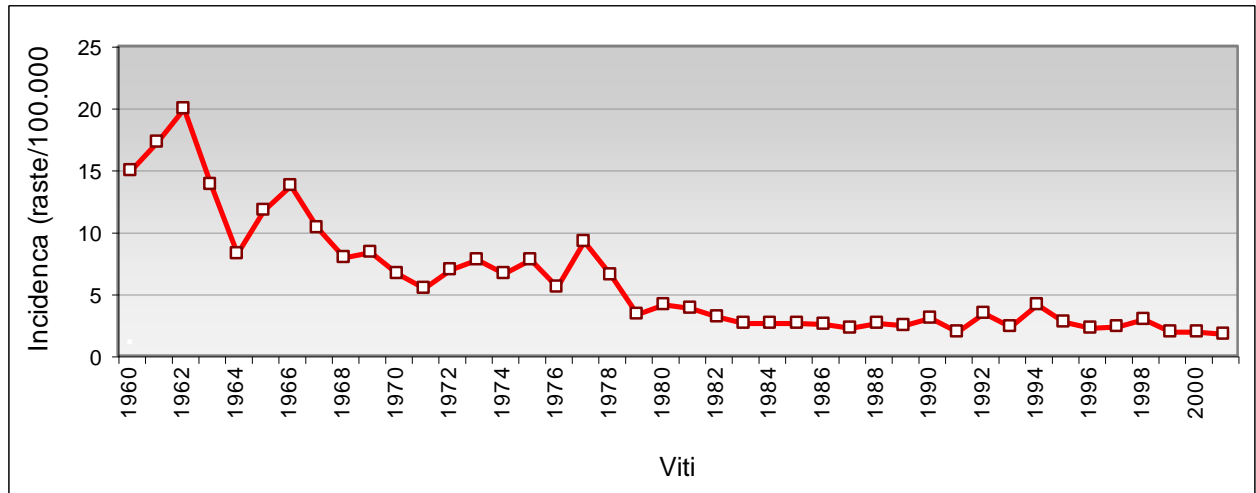
Kafshët bujqësore më të prekura janë **bagëtitë e imëta (dhen, dhi)** të ndjekura nga gjedhi. Gjatë viteve të fundit (1994 e pas) vërehet një rritje e numrit të kafshëve të prekura dhe e vatrave të sëmundjes në to, e lidhur me probleme të një funksionimi jo-adekuat të hallkave të shërbimit veterinar në kontrollin dhe parandalimin e sëmundjes në kafshët bujqësore.

Rastet me anthrax në popullatën humane janë evidentuar jo vetëm në **zonat rurale**. Ndonëse këto të fundit vijojnë të përbëjnë pjesën më të madhe të hasjes të sëmundjes (>90%), vitet e fundit (1995 e pas) po rritet pesha specifike e **zonave periurbane (apo suburbane)**.

Shpërndarja gjeografike e anthrax në Shqipëri (TABELA 21, HARTA 9) ve në dukje rrethet që në mënyrë thuajse të qëndrueshme në ecurinë e kohës janë zonat më të prekura; është konkretisht fjala për rrethet e Shqipërisë jugore, që vazhdimisht kanë mbajtur dhe mbajnë incidencën kryesore të sëmundjes: Tepelena, Gjirokastra, Delvina, Saranda, Vlora. Pas viteve 1993-1994, si rrjedhojë e keqfunksionimit në rritje të strukturave të shërbimit veterinar, si dhe e niveleve në rritje të lëvizjeve të brendshme të popullatës (migrimi i brendshëm), hasja e Anthrax vërehet edhe në rrethe të tjera, krejtësisht të paprekura më parë, si Berat, Durrës, Elbasan, Peqin, Kukës, Laç, Pogradec, etj.

GRAFIKU 28

ANTHRAX:  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË) GJATË PERIUDHËS 1960-2001



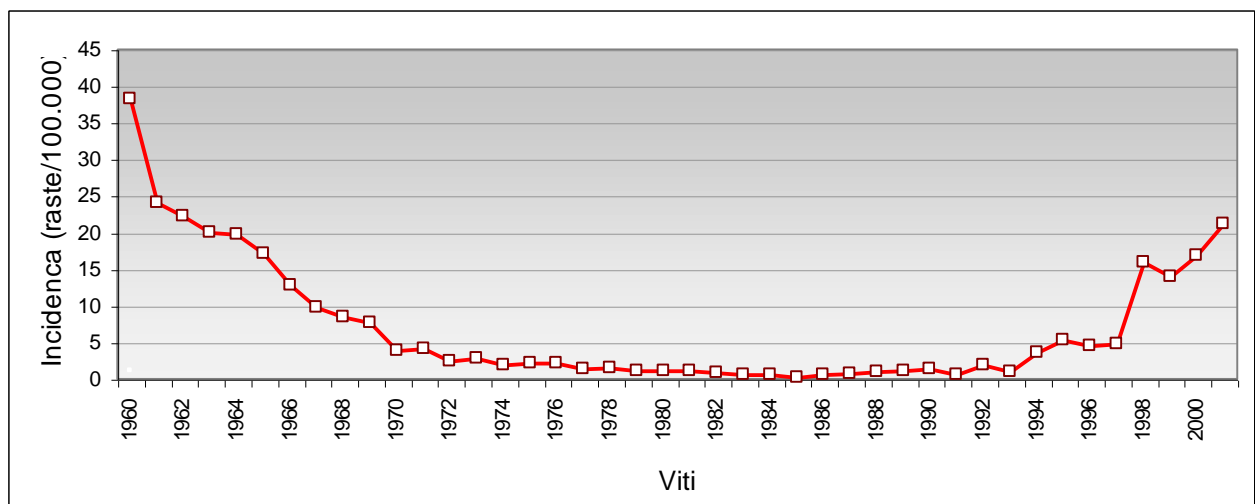
**6.7.3. BRUCELOZA**  
(TABELAT 20, 21)  
(GRAFIKU 29)  
(HARTA 10)

Të dhënat e survejancës epidemiologjike të BRUCELOZËS në Shqipëri gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001 mbi frekuencën vjetore (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) paraqiten në detaje në *TABELA 20*.

Hasja e sëmundjes gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001 paraqet një trend në formë U (*GRAFIKU 29*): një ulje sinjifikative e hasjes të sëmundjes prej vitit 1960 deri më 1976, një trend i qëndrueshëm me nivele të ulëta të frekuencës të saj gjatë periudhës 1977-1993, dhe një rritje sinjifikative e niveleve të hasjes të sëmundjes prej vitit 1994 e pas. Rënia fillestare e incidencës të brucelozës gjatë nën-periudhës së parë 1960-1976 dhe mbajtja e saj në nivele të ulëta (rreth 1 rast për 100.000 banorë) gjatë nën-periudhës së dytë 1977-1993 lidhet me shkallën gjithnjë e në rritje nga ana sasiore dhe cilësore të performancës të aktivitetit të strukturave të shërbimit veterinar në drejtim të kontrollit dhe parandalimit të sëmundjes në kafshët bujqësore. Më pas (periudha 1994 e pas), dobësimi gjithnjë e më i shprehur i aktivitetit të këtij shërbimi në kontrollin dhe parandalimin e brucelozës në kafshë, përbën shkakun kryesor dhe të vetëm të trendit në rritje të hasjes të sëmundjes në popullatën humane.

*GRAFIKU 29*

**BRUCELOZA:**  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË) GJATË PERIUDHËS 1960-2001



**Grup-moshat** më të prekura rezultojnë të jenë ato 25-34 dhe 45-64 vjeç; **meshkujt** përfaqësojnë mbi 65% të rasteve të raportuara. Një karakteristikë e tillë moshë-specifike dhe gjini-specifike e hasjes të sëmundjes në popullatën humane lidhet kryesisht me natyrën okupacionale të saj.



Rastet me brucelozë janë raportuar gjatë tërë vitit, pavarësisht nga fluktacionet stinore të hasjes të sëmundjes në kafshë (të lidhura me periudhën e laktacionit).

Kafshët më të prekura janë të imtat dhe gjedhi. Rritja sinjifikative e hasjes të sëmundjes në kafshë (numri në rritje i kafshëve të prekura dhe i vatrave të sëmundjes) prej vitit 1994 e pas lidhet me nivelet gjithnjë e në ulje të aktivitetit veterinar si ndaj parandalimit parësor (vaksinimi) ashtu dhe atij dytësor (brucelinizimi) të sëmundjes. Rrjedhimisht, është plotësisht i kuptueshëm impakti aktual në shëndetin publik human.

Rastet me brucelozë në popullatën humane janë evidentuar jo vetëm në **zonat rurale**. Ndonëse këto të fundit vijnë të përbëjnë pjesën më të madhe të hasjes të sëmundjes (>85%), vitet e fundit (1995 e pas) po rritet pesha specifike e **zonave periurbane** (apo suburbane).

**Shpërndarja gjeografike e brucelozës në Shqipëri** (TABELA 21, HARTA 10) ve në dukje rrethet që në mënyrë thujse të qëndrueshme në ecurinë e kohës janë zonat më të prekura; është konkretisht fjala për rrethet e Shqipërisë jug-lindore dhe jugore, që vazhdimisht kanë mbajtur dhe mbajnë incidencën kryesore të sëmundjes: Pogradeci, Devolli, Korça, Kolonja, Tepelena, Gjirokastra, Delvina, Saranda, Vlora, Fieri, Mallakstra. Pas viteve 1993-1994, si rrjedhojë e keqfunksionimit në rritje të strukturave të shërbimit veterinar, bruceloza tregon një tendencë të shtrirjes së saj edhe në rrethe të tjera, krejtësisht të paprekura më parë, si Berat, Bulqizë, Dibër, Elbasan, Durrës, Elbasan, Peqin, Kukës, Tropojë, etj.

#### **6.7.4. LEISHMANIAZA (VISCERALE DHE KUTANE)**

(TABELAT 20, 22)

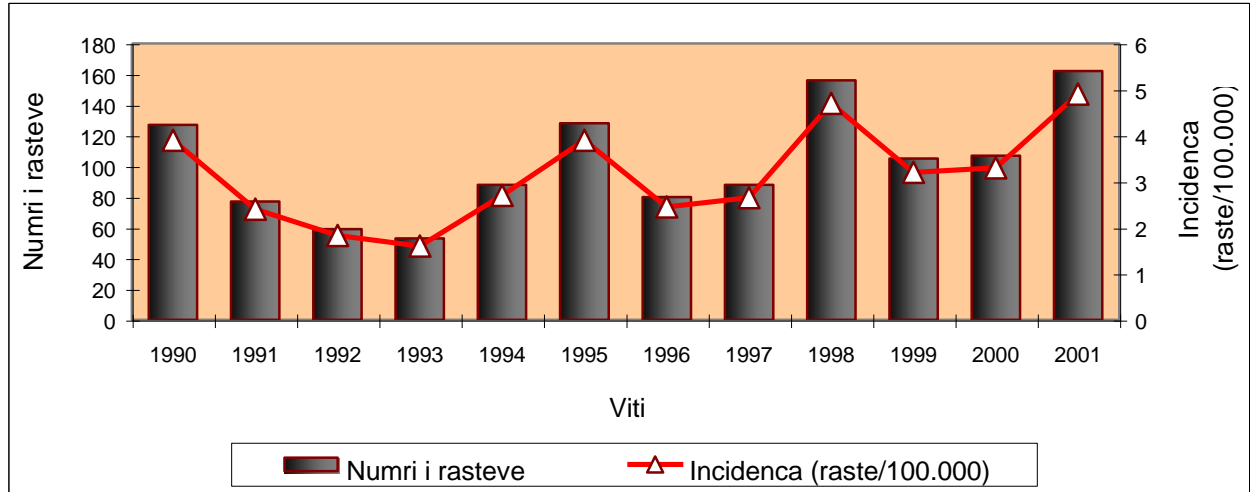
(GRAFIKU 30)

(HARTA 11)

Të dhënat e survejances epidemiologjike të **LEISHMANIAZËS (VISCERALE dhe KUTANE)** në Shqipëri gjatë periudhës nga viti 1990 deri më 2001, konkretisht frekuenca vjetore e hasjes (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë), paraqesin një trend luhatës, me rritje çdo 3-5 vjet të niveleve të hasjes të sëmundjes, (TABELA 20, GRAFIKU 30).

GRAFIKU 30

LEISHMANIAZA (VISCERALE DHE KUTANE)  
FREKUENCA (NUMRI I RASTEVE) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUdhËS 1990-2001



Nivelet e frekuencës vjetore të leishmaniazës viscerale luhaten nga 58 në 146 raste të raportuara, me një mesatare vjetore prej 92 raste (apo 2,8 raste për 100.000 banorë si nivel mesatar vjetor i incidencës).

Incidenca më e lartë si e leishmaniazës viscerale ashtu dhe e leishmaniazës kutane haset në moshat pediatrike (0-14 vjeç): ato paraqesin 87-92% të totalit vjetor të rasteve të raportuara. Grup-mosha 0-4 vjeç mban peshën specifike më të madhe ndërmjet moshave pediatrike: 60-65% e totalit vjetor të rasteve të raportuara i përket kësaj grup-moshe.

Shumica e rasteve (70-90%) u përket zonave rurale. Megjithatë, duhet marrë në konsideratë rritja gjithnjë e më e madhe e popullatës së qenve rrugaçë në zonat urbane/suburbane, lidhur me një rritje plotësisht të mundshme të hasjes të sëmundjes në këto zona.

Shpërndarja gjeografike e leishmaniazës në Shqipëri (TABELA 22, HARTA 11) ilustron tiparet e një sëmundje infektive me vatra natyrore: shumica e zonave të prekura paraqet në vetvete habitatet-biocenozat-biotopet e flebotomeve – artropodi vektor i sëmundjes. Rrethet me incidencën më të lartë të sëmundjes në dy periudhat dy-vjeçare të njëpasnjëshme 1995-1996 dhe 2000-2001 janë Elbasani, Gramshi, Gjirokastra, Kruja, Kukësi, Lezha, Librazhdi, Malësia e Madhe, Shkodra, Mati, Tropoja.

### 6.7.5. LEPTOSPIROZA

(TABELAT 20, 22)

(GRAFIKU 31)

(HARTA 12)

Të dhënat epidemiologjike të LEPTOSPIROZËS në Shqipëri gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001 mbi frekuencën vjetore (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) paraqiten në detaje në TABELA 20.

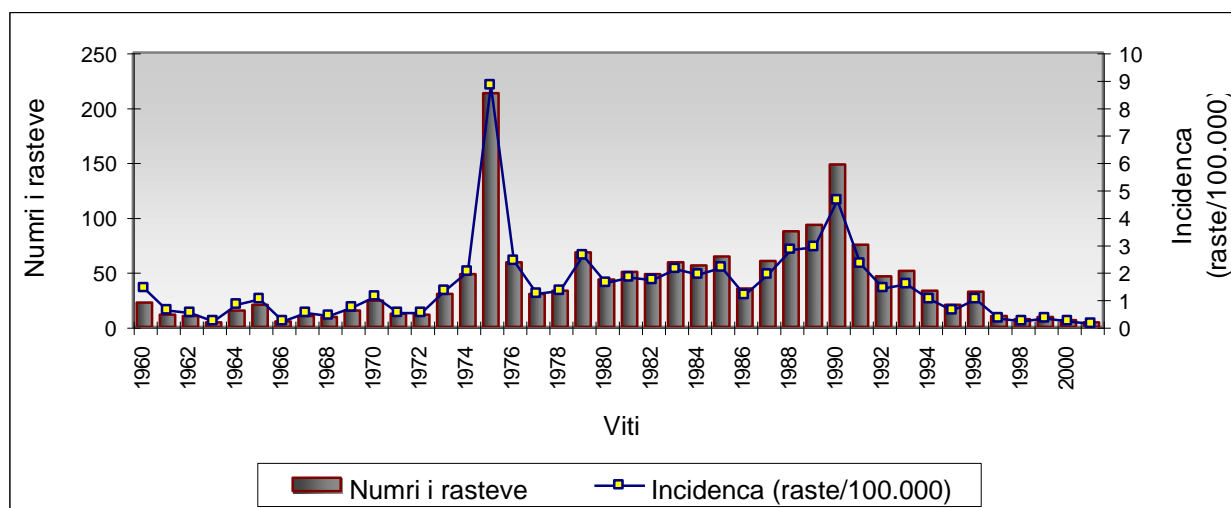
Hasja e sëmundjes gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001 tregon për një qarkullim endemik të saj, me pike epidemike çdo 15 vjet (konkretisht më 1975 dhe 1990), (GRAFIKU 31). Nivelet e frekuencës vjetore të hasjes në periudhat ndër-epidemike luhaten nga 4-10 në 80-90 raste të raportuara. Piket epidemike më 1975 dhe 1990 tregojnë një frekuencë prej përkatësisht 213 dhe 148 raste, apo nivele incidence përkatësisht  $8,8/10^5$  dhe  $4,6/10^5$ .

Grup-moshat më të prekura janë ato 25-54 vjeç; meshkujt tregojnë nivele 3-4 herë më të larta të incidencës se femrat. Një karakteristikë e tillë moshë-specifike dhe gjini-specifike e hasjes të sëmundjes në popullatën humane lidhet kryesisht me natyrën okupacionale të saj.

Pjesa më e madhe (>70%) e rasteve të raportuara u përket zonave rurale.

GRAFIKU 31

LEPTOSPIROZA:  
FREKUENCA (NUMRI I RASTEVE) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1960-2001



Survejimet ndër-seksionale sero-epidemiologjike të kryera nga Instituti i Shëndetit Publik (IShP) në periudhën 1980-1990 kanë demonstruar për një qarkullim mbizotërues të specieve *Leptospira pomona* dhe *Leptospira icterhaemorrhagiae* në Shqipëri; gjedhi ka rezultuar të jetë strehuesi natyror kryesor i infeksionit.

Shpërndarja gjeografike e leptospirozës në Shqipëri (TABELA 22, HARTA 12) demonstroi rrethet që kanë nivelet më të larta të incidencës në të dy periudhat e njëpasnjëshme dy-vjeçare 1995-1996 dhe 2000-2001, konkretisht Skrapari, Lushnja, Fieri, Mallakstra, Lezha, Shkodra, Malësia e Madhe, Tropoja, Kavaja, Tirana, Pogradeci, Delvina. Megjithatë, duhet theksuar se tipari karakteristik i shpërndarjes hapësinore të infeksionit është paqëndrueshmëria e saj në ecurinë e kohës; sepse, si rregull, rrethe me një nivel të caktuar të hasjes të sëmundjes në një vit, tregojnë nivel zero vitin tjetër, dhe e kundërta. Rrjedhimisht, rezultoi të mos ketë rrethe që të paraqiten të prekur nga sëmundja në mënyrë të qëndrueshme në kohë.

