



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &**

**ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Εμβολιασμοί σε παιδιά: ιατρική, βιοηθική και νομική διάσταση**

Όνοματεπώνυμο φοιτητή: Δρονούδας Νικόλαος

ΑΦΤ: 11200685

Επιβλέπων Καθηγητής: Οικονόμου Χαράλαμπος

Λευκωσία, 2017



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Εμβολιασμοί σε παιδιά: ιατρική, βιοηθική και νομική διάσταση**

Όνοματεπώνυμο φοιτητή: Δρονούδας Νικόλαος

ΑΦΤ: 11200685

Επιβλέπων Καθηγητής: Οικονόμου Χαράλαμπος

Λευκωσία, 2017

**Copyright © Δρονούδας Νικόλαος, Λευκωσία, 2017**

**Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved**

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευτεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Α.Π.ΚΥ.

*Στους γονείς μου, **Ανυσία** και **Παντούση**,*

*και στην αδερφή μου **Μαρία**...*

## Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	9
ABSTRACT .....	10
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ .....	18
1.1. Εμβόλια και ανοσοποίηση.....	18
1.1.1. Συζευγμένα εμβόλια (conjugated vaccines) .....	21
1.1.2. Συνδυασμένα (πολυδύναμα) εμβόλια (combined vaccines).....	21
1.1.3. Βασικές ιδιότητες ενός εμβολίου ώστε να είναι κατάλληλο για χρήση .....	22
1.2. Οι τακτικές του αντιεμβολιαστικού κινήματος .....	22
1.2.1. Το προφίλ των αντιεμβολιαστών.....	25
1.2.2. Εμβόλια και αυτισμός.....	30
1.2.3. Εμβόλια και θειομερσάλη - αλουμίνιο .....	31
1.2.4. Εμβόλια και αριθμός αυτών – υπερφόρτωση του ανοσοποιητικού συστήματος .....	32
1.2.5. Εμβόλια και ανεπιθύμητες ενέργειες/πόνος στο παιδί .....	32
1.2.6. Εμβόλια και ελλιπής έρευνα πριν την κυκλοφορία τους.....	34
1.3. Πολιτικές προσέγγισης/ αντιμετώπισης των γονέων που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ, ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ .....	38
2.1. Υποχρεωτικότητα εμβολιασμών .....	38
2.2. Υποχρεωτικότητα εμβολιασμών και δημόσια υγεία .....	39
2.3. Εμβολιασμοί, εννοούμενοι ως δικαίωμα ή υποχρέωση των πολιτών .....	40
2.4. Άρνηση εμβολιασμού και συνεπακόλουθες συνέπειες .....	40
2.5. Διενέργεια εμβολιασμών και ανάληψη ευθύνης σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών .....	41
2.6. Τεκμηρίωση της διενέργειας των εμβολιασμών.....	41
2.7.1. Η αρχή της Αυτονομίας του ασθενούς .....	41
2.7.2. Οι αρχές της Ευεργεσίας και του Μη Βλάβειν .....	42
2.7.3. Η αρχή της Δικαιοσύνης.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ .....	45

3.1. Η συναίνεση στην ιατρική πράξη.....	45
3.1.1. Η συναίνεση των ανηλίκων.....	47
3.2. Οι νομικές προβλέψεις για το ζήτημα του εμβολιασμού των ανηλίκων παιδιών .....	51
3.3. Η άρνηση εμβολιασμού και η εγγραφή στο σχολείο.....	54
3.4. Διεθνής νομολογία/νομοθεσία και αντιεμβολιαστικό κίνημα.....	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	60
ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	67
Ελληνόγλωσση.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Ξενόγλωσση .....	69
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	76

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή κο. Θεοδώρου Μάμα, για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα. Επίσης, τον Καθηγητή Οικονόμου Χαράλαμπο, τόσο για την πολύτιμη βοήθεια, την εξαιρετική του καθοδήγηση κατά την εκπόνηση της εν λόγω Διπλωματικής και για την βιβλιογραφική της υποστήριξη όσο και για την προθυμία του να αναλάβει την επίβλεψή της.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την αμέριστη τους ηθική συμπαράσταση, αλλά και τη σύντροφό μου Βάσω για την πραγματική υποστήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρά το γεγονός ότι η εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού αποτελεί την πιο επιτυχημένη, ασφαλή και αποδοτική μέθοδο πρόληψης λοιμωδών νοσημάτων, υπάρχει μία όλο και αυξανόμενη μερίδα του πληθυσμού που αντιτίθεται στην κοινή αυτή παραδοχή και συνειδητά επιλέγει να μην εμβολιάσει τα παιδιά της. Η αυξημένη ροή πληροφορίας μέσω του διαδικτύου σε συνδυασμό με την ανικανότητα σωστής διαχείρισής της, η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου που δημιουργεί πιο απαιτητικούς και ενημερωμένους ασθενείς, και η συστηματική αμφισβήτηση της επιστήμης έχουν οδηγήσει σημαντική μερίδα γονέων στο να αμφισβητούν την αναγκαιότητα εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών τους. Η εμφάνιση του αντιεμβολιαστικού κινήματος αποτελεί μία δυσάρεστη και επικίνδυνη πραγματικότητα, με άμεσες συνέπειες στη δημόσια υγεία, λόγω του κινδύνου διασποράς μεταδοτικών νοσημάτων και της πρόκλησης επιδημιών. Ήδη τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται φαινόμενα επανεμφάνισης κρουσμάτων λοιμωδών νόσων και θανάτων εξαιτίας των τελευταίων.

Η παρούσα εργασία δεν εστιάζει στην ιστορία ή τον μηχανισμό δράσης των εμβολίων, αλλά στο αντιεμβολιαστικό κίνημα, στους κινδύνους που αυτό εγκυμονεί και στους τρόπους αντιμετώπισης των τελευταίων. Σκοπός της είναι να καταδείξει ότι με τη νομοθετική αντιμετώπιση του φαινομένου, είναι δυνατό να αποφευχθεί η επιδείνωση των επιδημιολογικών δεικτών του ελληνικού πληθυσμού, αλλά και να μειωθεί κατ' επέκταση η τεράστια πίεση που θα ασκούσε στους ήδη περιορισμένους πόρους υγείας η αναζωπύρωση λοιμωδών νόσων, απόρροια της διάσπασης του τείχους ανοσίας. Παρουσιάζει και αποδομεί τις κυριότερες θέσεις του αντιεμβολιαστικού κινήματος και προτείνει ένα σχέδιο νομοθετικής αντιμετώπισης του ζητήματος, εξετάζοντας παράλληλα τα βιοηθικά ζητήματα που ανακύπτουν. Διερευνά το κενό που υπάρχει στη διερεύνηση του θέματος, διατυπώνει μία πρόταση σε επίπεδο πολιτικής υγείας για την αντιμετώπιση του προβλήματος και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αντιμετώπιση του πρέπει να έχει διττή κατεύθυνση, με την εφαρμογή ενός σαφούς και αυστηρού πλαισίου για τους εμβολιασμούς και με δράσεις της ιατρικής κοινότητας προς την εκπαίδευση των ιατρών και την πάταξη της ψευδοεπιστήμης.

**Λέξεις Κλειδιά:** εμβολιασμοί, διστακτικότητα απέναντι στα εμβόλια, αντιεμβολιαστικό κίνημα, βιοηθικά διλήμματα, νομικό πλαίσιο

## ABSTRACT

Although the implementation of mass vaccinations is the most successful, safe and effective method of preventing infectious diseases, there is an increasing part of the population that opposes this common assumption and consciously chooses not to vaccinate their children. The increased flow of information over the internet, coupled with the inability to properly manage it, the rise in the educational level that creates more demanding and informed patients and the systematic questioning of science have led a significant number of parents to question the need for vaccination of their children. The emergence of the antivaxxers is an unpleasant and dangerous reality, with immediate consequences to public health, due to the risk of spreading infectious diseases and causing epidemics. In recent years, there have been already phenomena of recurrence of infectious diseases and deaths due to antivaxxers.

The present paper does not focus on the history or the mechanism behind vaccines, but on the anti-vaccination movement, on the dangers it presents and on the ways of dealing with it. Its purpose is to demonstrate that, by tackling this phenomenon, it is possible to avoid the worsening of the greek epidemic indicators, as well as to reduce the enormous pressure the resurgence of infectious diseases, a result of lack of herd immunity, would exert on the already limited health resources. It presents and shatters the main arguments of the anti-vaccination movement and proposes a draft legislative approach to the matter, while examining the arising bioethical issues. It examines the gaps in the phenomenon, formulates a health policy proposal to address the problem, and concludes that its approach must be two-fold: the implementation of a clear and rigorous framework for vaccinations and the actions of the medical community towards the training of doctors and the fight against pseudoscience.

**Key words:** vaccination, vaccine hesitancy, antivaccine movement, bioethical dilemmas, legal framework

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

άρθ.	Άρθρο
ΑΚ	Αστικός Κώδικας
Α.Τ.	Αστυνομικό Τμήμα
βλ.	Βλέπε
επ.	επόμενα
ΕφΘες	Εφετείο Θεσσαλονίκης
ΕΝΟΒΕ	Ένωση Νομικών Βορείου Ελλάδας
ΕΠΕ	Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
κ.ά.	και άλλοι/ες/α
κλπ. ή κτλ.	και τα λοιπά
κ.ο.κ.	και ούτω καθ' εξής
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΙΔ	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
λ.χ.	λόγου χάρη
ΜΚΔ	Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης
Ν. ή ν.	νόμος
ό.π.	όπως παραπάνω
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
π.δ.	προεδρικό διάταγμα
σελ. ή σ.	σελίδα

Σ.	Σύνταγμα
τεύχ.	Τεύχος
τόμ. ή τ.	τόμος
υπ' αρ. ή υπ' αριθμ.	υπ' αριθμόν
ΥΠΔΒΜΘ	Υπουργείο Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
AAP	American Academy of Pediatrics
ACIP	Advisory Committee on Immunization Practices
AmJHealthBehav	American Journal of Health Behavior
AmJPrevMed	American Journal of Preventive Medicine
Aug	August
BMC Pediatr	BMC Pediatrics
BCG	Bacillus Calmette–Guérin
CDC	Center for Disease Control
CurrTopMicrobiolImmuno	Current Topics in Microbiology and Immunology
DC	District of Columbia
ed.	Edition
et al.	et alli (και άλλοι)
EuroJPublicHealth	European Journal of Public Health
HAV	Hepatitis A Virus

HBV	Hepatitis B Virus
Hib	Haemophilus influenzae type b
IgG	Immunoglobulin G
IgM	Immunoglobulin M
ImmunolRev	Immunology Review
IPV	Inactivated Polio Vaccine
iss.	Issue
JAMAPediatr	Journal of the American Medical Association Pediatrics
Jan.	January
Jul.	July
Mg	Milligram
MRL	Minimal Risk Level
MMR	Measles-Mumps-Rubella
MMWRRecommRep	Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports
NEnglJMed	New England Journal of Medicine
Nov.	November
no.	Number
OMP	Outer Membrane Protein
OPV	Oral Poliovirus Vaccines
p.	Page
pp.	Pages

pt.	Part
PediatrInfectDisJ	Pediatric Infectious Disease Journal
PCV	Pneumococcal Conjugate Vaccine
PNAS	Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America
PPV	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine
PsycholMed	Psychological Medicine
RVV	Rotavirus Vaccine
SAGE	Strategic Advisory Group of Experts
Sep	September
v. ή vs.	versus
vol.	Volume
VZV	Varicella Zoster Virus

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεν μπορεί να αμφισβητηθεί ότι οι εμβολιασμοί έχουν συντελέσει όχι μόνο στη σημαντική ελάττωση της επίπτωσης σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων (όπως η ιλαρά, η παρωτίτιδα και η ηπατίτιδα Β) και ότι αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης. Αρκεί μόνο να αναφερθεί ότι έχουν εξαλείψει σε παγκόσμιο επίπεδο την ευλογιά από το 1980 και σε πανευρωπαϊκό την πολιομυελίτιδα από το 2002. Ταυτόχρονα συνεχίζεται η προσπάθεια της ιατρικής κοινότητας για την ανάπτυξη και άλλων εμβολίων έναντι νοσημάτων που συνεχίζουν να απασχολούν την ανθρωπότητα<sup>1</sup>.

Η αποδεδειγμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των εμβολίων έχει οδηγήσει στην εφαρμογή Εθνικών Προγραμμάτων Εμβολιασμού, στις περισσότερες χώρες του αναπτυγμένου κόσμου. Στην Ελλάδα εν προκειμένω, το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ) προτείνεται από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών και αυτό εγκρίνεται ή τροποποιείται από το Υπουργείο Υγείας. Το ΕΠΕ αναθεωρείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να είναι προσαρμοσμένο στις επιδημιολογικές συνθήκες και τα κυκλοφορούντα σκευάσματα εμβολίων. Το ισχύον στην Ελλάδα περιέχεται στην από 22.01.2015 υπ' αριθμ. Γ1α/Γ.Π.οικ.6050 απόφαση του Υπουργού Υγείας<sup>2</sup>. Με την υπ' αριθμ. Γ1α/Γ.Π.οικ.38867 απόφαση του Υπουργείου Υγείας, στις 23/05/2017, πραγματοποιήθηκαν μικρές τροποποιήσεις στο ήδη υφιστάμενο ΕΠΕ, κυρίως σε ό,τι αφορά το εμβόλιο έναντι του μηνιγγιτιδοκόκκου Β, το οποίο πλέον εντάχθηκε στο ΕΠΕ και αποζημιώνεται πλέον από τα ασφαλιστικά ταμεία μόνο για ειδικές ομάδες πληθυσμού<sup>3</sup>.

Παρά το γεγονός ότι η εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού αποτελεί την πιο επιτυχημένη, ασφαλή και αποδοτική μέθοδο πρόληψης λοιμωδών νοσημάτων,

---

<sup>1</sup> Για εκτενή αναφορά στην ιστορία των εμβολιασμών, βλ. Άλλεν Α., «Εμβόλια: Η ιστορία της πιο σωτήριας ιατρικής ανακάλυψης», Αρχιπέλαγος 2009 και Youndahl K., Hammomd B. & Sipics M., (2013), “The history of vaccines”, The College of Physicians of Philadelphia 2013.

<sup>2</sup> Αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/ethnika-programmata-emboliasmwn/3207-ethniko-programma-emboliasmwn-efhbwn-amp-paidiwn-2015>. Προσπελάστηκε στις 23/05/2017.

<sup>3</sup> Βλ. σχετικά: <http://www.infovac.gr>. Διαθέσιμο, επίσης στο: <https://diavgeia.gov.gr/doc/9%CE%9F7%CE%97465%CE%A6%CE%A5%CE%9F-2%CE%92%CE%A6?inline=true>. Προσπελάστηκε στις 19/11/2017.