TABELA 21 DHE HARTAT 9 DHE 10

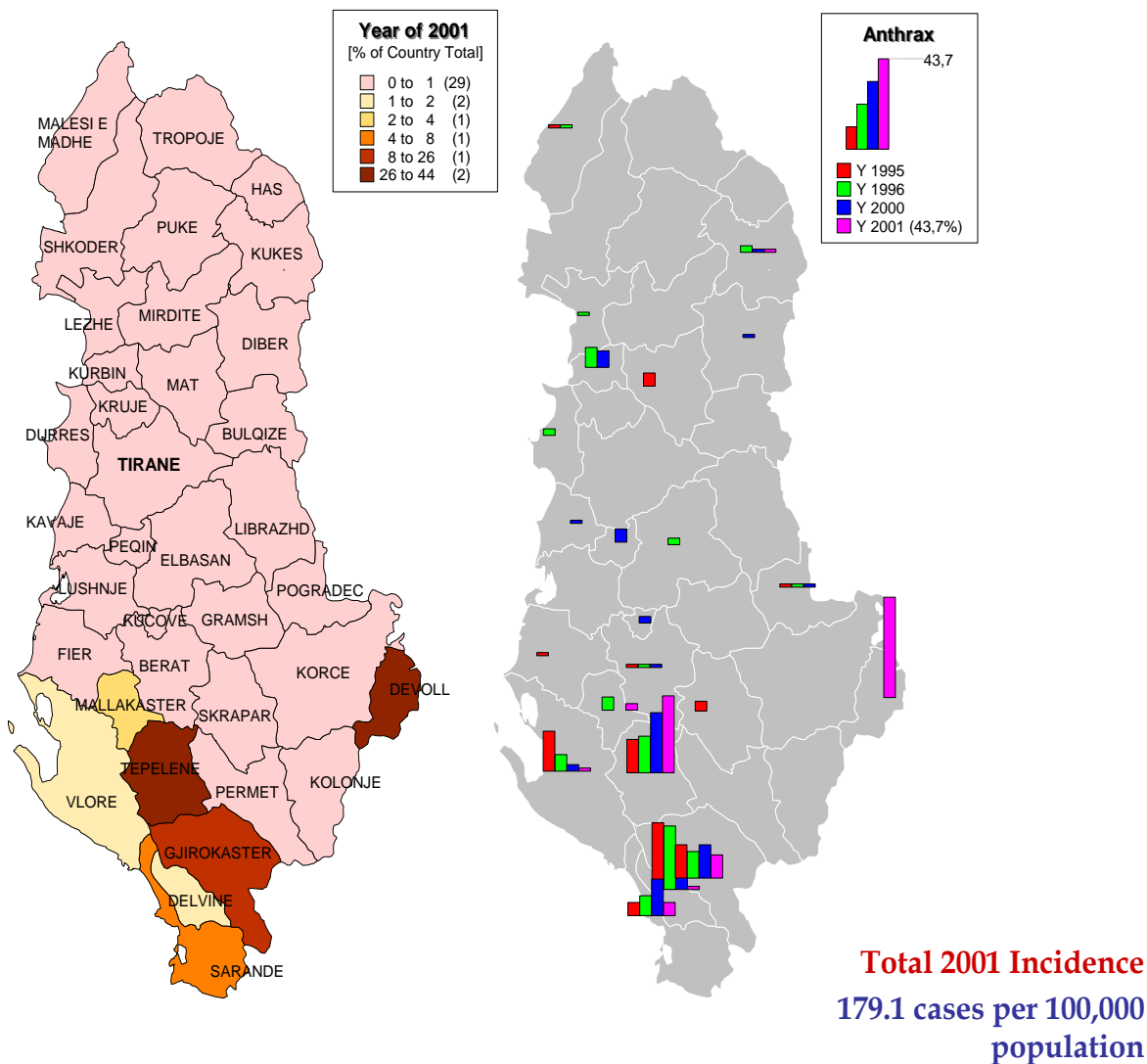
TABELA 21

**ANTHRAX DHE BRUCELOSIS:**  
**SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)**  
**MË 1995-1996 DHE 2000-2001**

Nr	RRETHI	ANTHRAX				BRUCELOZA			
		INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 POP.)				INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 POP.)			
		1995	1996	2000	2001	1995	1996	2000	2001
1	BERAT	2,5	2,4	2,2	0,8	0	0,8	7,3	5,2
2	BULQIZË	0	0	0	0	0	0	76,3	0
3	DELVINË	57,8	33,5	17,3	3,5	39,7	0	0	135,3
4	DEVOLL	0	0	0	78,3	0	8,4	110,2	0
5	DIBËR	0	0	1,0	0	10,4	9,7	0	0
6	DURRËS	0	2,7	0	0,5	0	0	6,3	2,7
7	ËLBASAN	1,4	3,7	0,5	0,9	0	0,5	6,4	2,8
8	FIER	3,3	0	0,5	0,5	10,3	5,5	10,1	12,1
9	GRAMSH	0	0	0	0	2,5	0	0	0
10	GJROKASTËR	28,3	14,2	15,7	17,3	121,3	90,4	97,6	121,2
11	HAS	0	0	0	0	0	0	0	0
12	KAVAJË	1,1	0	1,1	0	0	0	3,4	3,4
13	KOLONJË	0	0	0	0	0	20,1	45,5	70,4
14	KORÇË	0	0	0	0	1,2	3,1	75,3	135,5
15	KRUJË	0	0	0	0	0	0	0	0
16	KUÇOVË	0	0	2,6	0	0	0	0	2,6
17	KUKËS	0	2,7	1,4	1,4	5,3	0	22,0	13,7
18	LAÇ	0	10,2	8,8	0	0	0	0	3,5
19	LEZHË	0	1,1	0	0	0	0	0	0
20	LIBRAZHD	0	0	0	0	6,5	9,4	27,2	20,1
21	LUSHNJE	0,8	0	0	0	1,2	1,3	8,6	7,8
22	MALËSI E MADHE	4,2	2,4	0	0	2,4	0	0	0
23	MALLAKASTËR	0	7,8	0	4,7	10,7	2,6	18,8	16,4
24	MAT	10,1	0	0	0	0	0	0	0
25	MIRDITË	0	0	0	0	0	0	0	0
26	PEQIN	1,2	0	6,4	0	0	0	0	3,2
27	PËRMET	0	0	0	0	0	5,6	25,4	28,2
28	POGRADEC	1,8	1,2	1,4	0	3,0	6,2	37,8	47,6
29	PUKË	0	0	0	0	0	0	0	0
30	SARANDË	12,7	10,1	18,0	9,8	11,8	45,7	95,0	167,1
31	SKRAPAR	7,7	0	0	0	0	0	2,3	2,3
32	SHKODËR	0	0,6	0	0	0	0	1,0	0
33	TEPELENË	29,5	20,2	29,6	59,1	0	0	66,0	22,8
34	TIRANË	0	0,6	0	0	0	1,1	1,5	1,9
35	TROPOJË	0	0	0	0	0,6	0,6	2,5	0
36	VLORË	33,6	8,7	3,5	2,3	57,6	8,7	6,3	30,0

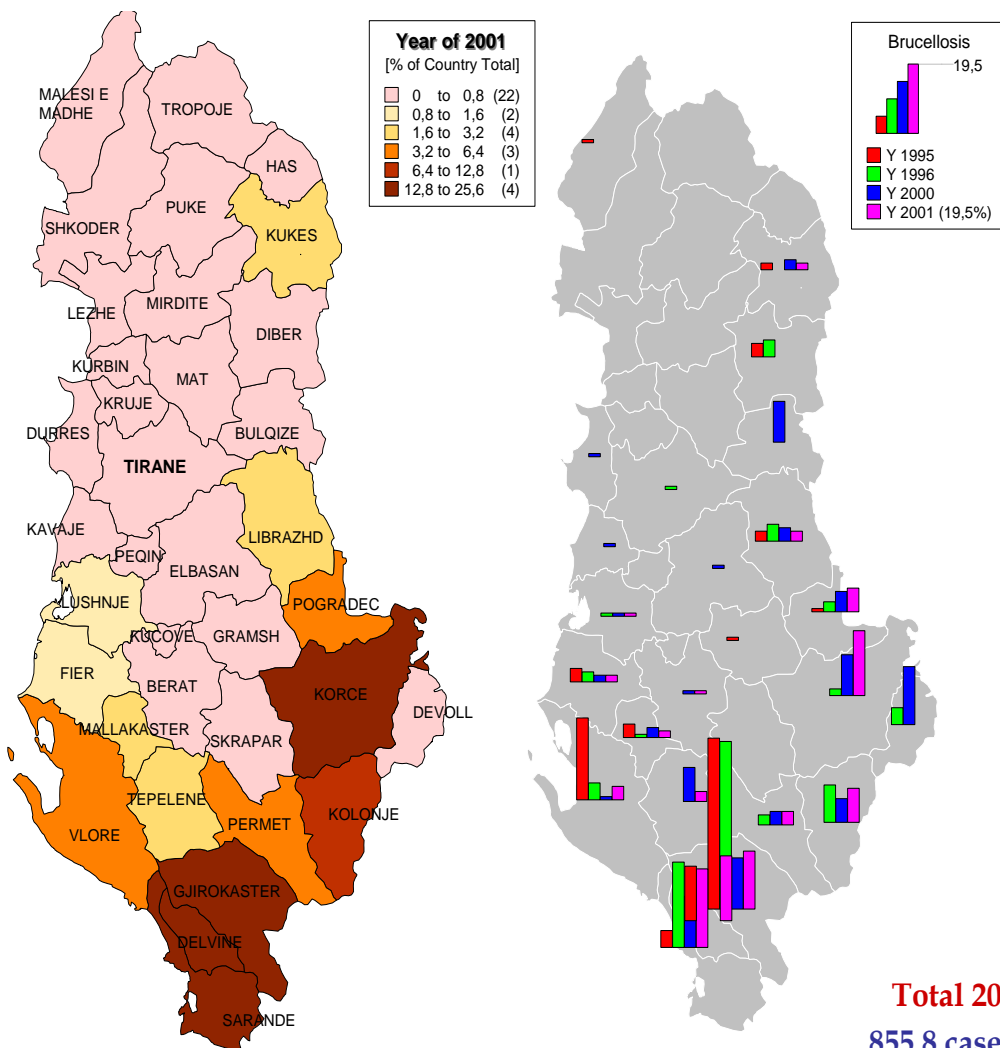
HARTA 9

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



HARTA 10

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



**Total 2001 Incidence**  
 855.8 cases per 100,000  
 population

TABELA 22 DHE HARTAT 11 DHE 12

TABELA 22

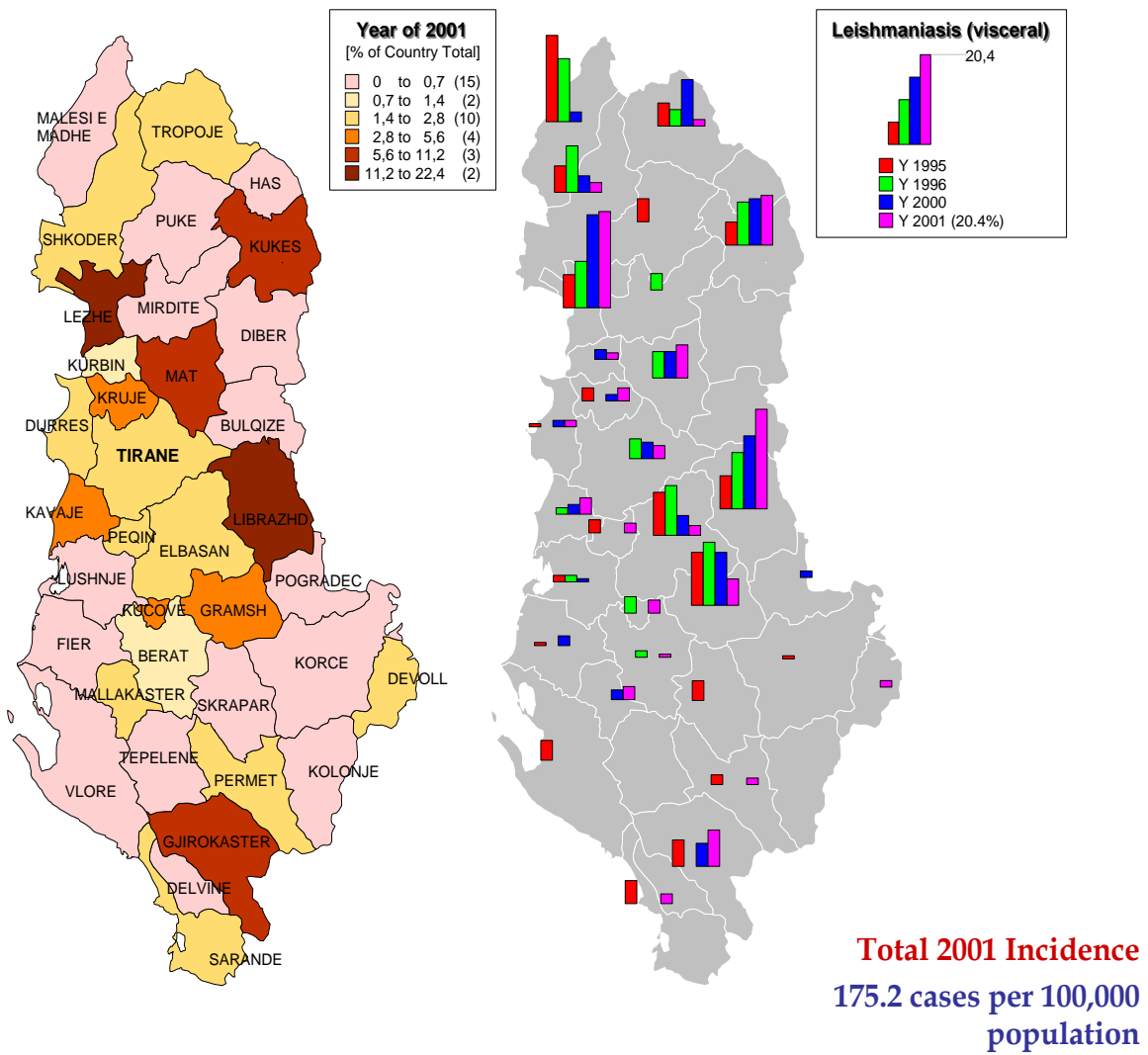
**LEISHMANIAZA (VISCERALE) DHE LEPTOSPIROZA:  
SHPËRNDARJA GJEOGRAFIKE (SIPAS RRETHEVE TË VENDIT)  
MË 1995-1996 DHE 2000-2001**

Nr	RRETHI	LEISHMANIAZA (VISCERALE)				LEPTOSPIROZA			
		INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 POP.)				INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 POP.)			
		1995	1996	2000	2001	1995	1996	2000	2001
1	BERAT	0	0,8	0	1,5	0	0	0,7	0
2	BULQIZË	0	0	0	0	0	0	0	0
3	DELVINË	0	0	0	0	3,6	0	3,5	0
4	DEVOLL	0	0	0	2,8	0	0	0	0
5	DIBËR	0	0	0	0	0	0	0	0
6	DURRËS	0,7	0	1,1	2,6	0	0	0	0
7	ËLBASAN	11,8	7,9	4,6	3,7	0,5	0	0	0
8	FIER	1,3	0	2,4	0,5	6,1	0	0	0,5
9	GRAMSH	15,1	10,0	11,5	9,2	0	0	0	0
10	GJIRKASTËR	7,2	0	4,7	12,6	0	0	0	0
11	HAS	0	0	0	0	0	0	0	0
12	KAVAJË	0	1,2	2,3	5,7	1,7	0	0	0
13	KOLONJË	0	0	0	0	0	0	0	0
14	KORÇË	0,6	0	0	0	0	0	0,6	0
15	KRUJË	3,6	0	1,7	5,1	0	0	0	0
16	KUÇOVË	0	2,8	0	5,1	0	0	0	0
17	KUKËS	6,7	6,7	9,6	17,9	0	0	0	0
18	LAÇ	0	0	1,8	1,8	0	0	0	0
19	LEZHË	9,5	7,1	19,7	34,9	0	1,8	0	0
20	LIBRAZHD	9,2	8,9	15,8	35,8	0	0	0	0
21	LUSHNJE	1,9	0,8	0,7	0	1,5	0	0,7	0
22	MALËSI E MADHE	24,2	9,5	2,3	0	2,4	2,4	0	2,3
23	MALLAKASTËR	0	0	2,3	4,7	0	5,4	0	0
24	MAT	0	4,3	6,0	12,1	0	0	0	0
25	MIRDITË	0	2,4	0	0	0	0	0	0
26	PEQIN	3,4	0	0	3,2	0	0	0	0
27	PËRMET	2,8	0	0	2,8	0	0	0	0
28	POGRADEC	0	0	1,4	0	0	1,8	0	0
29	PUKË	6,7	0	0	0	0	0	0	0
30	SARANDË	6,3	0	0	3,3	0	0	0	0
31	SKRAPAR	5,2	0	0	0	0	8,9	0	0
32	SHKODËR	7,4	7,4	3,2	3,2	0,6	1,1	0	0
33	TEPELENË	0	0	0	0	0	0	0	0
34	TIRANË	0	3,3	3,3	4,2	0	1,6	0,4	0,4
35	TROPOJË	6,2	2,4	9,8	2,5	0,9	1,9	0	0
36	VLORË	5,1	0	0	0	0	0,6	0	0



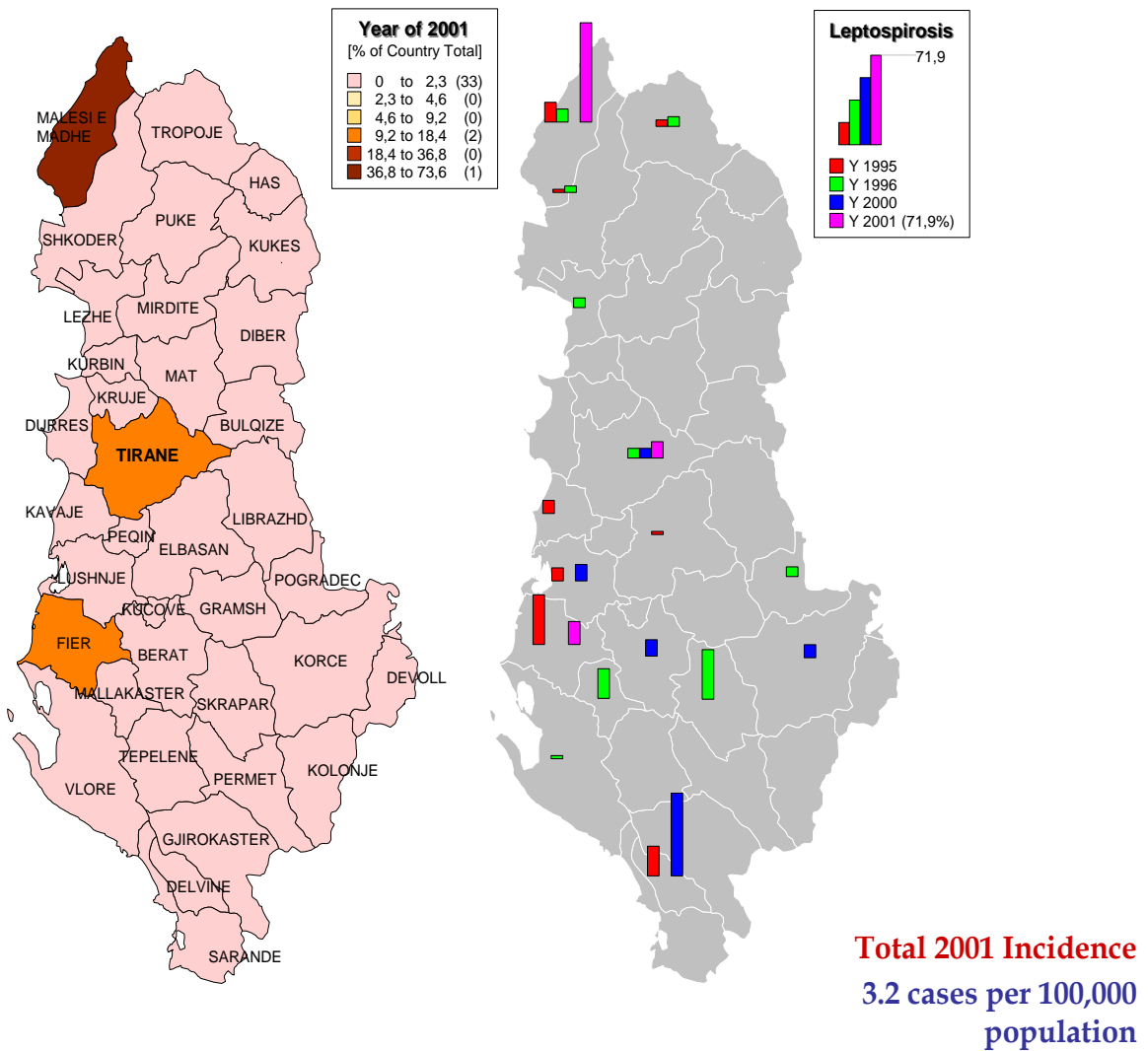
HARTA 11

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



HARTA 12

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



**6.8. RIKECIOZAT**  
 (TABELA 23)  
 (GRAFIKU 32)

Rikeciozat i shtjellojmë në grup, pa hyrë në specifitime në nozologji të veçanta.

Sëmundjet rikeciale, subjekt i raportimit të detyrueshëm në SMBS të survejancës sonë epidemiologjike të sëmundjeve infektive (shih 5.1.!) dhe që përbëjnë grupin e rikeciozave, janë:

- TIFO EKZANTEMATIKE EPIDEMIKE (ICD-9 080),
- TIFO ENDEMIKE (TIFO MURINE) (ICD-9 081.0),
- ETHET BUTONOZE (ETHET MESDHETARE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-KËPUSHAVE) (ICD-0 082.1),
- ETHET Q (ICD-9 083.0),
- RIKECIOZA TË PASPECIFIKUARA (ICD-9 081-083).

Frekuenca vjetore (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) të RIKECIOZAVE në Shqipëri (RIKECIOZAT NË GRUP) gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001 paraqiten në *TABELA 23* dhe *GRAFIKU 32*.

Vlen të theksohet se hasja e tifos ekzantematike epidemike nuk është shënuar asnjëherë gjatë periudhës 1960-2001, ndërkohë që rikeciozat e paspecifikuara përbëjnë shumicën e rasteve vjetore të raportuara për sëmundje rikeciale.

Nivelet e hasjes së rikeciozave gjatë periudhës 1960-2001 paraqesin një trend me luhatje, me pike epidemike çdo 3-5 vjet. Numri vjetor i rasteve të raportuara luhatet nga 6-9 në 84-90 raste, me një mesatare vjetore prej 33 raste apo 1,4 raste për 100.000 banorë si nivel mesatar vjetor i incidencës. Shifra të tilla të ulëta nuk përfaqësojnë nivelet reale të hasjes së rikeciozave në vendin tonë; një pjesë e rasteve mbeten të padiagnostikuara dhe rrjedhimisht të paraportuar për rikeciozë, për arsye të zhvillimit të një kuadri klinik të papërcaktuar qartë.

Zonat urbane tregojnë përgjithësisht nivele më të larta të incidencës se zonat rurale.

Rezultoni të mos ketë ndonjë specificitet lidhur me moshën dhe gjininë të shpërndarjes së hasjes të rikeciozave.

Po ky përfundim mund të jepet edhe për shpërndarjen hapësinore të frekuencës së hasjes të rikeciozave: rrethe të prekura në një vit tregojnë zero raste me rikecioza në një vit tjetër gjatë periudhës 1960-2001.

TABELA 23 DHE GRAFIKU 32

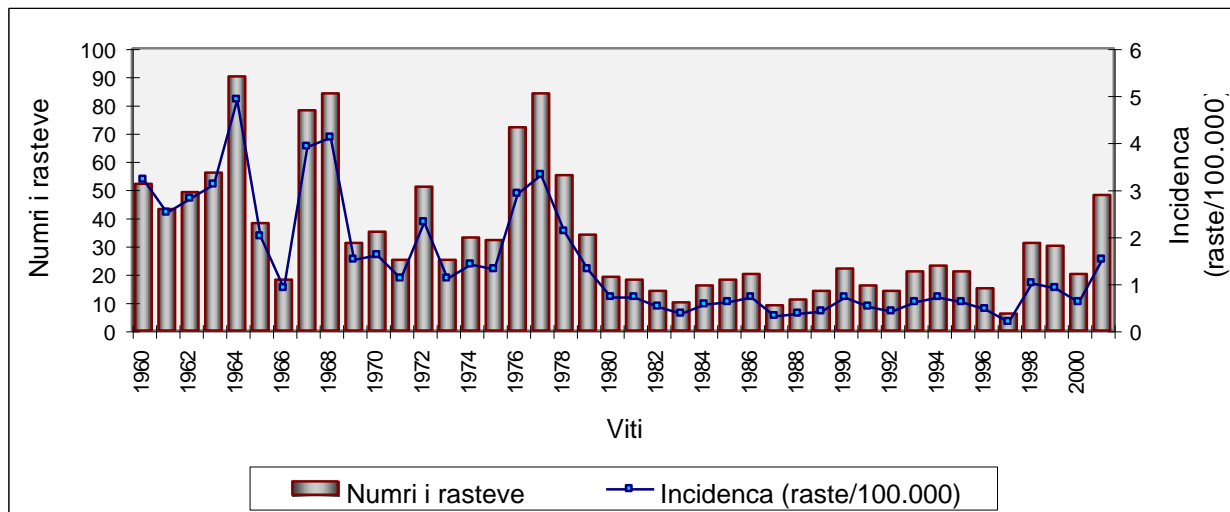
TABELA 23

SËMUNDJET INFEKTIVE RIKECIALE (RIKECIOZAT):  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUdhËS 1960-2001

VITI	RIKECIOZAT	
	raste	/100.000
1960	52	3,2
1961	43	2,5
1962	49	2,8
1963	56	3,1
1964	90	4,9
1965	38	2,0
1966	18	0,9
1967	78	3,9
1968	84	4,1
1969	31	1,5
1970	35	1,6
1971	25	1,1
1972	51	2,3
1973	25	1,1
1974	33	1,4
1975	32	1,3
1976	72	2,9
1977	84	3,3
1978	55	2,1
1979	34	1,3
1980	19	0,7
1981	18	0,7
1982	14	0,5
1983	10	0,35
1984	16	0,55
1985	18	0,6
1986	20	0,7
1987	9	0,3
1988	11	0,35
1989	14	0,4
1990	22	0,7
1991	16	0,5
1992	14	0,4
1993	21	0,6
1994	23	0,7
1995	21	0,6
1996	15	0,45
1997	6	0,18
1998	31	1,0
1999	30	0,9
2000	20	0,6
2001	48	1,5

GRAFIKU 32

SËMUNDJET INFEKTIVE RIKECIALE (RIKECIOZAT):  
FREKUENCA (RASTE) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1960-2001



**6.9. SËMUNDJET INFEKTIVE ME VATRA NATYRORE**

(TABELA 24)

(GRAFIKËT 33, 34)

Sëmundjet infektive me transmetim nëpërmjet-artropodëve dhe ato me transmetim nëpërmjet-brejtësve janë në përgjithësi sëmundje infektive me vatra natyrore. Përplotësuesi përcaktor “vatër natyrore”, një term më tepër gjenerik se shkencor, përdoret për të përcaktuar hasjen e tyre hapësinore (gjeografike) sipas habitateve, biocenozave dhe biotopeve natyrore të vektorëve përkatës artropodë (insekte) dhe/ose brejtës. Të tilla eko-bio-sisteme janë dinamike, në kuptimin që ato ndryshojnë në vartësi të kushteve klimatike, fizike dhe kimike të mjedisit ekologjik (biodiversitetet alfa, beta, gama), çka dhe dikton hartëzimin e tyre si një proces dinamik në ecurinë e kohës.

Megjithëse numri i sëmundjeve infektive me vatra natyrore është shumë i madh, në këtë nënkapitull do të fokusohemi në vetëm tri syresh, hasja e të cilave është raportuar në Shqipëri, ndonëse në raste sporadike, dhe konkretisht

- ENCEFALITET VIRALE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-MUSHKONJAVE (ICD-9 062),
- ENCEFALITET VIRALE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-KËPUSHAVE (ICD-9 063),
- ETHET HEMORRAGJIKE VIRALE KRIME-KONGO (065.0).

Duhet theksuar se murtaja, ethet e verdha, ethet dengue, dhe ethet rekurrente epidemike, sëmundjet këto infektive me vatra natyrore, ndonëse nuk janë hasur

ndonjëherë në Shqipëri, janë megjithatë subjekt i SMBS të survejancës sonë epidemiologjike të sëmundjeve infektive (shih 5.1!), për arsye pikërisht të potencialitetit të hasjes së tyre (prania bio-topike e vektorëve artropodë përkatës) në rast importimi eventual. Duhet theksuar po ashtu se të tjera sëmundje infektive me vatra natyrore, si leishmaniaza, shumica e rikeciozave, dhe malaria shtjellohen në nënkapituj të tjerë të këtij materiali, (shih përkatësisht 6.7. mbi zoonozat, 6.8. mbi rikeciozat, dhe 6.11. mbi sëmundjet infektive parazitare!).

Të dhënat e survejancës epidemiologjike si frekuencë vjetore e hasjes (numri i rasteve të raportuara) dhe nivele vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) të ENCEFALITEVE VIRALE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-MUSHKONJAVE, ENCEFALITEVE VIRALE ME TRANSMETIM NËPËRMJET-KËPUSHAVE dhe ETHEVE HEMORRAGJIKE VIRALE KRIME-KONGO në Shqipëri janë të disponueshme prej vitit 1990 e pas (periudha 1990-2001), (TABELA 24).

TABELA 24

**SËMUNDJET INFEKTIVE ME VATRA NATYRORE:**  
FREKUENCA (RASTET) DHE INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUDHËS 1990-2001

VITI	EV (t-n-M)		EV (t-n-K)		EH-KK	
	raste	/100.000	raste	/100.000	raste	/100.000
1990	8	0,24	1	0,03	9	0,28
1991	1	0,03	0	0	0	0
1992	0	0	3	0,09	6	0,2
1993	16	0,5	0	0	1	0,03
1994	20	0,6	0	0	8	0,24
1995	11	0,3	1	0,03	3	0,09
1996	11	0,3	2	0,06	5	0,15
1997	10	0,3	0	0	0	0
1998	6	0,2	0	0	1	0,03
1999	3	0,09	1	0,03	0	0
2000	0	0	0	0	0	0
2001	1	0,03	0	0	5	0,15
Encefaliti viral (i transmetuar nëpërmjet-mushkonjave) - EV (t-n-M)						
Encefaliti viral (i transmetuar nëpërmjet-këpushave) - EV (t-n-K)						
Ethet Hemorragjike virale Krime-Kongo - EH-KK						

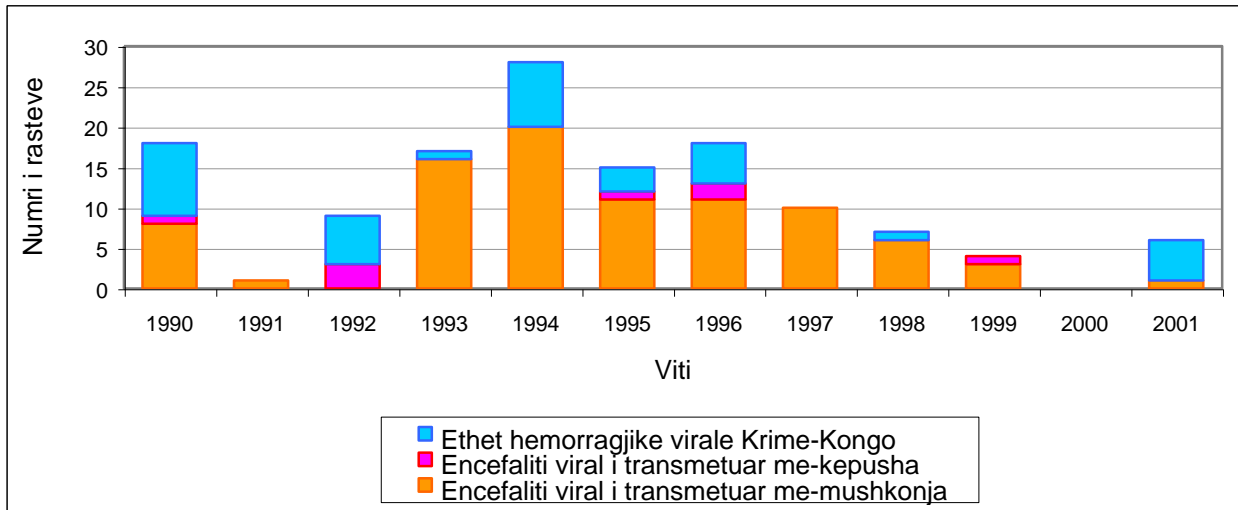
Hasja në nivele shumë të ulëta rezulton të jetë një tipar i përbashkët epidemiologjik i këtyre tri sëmundjeve gjatë periudhës 1990-2001.

Encefalitet virale me transmetim nëpërmjet-mushkonjave tregojnë një frekuencë më të lartë të hasjes, krahasuar me encefalitet virale me transmetim nëpërmjet-

këpushave dhe me ethet hemorragjike virale Krime-Kongo, (GRAFIKU 33). Numri i rasteve vjetore të raportuara luhatet nga zero raste (më 1992 dhe 2000) në 20 (më 1994), me një mesatare vjetore prej 7,2 raste (apo 2 raste për 1 milion banorë si nivel mesatar vjetor i incidencës).

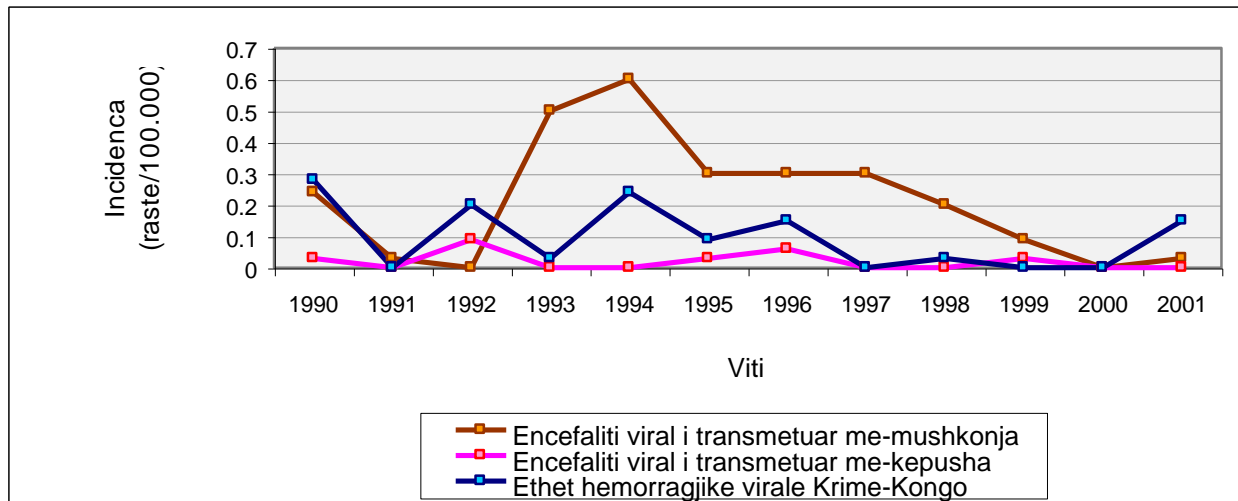
GRAFIKU 33

SËMUNDJET INFEKTIVE ME VATRA NATYRORE:  
FREKUENCA VJETORE (NUMRI I RASTEVE TË RAPORTUARA) GJATË PERIUdhËS 1990-2001



GRAFIKU 34

SËMUNDJET INFEKTIVE ME VATRA NATYRORE:  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË) GJATË PERIUdhËS 1990-2001



Numri vjetor i rasteve të raportuara me [encefalite virale me transmetim nëpërmjet-këpushave](#) është jashtëzakonisht i ulët: 0-3 raste (dmth më pak se 1 rast në vit në tërë vendin si mesatare vjetore).

Numri i rasteve vjetore të raportuara me [ethe hemorragjike virale Krime-Kongo](#) luhetet nga zero raste (më 1991, 1997, 1999 dhe 2000) në maksimumi 8 raste (më 1994), me një mesatare vjetore 1 rast për 1 milion banorë si nivel incidence.

Trendi i frekuencës së hasjes të [encefaliteve virale me transmetim nëpërmjet-mushkonjave](#) gjatë periudhës 1990-2001 paraqet një pik më 1993-1995, ndërkohë që trendet përkatëse të [encefaliteve virale me transmetim nëpërmjet-këpushave](#) dhe të [etheve hemorragjike virale Krime-Kongo](#) karakterizohen nga pike të parëndësishëm çdo 2-4 vjet gjatë kësaj periudhe, (*GRAFIKU 34*).

[Moshat pediatrike \(0-14 vjeç\)](#) tregojnë incidencën më të lartë: ato përfaqësojnë 75-90% të totalit vjetor të rasteve të raportuara për secilën prej tri sëmundjeve infektive të mësipërme.

[Zonat rurale](#) paraqesin vazhdimisht incidencë më të lartë se ato urbane; një evidencë e tillë epidemiologjike shpjegohet me [kushtet më të përshtatshme për jetesë në mjedisin rural të faunës vektoriale përkatëse](#).

[Shpërndarja gjeografike \(sipas rretheve të vendit\)](#) e hasjes të encefaliteve virale me transmetim nëpërmjet-mushkonjave dhe atyre me transmetim nëpërmjet-këpushave është thujse e njëjtë me atë të etheve hemorragjike virale Krime-Kongo.

[Encefalitet virale me transmetim nëpërmjet-mushkonjave dhe ata me transmetim nëpërmjet-këpushave](#) janë hasur në rrethet Kukës, Has, Dibër, Bulqizë, Malësi e Madhe, Shkodër, Pukë, Lezhë, Krujë, Librazhd, Lushnje, Fier, Mallakastër, Vlorë, Sarandë, Përmet.

[Ethet hemorragjike virale Krime-Kongo](#) janë hasur në rrethet Kukës, Tropojë, Has, Malësi e Madhe, Berat, Skrapar.

Megjithatë, shpërndarja hapësinore e sëmundjeve infektive me vatra natyrore është në thelb pikërisht sipas vatrave natyrore të tyre dhe jo sipas rretheve (që nuk përfaqësojnë tjetër veçse një ndarje thjesht konvencionale): [habitatet-biocenozat-biotopet e vektorëve-artropodë](#) janë nocione ekologjike, pra aspak administrative. Në një kontekst të tillë, [vatrat kryesore të tri sëmundjeve infektive të mësipërme rezultojnë të jenë zonat veri-lindore, veri-perëndimore dhe qendrore-jugore të Shqipërisë](#).



## **6.10. INFEKSIONET SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME (IST) DHE HIV/AIDS**

(TABELAT 25, 26)

(GRAFIKËT 35, 36, 37, 38, 39, 40)

Ndonëse Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme - IST (apo Sëmundjet Seksualisht të Transmetueshme - SST sipas emërimit të mëparshëm) përfshijnë një sërë infeksionesh/sëmundjesh, vetëm SIFILIZI (ICD-9 091), GONORREA (ICD-9 098), dhe HIV (ICD-9 044) dhe AIDS (ICD-9 042-043) janë subjekt i SMBS të survejancës sonë epidemiologjike të sëmundjeve infektive (shih 5.1!), rrjedhimisht subjekt i shtjellimit të këtij nënkapitulli. STI të tjera, si Chlamydia, Trichomoniasis, infeksionet nga herpesvirus, etj janë subjekt i studimeve epidemiologjike (survejimeve ndër-seksionale).

Ndonëse disponueshmëria e të dhënave të survejancës epidemiologjike mbi sifilizin dhe gonorrenë në Shqipëri daton qysh prej viteve 1940, do të marrim në konsideratë periudhën prej vitit 1960 e pas (1960-2001). Të dhënat mbi frekuencën vjetore të hasjes (numri i rasteve të raportuara) dhe niveleve vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) paraqiten në TABELA 25 dhe GRAFIKËT 35 dhe 36.

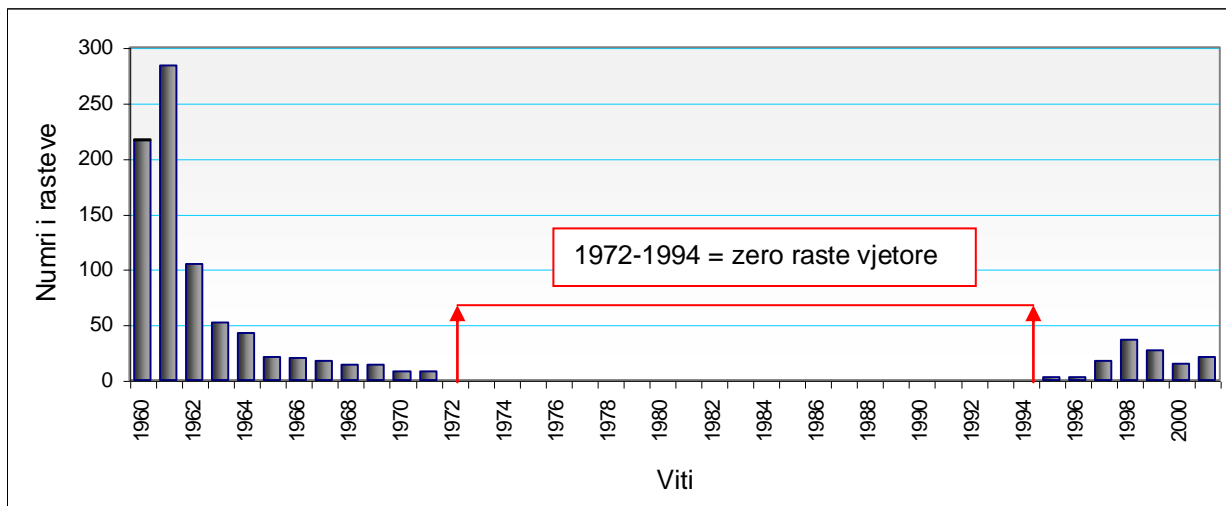
TABELA 25

SIFILIZI, GONORREA, Infeksioni HIV  
(IST – INFEKSIONET SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME):  
FREKUENCA (RASTET E RAPORTUARA) DHE INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 BANORË)  
GJATË PERIUdhËS 1960-2001

VITI	SIFILIZI		GONORREA		HIV
	raste	/100.000	raste	/100.000	raste
1960	216	13,4	92	5,7	
1961	284	17,1	82	4,9	
1962	105	6,1	91	5,3	
1963	52	2,9	105	5,9	
1964	42	2,3	95	5,2	
1965	21	1,1	115	6,1	
1966	20	1,0	107	5,6	
1967	17	0,8	75	3,8	
1968	14	0,7	93	4,6	
1969	14	0,7	88	4,2	
1970	8	0,4	87	4,1	
1971	8	0,4	74	3,4	
1972	0	0	177	7,9	
1973	0	0	224	9,7	
1974	0	0	203	8,6	
1975	0	0	195	8,1	
1976	0	0	148	6,0	
1977	0	0	131	5,2	
1978	0	0	146	5,7	
1979	0	0	260	9,9	
1980	0	0	220	8,2	
1981	0	0	195	7,1	
1982	0	0	232	8,3	
1983	0	0	217	7,6	
1984	0	0	166	5,7	
1985	0	0	176	5,9	
1986	0	0	213	7,0	
1987	0	0	209	6,8	
1988	0	0	188	6,0	
1989	0	0	152	4,8	
1990	0	0	130	4,0	
1991	0	0	131	4,0	
1992	0	0	98	3,0	
1993	0	0	143	4,35	2
1994	0	0	52	1,6	9
1995	3	0,09	20	0,6	12
1996	3	0,09	11	0,33	7
1997	17	0,5	7	0,2	3
1998	36	1,1	8	0,24	5
1999	27	0,8	3	0,09	4
2000	15	0,45	6	0,18	10
2001	21	0,6	2	0,06	20

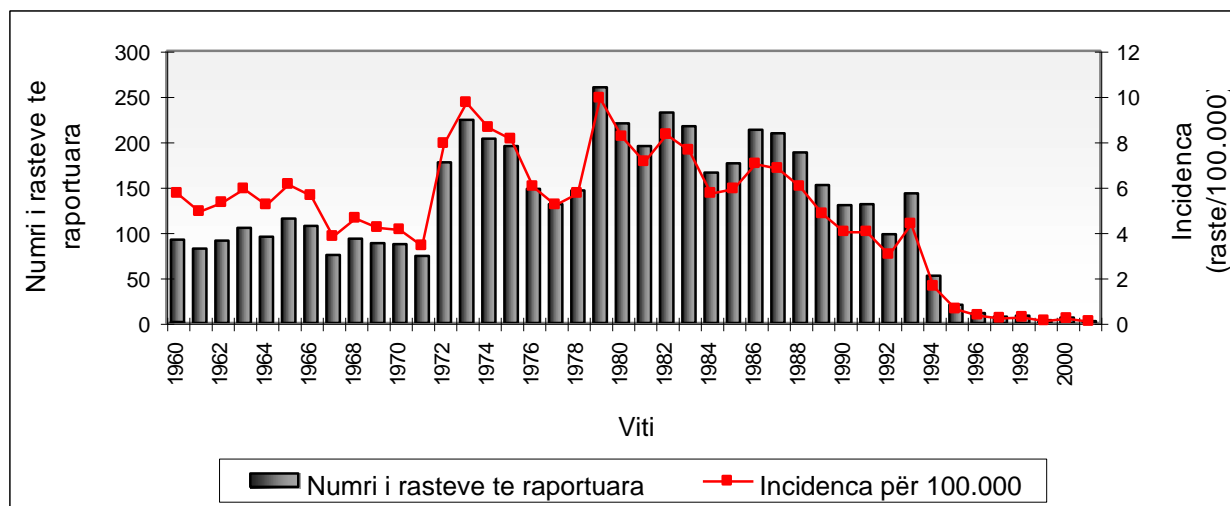
GRAFIKU 35

**SIFILIZI:**  
**FREKUENCA VJETORE (RASTET E RAPORTUARA) GJATË PERIUDHËS 1960-2001**  
**(ZERO RASTE VJETORE ME SIFILIZ INDIGJEN GJATË PERIUDHËS 1972-1994)**



GRAFIKU 36

**GONORREA:**  
**FREKUENCA (RASTET E RAPORTUARA) DHE INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 BANORË)**  
**GJATË PERIUDHËS 1960-2001**



**6.10.1. SIFILIZI**

(TABELA 25)

(GRAFIKËT 35, 37, 38, 40)

Deri në vitet 1950, Shqipëria, sikurse të gjitha vendet rreth saj, ka qenë karakterizuar nga një qarkullim hiper-endemik i sifilizit. Qysh prej viteve 1950, në të gjithë vendin filloi aplikimi i një strategjie shkencore komplekse mbi kontrollin dhe parandalimin e sifilizit, me synim përfundimtar eliminimin e tij si infeksion indigjen në Shqipëri. Si rezultat, vitet 1960 shënuan një rënie të theksuar të niveleve të hasjes të infeksionit: ndërsa më 1960 dhe 1961 numri i rasteve të raportuara ishte përkatësisht 216 dhe 284, në vitet 1964-1967 numri i rasteve vjetore të raportuara të sëmundjes ra në 20-40, për të arritur në vetëm 7 raste më 1971. Viti 1972 shënoi fillimin e situatës epidemiologjike të sifilizit tanimë të eliminuar në Shqipëri si infeksion indigjen: prej vitit 1972 deri më 1994, dmth gjatë një periudhe mbi 23 vjet, frekuenca vjetore e hasjes të sëmundjes mbetet zero raste.