υπάρχει μία όλο και αυξανόμενη μερίδα του πληθυσμού που αντιτίθεται στην κοινή αυτή παραδοχή και συνειδητά επιλέγει να μην εμβολιάσει τα παιδιά της. Ως αποτέλεσμα αυτού, τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται φαινόμενα επανεμφάνισης κρουσμάτων λοιμωδών νόσων<sup>4</sup>, ακόμα και στην Ελλάδα. Ήδη τον Οκτώβριο του 2016 βρέφος 50 ημερών πέθανε από κοκκύτη στην Αθήνα<sup>5</sup>, ενώ στις αρχές του 2017 παρουσιάστηκε επιδημία ιλαράς σε όλη την Ευρώπη.

Η εμφάνιση του αντιεμβολιαστικού κινήματος αποτελεί μία δυσάρεστη και επικίνδυνη πραγματικότητα, με άμεσες συνέπειες στη δημόσια υγεία, λόγω του κινδύνου διασποράς μεταδοτικών νοσημάτων και της πρόκλησης επιδημιών. Σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία<sup>6</sup>, η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλή. Ωστόσο, ήδη παρατηρήθηκε πτώση της εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς, η οποία κυμαινόταν σε ποσοστά 75% - 86%<sup>7</sup>, κάτι που καταδεικνύει την σταδιακή επίδραση του αντιεμβολιαστικού κινήματος και στην ελληνική κοινωνία. Αν μάλιστα σκεφτούμε ότι τα τελευταία επίσημα στοιχεία αφορούν το έτος 2011 (πάνω από πενταετία δηλαδή) και την όλο και μεγαλύτερη επιρροή του διαδικτύου στην ελληνική κοινωνία, ο κώδωνας του κινδύνου κρούει εκκωφαντικά πλέον. Η αυξημένη ροή πληροφορίας μέσω του διαδικτύου σε συνδυασμό με την ανικανότητα σωστής διαχείρισής της, η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου που δημιουργεί πιο απαιτητικούς και ενημερωμένους ασθενείς, και η συστηματική αμφισβήτηση της επιστήμης έχουν οδηγήσει σημαντική μερίδα γονέων στο να αμφισβητούν την αναγκαιότητα εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών τους, ακριβώς επειδή ποτέ δεν βίωσαν τις τραγικές συνέπειες των παιδικών ασθενειών στη ζωή τους. Πρόκειται για μία τακτική που μακροπρόθεσμα θα μπορούσε να έχει τεράστιες επιπτώσεις τόσο σε επιδημιολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο οικονομικών υγείας. Επί παραδείγματι, «αν ένα εκατομμύριο άνθρωποι αρρωστήσουν με ιλαρά στην Ευρώπη του 2014, τότε:

---

<sup>4</sup>Βλ. Ενδεικτικά Gangarosa et al., (1998), “*Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story*”, *Lancet* 1998, Jan 31; 351(9099): 356-61, McBrien J. et al., (2000), “*Measles outbreak in Dublin, 2000*”, *PediatrInfectDisJ* 2003, Jul; 22(7): 580-4 και Muscat M. et al., (2009), “*Measles in Europe: an epidemiological assessment*”, *Lancet* 2009, Jan 31; 373(9661): 383-9.

<sup>5</sup> <http://ellinikahoaxes.gr/2016/10/17/pertussis/>.

<sup>6</sup> Παναγιωτόπουλος Τ. κ.ά., «*Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα*», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2013.

<sup>7</sup> Παναγιωτόπουλος Τ. κ.ά.,ό.π., σελ. 24.



200 θα πεθάνουν, 100.000 θα χρειαστούν νοσηλεία στο νοσοκομείο, 90.000 θα εμφανίσουν μέση ωτίτιδα, 80.000 θα εμφανίσουν γαστρεντερίτιδα, 50.000 θα εμφανίσουν είτε ιογενή (πρωτοπαθή) είτε βακτηριακή (δευτεροπαθή) πνευμονία, 5.000 θα εμφανίσουν πυρετικούς σπασμούς, 1.000 θα εμφανίσουν εγκεφαλίτιδα (ADEM ή SPEE) από τους οποίους οι 100 θα πεθάνουν και άλλοι 2-300 θα αποκτήσουν μόνιμη εγκεφαλική βλάβη, 1.000 θα εμφανίσουν διάφορα άλλα προβλήματα, μεταξύ των οποίων ηπατίτιδα, μυοκαρδίτιδα, θρομβοκυττοπενία ή αποβολή, αν νοσήσει έγκυος»<sup>8</sup>.

Είναι απολύτως αναγκαία λοιπόν μία ολοκληρωμένη προσέγγιση πάνω στα κυριότερα βιοηθικά και νομικά ζητήματα που εμπλέκονται στην ενεργητική ανοσοποίηση του παιδικού πληθυσμού. Η παρούσα εργασία δεν θα εστιάσει στην ιστορία ή τον μηχανισμό δράσης των εμβολίων, αλλά στο αντιεμβολιαστικό κίνημα, στους κινδύνους που αυτό εγκυμονεί και στους τρόπους αντιμετώπισης των τελευταίων. Θα παρουσιάσει και θα αποδομήσει τις κυριότερες θέσεις του αντιεμβολιαστικού κινήματος και θα προτείνει ένα σχέδιο νομοθετικής αντιμετώπισης του ζητήματος, εξετάζοντας παράλληλα τα βιοηθικά ζητήματα που ανακύπτουν. Με τον τρόπο αυτό, θα καταστεί δυνατό να αποφευχθεί η επιδείνωση των επιδημιολογικών δεικτών του ελληνικού πληθυσμού, αλλά και να μειωθεί κατ' επέκταση η τεράστια πίεση που θα ασκούσε στους ήδη περιορισμένους πόρους υγείας η αναζωπύρωση κάποιων λοιμωδών νόσων, απόρροια της διάσπασης του τοίχους ανοσίας. Έτσι, θα διερευνηθεί το κενό που υπάρχει στη διερεύνηση του θέματος και θα διατυπωθεί εν τέλει μία πρόταση σε επίπεδο πολιτικής υγείας για την αντιμετώπιση του εν λόγω ζητήματος.

---

<sup>8</sup>Κλημεντίδης Δ., «Αντιεμβολιαστικό κίνημα: Όταν η επανάσταση χωρίς αιτία γίνεται επικίνδυνη μόδα». Διαθέσιμο στο: [https://clinicalpharmacist.gr/2014/10/29/anti-vaxxers\\_revolt/](https://clinicalpharmacist.gr/2014/10/29/anti-vaxxers_revolt/). Προσπελάστηκε στις 20/05/2017.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Όπως αναφέρθηκε και στον πρόλογο της παρούσας διπλωματικής εργασίας, σκοπός της δεν είναι να εστιάσει στην ιστορία ή στο μηχανισμό δράσης των εμβολίων, αλλά στο αντιεμβολιαστικό κίνημα και στις συνέπειές του. Είναι αδύνατο ωστόσο να αποκτήσει συνοχή χωρίς μία - αναγκαστικά συνοπτική - αναφορά στα εμβόλια καθεαυτά, προκειμένου να εστιάσουμε μετέπειτα στο αντιεμβολιαστικό κίνημα, αποδομώντας τα επιστημονικοφανή «επιχειρήματά» του και επισημαίνοντας τους κινδύνους που αυτό εγκυμονεί για τον πληθυσμό και για την δημόσια υγεία.

### 1.1. Εμβόλια και ανοσοποίηση

Η διαδικασία με την οποία καθιστούμε τον οργανισμό πρόσκαιρα ή μόνιμα ανθεκτικό σε μία λοιμώδη νόσο καλείται ανοσοποίηση. Διακρίνεται στην ενεργητική και παθητική ανοσοποίηση. Η ενεργητική ανοσοποίηση επιτυγχάνεται με τα εμβόλια, ενώ η παθητική με την χορήγηση έτοιμων αντισωμάτων με τη μορφή γ-σφαιρίνης ή ζωικών αντιορών και αντιτοξινών<sup>9</sup>. Απώτερος στόχος της ανοσοποίησης είναι η εκρίζωση της νόσου, ενώ άμεσος στόχος είναι η πρόληψη της νόσου σε ένα άτομο. Η παγκόσμια εκρίζωση της ευλογιάς το 1977 και η εξάλειψη της πολιομυελίτιδας στην Αμερική το 1991, αποτελούν πρότυπα εκπλήρωσης της προσδοκίας ελέγχου των συγκεκριμένων λοιμωδών νοσημάτων μέσω της ανοσοποίησης<sup>10</sup>.

Όταν ένας λοιμογόνος παράγοντας έρθει σε επαφή με έναν ευαίσθητο ξενιστή υπάρχουν τρία πιθανά ενδεχόμενα: α) να μην συμβεί λοίμωξη, β) να συμβεί υποκλινική λοίμωξη με επακόλουθη εγκατάσταση φυσικής ανοσίας και γ) να συμβεί νόσηση με ή χωρίς ανάρρωση. Στην τελευταία περίπτωση, το αποτέλεσμα είναι και πάλι η εγκατάσταση φυσικής ανοσίας<sup>11</sup>. Σκοπός της ενεργητικής ανοσοποίησης είναι να μιμηθούμε την εγκατάσταση φυσικής ανοσίας με την χορήγηση στον οργανισμό

<sup>9</sup>Κανακούδη-Τσακαλίδου Φ., Κατζός Γ., Παπαχρήστου Φ., Δρόσου-Αγακίδου Β., (2014), “*Βασική Παιδιατρική*”, 3η Έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 309-328.

<sup>10</sup>ΑΑΡ, (2009), “*RedBook*”, 2η Ελληνική Έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, Αθήνα, σελ. 1-14.

<sup>11</sup> Δηλ. να μην ξανανοσήσει ή να εμφανίσει τροποποιημένη νόσο ο ξενιστής, όταν έρθει σε δεύτερη επαφή με τον ίδιο λοιμογόνο παράγοντα. Βλ. σχετικά Κανακούδη-Τσακαλίδου Φ. κά., ό.π.

κατάλληλων αντιγόνων που δεν είναι τοξικά, δηλαδή να τον εμβολιάσουμε. Συνεπώς, εμβολιασμός καλείται η διαδικασία της εισαγωγής ενός εμβολίου στον οργανισμό<sup>12</sup>.

Τα εμβόλια, επομένως, είναι ειδικά αντιγόνα λοιμωδών παθογόνων παραγόντων, τα οποία, χωρίς ή με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες, διεγείρουν τους ανοσιακούς μηχανισμούς του οργανισμού, ώστε να αναπτύξει τα αντίστοιχα αντισώματα και έτσι να προφυλάσσεται ολικά ή μερικά, μόνιμα ή προσωρινά από τη νόσηση που προκαλούν αυτοί οι μικροοργανισμοί. Συνεπώς, με τα εμβόλια επιτυγχάνεται επίσης ενεργητική ανοσία, η οποία όμως είναι τεχνητή, σε αντιδιαστολή με τη φυσική ενεργητική ανοσία που προκαλεί η νόσηση<sup>13</sup>.

Τα εμβόλια είναι σκευάσματα, τα οποία περιέχουν:

- το (τα) αντιγόνο (α): πρόκειται για αναγνωρίσιμη ουσία από το ανοσιακό σύστημα του οργανισμού, ικανή να επάγει ανοσιακή απάντηση. Όταν το αντιγόνο είναι ικανό να επάγει ισχυρή ανοσιακή απάντηση καλείται ανοσογόνο.
- ανοσοενισχυτικές ουσίες (adjuvants ή έκδοχα): ουσίες που προστίθενται στο σκεύασμα με στόχο την ενίσχυση της ανοσογονικότητας του εμβολίου (π.χ. άλατα αργιλίου, θειομερσάλη, ASO4 κ.ά.)
- πρωτεΐνες-μεταφορείς (carrier-proteins): πρωτεΐνες με τις οποίες συνδέονται χημικά ορισμένα ασθενή ανοσογόνα, όπως π.χ. τα πολυσακχαριδικά και λιποπολυσακχαριδικά, ώστε να καταστούν ισχυρά ανοσογόνα.
- σταθεροποιητικές ουσίες (stabilizers)
- συντηρητικά (preservatives)
- αντιβιοτικά (antibiotics)
- προσμίξεις υλικού καλλιέργειας κυττάρων, ιστών κ.ά.<sup>14</sup>

Βασικότερο συστατικό του εμβολίου είναι το ανοσογόνο, που είναι ικανό να επάγει ειδική ανοσιακή απάντηση έναντι του συγκεκριμένου λοιμογόνου παράγοντα, κατά του οποίου διενεργείται ο εμβολιασμός. Προϋπόθεση για την προληπτική δράση του εμβολίου είναι η παραγωγή και σταθερή παρουσία ικανοποιητικής στάθμης ειδικών αντισωμάτων (προστατευτικός τίτλος). Η παραγωγή προστατευτικού τίτλου αντισωμάτων επιτυγχάνεται με την χορήγηση των δόσεων του βασικού σχήματος

<sup>12</sup> Μαλακά-Ζαφειρίου Κ, (2003), “Παιδιατρική”, 2η Έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 224-231.

<sup>13</sup>Ματσανιώτης Μ, Καρπάθιος Θ, Νικολαΐδου-Καρπαθίου Π, (2010), “Επίτομη Παιδιατρική”, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σελ. 205-209.

<sup>14</sup>Κανακούδη-Τσακαλίδου Φ, ό.π.

εμβολιασμού, το οποίο είναι συγκεκριμένο για κάθε τύπο εμβολίου. Μετά την πρώτη είσοδο του αντιγόνου του εμβολίου στον οργανισμό, προκαλείται πρωτοπαθής ανοσιακή απάντηση, δηλαδή μεσολαβεί μία λανθάνουσα περίοδος μίας ως τεσσάρων εβδομάδων και ακολουθεί βαθμιαία παραγωγή των ειδικών αντισωμάτων, τα οποία είναι κυρίως IgM και είναι αυτά που ανιχνεύονται μετά την πρώτη γνωριμία του ανοσιακού συστήματος με ένα αντιγόνο. Ο τίτλος αυτός κορυφώνεται μετά τέσσερις ημέρες ως τρεις με τέσσερις εβδομάδες (εξαρτάται από το είδος και την ποσότητα του αντιγόνου) και μετά ελαττώνεται βαθμιαία μέχρι πλέον να μην είναι ανιχνεύσιμος μετά από τέσσερις ως έξι εβδομάδες<sup>15</sup>.

Μετά την δεύτερη είσοδο του ίδιου αντιγόνου (εμβολίου) στον οργανισμό προκαλείται δευτεροπαθής ανοσιακή απάντηση, κατά την οποία δεν υπάρχει λανθάνουσα περίοδος, τα ειδικά αντισώματα παράγονται άμεσα, είναι κυρίως IgG, ο τίτλος τους είναι πολύ υψηλότερος και η κορύφωση του παρατηρείται σε μία ως τρεις ημέρες. Μετά από κάθε επόμενη είσοδο του ίδιου αντιγόνου (εμβολίου) στον οργανισμό προκαλείται ανοσιακή απάντηση (τριτογενής κλπ), που είναι παρόμοια με την δευτερογενή. Ο προστατευτικός τίτλος διατηρείται μακροχρόνια ή δια βίου<sup>16</sup>.