Viti 1995 shënoi hyrjen e sifilizit në Shqipëri dhe periudha prej vitit 1997 e pas një trend të qëndrueshëm rritës të niveleve të hasjes së tij: ndërsa më 1995 dhe 1996 u raportuan nga 3 raste, numri mesatar vjetor i rasteve të raportuara gjatë viteve 1997-2001 rezulton të jete 23. Kjo rritje i atribuohet pjesërisht kolapsit të sistemit të kontrollit dhe parandalimit të IST-ve lidhur konkretisht me zbulimin, raportimin dhe trajtimin në kohë të personave të infektuar dhe partnerëve të tyre.

### **6.10.2. GONORREA**

(TABELA 25)

(GRAFIKËT 36, 37, 38, 40)

Në periudhën prej katër dekadash 1960-2001 të të dhënave tëurvejancës epidemiologjike të gonorresë në Shqipëri spikatin dy nën-periudha lidhur me nivelet e frekuencës të hasjes së saj.

Nën-periudha e parë, më e shtrira në kohë, 1960-1993, tregon nivele vjetore të hasjes të sëmundjes nga 74 në 260 raste të raportuara, me një mesatare vjetore prej 149 raste (apo 6 raste për 100.000 banorë si nivel mesatar vjetor i incidencës).

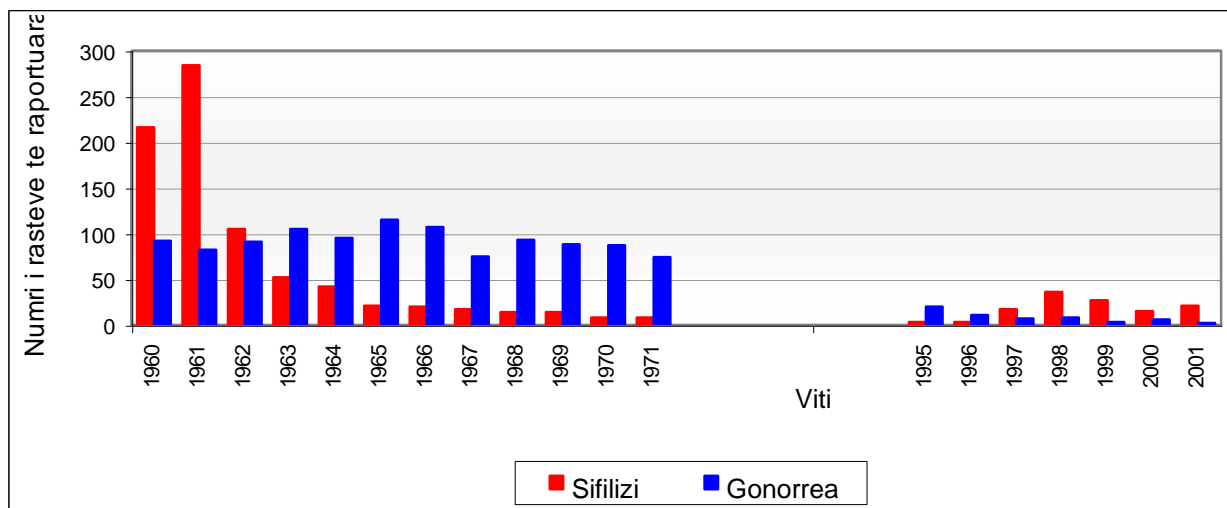
Ndërkaq, nën-periudha e mëpasshme, prej vitit 1994 e pas (1994-2001), karakterizohet nga nivele shumë më të ulëta të rasteve të raportuara krahasuar me periudhën mbi-tridhjetë-vjeçare 1960-1993: më 1995 u raportuan gjithsej 52 raste me gonorre, më 1997-2001 numri i rasteve të raportuara rezulton të jetë vetëm 2-8 raste në vit në shkallë vendi. Të tilla nivele shumë të ulëta të sëmundjes së raportuar nuk përfaqësojnë kurrsesi realitetin. Është krejtësisht e pamundur që numri vjetor i rasteve me gonorre të jetë 2-8 për të gjithë vendin me 1997-2001 sepse:

- së pari, një shifër e tilla (konkretisht 6) ka qenë faktikisht niveli mesatar vjetor i incidencës së gonorrese për 100.000 banorë gjatë periudhës 1960-1993;
- së dyti, pikërisht vitet 1995 e pas shënojnë ri-shfaqjen e lartpërmendur të sifilizit në vendin tonë dhe trendin vijueshmërisht rritës të hasjes së tij (1995-2001);
- dhe, së treti, viti 1993 shënon rastin e parë të identifikuar me infeksionin HIV në Shqipëri dhe periudha 1994 e pas (1994-2001) një trend qëndrueshmërisht rritës të hasjes së HIV në popullatën e vendit.

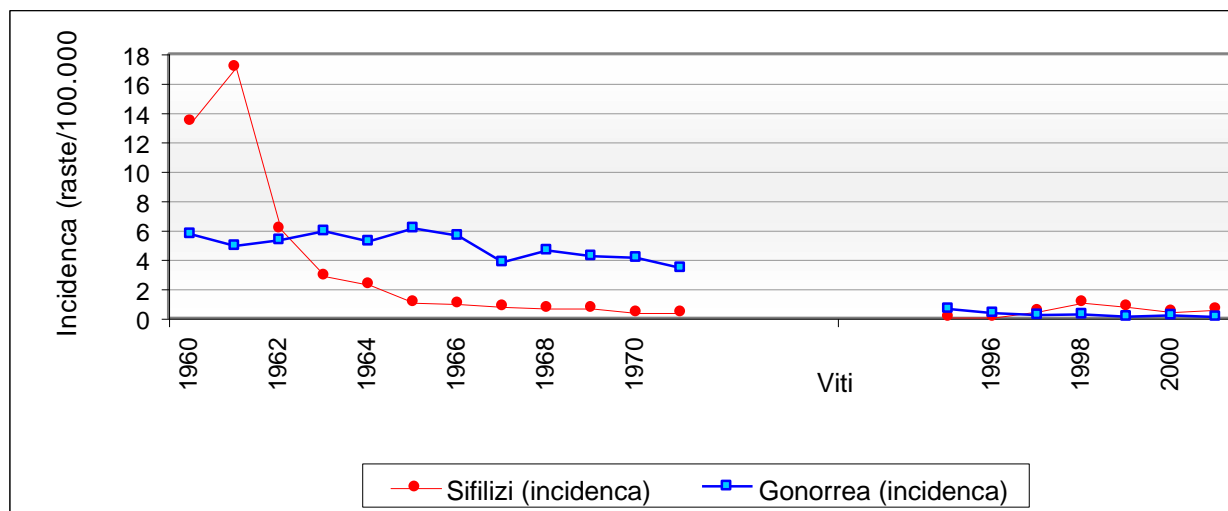
Rrjedhimisht, kemi të bëjmë me një nivel tepër të lartë të nën-raportimit të infeksionit gonokoksik prej vitit 1994-1995 e pas, (GRAFIKËT 37, 38, 40), sepse shumica e rasteve me gonorre nuk regjistrohen, dhe rrjedhimisht nuk raportohen për arsye të mosfunksionimit tëurvejancës së duhur sentinel kundrejt gonorresë dhe IST-ve në përgjithësi në vendin tonë, (shih 6.10.4. më poshtë).

GRAFIKËT 37 DHE 38  
GRAFIKU 37

GONORREA KUNDREJT SIFILIZIT  
LIDHUR ME NUMRIN VJETOR TË RASTEVE TË RAPORTUARA [GRAFIKU 37]  
DHE ME INCIDENCËN VJETORE PËRKATËSE (RASTE PËR 100.000 BANORË) [GRAFIKU 38]:  
NJË NIVEL REAL I RAPORTIMIT TË GONORRESË GJATË PERIUDHËS 1960-1971  
(VITI 1971 = ELIMINIM I SIFILIZIT INDIGJEN NË SHQIPËRI)  
DHE  
NJË NIVEL I THEKSUAR I NËN-RAPORTIMIT TË GONORRESË GJATË PERIUDHËS 1995-2001  
(VITI 1995 = RI-SHFAQJE E SIFILIZIT NË SHQIPËRI)



GRAFIKU 38



### 6.10.3. HIV/AIDS

(TABELA 26)

(GRAFIKËT 39, 40)

Përpjekjet për kontrollin dhe parandalimin e HIV/AIDS në Shqipëri kanë filluar përpara vitit 1990 me ngritjen e laboratorit të parë diagnostik të HIV/AIDS në Institutin e Shëndetit Publik (IShP). Sero-survejmimet e kryera nga IShP gjatë viteve 1988-1992 nuk identifikuan asnjë rast me infeksionin HIV. **Rasti i parë HIV seropozitiv u diagnostikua më 1993**, por mendohet se fillimi i shfaqjes së infeksionit në Shqipëri daton qysh më parë (1991-1992). Pas identifikimit të rastit të parë, pranë IShP u ngrit **Programi Kombëtar i HIV/AIDS** (i zgjeruar më pas edhe për IST-të).

Deri në fund të vitit 2001 (periudha 1993-2001) numri kumulativ i rasteve të diagnostikuara zyrtarisht si HIV seropozitiv rezulton të jetë gjithsej 72, nga të cilat 15 subjekte kanë zhvilluar AIDS. Si rezultat, Shqipëria radhitet aktualisht në vendet me nivel të ulët të prevalencës të HIV/AIDS, dmth me një përqindje më të ulët se 0,1% të popullatës së infektuar. Megjithatë, nivelet në rritje të infeksionit janë një dukuri shqetësuese, për më tepër që fjala është për praninë e një trendi rritës të një natyre eksponenciale (numri i rasteve të HIV seropozitiv të identifikuar më 2001 është pesë herë më i lartë se rastet e identifikuar më 1999).

Rreth 80% e personave të infektuar janë meshkuj të moshave 20-40 vjeç. Rruga kryesore e transmetimit të infeksionit (rreth 90% e rasteve të derisotme) ka rezultuar të jetë ajo seksuale (heteroseksuale dhe homo-biseksuale). Infeksioni HIV ka rezultuar vetëm në tre raste të ketë qenë i transmetuar nëpërmjet gjakut

të infektuar (rasti i fundit i raportuar më 1996). Niveli i prevalencës të infeksionit HIV në gratë shtatzëna (15-24 vjeç) është më pak se 0,0001%, me vetëm një rast të raportuar më 1996. HIV/AIDS ka një zhvillim më të shpejtë në popullatën e lëvizshme: rreth 80% e rasteve janë emigrantë, të infektuar jashtë vendit. Është e rëndësishme të theksohet se mundësitë e deritanishme të trajtimit adekuat të subjekteve me HIV/AIDS në Shqipëri vijojnë të mbeten të kufizuara.

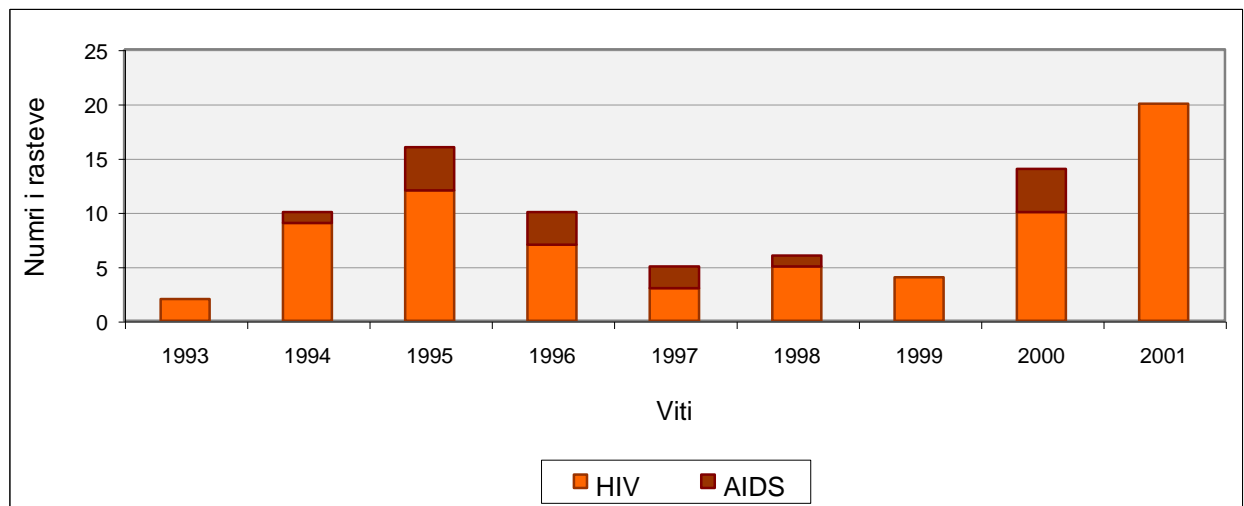
TABELA 26

RASTET ME HIV DHE AIDS  
(RASTI I PARË ME HIV NË SHQIPËRI MË 1993)

VITI	HIV	AIDS
1993	2	0
1994	9	1
1995	12	4
1996	7	3
1997	3	2
1998	5	1
1999	4	0
2000	10	4
2001	20	0
	<b>72</b>	<b>15</b>

GRAFIKU 39

RASTET ME AIDS PREJ ATYRE HIV+  
NGA 1993 (RASTI I PARË HIV+) DERI MË 2001



Testimi për HIV, sikurse ai për Sifiliz, bëhet në baza vullnetare në Shqipëri.

Me synim monitorimin e situatës epidemiologjike të HIV/AIDS më 1998-1999 filloi aplikimi në vendin tonë i sistemit të survejancës sentinel të HIV/AIDS, nën supervizionin e Programit Kombëtar të lartpërmendur të HIV/AIDS. Grupet e monitoruara të popullatës përfshijnë grupet në risk (përdoruesit intravenozë të drogës, prostitutat) dhe grupet e riskut (dhuruesit e gjakut).

Të gjitha qendrat e dhurimit të gjakut në rrethet e vendit janë të pajisura me kitet e nevojshme diagnostike për testimin e detyrueshëm të tërë dhuruesëve të gjakut për praninë eventuale të HIV, Hepatiteve B dhe C, dhe Sifilizit.

#### **6.10.4. GJENDJA DHE TRENDET E IST-VE NË SHQIPËRI DHE PROBLEMET EKZISTUESE LIDHUR ME IDENTIFIKIMIN, RAPORTIMIN, KONTROLLIN DHE PARANDALIMIN E TYRE**

Rastet e dokumentuara të IST-ve në Shqipëri janë aktualisht në numër të vogël. Ekziston një nivel tepër i shprehur i nën-raportimit (apo fallco-negativitetit) për të gjitha IST-të, ndonëse shumë më i spikatur për gonorrenë, (*GRAFIKU 40*).

Megjithatë, Shqipëria konsiderohet si një vend me risk të lartë për IST-të për arsye të:

- moshës së re të popullatës,
- niveleve të larta të lëvizjes së popullatës (si brenda vendit ashtu dhe emigracion),
- niveleve në rritje të prostitucionit,
- niveleve jo adekuate të edukatës shëndetësore në përgjithësi dhe asaj seksuale në veçanti.

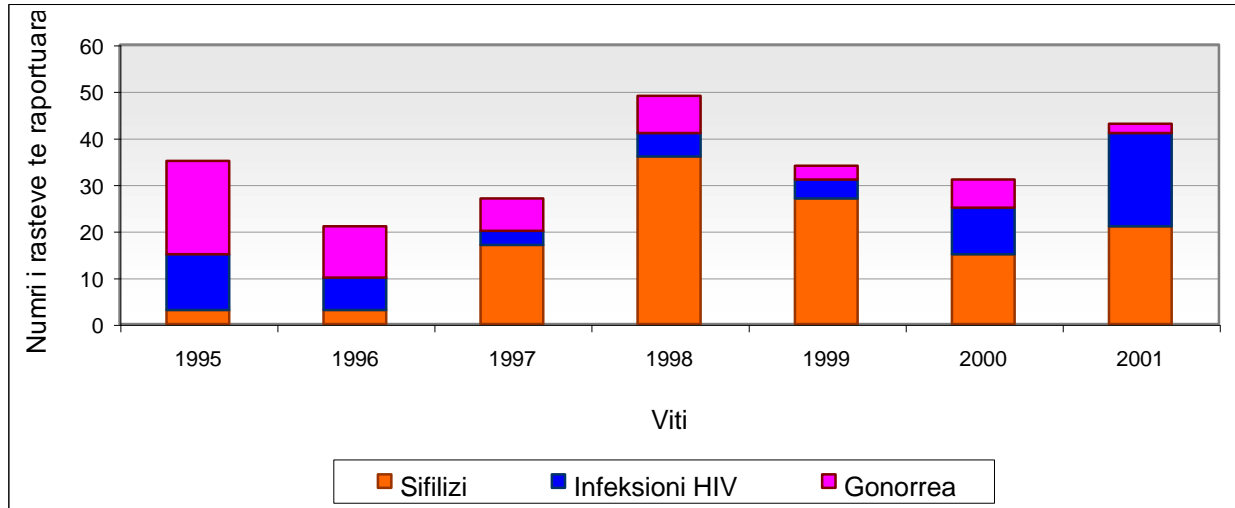
Faktorë të tjerë që duhen pasur parasysh lidhur me IST-të në Shqipëri janë:

- mungesa e një kuadri adekuat legjislativ dhe ekzekutiv në drejtim të identifikimit, raportimit, trajtimit, kontrollit dhe parandalimit të rasteve me IST;
- mungesa e informimit dhe edukimit adekuat të popullatës së vendit, veçanërisht grupeve më në risk të saj, lidhur me IST-të;
- dhe një shërbim shëndetësor jo-efiçient në drejtim të pamjaftueshmërisë së burimeve teknike, protokolleve të menaxhimit kompleks të rastit dhe sistemeve të referimit.



**GRAFIKU 40**

**KRAHASIMI NDËRMJET RASTEVE TË RAPORTUARA ME GONORRE  
ME RASTET E IDENTIFIKUARA ME SIFILIZ DHE RASTET E IDENTIFIKUARA HIV+  
(PERIUDHA 1995-2001, VITI 1995 = RI-HYRJE E SIFILIZIT NË SHQIPËRI)  
PËR TË DEMONSTRUAR NIVELIN E LARTË TË NËNRAPORTIMIT AKTUAL TË GONORRESË**



**6.11. SËMUNDJET INFEKTIVE PARAZITARE**

(TABELA 27)

(GRAFIKËT 41, 42, 43, 44)

MALARIA (ICD-9 084), DERMATOFITOZAT (ICD-9 110), SCABIES (ICD-9 133.0) dhe ANKILOSTOMIAZA (ICD-9 126) përbëjnë subjektin e këtij nënkapitulli mbi sëmundjet infektive parazitare.

Të dhënat e survejancës epidemiologjike lidhur me frekuencën vjetore të hasjes (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) të malaries, dermatofitozave dhe scabies në Shqipëri i përkasin periudhës prej katër dekadash 1960-2001 (TABELA 27, GRAFIKUS 41, 42, 43). Të dhënat përkatëse për ankilostomiazën janë të disponueshme vetëm prej vitit 1990 e pas, (TABELA 27, GRAFIKU 44).