Σήμερα τα ανοσογόνα των εμβολίων που χρησιμοποιούνται είναι πέντε ειδών και περιέχουν:

- εξασθενημένους παθογόνους μικροοργανισμούς (π.χ. πολιομυελίτιδας Sabin: OPV, ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς: MMR, ανεμευλογιάς: VZV, φυματίωσης: BCG, εμβόλιο ροταϊού: RVV)
- αδρανοποιημένους λοιμώδεις παράγοντες (π.χ. αδρανοποιημένο εμβόλιο πολιομυελίτιδας: IPV, εμβόλιο ηπατίτιδας A: HAV)
- τροποποιημένα ατοξικά προϊόντα παθογόνων μικροοργανισμών (τοξοειδές διφθερίτιδας, τετάνου)
- τμήματα λοιμώδους παράγοντα, ανεξαρτήτως της τεχνικής παρασκευής του (π.χ. εμβόλιο ηπατίτιδας B: HBV, εμβόλιο γρίπης)
- πολυσακχαριδικά αντιγόνα (π.χ. εμβόλια πνευμονιοκόκκου: PPV και PCV, εμβόλιο αιμόφιλου της ινφλουέντσας τύπου b: Hib)<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup>Ματσανιώτης Μ. κ.ά., ό.π.

<sup>16</sup>Κανακούδη-Τσακαλίδου Φ. κ.ά., ό.π.

<sup>17</sup>Ματσανιώτης Μ. κ.ά., ό.π.

### 1.1.1. Συζευγμένα εμβόλια (conjugated vaccines)

Τα πολυσακχαριδικά, γλυκοπολυσακχαριδικά και λιποπολυσακχαριδικά αντιγόνα (εμβόλια) συμπεριφέρονται ως ασθενή ανοσογόνα και δεν μπορούν να προκαλέσουν ικανοποιητική ανοσιακή απάντηση και να δημιουργήσουν ανοσιακή μνήμη. Γι' αυτό παρασκευάστηκαν εμβόλια, στα οποία ο πολυσακχαρίτης είναι συζευγμένος με πρωτεΐνες-φορείς, που ονομάζονται συζευγμένα εμβόλια. Τέτοιες πρωτεΐνες-φορείς είναι τα τοξοειδή της διφθερίτιδας και τετάνου, της εξωτερικής μεμβράνης του μηνιγγιτιδόκοκκου (Outer Membrane Protein: OMP) και η τεχνητή πρωτεΐνη CRM197. Το όλο σύμπλοκο συμπεριφέρεται πλέον ως ισχυρό ανοσογόνο που επάγει μικτού τύπου ανοσιακή απάντηση και ανοσιακή μνήμη<sup>18</sup>.

### 1.1.2. Συνδυασμένα (πολυδύναμα) εμβόλια (combined vaccines)

Η συνεχής αύξηση του αριθμού των εμβολίων δημιούργησε την ανάγκη ενσωμάτωσης πολλαπλών αντιγόνων σε ένα σκεύασμα, προκειμένου να επιτευχθεί το συντομότερο δυνατόν ανοσοποίηση έναντι πολλών λοιμωδών παραγόντων, με την διενέργεια του μικρότερου δυνατού αριθμού ενέσεων και την μικρότερη δυνατή οικονομική επιβάρυνση. Αναγκαία προϋπόθεση για την χρήση των συνδυασμένων εμβολίων αποτελεί η διατήρηση της ανοσογονικότητας και αποτελεσματικότητας των επιμέρους εμβολίων. Πρόκειται για πολυδύναμα εμβόλια, που περιέχουν σε ένα σκεύασμα διάφορα ανοσογόνα (2-6 μέχρι σήμερα), τα οποία φαίνεται να διατηρούν την αντιγονική τους ταυτότητα<sup>19</sup>. Πλεονεκτήματα της χρήσης πολυδύναμων εμβολίων αποτελούν η μείωση του συνολικού κόστους ανοσοποίησης και η άσκηση μικρότερων πιέσεων στους ήδη περιορισμένους, διαθέσιμους πόρους υγείας, η απλούστευση της διαδικασίας εμβολιασμού, η εξασφάλιση καλύτερης συμμόρφωσης (λιγότερες επισκέψεις και ενέσεις στο παιδί) και συνεργασίας με τους γονείς και τέλος η αύξηση του ποσοστού κάλυψης και η διατήρηση του συλλογικού «τείχους ανοσίας»<sup>20</sup>.

Με τον όρο «τείχος ανοσίας» εννοούμε την ύπαρξη ενός ποσοστού εμβολιασμένων ατόμων σε έναν πληθυσμό, το οποίο εμποδίζει την μετάδοση ασθενειών<sup>21</sup>. Ανάλογα

---

<sup>18</sup>Κανακούδη Φ. κ.ά., ό.π.

<sup>19</sup>Ανοσογόνα τα οποία συνυπάρχουν σε ένα σκεύασμα χωρίς αλληλεπιδράσεις και χωρίς να επηρεάζεται η ανοσογονικότητα και η αποτελεσματικότητά τους.

<sup>20</sup>Κανακούδη Φ. κ.ά., ό.π.

<sup>21</sup>May T. & Silverman R.D., (2005), "Free-Riding, Fairness and the Rights of Minority Groups in Exemption from Mandatory Childhood Vaccination", Human Vaccines 2005, 1 (1): 12-15.

με την ασθένεια, το ποσοστό αυτό πρέπει να κυμαίνεται από 30% έως 95%<sup>22</sup>. Ωστόσο, η άνοδος του αντιεμβολιαστικού κινήματος έχει οδηγήσει στη διάρρηξη του τείχους ανοσίας του πληθυσμού και, κατ' επέκταση, στην επανεμφάνιση μεταδοτικών –και δη θανατηφόρων– ασθενειών<sup>23</sup>.

### 1.1.3. Βασικές ιδιότητες ενός εμβολίου ώστε να είναι κατάλληλο για χρήση

Ένα εμβόλιο προκειμένου να εγκριθεί και να αρχίσει να εφαρμόζεται στην κλινική πράξη, πρέπει να πληροί ορισμένες προϋποθέσεις, όπως:

- ανοσογονικότητα (immunogenicity): να μπορεί δηλαδή να επάγει ισχυρή ανοσιακή απάντηση, η οποία τεκμηριώνεται με την βοήθεια ορολογικών εξετάσεων, όπου πρέπει να αποδεικνύεται ικανοποιητική ορομετατροπή (αύξηση του τίτλου των ειδικών αντισωμάτων), μετά την χορήγηση του, απαιτούμενου για κάθε εμβόλιο, αριθμού δόσεων
- χαμηλή αντιδραστικότητα (reactogenicity): να προκαλεί όσο το δυνατόν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες
- ασφάλεια (safety): να παρέχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ασφάλεια από σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες<sup>24</sup>
- αποτελεσματικότητα (efficacy): να προσφέρει μακροπρόθεσμη προστατευτική ανοσία σε ποσοστό >90%<sup>25</sup>

## 1.2. Οι τακτικές του αντιεμβολιαστικού κινήματος

Το αντιεμβολιαστικό κίνημα δεν αποτελεί πρωτοτυπία του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο ήδη από το 1869 η Leicester Anti-Vaccination League αγωνίστηκε κατά του υποχρεωτικού εμβολιασμού έναντι της ευλογιάς<sup>26</sup> και το 1974 η Association of

---

<sup>22</sup>Fine P.E.M. & Mulholland K., (2013), “Community immunity” στο: Plotkin S.A., Orenstein W.A. & Offit P.A., “Vaccine”, 6<sup>th</sup> ed., Philadelphia, PA: Saunders; 2013: 1395–1412.

<sup>23</sup>May T. & Silverman R.D., (2003), “Clustering of exemptions, as a collective action threat to herd immunity”, Vaccine 2003; 21(11–12): 1048–1051.

<sup>24</sup> Η χαμηλή αντιδραστικότητα και η υψηλή ασφάλεια ενός εμβολίου ελέγχονται με αυστηρά προγραμματισμένες και ελεγχόμενες κλινικές μελέτες.

<sup>25</sup> Βλ. σχετικά Μαλακά-Ζαφειρίου, ό.π.: η αποτελεσματικότητα ενός εμβολίου ελέγχεται έμμεσα με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα που θα προκύψουν στα επόμενα του εμβολιασμού χρόνια, π.χ. συχνότητα προσβολής από μία νόσο μέσω ενδοοικογενειακής διασποράς, σε άτομα εμβολιασμένα, συχνότητα κρουσμάτων στο γενικό πληθυσμό σε σχέση με παλιότερα χρόνια (κίνηση νόσου), βαρύτητα και διάρκεια νόσου σε άτομα εμβολιασμένα.

<sup>26</sup> Swales JD (1992), “The Leicester anti-vaccination movement”, The Lancet, Volume 340, Issue 8826, 24 October 1992, Pages 1019-1021.

Parents of Vaccine Damaged Children εξέφρασε τις ανησυχίες της για την ασφάλεια του ολοκυτταρικού εμβολίου κατά του κοκκύτη<sup>27</sup>. Στα τέλη της δεκαετίας του '80, στην τότε Σοβιετική Ένωση τέθηκε ζήτημα για την ασφάλεια του DTP και ενισχύθηκαν φόβοι για λευχαιμία και stress για το ανοσοποιητικό σύστημα των παιδιών<sup>28</sup>. Το αντιεμβολιαστικό κίνημα όμως γιγαντώθηκε από το 1998, όταν ο Andrew Wakefield δημοσίευσε στο περιοδικό *The Lancet* την περιβόητη κατασκευασμένη έρευνα του, στην οποία δήθεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του εμβολίου MMR με τον αυτισμό και με κάποιες μορφές κολίτιδας. Στη έρευνα αυτή θα αναφερθούμε διεξοδικά στη συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου.

Μελετώντας συνδυαστικά τις εργασίες των Kata<sup>29</sup> και των Diethelm-McKee<sup>30</sup>, μπορεί κανείς να βρει συγκεντρωμένες τις τακτικές που υιοθετούν οι αντιεμβολιαστές, κυρίως στο διαδίκτυο, προκειμένου να προπαγανδίσουν τις πεποιθήσεις τους. Οι Diethelm-McKee, μάλιστα, υιοθετούν μια ευρύτερη οπτική επί του ζητήματος και θεωρούν ότι φαινόμενα όπως το αντιεμβολιαστικό κίνημα, η άρνηση της ύπαρξης του ιού HIV και ο κρεασιονισμός εντάσσονται στο όλο και αυξανόμενο φαινόμενο του «αρνητισμού» (“denialism”). Τον τελευταίο τον ορίζουν στο άρθρο τους ως «τη χρήση ρητορικών επιχειρημάτων, προκειμένου να δοθεί η εντύπωση της ύπαρξης μιας λογικής ανταλλαγής επιχειρημάτων, όταν τέτοια δεν υπάρχουν, και με σκοπό την απόρριψη μιας θέσης επί της οποίας υφίσταται επιστημονικό consensus». Τα δε κίνητρά τους είναι ποικίλα: από την απληστία και την εκκεντρικότητα μέχρι την ιδεολογία και την πίστη.

Ο «αρνητισμός» χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη μερικών – ή και όλων – από τα ακόλουθα πέντε στοιχεία. Το πρώτο είναι η συνομοσιολογία: οι επιστήμονες με σκοπό το κέρδος, αποκρύπτουν τα πραγματικά περιστατικά και καταπιέζουν τις φωνές που προσπαθούν να τα αποκαλύψουν, αποκλείοντάς τες από την επιστημονική

---

<sup>27</sup> <http://www.whale.to/vaccines/association.html>.

<sup>28</sup> Zakharova MS, Malivanova OM, Sokolovskaya AD, Shavrova EN, Kapustik LA (1981), “*The results of study of pertussis component of DPT vaccine produced in USSR and some other countries*”, *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol*. 1981; 25(4): 439-48.

<sup>29</sup>Kata A., (2012), “*Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement*”, *Vaccine* 2012; 30: 3778-89.

<sup>30</sup>Diethelm P. & McKee M., (2009), “*Denialism: what is it and how should scientists respond?*”, *EuroJPublicHealth* 2009; 19: 2-4.

κοινότητα<sup>31</sup>. Το δεύτερο είναι η επίκληση στους ψευδοεπιστήμονες, οι οποίοι δήθεν είναι ειδικοί σε κάποιον τομέα, οι απόψεις τους όμως αντιτίθενται στην επιστήμη και βασίζονται στα προσωπικά τους πιστεύω ή στη θρησκεία<sup>32</sup>. Το τρίτο είναι η επιλεκτικότητα: οι «αρνητιστές» επιλέγουν να θεωρούν έγκυρες και να αναφέρονται αποκλειστικά σε μεμονωμένες εργασίες που αμφισβητούν το επιστημονικό consensus, όπως την κατασκευασμένη εργασία του Andrew Wakefield, που συνέδεσε δήθεν τον αυτισμό με τον εμβολιασμό έναντι της ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς. Το τέταρτο στοιχείο είναι οι αδύνατες προσδοκίες από την επιστήμη. Για παράδειγμα, οι αρνητές της κλιματικής αλλαγής επικεντρώνονται στην έλλειψη της ακριβούς καταγραφής των θερμοκρασιών πριν την εφεύρεση του θερμομέτρου. Το πέμπτο και τελευταίο στοιχεία είναι οι παρερμηνείες και τα λογικά σφάλματα, τα οποία περιλαμβάνουν παραπλανητικούς αντιπερισπασμούς, ανεκδοτολογικές ιστορίες, ανακολουθίες, απόπειρες μεταβολής των αρχικών ισχυρισμών και το επιχείρημα του αχυρανθρώπου.