TABELA 27

**SËMUNDJET INFEKTIVE PARAZITARE:**  
**FREKUENCA (NUMRI I RSATEVE) DHE INCIDENCA (RASTE PËR 100.000 BANORË)**  
**GJATË PERIUDHËS 1960-2001**

VITI	MALARIA		DERMATOPHYTOSIS		SCABIES		ANCYLOSTOMIASIS	
	raste	/100,000	raste	/100,000	raste	/100,000	raste	/100,000
1960	71	4,4	866	53,8	143	8,8		
1961	68	4,1	2.007	120,8	160	9,6		
1962	65	3,8	3.829	191,9	261	15,2		
1963	62	3,5	6.274	355,2	208	11,7		
1964	60	3,2	8.603	473	329	18,0		
1965	19	1	6.764	361,4	422	22,5		
1966	14	0,7	4.982	258,9	638	33,1		
1967	1	0,05	5.055	255,6	795	40,2		
1968	0	0	4.813	237,1	945	46,5		
1969	0	0	5.158	247,6	1.169	56,1		
1970	0	0	4.017	188,1	4.126	193,2		
1971	0	0	3.933	179,7	13.986	639,2		
1972	0	0	3.254	145,1	34.003	1.516,6		
1973	0	0	3.349	145,8	11.063	481,8		
1974	0	0	3.447	146,7	6.323	269,0		
1975	0	0	3.275	136,2	4.124	171,5		
1976	0	0	3.528	143,5	3.402	138,4		
1977	0	0	3.176	125,6	2.752	108,8		
1978	0	0	5.427	210,5	1.927	74,7		
1979	0	0	3.003	114,6	1.296	49,5		
1980	0	0	2.604	97,5	1.229	46,0		
1981	0	0	907	33,3	1.305	47,9		
1982	0	0	604	21,7	1.746	62,7		
1983	0	0	566	19,9	3.406	119,8		
1984	0	0	357	12,3	7.724	266,3		
1985	0	0	313	10,6	15.095	509,6		
1986	0	0	287	9,5	18.197	602,2		
1987	0	0	268	8,7	21.682	703,3		
1988	0	0	384	12,2	34.144	1.086,4		
1989	0	0	363	11,4	25.682	807,0		
1990	0	0	514	16	23.695	739,1	5	0,15
1991	0	0	536	16,6	18.078	559,8	2	0,06
1992	0	0	316	9,6	56.272	1.711,8	5	0,15
1993	0	0	486	14,8	30.248	920,1	0	0
1994	0	0	656	19,9	12.387	376,8	0	0
1995	0	0	445	13,5	12.461	379,1	0	0
1996	0	0	637	19,4	14.135	430,0	2	0,06
1997	0	0	362	11	9.126	277,6	0	0
1998	0	0	306	9,3	6.201	188,6	1	0,03
1999	0	0	265	8,1	4.577	139,2	1	0,03
2000	0	0	436	13,2	4.670	142,1	2	0,06
2001	0	0	300	9,1	4.147	126,2	0	0

### 6.11.1. MALARIA

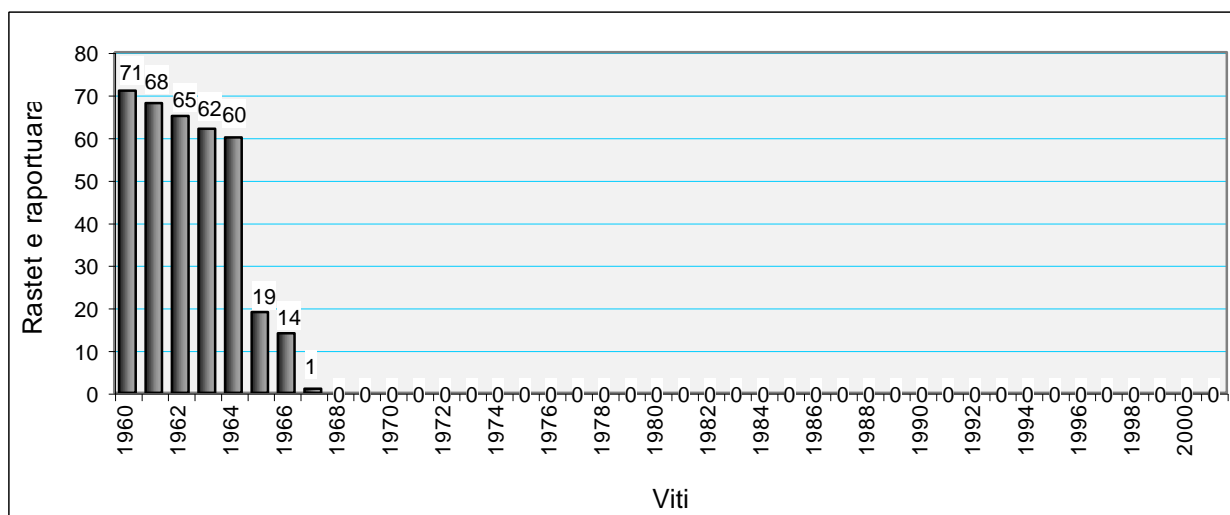
(TABELA 27)

(GRAFIKU 41)

Para viteve 1950 Shqipëria ka qenë vazhdimisht e karakterizuar nga një qarkullim hiper-endemik i malaries në popullatë. Duke filluar prej viteve 1950, në të gjithë vendin filloi aplikimi i një strategjie komplekse të kontrollit dhe parandalimit të malaries, e fokusuar veçanërisht në hallkën e transmetimit të zinxhirit epidemiologjik (kontrolli i mushkonjave anofele) dhe në hallkën e burimit të infeksionit (trajtimi i pacientit). Si rezultat, vitet 1960-1966 shënojnë një rënie të theksuar të hasjes të sëmundjes në popullatë (nga 71 deri 14 raste në vit), për të arritur në 1 rast më 1967 dhe zero raste më 1968. Viti 1968 shënoi fillimin e situatës ekzistuese epidemiologjike të malaries së eliminuar tanimë si infeksion indigjen në Shqipëri: prej vitit 1968 e deri me sot (viti 2001) Shqipëria rezulton të jetë një vend pa malarie indigjene.

GRAFIKU 41

MALARIA:  
RASTET VJETORE TË RAPORTUARA GJATË PERIUDHËS 1960-2001  
(VITI 1967 = RASTI I FUNDIT ME MALARIE INDIGJENE NË SHQIPËRI;  
PERIUDHA 1968-2001 = ZERO RASTE VJETORE TË MALARIAS INDIGJENE NË SHQIPËRI)



Megjithatë, ekziston risku i hyrjes sërish të malaries në Shqipëri. Faktorët që rrisin gjasën e shfaqjes të malaries në vendin tonë në rastet eventuale të importimit të saj janë prania e mushkonjave anofelike, sidomos në zonat bregdetare dhe të ulëta të vendit. Potenciali për importimin e sëmundjes përforcohet nga nivelet e larta të lëvizjeve të qytetarëve tanë jashtë vendit, sidomos në vendet ku malaria qarkullon në mënyrë endemike, apo edhe të qytetarëve të huaj që vijnë në Shqipëri prej atyre vendeve. Megjithatë, vetëm një

rast i importuar i malaries është identifikuar në Shqipëri gjatë periudhës 1993-1994 e pas, rast ai (më 1997) që rezultoi i pafuqishëm për të rivendosur qarkullimin e infeksionit indigjen në popullatën e vendit.

### 6.11.2. DERMATOFITOZAT (TINEA)

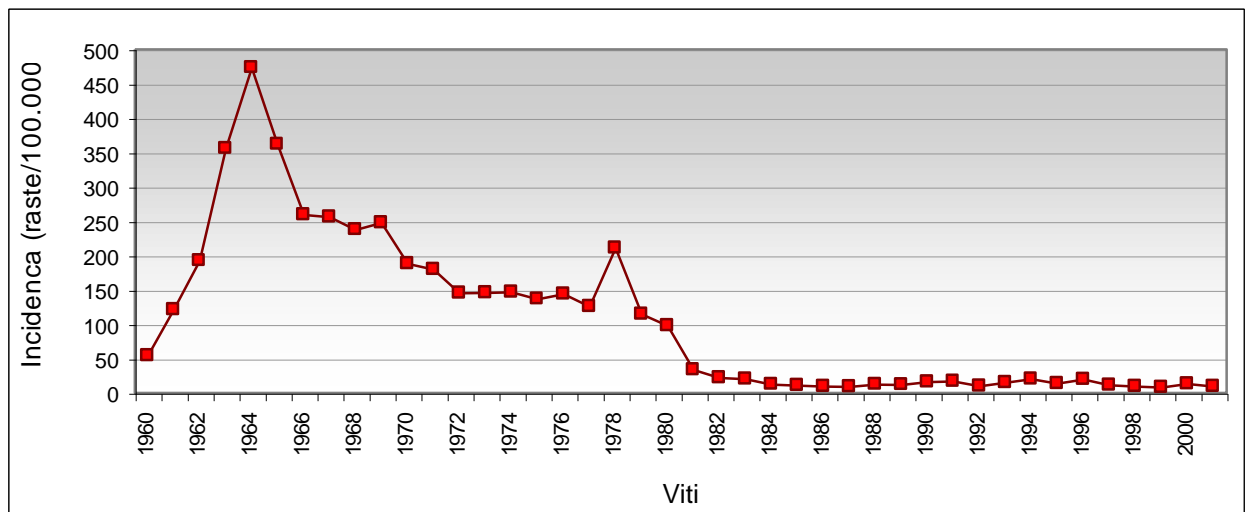
(TABELA 27)

(GRAFIKËT 42, 44)

Shqipëria paraqet përgjithësisht një qarkullim të vazhdueshëm endemik të dermatofitozave (term gjenerik) në popullatën e vendit gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001. Megjithatë, prej viteve 1980 e pas vërehet një prirje e theksuar e uljes të niveleve të hasjes së tyre, (TABELA 27, GRAFIKU 42), rrjedhje e aplikimit në të gjithë vendin të masave të duhura të parandalimit dytësor (depistimi i rasteve në popullatë) dhe atij tretësor (mjekimi adekuat i pacientëve). Kështu, ndërsa gjatë nën-periudhës prej 1960 deri në fillimet e viteve 1980 numri vjetor i rasteve të raportuara luhet nga 8.000 në 2.000, me një mesatare vjetore prej 4.012 raste (apo 192 raste për 100.000 banorë si nivel mesatar vjetor i incidencës), nën-periudha vijuese (vitet 1980 deri më 2001) tregon një frekuencë mesatare vjetore prej 438 raste të raportuara (apo 13-14 raste për 100.000 banorë si nivel mesatar vjetor i incidencës), dmth nivele rreth 13-14 herë më të ulëta të hasjes të sëmundjes në krahasim me nën-periudhën pararendëse.

GRAFIKU 42

DERMATOPHYTOSIS (TINEA):  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË) GJATË PERIUDHËS 1960-2001



Grup-moshat më të prekura janë ato 5-14 vjeç, që përfaqësojnë 30-60% të totalit të rasteve vjetore të raportuara.

Zonat rurale tregojnë përgjithësisht nivele më të larta të hasjes të sëmundjes krahasuar me zonat urbane: ato përbëjnë 60-70% të totalit vjetor të rasteve të raportuara.

Shpërndarja gjeografike e dermatofitozave nuk paraqet ndonjë veçanti hapësinore të hasjes së tyre: te gjitha rrethet e vendit janë pak a shumë njëjlojt të prekura gjatë periudhës mbi-dyzetë-vjeçare 1960-2001.

### 6.11.3. SCABIES

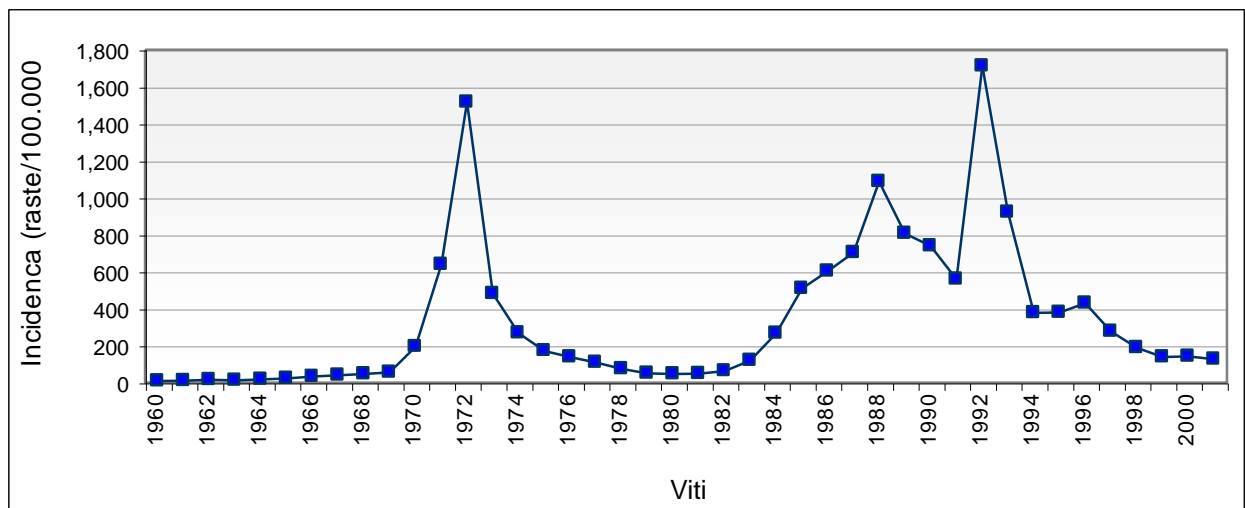
(TABELA 27)

(GRAFIKËT 43, 44)

Të dhënat e survejancës epidemiologjike te scabies (zgjebes) në Shqipëri gjatë periudhës prej katër dekadash 1960-2001 paraqesin një trend me luhatje të theksuara të niveleve të hasjes së saj, shoqëruar me pike epidemike (apo më saktë periudha-pikesh epidemike) më 1971-1973 dhe 1985-1994, (TABELA 27, GRAFIKU 43). Frekuenca vjetore e hasjes të sëmundjes luhatet në një diapazon jashtëzakonisht të gjerë vlerash, nga 200 deri në 26.000 raste të raportuara, me një mesatare vjetore prej 9.864 raste (apo 337 raste për 100.000 banorë si nivel mesatar vjetor i incidencës).

GRAFIKU 43

SCABIES:  
INCIDENCA VJETORE (RASTE PËR 100.000 BANORË) GJATË PERIUDHËS 1960-2001



Nuk vërehen dallime sinjifikative ndërmjet zonave rurale dhe atyre urbane lidhur me nivelet e hasjes të sëmundjes.

Po ashtu, nuk vërehen dallime sinjifikative të frekuencës moshë-specifike të hasjes, ndonëse grup-moshat e reja (0-14 dhe 15-24 vjeç) paraqesin nivele diçka më të larta të incidencës krahasuar me grup-moshat e tjera.

Nuk vërehen dallime sinjifikative as për sa i përket hasjes hapësinore të scabies gjatë tërë periudhës 1960-2001: të gjitha rrethet e vendit janë pak a shumë njëjloj të prekura gjatë periudhës mbi-dyzetë-vjeçare 1960-2001.

#### 6.11.4. ANKILOSTOMIAZA

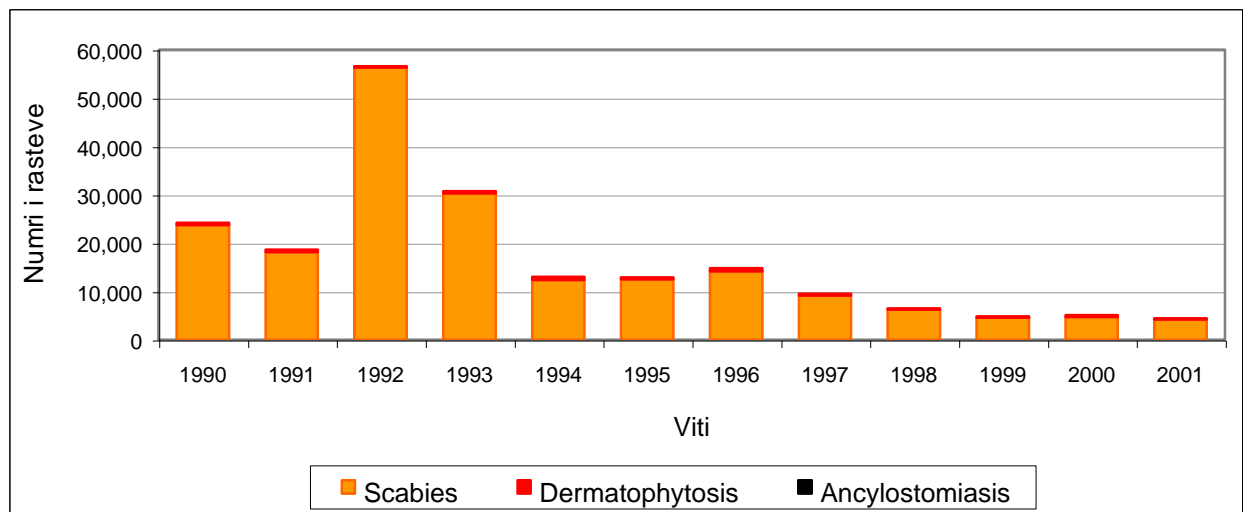
(TABELA 27)

(GRAFIKU 44)

Disponueshmëria e të dhënave të survejancës epidemiologjike të ankilostomiazës në Shqipëri daton prej vitit 1990. Numri vjetor i rasteve të raportuara gjatë periudhës 1990-2001 luhet nga zero raste në maksimumi 5 raste, duke treguar kështu për nivele jashtëzakonisht të ulëta të hasjes të sëmundjes, (TABELA 27). Megjithatë, këto nivele nuk përfaqësojnë realitetin: ka pasur jo pak raste që, për mungesë të konfirmimit laboratorik, nuk janë raportuar (prani e fallco-negativitetit në raportim).

GRAFIKU 44

SCABIES, DERMATOPHYTOSIS, ANCYLOSTOMIASIS:  
FREKUENCA VJETORE (NUMRI I RASTEVE TË RAPORTUARA) GJATË PERIUDHËS 1990-2001



Një vështrim krahasues i të dhënave të survejancës epidemiologjike të sëmundjeve infektive parazitare gjatë periudhës 1990-2001 tregon qartë se është gjithmonë scabies ai, që ka mbajtur dhe vijon të mbajë peshën specifike kryesore në sëmundshmërinë e përgjithshme të tyre, ndërkohë që nivelet e hasjes të dermatofitozave janë shumë më të ulëta, dhe ato të ankilostomiazës thuajse të papërfillshme, (*GRAFIKU 44*): scabies paraqet një frekuencë mesatare vjetore prej 16.333 raste të raportuara, e cila është 37 herë më e lartë se ajo e dermatofitozave prej 438 raste të raportuara në vit.

## **6.12. SËMUNDJE TË TJERA INFEKTIVE**

**PARITITI EPIDEMIK** dhe **VARICELA**, sëmundje infektive me transmetim nëpërmjet-ajrit, nuk u shtjelluan në nënkapitullin përkatës 6.4. Megjithatë, të dhënat përkatëse të survejancës epidemiologjike mbi frekuencën vjetore të hasjes së tyre (numri i rasteve të raportuara) dhe nivelet vjetore të incidencës (raste për 100.000 banorë) gjatë periudhës 1990-2001, (periudhe e disponueshmërisë të këtyre të dhënave), janë të paraqitura në detaje në *TABELAT 7* dhe *8* (shih!).

Qysh prej vitit 1978 e pas, në Shqipëri nuk ka raste me **RABIES (TERBIM)**. Të dhënat veterinare (Instituti i Kërkimeve Veterinare, Tiranë) tregojnë mungesë të qarkullimit të virusit të tërbimit në strehuesit e tij natyrorë (dhelpra e kuqe në rradhë të parë, si dhe kafshë të tjera të egra) në Shqipëri qysh prej 1980 e në vijim (viti 2001). Megjithatë, prania e qarkullimit të virusit të tërbimit në strehuesit e vet natyrorë në vende të tjera të gadishullit Ballkanik si Kroaci, Serbi, Mal i Zi, Kosovë, Maqedoni, Bullgari, përbën një risk të shprehur potencial për hyrjen e virusit në Shqipëri, për më tepër në kontekstin aktual të mbipopullimit gjithnjë e në rritje të qenve rrugaçë si në zonat rurale ashtu dhe në ato urbane.

## 7. TË DHËNAT E MONITORIMIT TË FAKTORËVE RISK TË SHËNDETIT MJEDISOR DHE TË KONTROLLIT TË SIGURISË USHQIMORE NË SHQIPËRI

### 7.1. UJËT DHE HIGJIENIZIMI I TIJ

Furnizimi me ujë të pijshëm në Shqipëri sigurohet nëpërmjet burimeve natyrore, çpimeve nëntokësore, stacioneve të pompimit të ujit dhe puseve individuale. Ndonëse në pjesën më të madhe (rreth 80% e popullatës) furnizimi me ujë të pijshëm është i centralizuar, ka fshatra që ende janë të detyruar të përdorin ujë lumi për ujë të pijshëm, për arsye të mungesës së burimeve alternative.