Οι αντιεμβολιαστές λοιπόν, ως χαρακτηριστικό δείγμα των «αρνητιστών» διαστρεβλώνουν και παρερμηνεύουν την επιστήμη. Δεν δέχονται κριτική ή αμφισβήτηση, αρνούνται ή απορρίπτουν τα επιστημονικά δεδομένα που όχι μόνο δεν υποστηρίζουν, αλλά καταρρίπτουν τους αντιεμβολιαστικούς ισχυρισμούς, χρησιμοποιούν ψευδή λογική και καταλήγουν σε αυθαίρετα συμπεράσματα. Τροποποιούν τις θέσεις τους συνεχώς και τρέφουν αδύνατες προσδοκίες, καθώς απαιτούν 100% αποτελεσματικότητα από τα εμβόλια, χωρίς καμία απολύτως ανεπιθύμητη ενέργεια. Ταυτόχρονα, χαρακτηρίζονται από επιλεκτικότητα, κάνουν επίκληση στην αυθεντία των ψευδοεπιστημόνων και των ψευτοεπιστημόνων, τους οποίους και θεωρούν ειδικούς. Πιστεύουν σε θεωρίες συνομοσίας και αμφισβητούν τους πραγματικούς επιστήμονες, καθώς ισχυρίζονται ότι το επιστημονικό consensus είναι αποτέλεσμα συνομοσίας μεταξύ των φαρμακοβιομηχανιών και των ιατρών. Σε αυτούς κάνουν ad hominem επιθέσεις και κινούνται νομικά εναντίον τους. Είναι πολύ

---

<sup>31</sup> Pigden CR., (2007), “*Conspiracy theories and the conventional wisdom*”, Episteme 2007, vol. 4, pp. 219-232.

<sup>32</sup> Ένα πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν ο David Hager, σύμβουλος αναπαραγωγικής υγείας στην κυβέρνηση του Τζωρτζ Μπους, που πρότεινε ως αντιμετώπιση του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου την ανάγνωση της Βίβλου και την προσευχή. Βλ. Morgan MG, Houghton A & Gibbons JH (2001), “*Science and government. Improving science and technology advice for Congress*”, Science. 2001 Sep 14; 293(5537): 1999-2000.



χαρακτηριστική η αντίδραση των παραγωγών του “Vaxxed: From Cover-Up to Catastrophe”, ενός προπαγανδιστικού αντιεμβολιαστικού «ντοκιμαντέρ», οι οποίοι ουσιαστικά απείλησαν με οικονομική εξόντωση μέσω αγωγών μία μητέρα δυο αυτιστικών παιδιών και ακτιβίστρια των δικαιωμάτων των αυτιστικών ατόμων επειδή άσκησε κριτική στο «ντοκιμαντέρ» τους<sup>33</sup>.

Αξίζει να σημειωθεί ότι «συνήθως δεν αποθαρρύνονται από την ακραία απομόνωση των θεωριών τους, αλλά την αντιμετωπίζουν ως ένδειξη νοητικού θάρρους απέναντι στις κυρίαρχες θεωρίες και την συνοδή πολιτική ορθότητα, συγκρίνοντας συχνά τους εαυτούς τους με τον Γαλιλαίο»<sup>34</sup>.

### 1.2.1. Το προφίλ των αντιεμβολιαστών

Το φαινόμενο στις ΗΠΑ έχει ενταθεί σε τέτοιο βαθμό, που το 2013 το 87% των Αμερικανών παιδιάτρων είχε συναντήσει έστω μία φορά γονείς που να αρνούνται τον εμβολιασμό<sup>35</sup>. Παράλληλα ωστόσο, η συνεχής επαφή με τον γιατρό οδήγησε στον εμβολιασμό παιδιών των οποίων οι γονείς αρχικά ήταν αρνητικοί σε αυτόν σε ποσοστό 47%<sup>36</sup>. Τα ποσοστά αυτά οδήγησαν τον ΠΟΥ να ορίσει τη «διστακτικότητα προς τα εμβόλια» (*vaccine hesitancy*) ως «μια συμπεριφορά που πηγάζει από σειρά παραγόντων, οι οποίοι περιλαμβάνουν ζητήματα εμπιστοσύνης (έλλειψη εμπιστοσύνης σε ένα εμβόλιο ή στον πάροχο αυτού), εφησυχασμού (έλλειψη συνειδητοποίησης της ανάγκης για εμβολιασμό ή της αξίας των εμβολίων) και ευκολίας (πρόσβασης)»<sup>37</sup>. Σύμφωνα δε με τον MacDonald<sup>38</sup>, πρόκειται για ένα σύνθετο ζήτημα, το οποίο επηρεάζουν παράγοντες, όπως ο εφησυχασμός, η βολή και η αυτοπεποίθηση. Το αντιεμβολιαστικό κίνημα μπορεί να επηρεάσει τον παράγοντα του εφησυχασμού («οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τον μη εμβολιασμό δεν είναι σοβαρές, άρα ο εμβολιασμός δεν είναι αναγκαίο προληπτικό μέτρο τη στιγμή που

<sup>33</sup> <https://myclinicalpharmacist.files.wordpress.com/2017/01/image1.jpeg>.

<sup>34</sup> Diethelm P. & McKee M., (2009), ό.π.

<sup>35</sup> Hough-Telford C., Kimberlin D.W., Aban I., et al., (2016), “*Vaccine delays, refusals, and patient dismissals: a survey of pediatricians*”, *Pediatrics* 2016; 138(3): e20162127.

<sup>36</sup> Opel D.J., Heritage J., Taylor J.A. et al., (2013), “*The architecture of provider–parent vaccine discussions at health supervision visits*”, *Pediatrics* 2013; 132(6): 1037–1046.

<sup>37</sup> World Health Organization - SAGE Working Group Dealing With Vaccine Hesitancy, (2014), “*Immunization, Vaccines and Biologicals*”, 1 October 2014, pp.1-64.

<sup>38</sup> Mac Donald N.E. & SAGE Working Group Dealing With Vaccine Hesitancy, (2015), “*Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants*”, *Vaccine* 2015; 33: 4161-64.

υπάρχουν άλλες προτεραιότητες»), τον παράγοντα της βολής («ο εμβολιασμός είναι εύκολος ως προς την πρόσβαση και την τιμή, άρα δεν είναι επείγουσα ιατρική ανάγκη και μπορεί να παραληφθεί ή να αναβληθεί») και τον παράγοντα της αυτοπεποίθησης («δεν μπορούμε να έχουμε εμπιστοσύνη στα εμβόλια, στο σύστημα της φαρμακοβιομηχανίας και μόνο εμείς μπορούμε να αποφασίζουμε αν και ποια εμβόλια θα κάνουμε»). Τονίζει δε ότι η πιθανότητα να αλλάξουν άποψη και να εμβολιάσουν εν τέλει τα παιδιά τους είναι «μέτρια προς υψηλή» για τους «διστακτικούς ως προς τα εμβόλια», «χαμηλή» για τους «αρνητές των εμβολίων» και «πολύ χαμηλή ή μηδενική» για τους «αποκλείοντες τα εμβόλια». Είναι αξιοσημείωτο και σημαντικό βέβαια το ότι, κατά κανόνα, οι γονείς που αποφασίζουν να μην εμβολιάσουν τα παιδιά τους έχουν λίγη εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες και στο σύστημα υγείας και είναι πιο πιθανό να προσφεύγουν στις «εναλλακτικές» μορφές θεραπείες, σε σύγκριση με αυτούς που εμβολιάζουν τα παιδιά τους<sup>39</sup>.

Έτσι, επίσημοι οργανισμοί όπως η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρία έχουν κατηγοριοποιήσει τους αντιεμβολιαστές μετά από έρευνα<sup>40</sup>, καθώς πρόκειται για μια πολύ ανομοιογενή ομάδα, και έχουν εκδώσει οδηγίες<sup>41,42</sup> προς τους παιδίατρος για την κατάλληλη αντιμετώπισή τους, πάντα με στόχο την ανοσοποίηση των παιδιών και την διασφάλιση της δημόσιας υγείας, οι οποίες θα παρουσιαστούν στην συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου.

Η γενική κατηγοριοποίηση των γονέων<sup>43</sup> έχει ως ακολούθως<sup>44</sup>:

---

<sup>39</sup> Salmon DA, Moulton LH, Omer SB, DeHart MP, Stokley S & Halsey NA. (2005), “Factors associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: a case-control study”, Arch PediatrAdolesc Med2005; 159(5): 470–476.

<sup>40</sup>Larson H.J. et al., (2015), “Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool”, Vaccine 33 (2015): 4165–4175.

<sup>41</sup>Edwards K.M., Hackell J.M., AAP THE COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES, THE COMMITTEE ON PRACTICE AND AMBULATORY MEDICINE, (2016), “Countering Vaccine Hesitancy”, Pediatrics 2016; 138(3): e20162146.

<sup>42</sup>Diekema D.S. & American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics, (2015), “Responding to parental refusals of immunization of children”, Pediatrics 2005; 115(5): 1428–1431 και Diekema D.S.,(2012), “Improving childhood vaccination rates”, NEnglJMed 2012; 366(5): 391–393.

<sup>43</sup> Όπου δεν σημειώνεται κάτι διαφορετικό, η μετάφραση έχει γίνει από τον γράφοντα.

<sup>44</sup>Leask J., Kinnersley P., Jackson C., Cheater F., Bedford H. &Rowles G., (2012), “Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals”, BMC Pediatr 2012; 12: 154 και Gust D., Brown C., Sheedy K., Hibbs B., Weaver D. & Nowak G., (2005), “Immunization attitudes and beliefs among parents: beyond a dichotomous perspective”, AmJHealthBehav. 2005; 29(1): 81–92.

Συνήγοροι της ανοσοποίησης	Συμφωνούν στο ότι τα εμβόλια είναι αναγκαία και ασφαλή και έχουν ισχυρό δεσμό με τον ιατρό
«Πας με τα νερά τους για να τους πάρεις με το μέρος σου»	Δεν αμφισβητούν τα εμβόλια, θα ήθελαν να εμβολιάσουν τα παιδιά τους, αλλά ίσως να μην έχουν λεπτομερείς γνώσεις για τα εμβόλια
Προσεκτικοί αποδέκτες	Πιθανόν να έχουν μικρούς ενδοιασμούς για τα εμβόλια, αλλά εν τέλει εμβολιάζουν τα παιδιά τους
Καθήμενοι επί του φράχτη	Έχουν ισχυρούς ενδοιασμούς για τα εμβόλια και τείνουν να έχουν γνώσεις για αυτά. Ίσως να εμβολιάσουν τα παιδιά τους ή ίσως να αρνηθούν ή να καθυστερήσουν τους εμβολιασμούς. Ίσως να έχουν ισχυρούς ενδοιασμούς για τα εμβόλια και πιθανόν να έχουν ουδέτερη σχέση με τον ιατρό.
Αρνητές	Αρνούνται όλα τα εμβόλια για τα παιδιά τους. Οι λόγοι της άρνησης μπορεί να περιλαμβάνουν δυσπιστία στο σύστημα υγείας, ενδοιασμούς για την ασφάλεια και θρησκευτικούς ενδοιασμούς.

Εύκολα διαπιστώνει κανείς από τα ανωτέρω ότι οι αρνητές των εμβολίων αποτελούν μια ετερογενή και ανομοιομορφη ομάδα, της οποίας τα μέλη μπορεί να έχουν αντιρρήσεις για συγκεκριμένα εμβόλια ή και για το σύνολό τους. Μπορεί να τα αποδέχονται, αλλά να ανησυχούν για αυτά, μπορεί να κάνουν συγκεκριμένα εμβόλια αλλά να αποκλείουν ή να καθυστερούν κάποια άλλα ή και να τα αποκλείουν εντελώς.

Το ευρύ φάσμα προσωπικοτήτων που συμπεριλαμβάνεται κάτω από τον όρο-ομπρέλα «αρνητές των εμβολίων» έχει επιβεβαιωθεί σε πολλές μελέτες<sup>45</sup>.

Αξίζει επίσης να αναφερθεί η μελέτη των Kennedy et al (2011)<sup>46</sup>, στην οποία 44% των γονέων ανέφεραν ανησυχία για την πρόκληση πόνου στο παιδί από τους πολλούς εμβολιασμούς σε μία επίσκεψη, 34% για τον μεγάλο αριθμό εμβολίων σε μία επίσκεψη, 26% για την πιθανότητα πρόκλησης αυτισμού ή άλλων μαθησιακών δυσκολιών, 13.5% για την πιθανή πρόκληση χρόνιων ασθενειών και 13.2% για τον ελλιπή έλεγχο των εμβολίων πριν τη χορήγησή τους. Ο φόβος για την πιθανή πρόκληση ασθενειών στα παιδιά ήταν το αποτέλεσμα και της διαδικτυακής έρευνας των Freed et al<sup>47</sup>. Σε αυτήν, πάνω από το 50% των ερωτηθέντων γονέων δέχτηκε ότι τα εμβόλια προστατεύουν τα παιδιά από ασθένειες, ωστόσο εξέφρασε έντονο φόβο για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειές τους, ειδικά για την πιθανότητα εμφάνισης αυτισμού.

Συμπερασματικά δε, οι Chen et al<sup>48</sup> συνέταξαν το 1994 έναν πίνακα με τους κυριότερους λόγους για την διστακτικότητα των γονέων προς τα εμβόλια, οι οποίοι μπορούν να υπαχθούν σε τρεις γενικότερες κατηγορίες:

- ασφάλεια των εμβολίων: μεγάλος αριθμός εμβολίων, ανάπτυξη αυτισμού, πρόσθετα εμβολίων (θειομερσάλη, αλουμίνιο), υπερφόρτωση του ανοσοποιητικού συστήματος, σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, πιθανότητα μακροπρόθεσμων ανεπιθύμητων ενεργειών, ελλιπής έρευνα πριν την κυκλοφορία των εμβολίων, πιθανή πρόκληση πόνου στο παιδί, πιθανή πρόκληση ασθένειας στο παιδί

---

<sup>45</sup>Βλ. ενδεικτικά Gust DA, Darling N, Kennedy A & Schwartz B. (2008), “Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why”, *Pediatrics* 2008; 122(4): 718–725, Gust D, Brown C, Sheedy K, Hibbs B, Weaver D, Nowak G. 2005, ό.π. και Diekema DS 2012, ό.π.

<sup>46</sup> Kennedy A, Basket M, Sheedy K. (2011), “Vaccine attitudes, concerns, and information sources reported by parents of young children: results from the 2009 Health Styles survey”. *Pediatrics*, 2011; 127(suppl 1): S92–S99.

<sup>47</sup> Freed GL, Clark SJ, Butchart AT, Singer DC & Davis MM (2010), “Parental vaccine safety concerns in 2009”, *Pediatrics* 2010; 125(4): 654–659.

<sup>48</sup>Chen R.T., Rastogi S.C., Mullen J.R. et al., (1994), “The Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)”, *Vaccine* 1994; 12(6): 542–550.

- αναγκαιότητα των εμβολίων: η ασθένεια είναι πιο «φυσική» από το εμβόλιο, οι γονείς δεν πιστεύουν ότι οι ασθένειες που προλαμβάνονται είναι σοβαρές, οι ασθένειες που προλαμβάνουν τα εμβόλια έχουν εξαφανιστεί, δεν χρειάζονται όλα τα εμβόλια, τα εμβόλια δεν λειτουργούν
- ελευθερία επιλογής: οι γονείς δικαιούνται να επιλέξουν αν θα εμβολιάσουν ή όχι το παιδί τους, οι γονείς ξέρουν τι είναι το καλύτερο για το παιδί τους, [οι γονείς] πιστεύουν ότι οι κίνδυνοι από τα εμβόλια είναι περισσότεροι από τα οφέλη, δεν εμπιστεύονται το σύστημα υγείας και την ιατρική κοινότητα, δεν εμπιστεύονται τις κρατικές υγειονομικές αρχές, δεν εμπιστεύονται τις φαρμακοβιομηχανίες, υπάρχουν ηθικοί ή θρησκευτικοί λόγοι πίσω από την άρνησή τους

Στο ίδιο άρθρο τους, οι Chen et al απέδειξαν επίσης ότι η επιτυχία ενός εμβολίου είναι αυτή που οδηγεί και στην αμφισβήτησή του, ειδικά όταν τα θετικά του αποτελέσματα χρειάζονται ακόμα και δεκαετίες για να γίνουν εμφανή, όπως έγινε με την εξάλειψη της ευλογιάς ή με το εμβόλιο για τον ιό HPV. Δεδομένου ότι πριν την δημιουργία και την εφαρμογή ενός εμβολίου για τη Χ ασθένεια η τελευταία εμφανίζεται έντονα στον πληθυσμό, το κοινό είναι πιο πρόθυμο να δεχτεί τον εμβολιασμό του με αυτό, ειδικά αν η Χ ασθένεια προξενεί βαριές σωματικές βλάβες και θανάτους. Η καθολική εφαρμογή του οδηγεί στη συλλογική ανοσία, στην ελάττωση του επιπολασμού της νόσου, αλλά και στην εμφάνιση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών (φάση της «αυξημένης κάλυψης»). Ακόμα και αν η συσχέτιση των τελευταίων με τον εμβολιασμό είναι αποκλειστικά χρονική και όχι αιτιακή, το κοινό χάνει την εμπιστοσύνη του στον εμβολιασμό και θεωρεί λιγότερο σημαντική την Χ ασθένεια από τις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτές (φάση της «έλλειψης εμπιστοσύνης»). Τούτο, με τη σειρά του, αυξάνει την άρνηση εμβολιασμού και οδηγεί στην επανεμφάνιση της ασθένειας. Η επανεμφάνιση ή η εκ νέου αναζωπύρωση της ασθένειας οδηγεί και πάλι στην εμπιστοσύνη στα εμβόλια και στην άνοδο των ποσοστών εμβολιαστικής κάλυψης (φάση της «επανάκτησης της εμπιστοσύνης»)<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup>Ωστόσο, αξίζει να παρατηρηθεί ότι στο πρόσφατο ξέσπασμα φυματίωσης στην Ουάσινγκτον, η φάση της «επανάκτησης της εμπιστοσύνης» δεν επαναλήφθηκε. Βλ. Wolf ER, Rowhani-Rahbar A, Opel DJ, (2015) “The impact of epidemics of vaccine-preventable disease on vaccine uptake: lessons from the 2011–2012 US pertussis epidemic”, *ExpertRev Vaccines* 2015; 14(7): 923–933.

Οι λόγοι που εντάσσονται στην κατηγορία «ελευθερία επιλογής», θα εξεταστούν στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, το οποίο και θα ασχοληθεί με τα νομικά ζητήματα που ανακύπτουν από τον αντιεμβολιασμό.

Ωστόσο, τα «επιχειρήματα» που σχετίζονται με την ασφάλεια και την αναγκαιότητα των εμβολίων μπορούν πολύ εύκολα να καταρριφθούν, ακόμα και στον περιορισμένο χώρο της παρούσας εργασίας.

### **1.2.2. Εμβόλια και αυτισμός**

Το MMR, το τριπλό εμβόλιο για την ερυθρά, την ιλαρά και την παρωτίτιδα, και η υποτιθέμενη σύνδεσή του με τον αυτισμό αποτελεί το βασικό επιχείρημα των αντιεμβολιαστών. Αυτή η σύνδεση ξεκίνησε από την εργασία<sup>50</sup> του Βρετανού γαστρεντερολόγου Andrew Wakefield που δημοσιεύτηκε στο Lancet το 1998. Επρόκειτο για ένα case report δώδεκα παιδιών με ανωμαλίες του γαστρεντερικού συστήματος, εννιά εκ των οποίων δήθεν αρρώστησαν με «παλίνδρομο αυτισμό» εντός δεκατεσσάρων ημερών από τον εμβολιασμό τους με το MMR.

Η υποδειγματική δημοσιογραφική έρευνα που διεξήγη ο Brian Deer από το 2004 ως το 2011<sup>51</sup> αποκάλυψε ότι ο δικηγόρος Richard Barr είχε προσλάβει το 1996 τον Wakefield με αμοιβή εκατόν πενήντα λίρες ανά ώρα (η οποία μάλιστα προερχόταν από τα κονδύλια της Μεγάλης Βρετανίας για την παροχή δωρεάν νομικής βοήθειας σε άπορους πολίτες), προκειμένου να κατασκευάσει μία υπόθεση εναντίον του MMR, την οποία και θα χρησιμοποιούσε σε μαζικές αγωγές γονέων αυτιστικών παιδιών ενάντια στις βιομηχανίες κατασκευής του εμβολίου. Στην πορεία της έρευνας μάλιστα, αποδείχθηκε ότι ο Wakefield χάλκευσε τα αποτελέσματα των βιοψιών, τα οποία ήταν φυσιολογικά, προσπαθώντας παράλληλα να προωθήσει το δικό του εμβόλιο ιλαράς ως ανταγωνιστή του τριπλού MMR. Μετά τις αποκαλύψεις αυτές, ο Wakefield έχασε την ιατρική του άδεια και μετοίκησε στις ΗΠΑ, όπου και συνεχίζει να αποτελεί προμετωπίδα του αντιεμβολιαστικού κινήματος, σκηνοθετώντας ταινίες όπως το προαναφερθέν “Vaxxed: From Cover-Up to Catastrophe”. Σε κάθε περίπτωση, τα ευρήματά του δεν μπόρεσαν ποτέ ούτε να αναπαραχθούν ούτε να

---

<sup>50</sup> Διαθέσιμη στο: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(97\)11096-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(97)11096-0/fulltext)

<sup>51</sup> Διαθέσιμη εδώ: <http://briandeer.com/mmr/lancet-summary.htm>

επιβεβαιωθούν από κανέναν ανεξάρτητο ερευνητή<sup>52</sup>, με αποτέλεσμα το Lancet να αποσύρει οριστικά τη δημοσίευση και να ζητήσει επίσημη συγνώμη από την επιστημονική κοινότητα<sup>53</sup>. Δεν υφίσταται λοιπόν κανένας απολύτως συσχετισμός του MMR – αλλά και κανενός άλλου εμβολίου – με τον αυτισμό. Άλλωστε ο αυτισμός, σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, φαίνεται να ξεκινάει κατά την εμβρυϊκή ζωή και όχι μετά τη γέννηση<sup>54</sup>.

### 1.2.3. Εμβόλια και θειομερσάλη - αλουμίνιο

Η θειομερσάλη είναι παράγωγο του αιθυλεστέρα του υδραργύρου, το οποίο ως το 1999 χρησιμοποιούνταν ως συντηρητικό εμβολίων, οπότε και αποσύρθηκε προληπτικά<sup>55</sup> στα πλαίσια των δράσεων των ΗΠΑ για τη μείωση της χρήσης υδραργύρου σε φάρμακα, αν και τα ως τότε δεδομένα δεν συνηγορούσαν για κάτι τέτοιο. Επιδημιολογικές μελέτες για τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης της θειομερσάλης με τον αυτισμό δεν είχαν αποτέλεσμα<sup>56</sup>. Σε κάθε περίπτωση, κατόπιν της απόσυρσης αυτής, εμβόλια με θειομερσάλη δεν κυκλοφορούν πλέον. Μάλιστα, το γεγονός ότι τα ποσοστά αυτισμού παραμένουν σταθερά την τελευταία εικοσαετία<sup>57</sup>, παρά την αφαίρεση της θειομερσάλης από τα εμβόλια για το ίδιο χρονικό διάστημα, καταδεικνύει το αβάσιμο αυτού του επιχειρήματος.

---

<sup>52</sup>Ενδεικτικά και μόνο, αναφέρονται οι ακόλουθες μελέτες που αποδεικνύουν την ανυπαρξία συσχετισμού μεταξύ MMR και αυτισμού: Taylor L.E. et al., (2014), “Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies”, Vaccine Vol. 32, Iss. 29, 17 June 2014, pp. 3623–3629, Mrozek-Budzyn D. et al., (2010), “Lack of Association Between Measles-Mumps-Rubella Vaccination and Autism in Children: A Case-Control Study”, *PediatrInfectDisJ.* 2010; 29(5): 397-400, Hornig M et al., (2008), “Lack of Association between Measles Virus Vaccine and Autism with Enteropathy: A Case-Control Study”, *PLOS ONE* 2008; 3(9): e3140.

<sup>53</sup>Horton R., (2004), “A statement by the editors of *The Lancet*”, Vol. 363, No. 9411, p. 820–821, 6 March 2004.

<sup>54</sup>Stoner et al., (2014), “Patches of Disorganization in the Neocortex of Children with Autism”, *NEnglJMed* 2014, 370: 1209-1219.

<sup>55</sup>CDC Joint Statement Concerning Removal of Thimerosal from Vaccines.

Διαθέσιμο στο: <https://www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/04p0349/04p-0349-ref0001-06-Tab-03-Concerns-Thimerosal-02-vol6.pdf>

<sup>56</sup>Και πάλι ενδεικτικά, αναφέρονται οι ακόλουθες μελέτες: Stehr-Green P. et al., (2003), “Autism and thimerosal-containing vaccines: lack of consistent evidence for an association”, *AmJPrevMed* 2003 Aug; 25(2): 101–6 και Madsen K.M. et al., (2003), “Thimerosal and the occurrence of autism: negative ecological evidence from Danish population-based data”, *Pediatrics* 2003 Sep; 112(3 Pt 1): 604–6.

<sup>57</sup>Baxter et al., (2014), “The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders”, *PsycholMed* 2014 Aug; 11: 1–13.

Όσον αφορά στο αλουμίνιο, αυτό χρησιμοποιείται ως ανοσοενισχυτικό με τη μορφή του υδροξειδίου του αργιλίου και του φωσφορικού αργιλίου, σε ποσοστά της τάξης των 0,85– 1,25 mg ανά δόση<sup>58</sup>. Έρευνες<sup>59</sup> έχουν αποδείξει ότι το αλουμίνιο που περιέχεται στα εμβόλια είναι πολύ κατώτερο του MRL, ενώ ένα βρέφος έξι μηνών θα έχει λάβει 10 mg από το μητρικό γάλα, 40 mg από το υποκατάστατο μητρικού γάλακτος και 120 mg σε περίπτωση που λαμβάνει υποκατάστατο μητρικού γάλακτος βασισμένο στη σόγια<sup>60</sup>. Συνεπώς ούτε το αλουμίνιο στα εμβόλια αποτελεί κίνδυνο, ακόμα και για τα βρέφη.

#### **1.2.4. Εμβόλια και αριθμός αυτών – υπερφόρτωση του ανοσοποιητικού συστήματος**

Σύμφωνα με το επιχειρήμα αυτό, το ανοσοποιητικό σύστημα ενός βρέφους δεν είναι τόσο ισχυρό, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αντέξει τα αντιγόνα που περιέχονται στα εμβόλια. Έτσι, δημιουργούνται βλάβες στον εγκέφαλο που οδηγούν σε αυτισμό. Το επιχειρήμα αυτό καταρρίπτεται πολύ εύκολα και άμεσα, αν σκεφτεί κανείς ότι ο οργανισμός ενός βρέφους μπορεί θεωρητικά να χειριστεί ένα εκατομμύριο αντιγόνα ταυτόχρονα<sup>61</sup>, ενώ ο συνολικός αριθμός των αντιγόνων που λαμβάνει από τα εμβόλια τον πρώτο χρόνο της ζωής του δεν ξεπερνά τα εκατόν πενήντα<sup>62</sup>.

#### **1.2.5. Εμβόλια και ανεπιθύμητες ενέργειες/πόνος στο παιδί**

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των εμβολίων διακρίνονται σε:

---

<sup>58</sup>Keith L.S., Jones D.E., Chou C.H., (2002), “*Aluminum toxicokinetics regarding infant diet and vaccinations*”, *Vaccine* 2002, 20( 3): 513-7.

<sup>59</sup>Keith L.S., Jones D.E., Chou C.H., ό.π., Hem, S.L., (2002), “*Elimination of aluminum adjuvants*”, *Vaccine* 2002 May 31, 20 (3): S40-3 και Mitkus et al., (2011), “*Updated aluminum pharmacokinetics following infant exposures through diet and vaccination*”, *Vaccine* 2011 Nov 28; 29(51): 9538-43.

<sup>60</sup>The Children’s Hospital of Philadelphia, (2014), “*Aluminum in Vaccines: What you should know*”, Winter 2014.

Διαθέσιμο στο: <http://media.chop.edu/data/files/pdfs/vaccine-education-center-aluminum.pdf>

<sup>61</sup>Cohn M. & Langman R.E., (1990), “*The protecton: the unit of humoral immunity selected by evolution*”, *ImmunolRev* 1990; 115: 9-147.

<sup>62</sup>Offit P. et al., (2002), “*Addressing Parents’ Concerns: Do Multiple Vaccines Overwhelm or Weaken the Infant’s Immune System?*”, *Pediatrics* 2002, vol. 109, iss. 1.

Διαθέσιμο στο: <http://pediatrics.aappublications.org/content/109/1/124.full>.



- τοπικές αντιδράσεις: διόγκωση, ερυθρότητα, πόνος, επιχώρια λεμφαδενίτιδα
- γενικές αντιδράσεις: πυρετός, ανησυχία, κακουχία, ευερεθιστότητα, αϋπνία, υποτονία, σπασμοί. Κυρίως παρατηρούνταν με τα εμβόλια έναντι του κοκκύτη και της ιλαράς. Πλέον με τα νέα ακυτταρικά εμβόλια κατά του κοκκύτη, οι σοβαρές αυτές ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν σχεδόν εξαφανιστεί.
- εγκεφαλίτιδα ή εγκεφαλομυελίτιδα: είναι σπανιότατη και σήμερα έχει σχεδόν εξαλειφθεί με τη χρήση των νέων εμβολίων.
- αλλεργικές αντιδράσεις: όπως με κάθε ξένη ουσία που εισάγεται στον οργανισμό, έτσι και με τα συστατικά του εμβολίου είναι δυνατό να εμφανισθούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας. Αυτές μπορεί να είναι ήπιες (παροδικό εξάνθημα ή κνησμός) έως σοβαρές (γενικευμένη κνίδωση, οίδημα λάρυγγα, αναπνευστική δυσχέρεια, αναφυλακτικό shock) και αποδίδονται στα επιμέρους συστατικά του εμβολίου (πρωτεΐνες αυγού, αντιβιοτικά κ.ά.) και όχι σε αυτά καθεαυτά τα ανοσογόνα<sup>63</sup>

Οι πλέον σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες<sup>64</sup> περιλαμβάνουν κώφωση, εγκεφαλίτιδες, αλλεργίες, σπασμούς, κώμα, σύνδρομο Guillain-Barre, μόνιμη εγκεφαλική βλάβη, σύνδρομο τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης Steven-Johnsons, πνευμονία, ακόμα και θάνατο. Πρόκειται όμως για ανεπιθύμητες ενέργειες εξαιρετικά σπάνιες (επί παραδείγματι, το σύνδρομο Guillain-Barre έχει καταγραφεί ως ανεπιθύμητη ενέργεια του εμβολίου της γρίπης σε ποσοστό μίας-δύο περιπτώσεων ανά εκατομμύριο).