Të dhëna të detajuara mbi mënyrat e furnizimit me ujë të pijshëm të popullatës në Shqipëri jepen në *TABELA 28*.

*TABELA 28*

MËNYRAT E FURNIZIMIT ME UJË TË POPULLATËS NË SHQIPËRI

TIPI I FURNIZIMIT ME UJË	% E TOTALIT TË NJËSI-FAMILJEVE / POPULLATËS	PËRKUFIZIMI I PËRDORUR
UJËSJELLËS	80 %	Furnizim në shtëpi me ujë nga ujësjellësi (lidhje me sistemin e ujësjellësit)
PUS PRIVAT	10 %	Mungesë e lidhjes me sistemin e ujësjellësit
BURIM I PAMBROJTUR	5 %	Burime uji të pambrojtura, që shërbejnë për ujë të pijshëm
BURIM SIPËRFAQËSOR	0,1 %	Familje që përdorin ujëra sipërfaqësore të patrajtuara (psh ujë lumi)
UJËRA SIPËRFAQËSORE	4,9 %	Familje që përdorin ujëra sipërfaqësore të trajtuara

Të dhënat vjetore të shitjes së ujit të pijshëm tregojnë se 80% e tij përdoret nga popullata (sektori komunal) dhe vetëm 20% nga industria apo sektorët e tjerë. Megjithatë, sasia e ujit të shitur në Shqipëri është vetëm 36% e sasisë së prodhuar, çka tregon se 64% humbet si rezultat i (i) dëmtimeve të tubacioneve të rrjetit ekzistues të ujësjellësit; (ii) lidhjeve të shumta të paligjshme me këtë rrjet;



(iii) rritjes së popullatës sidomos në qytetet e mëdha; dhe (iv) menaxhimit të mënyrë jo-eficiente të infrastrukturës së tij.

Janë këto arsye që njëherësh shpjegojnë përsenë e furnizimit jo të rregullt të popullatës me ujë (jo rrallë vetëm një orë në ditë) dhe të presionit të ulët të ujit në rrjet. Presioni i ujit të pijshëm nga ana e vet krijon mundësinë reale të kontaminimit të ujit të pijshëm me ujërat e zeza (përthithje e përmbajtjes të tubacioneve të ujërave të zeza në ato të ujit të pijshëm prej presionit negativ në këto të fundit). Në zonat rurale, ku nuk ka sistem ujësjellësi të ujit të pijshëm, popullata përdor puse individuale (shtëpijake); hapja e tyre jashta normave sanitaro-higjienike lidhur me gropat septike (distanca e afërt ndërmjet tyre) shkakton ndotjen e ujit të pijshëm të pusit me ujërat e zeza për arsye të infiltrimit të këtyre të fundit. Një studim mbi puset shtëpijake demonstroi se 73% e tyre rezultojnë bakteriologjikisht të kontaminuara, (TABELA 29).

TABELA 29

TIPI I SHËRBIMIT TË HIGJENIZIMIT PËR POPULLATËN NË SHQIPËRI

TIPI I SHËRBIMIT TË HIGJENIZIMIT	% E TOTALIT TË NJËSI-FAMILJEVE / POPULLATËS	PËRKUFIZIMI I PËRDORUR
SISTEMI I UJËRAVE TË ZEZA	76 %	Njësi-familje (shtëpi) të lidhura me sistemin e ujërave të zeza
GROPË SEPTIKE E PËRBASHKËT	23 %	Njësi-familje (shtëpi) të veçuara (zona të thella malore), që nuk kanë mundësi lidhjeje me sistemin e ujërave të zeza
GROPË SEPTIKE PRIVATE	1 %	Njësi-familje (shtëpi) që kanë mundësi lidhjeje me sistemin e ujërave të zeza

Një tjetër problem i pranishëm është mungesa e klorinimit të rregullt të ujit me sasite e duhura të hipokloritit të kalciumit apo natriumit; madje, në zonat rurale një proces i tillë thuhet nuk kryhet në praktikën e përditshme. Klorinimi nuk siguron sasitë e duhura të klorit rezidual, meqënëse procedura e realizimit të tij, përgjithësisht ende manuale (për mungesë të aparaturës automatike përkatëse), nuk është (dhe nuk mund të jetë) në gjendje të përcaktojë dhe kontrollojë sasitë e tretësirës së hipokloritit. Një shembull i tmerrshëm i riskut potencial që paraqet infrastruktura ekzistuese e ujit të pijshëm në vendin tonë është epidemia e kolerës më 1994.

Zonat urbane disponojnë, krahas rrjetit të ujit të pijshëm, edhe rrjetin e ujërave të zeza. Por, gjendja e vjetëruar dhe përgjithësisht jo-optimale e këtyre rrjeteve

përbën një risk potencial të përherëshëm të ndërlidhjeve eventuale ndërmjet tyre, çka nënkupton në thelb kontaminimin e ujit të pijshëm. Kjo dukuri përforcohet apo përtheqsohet nga mungesa apo sasia e pamjaftueshme e ujit të pijshëm në rrjetin e vet, terreni i përshtatshëm për përthithjen e ujërave të zeza në atë rrjet.

Ujërat industriale, të gjeneruara nga proceset teknologjike, zakonisht nuk i nënshtrohen ndonjë trajtimi, por shkarkohen drejtpërdrejtë në ujërat sipërfaqësore, duke shkaktuar rrjedhimisht kontaminimin e mëtejshëm të këtyre të fundit; (edhe në ato raste të rralla kur ekzistojnë impiante të trajtimit të shkarkimeve industriale, është dukuri e zakonshme mosfunksionimi i tyre për shkak të mungesës së mirëmbajtjes teknike). Shkarkimet ujore të spitaleve derdhen po ashtu në rrjetin e shkarkimeve të qyteteve apo dhe drejtpërdrejtë në ujërat sipërfaqësore. Spitalet e sëmundjeve infektive apo repartet e sëmundjeve infektive të spitaleve kryejnë (apo më saktë duhet të kryejnë) thjesht dezinfektimin e shkarkimeve ujore të tyre, para se këto të fundit të futen në rrjetin e shkarkimeve ujore të qytetit; megjithatë, praktikisht jo rrallë ato përbëjnë një risk potencial si burim infeksioni. Rritja në mënyrë të pakontrolluar dhe paplanifikuar e qyteteve të vendit (nivele tepër të larta të urbanizimit) ka sjellë si rrjedhojë uljen e mëtejshme të kapaciteteve ekzistuese lidhur me rrjetet e ujit të pijshëm, ujërave të zeza dhe shkarkimeve ujore; gjendja është ende më e përkeqësuar në zonat suburbane/periurbane të karakterizuara nga ndërtimet shpesh të paligjshme e pa ndonjë kriter urbanistik, rrjedhimisht të pashoqëruara me infrastrukturën e nevojshme të ujit.

Si konkluzion, problemet kryesore lidhur me ujin, që përbëjnë në vetvete determinantë risk për shfaqjen e shpërthimeve të sëmundjeve diarreike me transmetim nëpërmjet-ujit, janë:

- Mungesë e zonave të kaptazhit plotësisht të mbrojtura nga ana higjieno-sanitare;
- Mungesë e trajtimit adekuat të ujit të pijshëm;
- Dëmtime të theksuara të rrjetit të ujësjiellësave;
- Ndërsektime të rrjetit të ujësjiellësave me ujëra të shkarkimeve urbane, industriale, etj;
- Kapacitete të kufizuara për kontrollin e cilësisë së ujit.

Disa detaje mbi cilësinë e ujit të pijshëm dhe rezultatet e monitorimit të ujit të detit në Shqipëri jepen në përkatësisht *TABELA 30* dhe *TABELA 31*.

TABELA 30

## CILËSIA E UJIT TË PIJSHËM

	1997	1998	1999
TOTALI I MOSTRAVE	76.340	138.439	150.000
% E MOSTRAVE JASHTË NORMAVE	5,73	5,88	6,53
% E KONTAMINIMIT TË THEKSUAR	0,39	0,43	0,5

TABELA 31

## REZULTATET E MONITORIMIT TË UJIT TË DETIT NË SHQIPËRI, 1997-1998

Numri i PLAZHEVE të kontrolluara (analizuara)	7
Numri i PLAZHEVE ME NDOTJE	3
% e plazheve me ndotje	42,8 %
Numri i LIQENEVE TË NDOTUR	1 (Liçeni i Ohrit)
Numri i LUMENJVE TË NDOTUR	1 (Gjanica, Fier)
Numri i UJËMBLEDHËSAVE TË NDOTUR	6 (nga 10 në total)

**7.2. MENAXHIMI I MBETJEVE TË NGURTA**

Vetëm 55% e popullatës në vendin tonë ka akses ndaj shërbimeve të heqjes (grumbullimit dhe transportimit) të mbetjeve të ngurta. Këto shërbime, të pranishme kryesisht në zonat urbane, kryhen ende me metoda primitive.

Një problem tjetër është sasia e pamjaftueshme apo dhe mungesa e konteinerëve (kazanëve) të mbeturinave (plehrave) në rrugët e qyteteve. Kjo sjell si rrjedhojë hedhjen dhe grumbullimin e plehrave, mbeturinave dhe hedhurinave anësh rrugëve, duke krijuar kështu vende të përshtatshme për grumbullimin e qenve, maceve, brejtësve, etj, dmth burimeve dhe vektorëve natyrorë të një sërë sëmundjesh infektive.

Për më tepër, hapja totale e vendit tonë ndaj botës është shoqëruar me një influks të sasive gjithnjë e më të mëdha të produkteve ushqimore të gatshme, mbeturinat e të cilave (ambalazhe kartoni, qelqi, apo plastike) kanë përtheksuar pamundësinë e menaxhimit (grumbullimit dhe transportimit) të tyre. Migrimi nga zonat rurale drejt qyteteve më të mëdha të vendit e ka përkeqësuar ende më tej këtë problem. Gjatë vitit 1998, në Shqipëri u prodhuan rreth 520.000 tonë mbetjesh urbane; 44% e kësaj sasive u përkiste vetëm qyteteve kryesore, 22% (apo 116.000 tonë) i përkiste Tiranës. Sasia e materialeve inerte në mbetjet urbane është rreth 12%, (TABELAT 32 dhe 33).

TABELA 32

## SASIA E MBETJEVE URBANE SIPAS RRETHEVE, 1996

QYTETET	POPULLATA	PRODHIMI DITOR I MBETURINAVE (TON/DITË)	PRODHIMI VJETOR I MBETURINAVE (TON/VIT)	PRODHIMI SPECIFIK (KG/DITË/FRYMË)
TIRANË	400.000	300	110.000	0,8
VLORË	110.000	80	30.000	0,7
POGRADEC	30.000	50	19.000	1,6
ELBASAN	110.000	100	37.000	0,9
KORÇË	75.000	80	30.000	1,0
SHKODËR	110.000	90	33.000	0,8
DURRËS	120.000	110	41.000	0,9
FIER	80.000	70	26.000	0,8

TABELA 33

PRODHIMI I MBETJEVE URBANE:  
SASITË VJETORE [TON] DHE NIVELET [TON PËR 100.000 BANORË]  
MË 1996, 1997, 1998

VITI	SASIA (TON)	NIVELI (TON për 100.000 BANORË)
1996	450.000	13.689,2
1997	480.000	14.601,9
1998	520.000	15.818,7

Bashkitë e qyteteve janë përgjegjëse për shërbimet e menaxhimit (grumbullimi, transportimi dhe depozitimi përfundimtar) të mbetjeve urbane. Këto shërbime janë përgjithësisht publike; disa bashki (Tiranë, Durrës, Pogradec, Korçë, etj) kanë liçencuar shërbime private për menaxhimin e grumbullimit dhe transportimit të mbetjeve, ndërkohë që përpunimi përfundimtar në zonat e depozitimit të tyre i mbetet shërbimit publik.

Në përgjithësi ka mungesë të impianteve të përpunimit (trajtimit) adekuat përfundimtar të mbetjeve të ngurta: sistemi ekzistues bazohet thjesht në depozitimin e tyre në fusha jashtë qyteteve.

### MBETJET SPITALORE

Prodhimi ditor i mbetjeve spitalore në 7 qytetet kryesore të vendit (Tiranë, Shkodër, Durrës, Elbasan, Fier, Vlorë, Korçë) vlerësohet të jetë 7,3 tonë në ditë, apo rreth 2 kg për pacient në ditë.

Të gjitha spitalet e vendit varen nga strukturat shtetërore lidhur me menaxhimin e mbetjeve të tyre, në kuptimin që nuk ekziston ende ndonjë sistem i veçantë i menaxhimit (grumbullimit, transportimit dhe perpunimit) të mbetjeve mjekësore.

## **MBETJET DHE SHKARKIMET INDUSTRIALE DHE NDOTJA E TOKËS**

Mbetjet industriale dhe shkarkimet ujore industriale në disa zona të Shqipërisë kanë sjellë si rrjedhojë ndotjen e ujërave sipërfaqësore dhe tokës. Ndotja e ujërave sipërfaqësore dhe e tokës me përbërës të amonjakut, nitrite dhe kripëra të hekurit prej shkarkimeve industriale të Kombinatit Metalurgjik pranë lumit Shkumbin përfaqëson një ndër shembujt më të spikatur në këtë drejtim. Më 1997, niveli i shkarkimeve dhe mbetjeve industriale u ul në 50% si rezultat i ndërprerjes thuajse të plotë të aktivitetit industrial në vendin tonë gjatë trazirave civile të mirënjohura të atij viti. Riaktivizimi, ndonëse në një shkallë ende të ulët, i industrisë kimike (ngritja e ndërmarrjeve të prodhimit të detergjentëve kimikë, etj) më 1998 e pas u shoqërua me një rritje sërish të niveleve të shkarkimeve industriale, rrjedhimisht edhe të shkallës së ndotjes të ujërave sipërfaqësore dhe tokës në vend-ndodhjet përkatëse, (TABELA 34).

Pesticidet përbëjnë po ashtu një problem të rëndësishëm lidhur me ndotjen e ujërave sipërfaqësore dhe tokës në disa zona të vendit tonë.

TABELA 34

### SHKARKIMET E MBETJEVE INDUSTRIALE (NË MIJËRA TONË)

VITI	MINIERAT	INDUSTRIA E NAFTËS	EAC	INDUSTRIA NË TOTAL
1997	371,7	1,3	13	386
1998	413,7	1,36		415

Burimi: Raport mbi gjendjen e mjedisit në Shqipëri 1997-1998

Si konkluzion, problemet kryesore lidhur me mbetjet e ngurta në vendin tonë janë:

- Mosmarrja ende në konsiderate e menaxhimit të mbetjeve të ngurta si një problem përparësor;
- Teknologjia ende e papërshtatshme e trajtimit të mbetjeve të ngurta;

- Mungesa e mbrojtjes së ujërave sipërfaqësore dhe tokës nga ndotja prej mbetjeve dhe shkarkimeve të ndryshme qoftë urbane ashtu dhe industriale;
- Shkalla ende e ulët e ndërgjegjësimit të popullatës dhe e kulturës dhe edukatës shoqërore e komunitare të saj.

### 7.3. NDOTJA E AJRIT

Ndërkohë që niveli total i shkarkimeve industriale ka rënë në rreth 45% gjatë dhjetëvjeçarit të fundit 1991-2000 si rrjedhojë e drejtpërdrejtë e rënies drastike të aktivitetit industrial në vendin tonë, niveli i shkarkimeve të lidhura me përdorimin e automjeteve, konkretisht i monoksidit të karbonit (CO), oksideve të azotit (NOx), hidrokarbureve dhe plumbit, si edhe ndotja e ajrit nga partikulat e ngurta (LGS) dhe dioksidi i squfurit (SO<sub>2</sub>), janë rritur shumë herë gjatë kësaj periudhe.

Të tillë ndotës tepër të dëmshëm të ajrit kanë prekur në rradhë të parë kryeqytetin Tiranë dhe qytetet e tjera të mëdha të vendit, ku nivelet përkatëse të ndotjes i tejkalojnë disa herë normat e OBSH-së. Tirana paraqet konkretisht nivelet më të larta të ndotjes së ajrit me partikula të ngurta të pluhurit (LGS) dhe të blözës, krahasuar me kryeqytetet e tërë vendeve të Europës.

### 7.4. SIGURIA USHQIMORE

Në Shqipëri ekziston një traditë shumëvjeçare lidhur me kontrollin e produkteve ushqimore dhe sigurinë ushqimore në tërësi, e realizuar praktikisht nga Inspektorati Sanitar Shtetëror dhe rrjeti i Laboratorëve të Shëndetit Publik në të gjitha rrethet e vendit, nën udhëheqjen teknike dhe metodologjike të Institutit të Shëndetit Publik (ISHP).

TABELA 35

AKTIVITETI I INSPEKTORATIT SHTETËROR SANITAR  
MBI KONTROLLIN E USHQIMEVE GJATË VITIT 1999

	Mostra në total	Importi	Lokal	Totali i analizave kimike	Totali i analizave bakteriologjik	Produkte të bllokuara (në mijëra lekë)	Produkte të eliminuar (në mijëra lekë)	Produktet kryesore ushqimore të bllokuara
Numri i MOSTRAVE USHQIMORE	14.500	6.653	3.431	14.625	5.180	135.000	17.000	<i>Sallam Qumësht i kondensuar Mish</i>

Të dhënat e aktivitetit të Inspektoratit Sanitar Shtetëror mbi kontrollin e sigurisë ushqimore më 1999 jepen në mënyrë të përmbledhur në *TABELAT 35* dhe *36*.

*TABELA 36*

REZULTATET E KONTROLLIT TË INSPEKTORATIT SHETETËROR SANITAR  
NË 61 TREGJE USHQIMORE TË MALLRAVE ME PAKICË MË 1999

PRODUKTET	TË KONTROLLUARA	TË LEJUARA	QË PLOTËSOJNË KRITERET	BAZA FTOHËSE	SANITARY KNOT
Mish, Produkte mishi	187	152 (=81,3%)	148 (=79,1%)	151 (=80,7%)	106 (=56,7%)
Qumësht, Bulmetëra	269	196 (=72,8%)	199 (=74,0%)		120 (=44,6%)
Pije	1.150	843 (=73,3%)			484 (=42,0%)
Rrjet tregtimi	5.192		4.398 (=84,7%)	3.126 (=59,8%)	
Rrjet i ushqimit social	2.923		2.884 (=98,7%)		1.871 (=60,9%)

Veçse vlen të theksohet një moment shumë i rëndësishëm. Në bazë të Ligjit të ri “Mbi Ushqimin” Nr. 7941, datë 31.05.1995 (shih Kapitulli 1 “Legjislacioni”), përgjegjësia për sigurinë ushqimore u nda ndërmjet tre inspektorateve, konkretisht ndërmjet Inspektoratit Sanitar Shtetëror (i varur nga Ministria e Shëndetësisë dhe që ishte deri atëhere aktori i vetëm përgjegjës) dhe Inspektoratit të Ushqimit dhe Inspektoratit Veterinar (të varur nga Ministria e Bujqësisë dhe Ushqimit). Një ndarje e tillë e përgjegjësisë për sigurinë ushqimore, praktikisht e dobësoi, në vend që ta përforconte (sikurse ishte parashikuar), aktivitetin mbi kontrollin e ushqimeve dhe sigurinë ushqimore, thjesht për arsye të mungesës në praktikën e përditshme të një bashkëpunimi adekuat dhe të një ndarje të mirëpërcaktuar të të drejtave dhe detyrave të secilit prej tre aktorëve të mësipërm.

Aktualisht, në vendin tonë ekzistojnë një sërë problemesh lidhur drejtpërdrejtë me sigurinë ushqimore, konkretisht:

- Në jo pak raste produktet ushqimore të importit kalojnë në dogana pa i u nënshtruar kontrollit të detyrueshëm prej inspektorëve sanitarë;
- Therja e bagëtive (të trasha dhe të imëta) në shtëpira private pa i u nënshtruar kontrollit veterinar është bërë një dukuri tepër e shpeshtë;
- Ka mungesë të thertoreve me kushtet e duhura higjieno-sanitare dhe veterinare;
- Kontrolli sanitar i produkteve të mishit në shitoret e mishit është përgjithësisht i pamjaftueshëm nga ana sasiore dhe i mangët nga ana cilësore;

- Në shumë rrethe, veçanërisht në zonat urbane dhe suburbane, tregtimi i produkteve ushqimore bëhet në troturare, jashtë tërë kushteve higjieno-sanitare, dhe për më tepër pa lejen zyrtare të autoriteve vendore;
- Legjislacioni i sigurisë ushqimore le për të dëshëruar; nga ana tjetër, ka probleme lidhur me zbatimin e ligjshmërisë (moszbatim i venies së gjobave dhe marrjes së masave administrative);
- Trajnimi i inspektorëve sanitarë nuk është në shkallën e duhur dhe sistemi i informacionit vijon të jetë i pamjaftueshëm dhe i mangët;
- Ka një mungesë të theksuar të rolit të masmedias dhe të shkollës në edukimin shëndetësor dhe qytetar të popullatës/komunitetit lidhur me sigurinë ushqimore.

Tabloja e mësipërme shpjegon rritjen e incidencës të **intoksikacioneve alimentare (toksikoinfeksioneve ushqimore)** gjatë viteve të fundit në Shqipëri.

Për më tepër, më 1992, 1996 dhe 1997, janë evidentuar edhe shpërthime të **intoksikacioneve (helmimeve) nga plumbi** në disa zona rurale të vendit, të lidhura me përdorimin e miellit prej drithit të bluar në gurë mulliri të riparuar me plumb: numri i subjekteve të ekspozuara ndaj dozave të ndryshme të këtij ndotësi të rrezikshëm, banorë të zonave përkatëse rurale, është përlogaritur në rreth 3.000 vetë.