Είναι γεγονός ότι τα εμβόλια δεν είναι ελεύθερα κινδύνων. Οι πιθανοί κίνδυνοι ωστόσο είναι σαφώς υποδεέστεροι του οφέλους των εμβολιασμών. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα εμβόλια έχουν μειώσει τη νοσηρότητα, τις επιπλοκές και τους θανάτους από ασθένειες όπως η διφθερίτιδα, ο κοκκύτης, ο τέτανος κ.ό.κ. και ότι η εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού αποτελεί την πιο επιτυχημένη, ασφαλή και αποδοτική μέθοδο πρόληψης σοβαρών μεταδοτικών νοσημάτων. Με άλλα λόγια, «τα εμβόλια παραμένουν ένα από τα πιο ισχυρά “όπλα” στη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας. Οποσδήποτε, μερικά εμβόλια συνδέονται με ορισμένες ανεπιθύμητες

---

<sup>63</sup>Κανακούδη-Τσακαλίδου Φ. και συν., ό.π., σελ. 323-324.

<sup>64</sup>Βλ. σχετικά στο: <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm>.

ενέργειες που πρέπει να αναγνωρίζονται. Αλλά αυτές είναι πάρα πολύ σπάνιες»<sup>65</sup> και «οφείλουμε να τα χορηγούμε σύμφωνα με τις τρέχουσες οδηγίες, γιατί εγγυώνται εξαιρετική αποτελεσματικότητα στην ελάττωση της νοσηρότητας και θνητότητας από τα αντίστοιχα νοσήματα σ' όλες τις ηλικίες»<sup>66</sup>.

### 1.2.6. Εμβόλια και ελλιπής έρευνα πριν την κυκλοφορία τους

Σημειώνεται ότι οι κλινικές δοκιμές που αφορούν σε νέα φαρμακευτικά προϊόντα διακρίνονται σε τέσσερις φάσεις (φάση I, II, III και IV) και διαρκούν αρκετά χρόνια. Μάλιστα, πριν από την έναρξη των κλινικών δοκιμών φάσης I διεξάγονται προκλινικές μελέτες που αφορούν σε *in vivo* και σε *in vitro* πειραματικές μελέτες σε πειραματόζωα για την αρχική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας, της τοξικότητας και της φαρμακοκινητικής συμπεριφοράς του νέου προϊόντος<sup>67</sup>.

Μετά τις πειραματικές μελέτες στο εργαστήριο και σε πειραματόζωα, ακολουθούν οι κλινικές μελέτες σε ανθρώπους. Η φάση I διεξάγεται σε μικρό αριθμό ατόμων (συνήθως <100) και στοχεύει στον καθορισμό της τοξικότητας και της μέγιστης ανεκτής δόσης. Έτσι, διερευνάται η κατάλληλη δοσολογία και η φαρμακοκινητική συμπεριφορά του νέου φαρμακευτικού προϊόντος, η ασφάλεια και η ανοσολογική απόκριση των συμμετεχόντων. Στις κλινικές δοκιμές φάσης II συμμετέχουν 100–300 πάσχοντες και διερευνάται η ανάγκη για αναμνηστικές δόσεις, καθώς και τα βέλτιστα χρονικά διαστήματα μεταξύ των προβλεπόμενων δόσεων. Στη φάση III αξιολογείται η παρεχόμενη προστασία σε αρκετούς χιλιάδες εθελοντές που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από την υπό μελέτη λοιμώδη νόσο. Τα φαρμακευτικά προϊόντα που ολοκληρώνουν επιτυχώς τις κλινικές δοκιμές φάσης III λαμβάνουν στη συνέχεια την απαραίτητη έγκριση κυκλοφορίας. Συνεπώς, γίνεται κατανοητό ότι προκειμένου να κυκλοφορήσει ένα εμβόλιο στην αγορά, ακολουθούνται μακρόχρονες κλινικές δοκιμές, σύμφωνα με συγκεκριμένα πρωτόκολλα, οι οποίες διασφαλίζουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά του<sup>68</sup>.

---

<sup>65</sup>Maglione M., et al., (2014), “*Safety of Vaccines Used for Routine Immunization of US Children: A Systematic Review*”, *Pediatrics* 2014, 134 (2): pp 325-337.

<sup>66</sup>Schattner A., (2005), “*Consequence or coincidence?: The occurrence, pathogenesis and significance of autoimmune manifestations after viral vaccines*”, *Vaccine* 2005, vol. 23, iss. 30: pp. 3876–3886.

<sup>67</sup> Γαλάνης Π, (2012), “Κλινικές δοκιμές”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2012, 29 (4): 489-507.

<sup>68</sup> Βλ. σχετικά: [www.gr.gsk.com](http://www.gr.gsk.com).

### 1.3. Πολιτικές προσέγγισης/ αντιμετώπισης των γονέων που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους

Θα περίμενε κανείς ότι η απλή παράθεση των ως άνω επιστημονικών δεδομένων θα αρκούσε για να αλλάξουν γνώμη οι γονείς που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους. Ωστόσο, όπως αποδεικνύεται από το προαναφερθέντα στοιχεία για το αντιεμβολιαστικό κίνημα, πρόκειται για ένα πολυσύνθετο θέμα, το οποίο απαιτεί και τις κατάλληλες εξατομικευμένες πολιτικές αντιμετώπισης.

Πριν από όλα, αξίζει να παρατηρήσει κανείς ότι οι νέοι γονείς – και ειδικά αυτοί που προέρχονται από ένα υψηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό περιβάλλον – φαίνεται να μην ανησυχούν για τις συνέπειες του μη εμβολιασμού, ακριβώς γιατί δεν έχουν δει ποτέ τις συνέπειες των ασθενειών αυτών. Αντίθετα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ανεξαρτήτως μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου, δεν χρειάζεται να ενημερωθούν για τα επιστημονικά δεδομένα υπέρ του εμβολιασμού, ακριβώς γιατί έχουν προσωπική εμπειρία επί αυτού, καθώς έχουν βιώσει θανάτους συμμαθητών και μελών της οικογένειάς τους από μεταδοτικές ασθένειες<sup>69</sup>. Αυτό πρέπει να συνδυαστεί με το γεγονός ότι οι νέοι γονείς ενημερώνονται κατά κύριο λόγο για την υγεία των παιδιών τους από το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, όπου όμως ακούγονται περισσότερο οι αντιεμβολιαστικές παρά οι επιστημονικές φωνές<sup>70</sup>.

Περαιτέρω όμως, έχει διαπιστωθεί ότι ο βασικός παράγοντας που μπορεί να αλλάξει την άποψη ενός γονέα για τα εμβόλια είναι η εξατομικευμένη προσέγγιση από κάποιον επιστήμονα υγείας<sup>71</sup>, κατά κανόνα, από τον παιδίατρο<sup>72</sup>. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν ο ιατρός να έχει υπ' όψιν του την ανομοιογένεια της ομάδας των

---

<sup>69</sup>Dubé E. et al., (2015), “Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews”, *Vaccine* 33 (2015): 4191–4203.

<sup>70</sup>Brunson EK., (2013), “The impact of social networks on parents’ vaccination decisions”, *Pediatrics* 2013; 131(5): e1397–404 και Opel D., (2013), “Window or mirror: social networks’ role in immunization decision”, *Pediatrics* 2013; 131: e1619.

<sup>71</sup>Taylor J.A. et al., “The influence of provider behavior, parental characteristics, and a public policy initiative on the immunization status of children followed by private pediatricians: a study from *Pediatric Research in Office Settings*”, *Pediatrics* 1997; 99(2): 209–215.

<sup>72</sup>Gust D.A. et al., (2008), “Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why”, *Pediatrics* 2008; 122(4):718–25.

αντιεμβολιαστών και να έχει κάνει κτήμα του την ανάγκη εξατομικευμένης προσέγγισης κάθε «είδους» αντιεμβολιαστή, όπως αυτά αναλύθηκαν ανωτέρω<sup>73</sup>.

Ο ιατρός δεν πρέπει να είναι επικριτικός, αλλά να ζητά να μαθαίνει τους λόγους για τους οποίους οι γονείς είναι διστακτικοί ως προς τον εμβολιασμό, να κατανοεί τις ανησυχίες τους και να τους καθησυχάζει για την ασφάλεια και την αναγκαιότητα των εμβολίων με επιστημονικά δεδομένα. Άλλωστε, το μεγαλύτερο μέρος των γονέων που αρνούνται ή καθυστερούν να εμβολιάσουν τα παιδιά τους δεν το κάνουν επειδή είναι όντως αντίθετοι σε αυτά, αλλά επειδή έχουν ανάγκη ενημέρωσης και καθησυχασμού<sup>74</sup>. Οφείλει λοιπόν να ακολουθήσει την πολιτική της μη αμφισβήτησης και να εμμένει στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού<sup>75</sup> (τύπου «το παιδί είναι σε ηλικία που πρέπει να κάνει το Χ εμβόλιο και θα το κάνουμε στην Χ ημερομηνία»)<sup>76</sup> αντί την *πολιτική της συναίνεσης του γονέα* («τι θέλετε να κάνουμε με τα εμβόλια του παιδιού;»), καθώς η πρώτη έχει ποσοστό επιτυχίας 83%, σε αντίθεση με την δεύτερη, που έχει μόνο 26%<sup>77</sup>. Οφείλει να τους ενημερώσει πλήρως και να τους καταστήσει σαφές με απλό λόγο, ανάλογο με το μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο των γονέων (πολιτική της εξατομικευμένης διαχείρισης των γονέων)<sup>78</sup>, ότι τα εμβόλια όντως μπορεί να έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες όμως είναι σπανιότατες σε σχέση με τις επιπτώσεις των λοιμώξεων, από τις οποίες αυτά προστατεύουν το παιδί. Χρέος του είναι επίσης να εξηγήσει την έννοια του τείχους ανοσίας, το οποίο προστατεύει τα άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν βαριά εάν κολλήσουν τη

---

<sup>73</sup>Dubé E. et al., ό.π., σελ. 4201.

<sup>74</sup>Loehr J. & Savoy M., (2016), “*Strategies for Addressing and Overcoming Vaccine Hesitancy*”, American Family Physician 2016, vol. 94, no. 2, pp. 94-96.

<sup>75</sup>DC Institute of Medicine of the National Academies, (2013), “*The Childhood Immunization Schedule and Safety, Stakeholder Concerns, Scientific Evidence and Future Studies*”.

<sup>76</sup> Οι μελέτες έχουν καταδείξει την πολιτική αυτή ως την πλέον αποτελεσματική, βλ. Opel D.J. et al., (2013), “*The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits*”, Pediatrics 2013; 132(6):1037-46.

<sup>77</sup>Opel D.J. et al., ό.π. 2013.

<sup>78</sup>Goldstein S. et al., (2015), “*Health communication and vaccine hesitancy*”, Vaccine 2015; 33: 4212-14.

νόσο και να χρησιμοποιήσει ακόμη και προσωπικές ιστορίες, καθώς αυτές αγγίζουν περισσότερο από οτιδήποτε άλλο τους δύσπιστους γονείς<sup>79</sup>.

Σε περίπτωση που οι γονείς συνεχίζουν να αρνούνται, δεν συνίσταται ο ιατρός να αρνηθεί περαιτέρω ιατρική φροντίδα στο παιδί, καθώς το τελευταίο έχει και άλλες ιατρικές ανάγκες, η δε συνεχιζόμενη επαφή με τον ιατρό δημιουργεί σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ αυτού και των γονέων, παρέχοντας έτσι περισσότερες ευκαιρίες στον ιατρό για να αλλάξει τις απόψεις των γονέων για τον εμβολιασμό<sup>80</sup>. Έρευνες άλλωστε έχουν αποδείξει ότι η εν λόγω σχέση εμπιστοσύνης αποτελεί το κλειδί για την τελική αποδοχή των εμβολίων εκ μέρους των αρχικά διστακτικών γονέων<sup>81</sup>.

Οι Edwards et al. στο προαναφερθέν άρθρο τους τονίζουν ότι «η πλειονότητα των γονέων έχουν ανάγκη και επιθυμούν να ενημερωθούν για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να φροντίσουν καλύτερα την υγεία των παιδιών τους, των εμβολιασμών συμπεριλαμβανομένων. Η αντιμετώπιση της διστακτικότητας ως προς τα εμβόλια αποτελεί μια εξαιρετική ευκαιρία για να συνεχιστεί η ενημέρωση και η εκπαίδευση των οικογενειών»<sup>82</sup>. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτό ισχύει, ωστόσο τίθενται τα ακόλουθα ερωτήματα: μέχρι ποιο σημείο αυτοί οι γονείς δικαιούνται να έχουν αμφιβολίες και να αρνούνται τον εμβολιασμό των παιδιών τους; Κατά πόσο η συμπεριφορά τους επηρεάζει το τείχος ανοσίας και την δημόσια υγεία; Υπέχουν νομική ευθύνη; Και αν ναι, τι είδους; Σε αυτά τα ερωτήματα θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε στη συνέχεια της παρούσας εργασίας.

---

<sup>79</sup>Horne Z. et al., (2015), “*Countering antivaccination attitudes*”, PNAS 2015, vol. 112 no. 33, pp. 10321–10324.

<sup>80</sup>National Center for Immunization and Respiratory Diseases, (2011), “*General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*”, MMWR Recomm Rep 2011, 60:993 και American Academy of Pediatrics, (2013), “*Reaffirmation: Responding to parents who refuse immunization for their children*”, Pediatrics 2013; 131: e1696.

<sup>81</sup>Benin A.L. et al., (2006), “*Qualitative analysis of mothers’ decision making about vaccines for infants: the importance of trust*”, Pediatrics 2006; 117(5): 1532–1541.

<sup>82</sup>Edwards et al., ό.π., e11.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ, ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Όπως αποδείχθηκε στο αμέσως προηγούμενο κεφάλαιο, οι εμβολιασμοί αποτελούν μια από τις αποτελεσματικότερες πολιτικές προστασίας της δημόσιας υγείας και σώζουν εκατομμύρια ζωές<sup>83</sup>. Το πρωταρχικό επιχείρημα υπέρ των μαζικών εμβολιασμών συνίσταται στο ότι με την εφαρμογή τους ενισχύεται και διασφαλίζεται η συλλογική ανοσία, το οποίο υπενθυμίζουμε ότι είναι το φαινόμενο κατά το οποίο τα επίνοσα άτομα ενός πληθυσμού και ο πληθυσμός ως σύνολο, προστατεύονται εμμέσως από την μόλυνση με έναν μικροοργανισμό λόγω της παρουσίας άνοσων ατόμων στον πληθυσμό. Έτσι, καθίσταται εφικτός ο κατά το δυνατόν πιο αποτελεσματικός έλεγχος των ασθενειών στο σύνολο του πληθυσμού και κατ' επέκταση ο μέγιστος περιορισμός της θνησιμότητας<sup>84</sup>.

Ταυτόχρονα, ωστόσο, η εφαρμογή μιας μεθόδου όπως ο υποχρεωτικός μαζικός εμβολιασμός εγείρει μια σειρά από νομικά και ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τις έννοιες της *προσωπικής αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης*. Η προστασία μάλιστα, της προσωπικής αυτονομίας και αυτοδιάθεσης, ως απόρροια της ευρύτερης έννοιας της προσωπικής ελευθερίας, όπως θα αναλυθεί διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο, βρίσκει τη συνταγματική της κατοχύρωση στο άρθρο 5 του Συντάγματος περί προστασίας της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, στο άρθρο 2 του Συντάγματος περί προστασίας της αξίας του ανθρώπου και στο άρθρο 7 παρ. 2 του Συντάγματος περί προσβολής της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η συνταγματική κατοχύρωση της αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης του ατόμου αποδεικνύει τη σημασία που αναγνωρίζει ο έλληνας συνταγματικός νομοθέτης στις συγκεκριμένες έννοιες. Ο όποιος, λοιπόν, περιορισμός αυτών των αγαθών θα πρέπει να δικαιολογείται ρητώς.

Όπως είναι αναμενόμενο, οι μαζικοί εμβολιασμοί υπό αυτές τις συνθήκες γεννούν μια σειρά από ερωτήματα βιοηθικής φύσεως, με ιατρικές και νομικές προεκτάσεις.

### 2.1. Υποχρεωτικότητα εμβολιασμών

Ως γνωστόν (και όπως θα αναλυθεί διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο της παρούσης), η διενέργεια εμβολιασμού –όπως και κάθε άλλη ιατρική πράξη άλλωστε–

<sup>83</sup>Μολλάκη Β., (2016), «Εμβολιασμοί σε παιδιά: Ζητήματα βιοηθικής και προτάσεις της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής», *Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική*, 2016, τεύχ. 35, σελ. 1.

<sup>84</sup>Heymann D.L. & Aylward RB., (2006), “Mass vaccination: when and why”, *CurrTopMicrobiolImmuno*. 2006: 304; pp 1-16.

προϋποθέτει την συναίνεση του προσώπου, ύστερα από κατάλληλη ενημέρωση<sup>85</sup>. Έχει λοιπόν διατυπωθεί η άποψη ότι η αναγκαστική υποβολή σε εμβολιασμό προκειμένου να εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή, κατά συνέπεια, δεν νοείται στις δημοκρατικές κοινωνίες<sup>86</sup>. Η ίδια άλλωστε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στην από 26.05.2015 σύσταση που εξέδωσε, τονίζει ότι η συναίνεση του υπό εμβολιασμό προσώπου είναι προϋπόθεση *sine qua non* για την διενέργεια του εμβολιασμού. Όταν τα υπό εμβολιασμό πρόσωπα είναι παιδιά, τότε η συναίνεση παρέχεται από τους γονείς ύστερα από ενδελεχή ενημέρωσή τους από τον γιατρό. Ρητά, μάλιστα, καταγράφεται ότι σε καμία περίπτωση δεν είναι δυνατός ο εμβολιασμός με παράκαμψη της εκφρασμένης βούλησης των γονέων. Ο αντίλογος σε αυτό έγκειται στο ότι η απόφαση, ωστόσο, των γονέων πραγματοποιείται στο πλαίσιο άσκησης της γονικής μέριμνας. Αυτό σημαίνει ότι η όποια απόφασή τους θα πρέπει να αιτιολογείται επακριβώς από το αντικειμενικό συμφέρον του παιδιού<sup>87</sup>. Η δε ποιότητα της πληροφόρησης αποτελεί εγγύηση ορθότητας και εγκυρότητας της απόφασης για τον εμβολιασμό.

## 2.2. Υποχρεωτικότητα εμβολιασμών και δημόσια υγεία

Με άλλα λόγια, θα δικαιολογούνταν για το σκοπό αυτό μέτρα περιορισμού της προσωπικής ελευθερίας χάριν της προστασίας της δημόσιας υγείας με βάση το άρθρο 5 του Συντάγματος περί ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, το άρθρο 2 του Συντάγματος περί αξίας του ανθρώπου και το άρθρο 7 παρ.2 του Συντάγματος περί προσβολής της ανθρώπινης αξιοπρέπειας; Σε ποια έκταση απειλείται από το μη μαζικό εμβολιασμό η δημόσια υγεία και με ποια μέσα μπορεί αυτή να διαφυλαχθεί; Τι περιεχόμενο λαμβάνει υπό αυτές τις περιστάσεις η σύγκρουση μεταξύ εμβολιασμών και αυτοδιάθεσης – και, κατ' επέκταση, μεταξύ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην υγεία και στην αυτονομία; Πώς θα μπορούσε να επιλυθεί η σύγκρουση αυτή;

---

<sup>85</sup>Βλ. άρθ. 5 της Σύμβασης του Οβιέδο και άρθ. 11, 12 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ). Επίσης βλ. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, «*Γνώμη: Μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα: δημόσιο συμφέρον και αυτονομία*», σελ. 4. Διαθέσιμο στο: <http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/infectious-op-f.pdf>.

<sup>86</sup>Asveld L., (2008), “*Mass-vaccination programmes and the value of respect for autonomy*”, *Bioethics* 2008: 22, pp 245-257.

<sup>87</sup>Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, ό.π., σελ. 3.

### 2.3. Εμβολιασμοί, εννοούμενοι ως δικαίωμα ή υποχρέωση των πολιτών

Δικαιούται κάποιος να διασφαλίσει την προστασία του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης από ενδεχόμενες κρατικές επεμβάσεις; Το ζήτημα μάλιστα, περιπλέκεται ακόμη περισσότερο αν αναλογιστεί κάποιος ότι οι εμβολιασμοί είναι ένα προληπτικό μέτρο και δεν εφαρμόζονται σε άτομα που ήδη νοσούν, δηλαδή σε ασθενείς. Άλλα ερωτήματα που εύλογα ανακύπτουν διατυπώνονται παρακάτω:

- Θα πρέπει να έχει διαπιστωθεί ένα ελάχιστο όριο κινδύνου που να δικαιολογεί την υποχρεωτικότητα των μαζικών εμβολιασμών ή απλά η γνώση του τρόπου μετάδοσης διάφορων ασθενειών αποτελεί επαρκή δικαιολογητικό λόγο;
- Θα πρέπει οι πολίτες να υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις για την διαπίστωση της κατάστασης της υγείας τους πριν την διενέργεια των εμβολιασμών, προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανότητα εμβολιασμού προσώπων, τα οποία λόγω της κατάστασής τους δεν θα πρέπει να εμβολιαστούν;
- Ποιος θα φέρει ευθύνη για τις συνέπειες του μη εμβολιασμού (π.χ. πιθανή πρόκληση σωματικών βλαβών στα ίδια τα άτομα, αλλά και διακινδύνευση της δημόσιας υγείας από την εμφάνιση επιδημιών);

### 2.4. Άρνηση εμβολιασμού και συνεπακόλουθες συνέπειες

Τέτοια παραδείγματα αποτελούν η απαγόρευση συμμετοχής των μη εμβολιασμένων παιδιών σε εκπαιδευτικά προγράμματα<sup>88</sup> ή ο αποκλεισμός των μη εμβολιασμένων ατόμων από σημαντικού ύψους επιδόματα<sup>89</sup>. Προϋποθέτει, δηλαδή, η συμμόρφωση προς μια δημόσια υποχρέωση (εμβολιασμό) την παραίτηση από την άσκηση ενός θεμελιώδους δικαιώματος (του δικαιώματος στην υγεία του άρθ. 5 του Συντάγματος, που περιλαμβάνει την αρχή της συναίνεσης); Θα πρέπει η άρνηση αυτή να επισείει ποινικές κυρώσεις (π.χ. καταδίκη για σωματική βλάβη ή ακόμη και ανθρωποκτονία,

<sup>88</sup>Βλ. σχετικά στο: <http://www.kathimerini.gr/876180/article/epikairothta/ellada/proupo8esh-oi-emboliastmoi-twn-paidiwn-twn-prosfygwn-gia-na-entax8oyn-sta-sxoleia>.

<sup>89</sup>[http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/67D8681A67167949CA257E2E000EE07D/\\$File/No-Jab-No-Pay.pdf](http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/67D8681A67167949CA257E2E000EE07D/$File/No-Jab-No-Pay.pdf).

Να σημειωθεί ότι μετά την εισαγωγή αυτού του μέτρου, 5.738 παιδιά, των οποίων οι γονείς είχαν δηλώσει αντιεμβολιαστές, εμβολιάστηκαν και περισσότερα από 148.000 παιδιά επανεπεντάχθηκαν στο εμβολιαστικό πρόγραμμα της Αυστραλίας. Βλ. σχετικά στο: <http://www.abc.net.au/news/2016-07-31/government-labels-no-jab.-no-pay-policy-a-success/7675172>.



παραβίαση μέτρων για την πρόληψη ασθενειών, επικίνδυνη για την υγεία συνάφεια κ.λπ.);

## 2.5. Διενέργεια εμβολιασμών και ανάληψη ευθύνης σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών

Ποιος θα φέρει την σχετική ευθύνη, ποινική και αστική; Είναι αδιαμφισβήτητο ότι κανείς δεν είναι σε θέση να γνωρίζει αν κάποιο πρόσωπο που εμβολιάζεται θα υποστεί κάποια - ακόμα και σπανιότατη - ανεπιθύμητη ενέργεια και τη βαρύτητα που θα έχει αυτή στη σωματική και ψυχική υγεία του. Τα πρόσωπα που θα μπορούσαν να θεωρηθούν υπεύθυνα για τις πιθανές αυτές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πολλά (π.χ. οι γιατροί που διενεργούν τον εμβολιασμό, οι αρμόδιοι φορείς που τον επιβάλλουν στον πολίτες κ.λπ.). Πώς θα επιμεριστούν οι ευθύνες μεταξύ τους;

## 2.6. Τεκμηρίωση της διενέργειας των εμβολιασμών

Είναι πλέον κοινό μυστικό μεταξύ των θιασωτών του αντιεμβολιαστικού κινήματος ότι μπορούν να αποφύγουν τον εμβολιασμό αν δηλώσουν ότι έχουν μεν απολέσει το βιβλιάριο υγείας του παιδιού, αυτό είναι εμβολιασμένο δε. Η κατάσταση γίνεται ακόμα πιο περίπλοκη, αν σκεφτεί κανείς ότι υπάρχουν «γιατροί» οι οποίοι κατά κανόνα είναι υπέρμαχοι των εναλλακτικών «θεραπειών», που δέχονται να δώσουν μια σχετική βεβαίωση στους ενδιαφερόμενους γονείς, χωρίς ποτέ κανέναν Ιατρικός Σύλλογος ή Αρχή να έχει κινηθεί εναντίον τους.

## 2.7. Οι τέσσερις Αρχές της Βιοηθικής και ο εμβολιασμός

Σε μια προέκταση των παραπάνω, αξίζει να γίνει μία σύντομη αναφορά στη σχέση του εμβολιασμού με τις τέσσερις αρχές της Βιοηθικής, προκειμένου να έχουμε ένα όσο το δυνατόν πιο πλήρες πλαίσιο, εντός του οποίου θα πρέπει να κινηθούμε για να δώσουμε στο επόμενο κεφάλαιο τις απαντήσεις στα προηγούμενα ερωτήματα.

### 2.7.1. Η αρχή της Αυτονομίας του ασθενούς

Η ίσως πλέον βασική αρχή της Βιοηθικής είναι αυτή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης του ατόμου, η οποία συνίσταται στο δικαίωμά του να έχει απόψεις, να επιλέγει και να πράττει στηριζόμενο στις προσωπικές του αντιλήψεις αποκλειστικά<sup>90</sup>

---

<sup>90</sup>Beauchamp T.L. & Childress J.F., (1994), “*Principles of Biomedical Ethics*”, Oxford University Press 1994.

και μπορεί να περιοριστεί μόνο από το νόμο. Σε ιατρικό επίπεδο, η τέλεση μίας ιατρικής πράξης εξαρτάται από την ελεύθερη επιλογή και την συναίνεση του ασθενούς. Οι ενήλικες ασθενείς με πλήρη νοητική λειτουργία έχουν το αναφαίρετο δικαίωμα άρνησης μίας θεραπείας. Τα παιδιά όμως όχι, καθώς δεν διαθέτουν την απαραίτητη ωριμότητα για να πράξουν κάτι τέτοιο, με αποτέλεσμα το δικαίωμά τους αυτό να ασκείται μέσω των νομίμων αντιπροσώπων τους, που συνήθως είναι οι γονείς τους.

Οι ιατροί από τη μία έχουν την υποχρέωση να διαφυλάξουν την ζωή και την υγεία των μικρών ασθενών τους, οι οποίοι είναι εξαιρετικά ευάλωτοι και στερούνται αυτονομίας<sup>91</sup>, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, μέσω της διαφύλαξης της συλλογικής ανοσίας. Οι γονείς από την άλλη δικαιούνται να λαμβάνουν αποφάσεις για το παιδί τους, πάντα με κριτήριο το συμφέρον του τελευταίου.

### **2.7.2. Οι αρχές της Ευεργεσίας και του Μη Βλάβειν**

Η αρχή της ευεργεσίας σχετίζεται με την ηθική υποχρέωση του ιατρού να υπερασπίζεται την υγεία και την ευημερία του ασθενούς και του κοινωνικού συνόλου. Σε άμεση συνάφεια με αυτήν βρίσκεται και η αρχή του μη βλάβειν, κατά την οποία ο ιατρός υποχρεούται κατά την παροχή φροντίδας να αποφεύγει την πρόκληση περαιτέρω βλάβης στον ασθενή, ακόμα και αν η φροντίδα του δεν βελτιώσει την κατάσταση του ασθενούς.