## **8. MASAT E PËRGJITHSHME DHE SPECIALE TË KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE**

Në përputhje me kontekstin ligjor (shih Kapitulli 1 “Legjislacioni”) lidhur me kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive, shërbimet e mjekësisë parandaluese në Shqipëri, konkretisht Shërbimet e Epidemiologjisë, Higjienës dhe Inspektoratit Sanitar Shtetëror të Rretheve, nën supervizionin dhe ekspertizën teknike të Institutit të Shëndetit Publik (IShP), organizojnë dhe ndërmarrin masat përkatëse të përgjithshme dhe të posaçme të kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve infektive.

### **8.1. MASAT E PËRGJITHSHME TË KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE**

- Furnizimi me uje të pijshëm higjienikisht të kontrolluar dhe miratuar dhe mbrojtja higjieno-sanitare e burimeve dhe impianteve publike (ujësjellësave) të ujit të pijshëm;
- Eliminimi i mbetjeve dhe shkarkimeve ujore dhe atyre të ngurta për të parandaluar plotësisht ndotjen e ujërave sipërfaqësore dhe tokës;
- Masat kundër insekteve brejtëseve – rezervuarë natyrorë dhe transmetues të një sërë sëmundjesh infektive;
- Mbajtja e kushteve të duhura higjieno-sanitare në mikromjediset (ndërtesat) publike, mjetet e transportit publik, dhe vendet publike;
- Inspektimi sanitar i produkteve ushqimore dhe i kushteve në të cilat realizohet prodhimi dhe shpërndarja (qarkullimi) i tyre;
- Aplikimi, si masa parandaluese, i procedurave të ndryshme të dezinfektimit, dezinfektimit dhe deratizimit në vendet (mikromjediset) publike, mjetet e transportit publik, ndërmarrjet e prodhimit të produkteve ushqimore dhe ato të ruajtjes dhe shpërndarjes së tyre, ndërmarrje të tjera, etj;
- Furnizimi në sasira të mjaftueshme i lëndëve të ndryshme dezinfektuese, dezinfektuese dhe deratizuese, me efikasitetin dhe efektivitetin e duhur (të provuar dhe kontrolluar paraprakisht).

## **8.2. MASAT E POSAÇME TË KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE**

- Zbulimi në kohë i burimit të infeksionit dhe rrugëve të transmetimit të tij nëpërmjet njohjes së detyrueshme epidemiologjike të terrenit, hulumtimit epidemiologjik të sëmundjes infektive në rastin e hasjes së saj, kontrollit të gjithanëshëm mjekësor klinik dhe hulumtimit epidemiologjik të personave të infektuar dhe/ose personave që dyshohet të jenë infektuar me sëmundje infektive me shkaktar mikrobik të njohur apo të panjohur;
- Provat (analizat, testet) e detyrueshme laboratorike të mbartësve të (disa) sëmundjeve infektive, me synim ndërmarrjen në kohë të masave përkatëse për mbrojtjen e popullatës dhe mjedisit;
- Raportimi i detyrueshëm i çdo rasti të suspektuar me sëmundje infektive; raportimi i detyrueshëm i menjëherëshëm (urgjent) i çdo vdekje të shkaktuar nga sëmundje infektive;
- Raportimi i detyrueshëm i menjëherëshëm (urgjent) i çdo shpërthimi epidemik eventual (grumbullim, pavarësisht nga madhësia e tij, i rasteve në hapësirë dhe kohë) të sëmundjeve infektive;
- Trajtimi mjekësor i çdo pacienti me sëmundje infektive menjëherë pas vendosjes së diagnozës klinike, pra qysh nga momenti i suspektimit klinik (dmth ende pa konfirmimin laboratorik);
- Hospitalizimi i menjëherëshëm i rastit, (që nënkupton njëherësh izolimin dhe trajtimin e specializuar të tij), në ato sëmundje infektive që kërkojnë një masë të tillë në bazë të Rregullores Sanitare përkatëse të Shqipërisë;
- Aplikimi i karantinës në ato sëmundje infektive që kërkojnë një masë të tillë në bazë të Rregullores Sanitare përkatëse të Shqipërisë;
- Dezinfektimi i sendeve personale dhe mjedisit të banimit (banesës) të personave të infektuar me ato sëmundje infektive për të cilat kërkohet aplikimi i një mase të tillë (në bazë të Rregullores Sanitare përkatëse të Shqipërisë);
- Aplikimi i masave të dezinfektimit, dezinfektimit dhe deratizimit në makro- dhe mikromjedis;

- Inspektimi sanitar i mbartësve të sëmundjeve infektive;
- Vaksinimi i të gjitha kontakteve të ngushta (familjare) dhe të afërta në çdo rast me sëmundje infektive të parandalueshme-me-vaksinim, gjithmonë bazuar në indikacionet epidemiologjike përkatëse.

Masa të tjera, që duhen ndërmarrë nga autoritetet kompetente, dhe që synojnë në kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive në rastin eventual të rrezikut të një shpërthimi të gjerë epidemik, ose në rastin eventual të një katastrofe natyrore (përmbytje, tërmet, etj) që mund të çojë në një shpërthim epidemik të sëmundjeve infektive, janë:

- Mobilizimi si i personelit mjekësor ashtu dhe i tërë pjesëtarëve të komunitetit;
- Sigurimi i kërkesave shtojcë për pajisje mjekësore, medikamente, dhe mjete të transportit;
- Përfshirja e biznesit vendës dhe e çdo alternative tjetër burimi ekonomik në mbështetje të kërkesave të rritura të shërbimeve të kujdesit shëndetësor;
- Përcaktimi i detyrave speciale (konform situatës së veçantë epidemiologjike) të shërbimeve mjekësore publike.

## **9. SËMUNDJET INFEKTIVE PAS FATKEQËSIVE NATYRORE**

Ndërmjet problemeve të shumta që lindin nga ndodhja e një fatkeqësie natyrore është problemi i mbrojtjes së popullatës ndaj shpërthimeve dhe përhapjeve të sëmundjeve infektive. Është një problem që lidhet drejtpërdrejtë me aktivitetet e shërbimeve të mjekësisë parandaluese, dhe, në rastin konkret, me detyrat e këtyre shërbimeve në kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive në zonën e prekur nga fatkeqësia natyrore. Është e rëndësishme të theksojmë faktin, që rasti konkret, dmth prania e një fatkeqësie natyrore, nënkupton praninë e rrethanave jo normale, por krejt speciale dhe jo rrallë të jashtëzakonshme nën të cilat do të operojnë dhe veprojnë shërbimet e mjekësisë parandaluese në veçanti dhe i tërë shërbimi shëndetësor në përgjithësi. Rrjedhimisht, sukcesi në kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive në rastin e një fatkeqësie natyrore varet, në një masë të konsiderueshme, nga përpilimi qysh më parë i planit të gatishmërisë dhe operativitetit për çdo eventualitet të një fatkeqësie natyrore.

### **9.1. HASJA E MUNDSHME E SËMUNDJEVE INFEKTIVE**

Rreziku më i madh (apo gjasa më e madhe) për hasjen e sëmundjeve infektive në rastin e një katastrofe natyrore lind (buron) nga vetë mjedisi human (njerëzor): ndryshimet që ai mjedis pëson në një të tillë situatë ndikojnë negativisht në kushtet ekzistuese higjieno-sanitare. Gjasa e hasjes të shpërthimeve epidemike të sëmundjeve infektive në një situatë të një fatkeqësie natyrore është ende më e madhe pikërisht në ato zona, ku normalisht ka prani të kushteve të papërshtatshme higjieno-sanitare të jetesës së popullatës.

Kushtet stinore klimatike kanë po ashtu ndikimin e tyre në hasjen dhe përhapjen e sëmundjeve infektive në situatën e një fatkeqësie natyrore. Konkretisht, sëmundjet diarreike hasen kryesisht gjatë stinës së verës, (por pa përjashtuar edhe stinët e tjera të vitit), veçanërisht në kushte të mungesës së ujit të pijshëm ose të përdorimit të ujit të pijshëm jashtë normave higjienike. Infeksionet respiratore hasen kryesisht në stinën e dimrit (kushte klimatike të temperaturave të ulëta dhe lagështirës); ndërkaq, përqëndrime të mëdha të popullatës (psh kampe të përkohëshme refugjatësh, etj) ndikojnë në rritje të theksuar të hasjes së tyre, si rrjedhojë e përtheksimit në hapësirë dhe kohë të transmetimit person-person të infeksionit.

SITUATA E NJË FATKEQËSIE NATYRORE SHKAKTON PASHMANGSHMËRISHT PRISHJE TË EKUILIBRIT EKOLOGJIK, QË, NGA ANA E VET, SJELL SI RRJEDHOJË AKTIVIZIMIN E FORMAVE

ENDEMIKE TË QARKULLIMIT TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE, DUKE PARAQITUR KËSHU NJË KËRCËNIM REAL PËR SHPËRTHIME EPIDEMIKE TË TYRE. Arsye të hasjes të shpërthimeve epidemike mund të jenë një importim i një agjenti patogjen, një ndryshim sinjifikativ në vulnerabilitetin e popullatës, dhe, ç'është më e shpeshta, një përtheksion i transmetimit të mikroorganizmave patogjenë autoktonë.

Nëse nuk merren në kohën e duhur masat përkatëse të kontrollit dhe parandalimit të hasjes së shpërthimeve potenciale epidemike, çdo situatë eventuale e një katastrofe natyrore do të mbartte në vetvete kërcënimin real për të tilla shpërthime (madje dhe me shtrirje të gjerë në popullatë), rrjedhojë pikërisht e aktivizimit të formave endemike të sëmundjeve infektive, në rradhë të parë e sëmundjeve diarreike qoftë me transmetim me mjet të përbashkët (ujët e pijshëm, ushqime) ashtu dhe me transmetim person-person (si tifoja dhe paratifoja abdominale, salmonelozat, hepatitet virale, toksiko-infeksionet alimentare, shigelozat), dhe e infeksioneve respiratore (si gripi, infeksionet streptokoklike, infeksione virale të rrugëve të sipërme dhe të poshtëme respiratore, etj). Për arsye të niveleve të larta të sëmundshmërisë (nivele të larta të infektueshmërisë), të ndërlikimeve të rënda shëndetësore, si dhe të mungesës së kapaciteteve të duhura të kujdesit spitalor, hasja e shpërthimeve epidemike të sëmundjeve infektive të lartpërmendura paraqet një problem me rëndësi të veçantë në kushtet e emergjencës të situatës të një fatkeqësie natyrore eventuale (përmbajtje, tërmete, etj) apo të një lufte eventuale.

## 9.2. MASAT PARANDALUESE

Raportimi i saktë dhe realist nga ana sasiore (madhësia) dhe cilësore (karakteristikat) i potencialit endemik-epidemic të territorit (zonës hapësinore) të prekur nga një fatkeqësi natyrore përbën në vetvete kushtin paraprak të domosdoshëm për vlerësimin e shpejtë dhe eficient të situatës së emergjencës dhe për ndërmarrjen e masave të duhura të kontrollit dhe parandalimit. Në këtë kuadër, një rëndësi të veçantë merr ngritja dhe funksionimi i SHTABIT TË EMERGJENCËS, dmth organizmit përgjegjës në përcaktimin e masave parandaluese adekuate dhe në organizimin, drejtimin dhe mbikqyrjen e aplikimit të tyre. Rrjedhimisht, është domosdoshmëri prania në atë Shtab e EKSPERTIT EPIDEMIOLOG, mundësisht e një epidemiologu me pervojë dhe autoritet shkencor, meqënëse bëhet fjalë pikërisht për personin më të kualifikuar në drejtim të vlerësimit të situatës konkrete epidemiologjike dhe të identifikimit të ndërhyrjes adekuate për zgjidhjen efikase, efektive dhe eficiente të saj.

Eksperti epidemiolog, anëtar i Shtabit të Emergjencës, përfaqëson personin përgjegjës në përcaktimin e numrit të EKPIPEVE MJEKËSORE TË TERRENIT,

standardizimin e metodologjisë së operimit të tyre në praktikë, dhe përcaktimin e BURIMEVE FINANCIARE, të nevojshme për kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive. Ndërkaq, shpërndarja e ekipeve të terrenit, bashkërendimi dhe udhëheqja e aktivitetit të tyre, si dhe shpërndarja e burimeve financiare është përgjegjësi dhe kompetencë vetëm e Shtabit të Emergjencës.

Me të mbërritur në terren, ekipet mjekësore të terrenit duhet me urgjencë, e shumta brenda disa orësh, të njihen në detaje me situatën epidemiologjike të zonës së prekur nga fatkeqësia natyrore para hasjes së kësaj fatkeqësie si dhe me situatën e re epidemiologjike të krijuar për shkak të hasjes së fatkeqësisë natyrore.

Po ashtu me urgjencë duhen ndërmarrë të gjitha masat që lidhen drejtpërdrejtë me zbutjen deri në minimizim të potencialit të hasjes të sëmundjeve infektive, si sigurimi i ujit të pijshëm brenda normave higjienike, eliminimi i mbetjeve humane dhe mbeturinave dhe hedhurinave të ngurta, dhe sigurimi i strehimit të popullatës së prekur në mjedise me kushtet e duhura higjieno-sanitare (çadra, etj).

NJË MASË E DOMOSDOSHME ËSHTË KRYERJA NË VIJUESHMËRI TË PANDËRPRERË, ME SKRUPULOZITET TEKNIK DHE PËRGJËGJESI LIGJORE E VLERËSIMIT TË CILËSISË SË UJIT TË PIJSHËM, QË DUHET BËRË JO VETËM MBI BAZËN E KONTROLLIT ORGANOLEPTIK, POR, DHE SIDOMOS, MBI BAZËN E ANALIZAVE PËRKATËSE LABORATORIKE MIKROBIOLOGJIKE FIZIKO-KIMIKE. Një masë e tillë nënkupton në thelb inspektimin e gjithanëshëm të të gjitha burimeve ekzistuese të ujit të pijshëm dhe rrjetit të shpërndarjes së tij, për të evidentuar dëmtimet eventuale, pra praninë eventuale të ndotjeve, me synim eliminimin me urgjencë të tyre. Me të tjera fjalë, nëse në një situatë normale të jetës së përditshme të popullatës, monitorimi i ujit të pijshëm përbën një ndër detyrat kryesore dhe më të përgjegjshme në aktivitetin tërësor të shërbimeve të mjekësisë parandaluese, është plotësisht e kuptueshme përparësia e përtheksuar që ai merr në situatën emergjente të një fatkeqësie natyrore (përmbajtje, tërmet, etj).

NJË MASË PARANDALUESE SHUMË E RËNDËSISHME ËSHTË HULUMTIMI I DETAJUAR EPIDEMIOLOGJIK I ZONËS SË PREKUR, ÇKA KËRKON MODIFIKIMET E DUHURA TË MËNYRËS SË ZAKONSHME TË HULUMTIMIT DHE RAPORTIMIT EPIDEMIOLOGJIK.

Para së gjithash, RAPORTIMI i rasteve eventuale të sëmundjeve infektive lypset të jetë I PËRDITSHËM, gjithmonë sipas udhë-ecurisë së zakonshme të sistemit tonë të survejancës epidemiologjike, dmth nga niveli i bazës (burimet e të dhënave) në Departamentin e Epidemiologjisë në Institutin e Shëndetit Publik nëpërmjet Shërbimeve Epidemiologjike të Rretheve përkatëse. Vetëm kështu mund të realizohet monitorimi i situatës epidemiologjike të sëmundjeve infektive,

evidentimi i trendit të hasjes së tyre në kushtet jo-normale dhe emergjente të fatkeqësisë natyrore, rrjedhimisht identifikimi në ecuri i masave adekuate të kontrollit dhe parandalimit. Kohë-zgjatja e hulumtimit të detajuar dhe të vazhdueshëm epidemiologjik varet nga madhësia e zonës së prekur dhe shpejtësia e përmirësimit të situatës epidemiologjike. Është pikërisht Shtabi i Emergjencës, ai, që merr vendimin për përfundimin e hulumtimit të detajuar të përditshëm epidemiologjik, dmth përfundimin e periudhës së emergjencës dhe kalimin rrjedhimisht në situatën normale të kontrollit.

Është po ashtu e nevojshme që informacioni mbi situatën epidemiologjike të zonës së prekur t'i përçohet publikut në kohë dhe me përgjegjësinë e plotë teknike, moment ky tepër me vlerë për parandalimin dhe shmangien e çfarëdolloj keqinformimi, i cili do ta tejrrëndonte artificialisht gjendjen e rëndë të pas-katastrofës natyrore. Informimi në vijueshmëri i publikut mbi situatën reale epidemiologjike të sëmundjeve infektive dhe ecurinë e masave të kontrollit dhe parandalimit të tyre në kuadrin e katastrofës natyrore krijon një ndjenjë sigurie ndaj popullatës dhe mundëson një bashkëpunim ende më të frutshëm ndërmjet saj dhe autoriteteve kompetente për zgjidhjen dhe normalizimin e situatës. Në këtë drejtim një rol të vlefshëm merr angazhimi i masmediave në pasqyrimin e realitetit dhe nxitjen e bashkëpunimit.

**Imunizimi aktiv** (për sëmundjet infektive të parandalueshme-me-vaksinim) dhe **ai pasiv** përfaqësojnë një ndër masat më të rëndësishme specifike të kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve infektive në popullatë. Duhet pasur parasysh që aplikimi qoftë i vaksinimit ashtu dhe imunizimit pasiv bëhet kurdoherë vetëm me indikacion epidemiologjik, pra vetëm atëhere kur paraqitet nevoja për ndërmarrjen e një mase të tillë.

### **9.3. NEVOJAT E GATISHMËRISË**

Ekipet mjekësore të terrenit duhet të disponojnë bazën e nevojshme materiale dhe burimet e duhura financiare për të punuar në mënyrë të pavarur dhe për të siguruar në mënyrë të pandërprerë akomodimin (ushqim, fjetje) dhe transportin (lëvizjen) e tyre. Në përbërjen e çdo ekipi mjekësor të terrenit duhet të jetë të paktën nga një specialist i fushave përkatëse të shëndetit publik, konkretisht një epidemiolog, një higjienist, një mikrobiolog, një kimist sanitar dhe një inxhinier sanitar. **Epidemiologu përfaqëson koordinatorin e ekipit mjekësor të terrenit.** Lidhur me materialet e nevojshme, rëndësi e veçantë i jepet disponueshmërisë të automjeteve për lëvizje dhe të pajisjeve për procesimin laboratorik të ujit të pijshëm (marrje e mostrave të tij dhe dërgimi i tyre në laborator për analizat mikrobiologjike dhe toksikologjike). Në zonat urbane, një ekip i pajisur siç duhet dhe me përbërjen e mësipërme është praktikisht i aftë të mbulojë nevojat e një

popullate prej rreth 50.000 banorësh. Për sa u perket zonave rurale, për arsye të specifikës së Shqipërisë me fshatra (vend-banime rurale) tepër të shpërndara, ekipet mjekësore të terrenit në situatën e një fatkeqësie natyrore eventuale, janë të afta të mbulojnë një numër shumë më të vogël banorësh, çka duhet pasur në konsideratë në planifikimin e numrit të këtyre ekipeve, sidomos për zonat e thella malore të vendit.



## 10. PËRFUNDIME

Qysh prej viteve 1950, lufta kundër sëmundjeve infektive, për shkak të impaktit teper të shprehur të tyre në shëndetin publik, ka qenë dhe vijon të mbetet për Shqipërinë një ndër problemet përparësore në fushën e shëndetësisë. Aplikimi në vijueshmëri të pandërprerë i masave të kontrollit dhe parandalimit të tyre, të rregulluara me kuadrin ligjor përkatës (ligje kushtetuese dhe akte nënligjore në formën e vendimeve, rregulloreve, direktivave të qeverisë), kanë rezultuar në arritje të konsiderueshme. **Shqipëria ka aktualisht të njëjtat modele të vdekshmërisë me vendet e zhvilluara të Europës:** sëmundjet infektive radhiten në vendin e gjashtë në nivelet e vdekshmërisë së përgjithshme. Ndërkohë, nivelet totale të sëmundshmërisë së tyre paraqesin një trend sinjifikativisht zbritës në ecurinë e kohës. Konkretisht, incidenca e sëmundjeve infektive të parandalueshme-me-vaksinim rezulton të jetë thuajse e papërfillshme, disa prej tyre duke qenë tanimë të eliminuara (poliomieliti qysh prej vitit 1997) apo në fazën e eliminimit (fruthi dhe rubeola) si infeksion indigjen në popullatë. Sifilizi u eliminua gjatë periudhës 1972-1994, pavarësisht rishfaqjes së tij më 1995 e pas. Rasti i fundit me malarie indigjene daton në vitin 1967.

Megjithatë, sëmundjet infektive në Shqipëri vijnë ende të zenë vendin e parë në nivelet e sëmundshmërisë së përgjithshme të popullatës, (tipar ky i një vendi në zhvillim), duke mbetur kështu një kërcënim i vazhdueshëm ndaj shëndetit publik. Kjo, në saje kryesisht të niveleve vijueshmërisht të larta të frekuencës së hasjes të infeksioneve respiratore dhe sëmundjeve diarreike, dmth të sëmundjeve infektive, në bazamentin shkakësor të të cilave qëndrojnë faktorët risk mjedisorë (ndotësit fiziko-kimikë dhe biologjikë të ajrit, ujit, tokës, etj). Sëmundjet zoonotike të kontrollit dhe parandalimit veterinar (si anthrax, bruceloza, leishmaniaza, leptospiroza) paraqesin aktualisht një trend qëndrueshmërisht rritës të hasjes së tyre në popullatën humane. Trendet rritëse në ecurinë e kohës të incidencave të infeksionit HIV (qysh prej vitit 1993 të zbulimit të rastit të parë me të) dhe sifilizit (qysh prej vitit 1995 të hyrjes sërisht të tij) paraqesin një kërcënim real të infeksioneve seksualisht të transmetueshme në Shqipëri lidhur me impaktin e tyre njëherësh shëndetësor dhe social.

**NJË KONTEKST I TILLË KËRKON PËRFORCIMIN NJËHERËSH TË SURVEJANCËS EPIDEMIOLOGJIKE TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE DHE TË MONITORIMIT TË FAKTORËVE RISK MJEDISORË (NDOTËSVE TË UJIT, AJRIT, TOKËS). NJË KONTEKST I TILLË KËRKON NGA ANA TJETËR NJË PLANIZIM TË KUJDESSHËM DHE TË HOLLËSISHËM TË GATISHMËRISË PËR ÇFARËDO FATKEQËSI NATYRORE EVENTUALE, NË MËNYRË QË TË MUNDËSOHET NDËRHURJA ADEKUATE E MENJËHERËSHME NËPËRMJET APLIKIMIT TË MASAVE PËRKATËSE TË KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT TË SAJ. SEPSE NJË FATKEQËSI NATYRORE, PAVARËSISHT NGA LLOJI I VET, DHE SËMUNDJET INFEKTIVE TË PËRFSHIRA NË**

NJË NDODHË TË TILLË, PARAQESIN NJË RRETH VICIOZ NGA KËNDVËSHTRIMI I SHKAKËSISE: E PARA (PRA FATKEQËSIA NATYRORE) SHOQËROHET GJITHMONË ME NJË RITJE TË KONSIDERUESHME TË FREKUENCËS SË HASJES TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE, DMTH ME KËRCËNIM PËR SHPËRTHIME EPIDEMIKE TË TYRE, NDËRKOHË QË TË DYTAT (PRA SËMUNDJET INFEKTIVE) PËRTHEKSOJNË DHE RËNDOJNË EDHE MË RRJEDHOJAT SHKATËRRUESE NË SHËNDETIN PUBLIK TË FATKEQËSISË NATYRORE.

ATËHERE, PARAQITET SI NEVOJË E DOMOSDOSHME NJOHJA E SITUATËS EPIDEMIOLOGJIKE AKTUALE TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË SHQIPËRI, KURDOHERË NË SFONDIN PËRKATËS HISTORIK, SEPSE VETËM NJË *MODUS* I TILLË *OPERANDI* NDIHMON PËR NJË PËRGATITJE MË TË MIRË PËR ÇFARËDO FATKEQËSI NATYRORE EVENTUALE NË TË ARDHMEN. PIKËRISHT KËTË *MODUS OPERANDI* PËRDORËM NË SHTJELLIMIN E PËRMBAJTJES SË KËTIJ MATERIALI STUDIMOR; PIKËRISHT KËTË *MODUS OPERANDI* PËRDORIM EDHE PËR NXJERRJEN E PËRFUNDIMEVE TË MËPOSHTËME TË TIJ:

- Sëmundjet infektive, në rradhë të parë dhe kryesisht ato që lidhen me shëndetin mjedisor dhe me problemet ende të pazgjidhura higjieno-sanitare dhe epidemiologjike, vijojnë të përbëjnë një problem të rëndësishëm shëndetësor në Shqipëri.
- Vendin kryesor në nivelet e sëmundshmërisë infektive e zenë infeksionet respiratore, të ndjekura nga sëmundjet diarreike (infeksionet gastrointestinale). Në bazamentin shkakësor të tyre qëndrojnë kushtet e varfëra të jetesës dhe faktorët risk mjedisorë (ndotja e ajrit, ujit, tokës).
- Megjithë praninë e një trendi zbritës gjatë periudhës 1991 e pas të frekuencës së hasjes të tifos e paratifos abdominale dhe salmonelozave jo-tifoide si edhe të intoksikacioneve alimentare, dmth sëmundjeve diarreike me transmetim nëpërmjet-ujit dhe nëpërmjet-ushqimit, nivelet e incidencës së tyre mbeten përsëri të larta, në rradhë të parë dhe kryesisht për arsye të zgjidhjes ende jo-adekuate të problemeve të lidhura me ujin e pijshëm dhe sigurinë ushqimore. Infrastruktura e ujit të pijshëm si në zonat urbane ashtu dhe në ato rurale në Shqipëri vijon të jetë ende e papërshtatshme si nga ana sasiore (mangësi e ujit të pijshëm) ashtu dhe cilësore (kontaminim i ujit të pijshëm me ujërat e zeza). Siguria ushqimore përbën një problem ende pa zgjidhjen e duhur, dukuri kjo e përbashkët e një vendi në tranzicion nga ekonomia e mëparëshme e centralizuar dhe e kufizuar në ekonominë aktuale të tregut të lirë. Higjienizimi i ekskrementeve humane dhe animale përbën një tjetër problem urgjent si në vendbanimet urbane ashtu dhe ato rurale, për arsye të zhvillimit të shërbimeve të ushqimit komunal, tregtimit ushqimor, turizmit, etj, për të cilat ka mangësira sasiore dhe cilësore të ekspertizës të inspektimit sanitar dhe mangësira në ushtrimin dhe zbatimin e kuadrit ligjor përkatës nga ana e

inspektoratit sanitar. Rrjedhimisht, ekziston një kërcënim i vazhdueshëm për shpërthime epidemike të sëmundjeve diarreike të të gjitha llojeve të transmetimit (nëpërmjet-ujit, nëpërmjet-ushqimeve, person-në-person, etj). Epidemia e koleres më 1994 përfaqëson shëmbullin më të spikatur dhe njëherësh më ankthndjellës të riskut potencial që paraqet infrastruktura ekzistues e ujit të pijshëm thuajse në tërë vendin.

- Zoonozat e kontrollit dhe parandalimit veterinar tregojnë një trend rritës të frekuencës së hasjes të tyre në popullatën humane. Shkaku është niveli ekzistues jo-adekuat i aktivitetit të mjekësisë parandaluese veterinarë, qoftë në drejtim të parandalimit parësor të këtyre sëmundjeve në kafshë (vaksinimi kundër anthrax, vaksinimi kundër brucelozës), qoftë në drejtim të parandalimit dytësor (brucelinizimi), qoftë në drejtim të parandalimit tretësor (diagnoza dhe kontrolli i leishmaniazës dhe leptospirozës).
- Infeksionet nozokomiale (brendaspitalore) nuk janë të studiuara dhe evidentuara në shkallën e duhur, ndonëse ato hasen dhe përbëjnë një problem jo të vogël të shëndetit publik. Konkretisht, raportimi i tyre bëhet përgjithësisht jo në kohë dhe i mangët në përmbajtje, identifikimi i agjentit etiologjik mikrobik dhe studimi epidemiologjik mungojnë në shumicën e rasteve.
- Niveli i konfirmimit laboratorik (dmth i raportimit të rasteve të konfirmuara) të sëmundjeve infektive është përgjithësisht i ulët. Kjo, për shkak të niveleve ende të ulëta sasiore dhe cilësore të performancës të laboratorëve mikrobiologjikë (laboratorëve të shëndetit publik) të rretheve të vendit.
- Pra, ndonëse në kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve infektive në Shqipëri janë arritur rezultate të spikatura, ato përbëjnë ende një problem shëndetësor thellesor, zgjidhja e të cilit parashtrohet me përparësi dhe urgjencë. Për këtë arsye, programeve të kontrollit dhe parandalimit të tyre u duhet dhënë përparësi kundrejt programeve të tjera të kujdesit shëndetësor, çka faktikisht rezulton të jetë e përcaktuar qartë në dokumentet ekzistuese të politikës shëndetësore të vendit dhe e konsakruar në kuadrin ligjor ekzistues.

PËR RUAJTJEN DHE RRIJTJEN E MËTEJSHME TË NIVELEVE TË ARRITURA TË MBROJTJES SË POPULLATËS NDAJ SËMUNDJEVE INFEKTIVE, ËSHTË E NEVOJËSHME PËRMBUSHJA DHE REALIZIMI I KUSHTEVE TË MËPOSHTËME:

- Sigurimi i vaksinave duhet të jetë vijueshmërisht i rregullt dhe në sasi të duhura pavarësisht nga gjendja e vështirë ekonomike dhe kushtet e tjera të pafavorëshme. Nivelet e mbulesës vaksinore duhet të jenë gjithmonë mbi 95%

për secilën vaksinë të kalendarit tonë kombëtar të vaksinimit me qëllim që të ruhen rezultatet e arritura dhe të realizohen objektivat përkates.

- Krahas vaksinimit dhe me synim vlerësimin e rezultateve është po ashtu e nevojshme përgatitja e programeve për studimet epidemiologjike dhe kontrollin e sëmundjeve infektive të parandalueshme-me-vaksinim.
- Për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve/sëmundjeve diarreike, një nevojë e domosdoshme është zgjidhja hap-pas-hapi deri në atë përfundimtare e problemeve të furnizimit me ujë të pijshëm në vendbanimet urbane dhe rurale në të gjithë vendin, si edhe përmirësimi, mirëmbajtja dhe inspektimi sanitar i sistemeve të ujësjellësave. Higjienizimi sipas standardeve të kërkuara i ekskrementeve humane dhe animale, veçanërisht në zonat urbane, përfaqëson në vetvete një tjetër masë thelbësore për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve/sëmundjeve diarreike. Aplikimi në mënyrë strikte i ekspertizës sanitare dhe i performancës të inspektoratit sanitar në fushën e tregtimit ushqimor dhe sidomos në shërbimet e ushqimit komunal përfaqëson një tjetër masë të domosdoshme.
- Nevojitet vazhdimësi në kryerjen e programeve speciale kundër sëmundjeve infektive të caktuara (si sëmundjet diarreike me transmetim nëpërmjet-ujit, sëmundjet infektive me transmetim nëpërmjet-artropodëve, malaria, tuberkulozi, gripi dhe infeksionet me transmetim nëpërmjet-ajrit, AIDS dhe IST-të), duke u kujdesur për realizimin dhe vlerësimin në mënyrë të qëndrueshme të tyre.
- Është e nevojshme përgatitja e programeve speciale në studimin epidemiologjik të zoonozave (bruceloza dhe anthrax në radhë të parë), me synim parandalimin e hasjes së tyre në popullatën humane. Është e kuptueshme që përpilimi, realizimi dhe vlerësimi i këtyre programeve duhet bërë në bashkëpunim të ngushtë me shërbimin veterinar, sepse bëhet fjalë për sëmundje zoonotike të kontrollit dhe parandalimit veterinar.
- Për të realizuar kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve nozokomiale (brendaspitalore), shërbimet e kujdesit shëndetësor duhet të përgatisin programet përkatëse me masa konkrete. Në këtë kuadër, nevojë e domosdoshme është aplikimi i raportimit të detyrueshëm të këtyre infeksioneve dhe kryerja e studimeve epidemiologjike përkatëse.
- Realizimi i performancës së duhur profesionale në kryerjen e studimeve epidemiologjike të sëmundjeve infektive dhe ndërmarrjes së masave përkatëse të kontrollit dhe parandalimit kërkon aplikimin e analizave mikrobiologjike për identifikimin e agjentit etiologjik mikrobik. Nga ku del si

domosdoshmëri rritja në sasi dhe cilësi e aktivitetit të laboratorëve mikrobiologjikë (laboratorëve të shëndetit publik) të rretheve, nëpërmjet pajisjes së tyre me aparaturën dhe materialet e nevojshme diagnostike dhe me personel profesionalisht të aftë.

NË KUSHTET E EMERGJENCËS TË SHKAKTUAR NGA NDODHËJA (HASJA) E NJË FATKEQËSIE NATYRORE, MASAT QË DUHEN NDËRMARRË PËR KONTROLLIN DHE PARANDALIMIN E SËMUNDJEVE INFEKTIVE PARAQESIN NË VETVETE NJË VAZHDIMËSI TË TË GJITHA MASAVE DHE AKTIVITETEVE TË NDËRMARRA PËRPARA NDODHËSË (HASJES) TË FATKEQËSISË NATYRORE.

Megjithatë, aktivitetet që duhet të kryhen në kushtet e emergjencës të shkaktuar nga fatkeqësia natyrore përfshijnë **DISA KËRKESA SPECIFIKE**, konkretisht:

- Mbrojtja e popullatës kundër sëmundjeve infektive në zonat që mund të preken nga fatkeqësitë natyrore duhet planifikuar paraprakisht në kushtet normale të jetesës, dmth përpara hasjes eventuale të një fatkeqësie natyrore.
- Gjatë dhe pas hasjes të fatkeqësisë natyrore nevojitet domosdoshmërisht kryerja e një hulumtimi epidemiologjik tepër të hollësishëm të zonës së prekur.
- Masat specifike të mbrojtjes si vaksinimi, dezinfektimi, dezinfektimi, deratizimi, etj, duhen ndërmarrë vetëm mbi bazën e indikacioneve epidemiologjike.
- Ekipet mjekësore të terrenit, të dërguara në zonën e prekur nga fatkeqësia natyrore, duhet të disponojnë pajisjet e duhura dhe burimet financiare të nevojshme për kryerjen e një pune krejtësisht të pavarur nga ana materiale dhe financiare.
- Në procesin e trajnimit të personelit mjekësor, një vemendje e posaçme i duhet kushtuar përvetësimit të një doktrine të njëjtë dhe të standardizuar të procedurave dhe masave të kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve infektive në kushtet e emergjencës të shkaktuar nga një fatkeqësi natyrore.

SITUATA EPIDEMIOLOGJIKE RELATIVISHT E FAVORËSHME E SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË SHQIPËRI DHE NDËRMARRJA NË VIJUESHMËRI TË PANDËRPRERË E MASAVE PËRKATËSE TË KONTROLLIT DHE PARANDALIMIT TË TYRE, PËRBËN NJË BAZAMENT TË RËNDËSISHËM PËR REALIZIMIN E PËRMIRËSIMEVE TË MËTEJSHME NË ORGANIZIMIN DHE FUNKSIONIMIN E SHËRBIMEVE EPIDEMIOLOGJIKE TË VENDIT. KJO ËSHTË NJË KËRKESË E DOMOSDOSHME

PËR NJË KONTROLL DHE PARANDALIM MË EFEKTIV DHE MË EFIÇIENT TË SËMUNDJEVE INFEKTIVE NË KUSHTE NORMALE, DHE, VEÇANËRISHT, NË KUSHTE TË EMERGJENCËS TË SHKAKTUAR NGA NJË FATKEQËSI NATYRORE EVENTUALE.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] **Albanian Constitution.** Tirana, October 21, 1998.
- [2] **Anderson R.M., May R.M.** Population biology of infectious disease. Berlin; Springer, 1982.
- [3] **Anderson R.M., May R.M.** Infectious diseases of humans – dynamics and control. Oxford, England; Oxford University Press, 1991.
- [4] **Bino S., Kakarriqi E.Z., Xibinaku M., et al.** Measles-rubella immunization campaign in Albania, November 2000. (In English). *J Infect Dis* 2002 (in press).
- [5] **Christie A.B.** Infectious diseases: epidemiology and clinical practice. 4<sup>th</sup> edition. New York–Edinburgh-London-Melbourne; Churchill Livingstone, 1987, pp. 541-580.
- [6] **Dowdle W.R., Hopkins D.R. (eds).** The eradication of infectious diseases: report of the Dahlem Workshop on the Eradication of Infectious Diseases. Chichester, England; John Wiley & Sons, 1998.
- [7] **Duran A.** Health Care Reform in Albania. Draft (1995-1996) and Final Documents (1997-1999). Ministry of Health of Albania (MoH)/World Health Organization (WHO); Tirana, 1999.
- [8] **European Observatory.** Health Care System in Transition – Albania, 1999.
- [9] **FAO, WFP.** Special Report on Food Supply Assessment in Albania. Tirana, 1999.
- [10] **Fine P.E.M.** Herd immunity: history, theory, practice. *Epidemiol Rev* 1993; 15: 265-302.
- [11] **Health Insurance Institute of Albania.** Strategic Plan 1999-2002. Operational Objectives 1999-2000. Health Insurance Institute of Albania, Tirana, 1999.
- [12] **INSTAT.** Household Living Conditions Survey (LCS), October 1998. Tirana, 1999.
- [13] **INSTAT.** Results of Household Living Condition Survey (LCS) October 1998. Tirana, July 2001.
- [14] **INSTAT.** Preliminary results of the census 2001. Tirana, 2001.
- [15] **Institute of Public Health (IPH)/World Health Organization (WHO)/Institut de Veille Sanitaire, Paris, France.** Alert system of epidemiological surveillance of infectious diseases in Albania. Archives of the IPH, Tirana, 1999.

- [16] **Institute of Public Health (IPH)**. Monthly and annual analyzed data of Major Disease-Based Surveillance System of Infectious Diseases in Albania, (period 1997-2001). Archives of Department of Epidemiology, IPH; Tirana, 2002.
- [17] **Institute of Public Health (IPH)**. Weekly analyzed data of Alert Syndrome-Based System of Infectious Diseases in Albania, (period 2000-2001). Archives of Department of Epidemiology, IPH, Tirana, 2002.
- [18] **Institute of Public Health (IPH)**. Three-monthly analyzed data of Vaccination Coverage Rates at Districts and National Levels, (period 1997-2001). Archives of Department of Epidemiology [National EPI Programme], IPH, Tirana, 2002.
- [19] **Institute of Public Health (IPH)**. Monthly analyzed data of Monitoring of Drinking Water at Districts Level, (period 1997-2001). Archives of Department of Environmental and Health, IPH, Tirana, 2002.
- [20] **Kakarriqi E.Z.** Albania 1997: Epidemiological analysis of infectious diseases and the renewing of their existing epidemiological surveillance system (Monograph in Albanian). Tirana; Fan Noli, 1997.
- [21] **Kakarriqi E.Z., Sulaj Z.** Albania: National Report 2000 (The state of the drugs problems over the Period 1995-1999). Report for EMCDDA, Lisbon, Portugal. Abstract published in “3<sup>d</sup> multi-city study: Drug use trends in European cities in the 1990s”. Council of Europe Publishing, December 2000.
- [22] **Kakarriqi E.Z.** Albania 2000: poliomyelitis, measles, rubella and mumps – epidemiological background and strategies of their elimination. (Monograph in English). Tirana; Reklama, 2000.
- [23] **Kakarriqi E.Z.** Public health (epidemiological) surveillance of communicable diseases in Albania. *Balkan Rev Public Health* 2000; 3: 56-71.
- [24] **Kakarriqi E.Z., Bino S.** Measles/Rubella case-based surveillance system in Albania in the context of measles elimination through 2007. (Monograph in Albanian). Tirana; Marin Barleti, 2002.
- [25] **Milutinovic Z., Manic M., Petrovski J. et al.** Epidemics. (In Disaster Preparedness Plan. Second Phase), Skopje, February 1995.
- [26] **Ministry of Health (MoH) of Republic of Albania**. The revised set of governmental laws, resolutions, and instructions on the communicable diseases control in Albania. MoH, Tirana, 1995.
- [27] **Ministry of Health of Albania (MoH)**. National Action Plan on Environment and Health. MoH, Tirana, July 1998.



- [28] **Ministry of Health of Albania (MoH)/World Health Organization (WHO).** A Review of the Working Conditions of 41 Hospitals in Albania. MoH, Tirana, 1999.
- [29] **Ministry of Health of Albania (MoH).** Albanian Health System Reform. Position Paper on Policy and Strategies for the Albanian Health Sector Reform. MoH, Tirana, September 1999.
- [30] **Ministry of Health (MoH).** Strategy of health 2000-2010, Draft. MoH, Tirana, 2000.
- [31] **UNDP/UNPF.** Country Cooperation Frameworks and related matters - First Country Cooperation Framework for Albania (1998-2001). United Nations Development Programme/United National Population Fund, 30 January 1998.
- [32] **UNDP.** National Human Development Report 2000. Tirana, March 2001.
- [33] **UNDP.** The Albanian Response to the Millennium Development Goals. HDPC (Human Development Promotion Center). Tirana, May 2002.
- [34] **UNICEF.** Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). Report. Tirana, December 2000.
- [35] **UNICEF.** Albania End Decade Assessment Review. Tirana, January 2001.
- [36] **WHO.** HEALTH21 – Health for all in the 21st Century. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.
- [37] **WHO.** The World Health Report 1999, Making a Difference. World Health Organization, Geneva, 1999.
- [38] **WHO.** National Conference of Public Health, Albania, 1999.
- [39] **World Bank.** Tirana. Albania - Health System Recovery and Development Project (vol.1). World Bank Staff Appraisal Report 16537. World Bank, Tirana, 14 April 1998.
- [40] **World Bank.** Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region. Albania Health Sector, A Discussion Paper on Policy dhe Strategies. World Bank, Tirana, February 22, 1999.
- [41] **World Bank.** VNICA. Tirana, February 2001.
- [42] **World Bank.** A Qualitative Assessment of Poverty in 10 Areas of Albania. Washington, DC, June 2001.
-