Ο εμβολιασμός αποτελεί ιατρική παρέμβαση, με σπανιότητες μεν, υπαρκτές δε ανεπιθύμητες ενέργειες, που αναμφίβολα μπορεί να βλάψουν τους μικρούς ασθενείς. Η πιθανότητα όμως αυτή αντισταθμίζεται από το προσδοκώμενο όφελός τους, αφού ο εμβολιασμός προστατεύει τους εμβολιαζόμενους και το κοινωνικό σύνολο από σοβαρές ασθένειες που μπορεί να επιφέρουν σοβαρότατες σωματικές βλάβες, ακόμα και τον θάνατο<sup>92</sup>.

---

<sup>91</sup>Fleischman A.R. et al., (1998), “*The physician’s moral obligations to the pregnant woman, the fetus and the child*”, *Seminars in Perinatology* 1998; 22: 184-188.

<sup>92</sup>Field R.I. & Caplan A.L., (2008), “*A Proposed Ethical Framework for Vaccine Mandates: Competing Values and the Case of HPV*”, *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2008, vol. 18, iss. 2, pp. 111-124.

### 2.7.3. Η αρχή της Δικαιοσύνης

Η αρχή αυτή αφορά κυρίως στην κατανομή των αγαθών και των υπηρεσιών προς τους ανθρώπους. Σύμφωνα με τους ωφελμιστές Smart and Williams<sup>93</sup>, το κριτήριο της δικαιοσύνης συνίσταται στην επίτευξη του μεγαλύτερου αγαθού για το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων και μια πράξη είναι δίκαιη αν και μόνο αν μεγιστοποιεί τη συνολική ευημερία στην κοινωνία (*πρακτικός ωφελμισμός*) ή αν και μόνο αν, εναρμονιζόμενη με τους κανόνες, μεγιστοποιεί την συνολική ευημερία στην κοινωνία (*κανονιστικός ωφελμισμός*). Ως εκ τούτου, μεταξύ των υφιστάμενων εναλλακτικών λύσεων προτείνεται εκείνη η πράξη που παράγει το περισσότερο αγαθό ή τουλάχιστον τόσο αγαθό όσο και οποιαδήποτε άλλη πράξη.

Ο εμβολιασμός εν προκειμένω ωφελεί την κοινωνία, καθώς προλαμβάνει την βλάβη που θα μπορούσε να επέλθει από την παρουσία ανεμβολίαστων ατόμων σε αυτήν. Αυτή ήταν άλλωστε και η δικαιολογητική βάση της απόφασης Jacobson v. Massachusetts του Ανωτάτου Δικαστηρίου των ΗΠΑ, η οποία κατέστησε υποχρεωτικό τον εμβολιασμό κατά της ευλογιάς το 1905<sup>94</sup>.

Η εικόνα συμπληρώνεται και το πρόβλημα αποκτά άλλη διάσταση, αν συνυπολογίσει κανείς ότι οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά πρέπει να δοθούν σε μια περίοδο που έντονος σκεπτικισμός αναπτύσσεται στην Αμερική και στην Ευρώπη αναφορικά με αυτήν την ίδια την αποτελεσματικότητα των εμβολιασμών, παρά το γεγονός ότι αποδεδειγμένα τα εμβόλια έχουν εξαλείψει θανατηφόρες ασθένειες και έχουν σώσει εκατομμύρια ζωές σε όλον τον κόσμο<sup>95</sup>. Το λεγόμενο «αντιεμβολιαστικό κίνημα» με προμετωπίδα το *δικαίωμα αυτοδιάθεσης* αμφισβητεί την ασφάλεια και την αναγκαιότητα των εμβολιασμών. Αποτέλεσμα της ενδυνάμωσης του

---

<sup>93</sup>Smart J.J.C. & Williams B., (1973), "*Utilitarianism: For and Against*", Cambridge University Press, 1973.

<sup>94</sup>Omer S.B. et al., (2009), "*Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases*", NEnglJMed 2009; 360(19): 1981–1988.

<sup>95</sup>Βλ. εντελώς ενδεικτικά Maglione M., et al., ό.π., Demicheli V et al., (2012), "*Vaccines for measles, mumps and rubella in children*", Cochrane Database Systematic Review 2012, pp. 1-155 και Madsen K.M. et al., (2002), "*A Population-Based Study of Measles, Mumps, and Rubella Vaccination and Autism*", NEnglJMed 2002; 347(19); pp. 1477-1482.

αντιεμβολιαστικού κινήματος είναι η επανεμφάνιση ασθενειών που είχαν εδώ και χρόνια εξαλειφθεί<sup>96</sup>.

Το ζήτημα, λοιπόν, απασχολεί ολοένα και περισσότερο τους εθνικούς φορείς<sup>97</sup>, αλλά και το ευρύ κοινό και την επιστημονική κοινότητα<sup>98</sup>, καθώς αφορά το σύνολο του γενικού πληθυσμού, άμεσα ή έμμεσα.

---

<sup>96</sup> Επί παραδείγματι, στην Ελλάδα το 2010 είχαμε μια επιδημία ιλαράς με 126 ασθενείς και άλλη μία τον επόμενο χρόνο με 131 κρούσματα.

Βλ αναλυτικά: [http://www.cfr.org/interactives/GH\\_Vaccine\\_Map/#map](http://www.cfr.org/interactives/GH_Vaccine_Map/#map).

<sup>97</sup> Βλ. σχετικά Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, «Σύσταση: Εμβολιασμοί σε παιδιά». Διαθέσιμο στο: [http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/RECOMMENDATION\\_Immunization\\_In\\_Children\\_Final\\_GR.pdf](http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/RECOMMENDATION_Immunization_In_Children_Final_GR.pdf).

<sup>98</sup>Βλ. εντελώς ενδεικτικά Offit P., (2012), “*Deadly Choices: How the Anti-Vaccine Movement Threatens Us All*”, Basic Books 2010 και Mintzer Herlihy S., “*Your Baby's Best Shot: Why Vaccines Are Safe and Save Lives*”, Rowman & Littlefield Publishers 2012.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ANTIEMBOΛIACTIKO KINHMA KAI NOMIKEC ΠPOEKTACEIC

### 3.1. Η συναίνεση στην ιατρική πράξη

Ο όρος «συναίνεση του ασθενή» χρησιμοποιείται για να περιγράψει την, μετά από την κατάλληλη ενημέρωση, ρητή ή σιωπηρή σύμφωνη γνώμη και αποδοχή εκ μέρους του ασθενή της προτεινόμενης από τον γιατρό του θεραπείας (ως προς την διάγνωση, την πρόληψη και την αποκατάσταση), η οποία αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας της ζωής του. Πρόκειται για τον βασικότερο κανόνα της ιατρικής δεοντολογίας και αποτελεί νομιμοποιητική προϋπόθεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης επί του σώματος του ασθενούς, καθώς εξασφαλίζει το δικαίωμα του ασθενή να επιλέγει ο ίδιος την θεραπεία του με βάση τις δικές του αξίες και αντιλήψεις.

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο του 1997)<sup>99</sup> θεσπίζει στα άρθρα 5 - 10 την υποχρέωση του ιατρού να μην προβαίνει σε ιατρικές πράξεις χωρίς την συναίνεση του ασθενή και την υποχρέωσή του να ενημερώνει τον ασθενή για την φύση, τον σκοπό και τους πιθανούς κινδύνους της ιατρικής πράξης την οποία κρίνει ότι πρέπει εν προκειμένω να τελέσει. Πιο συγκεκριμένα, το άρθρο 5.1 της Σύμβασης ορίζει ότι *«επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνο αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του»* και το άρθρο 5.2 ότι *«το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς τον σκοπό και την φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται»*. Μία επιπλέον, πιο γενική, αναφορά γίνεται και στο άρθρο 10: *«Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Θα είναι σεβαστές, ωστόσο, οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά»*.

---

<sup>99</sup> Η Ελλάδα κύρωσε την ως άνω Σύμβαση με τον ν. 2919/1998, με αποτέλεσμα αυτή να αποκτήσει υπερνομοθετική ισχύ, βάσει του άρθρου 28.1 του Συντάγματος (*«Οι γενικά παραδεγμένοι κανόνες του διεθνούς δικαίου, καθώς και οι διεθνείς συμβάσεις, από την επικύρωσή τους με νόμο και τη θέση τους σε ισχύ σύμφωνα με τους όρους καθεμιάς, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του εσωτερικού ελληνικού δικαίου και υπερισχύουν από κάθε άλλη αντίθετη διάταξη νόμου. Η εφαρμογή των κανόνων του διεθνούς δικαίου και των διεθνών συμβάσεων στους αλλοδαπούς τελεί πάντοτε υπό τον όρο της αμοιβαιότητας»*).

Ο μεταγενέστερος ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005), ακολουθώντας την κατεύθυνση που είχε χαράξει η Σύμβαση του Οβιέδο θέσπισε αναλυτικά και διεξοδικά τα ζητήματα της συναίνεσης και της ενημέρωσης του ασθενή στα άρθρα 11 και 12 αντιστοίχως. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 11: «1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων. 2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους». Επίσης, το άρθρο 12 ορίζει ότι «1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή».

Όλα τα παραπάνω βρίσκουν έρεισμα και στο Ελληνικό Σύνταγμα, και πιο συγκεκριμένα, στα άρθρα 5.1, 2.1 και 9.1β αυτού. Η συναίνεση στην οποιαδήποτε ιατρική πράξη επί του σώματός του, αποτελεί τρόπο εκδήλωσης της αυτοδιάθεσης και της αυτονομίας του και άρα έκφραση του δικαιώματος στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του<sup>100</sup> και της προστασίας της ανθρώπινης αξίας<sup>101</sup>. Το δε δικαίωμα στην ενημέρωση για την γενική κατάσταση της υγείας του εδράζεται με την

---

<sup>100</sup> 5.1 Σ: «Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη».

<sup>101</sup> 2.1 Σ: «Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας».

σειρά του στο προαναφερθέν δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του και της προστασίας του ιδιωτικού του βίου<sup>102</sup>.

Η συναίνεση του ασθενή είναι ισχυρή όταν ανταποκρίνεται στη γνήσια βούληση του και όταν υφίσταται κατά τον χρόνο της τελέσεως της πράξεως. Το ισχυρό της εξαρτάται επίσης από το εάν ο ασθενής την δίνει με επίγνωση της πραγματικής κατάστασης, αντιλαμβανόμενος την σημασία της τελευταίας κατά τον χρόνο της τελέσεως της ιατρικής πράξης καθ'αυτής. Σοβαρή δε είναι η συναίνεση όταν αυτός που συναινεί έχει επίγνωση της πραγματικότητας και η συναίνεση που δίνει ανταποκρίνεται στην αληθινή του βούληση<sup>103</sup>.

### 3.1.1. Η συναίνεση των ανηλίκων

Προφανώς και δεν είναι όλα τα πρόσωπα ικανά να συναινούν τα ίδια στις ιατρικές πράξεις επί του σώματός τους. Άλλωστε, το άρθρο 12.2β του ΚΙΔ ρητά ορίζει ότι προϋπόθεση της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς είναι αυτός να έχει ικανότητα για συναίνεση<sup>104</sup>.

Αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι πριν τη θέσπιση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας γινόταν δεκτό ότι είναι έγκυρη η συναίνεση του προσώπου όταν αυτό «διαθέτει ωριμότητα και την ικανότητα να αντιληφθεί τη φύση, το σκοπό και την επικινδυνότητα της πράξης»<sup>105</sup>. Πλέον όμως ο ΚΙΔ συνδέει την ικανότητα για συναίνεση με την δικαιοπρακτική ικανότητα του ασθενούς. Η θέση αυτή του ΚΙΔ έχει δεχτεί κριτική, σύμφωνα με την οποία η ικανότητα του εκάστοτε ατόμου για συναίνεση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μοναδική, με αποτέλεσμα η κάθε περίπτωση να πρέπει να εξετάζεται αυτοτελώς και ξεχωριστά.

---

<sup>102</sup> 9.1 Σ: «...Η ιδιωτική και οικογενειακή ζωή του ατόμου είναι απαραβίαστη...». Για περισσότερα, βλ. Μαυριάς Κ., (1982), «Το συνταγματικό δικαίωμα του ιδιωτικού βίου», Αντ. Σάκκουλας 1982, σελ. 172-174 και 195-196.

<sup>103</sup> Εξ αντιδιαστολής λοιπόν δεν υπάρχει επομένως ισχυρή συναίνεση σε περιπτώσεις πλάνης, βίας, απειλής ή αστεϊσμού, καθώς επίσης και σε περίπτωση αντίθεσης προς τα χρηστά ήθη (άρθρο 12.2 γ' ΚΙΔ)

<sup>104</sup> «Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες: α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο. β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση».

<sup>105</sup> Φουντεδάκη Α., (2013), «Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σε Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Παπαγεωργίου Χ., Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Ταρλατζής Β., Τάσκος Ν., Φουντεδάκη Α., «Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (Αστική-Ποινική). Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου», Νομική Βιβλιοθήκη 2013, σελ. 18.

Την πλήρη ικανότητα σύναψης μίας ιατρικής σύμβασης την αποκτά το άτομο με την ενηλικίωσή του. Σύμφωνα με το άρθρο 129 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ), το άτομο του οποίου η ηλικία είναι ανάμεσα στα 10 και στα 18 έτη, έχει περιορισμένη ικανότητα για δικαιοπραξία, ενώ σύμφωνα με το 128 ΑΚ το άτομο πριν το δέκατο έτος της ηλικίας του, θεωρείται ανίκανο για δικαιοπραξία<sup>106</sup>. Όσον αφορά στους ανήλικους, από τα ίδια άρθρα προκύπτει ότι αυτοί δεν συνάπτουν συμβάσεις αυτοπροσώπως, αλλά μέσω των νομίμων εκπροσώπων τους (των γονέων τους κατά κανόνα), οι οποίοι τους εκπροσωπούν σε δικαιοπραξίες και συμβάλλονται στο δικό τους όνομα υπέρ αυτών. Για τους ανήλικους ασθενείς εν προκειμένω, η συναίνεση τους για υποβολή σε ιατρικές πράξεις δεν δίνεται από τους ίδιους, αλλά και πάλι από τα πρόσωπα που τους εκπροσωπούν, σύμφωνα με τις διατάξεις του οικογενειακού δικαίου, όπως αυτές θα αναλυθούν παρακάτω.

Σύμφωνα με το άρθρο 1510.1 ΑΚ<sup>107</sup>, η εξουσία για συναίνεση σε ιατρικές πράξεις ανήκει στους ασκούντες την γονική μέριμνα του ανηλίκου και συγκεκριμένα στους γονείς του, ενώ μπορεί και να ανήκει στον ένα γονέα μόνο, επειδή ο άλλος αδυνατεί να ασκήσει την γονική μέριμνα για πραγματικούς λόγους ή επειδή είναι ανίκανος δικαιοπρακτικά ή περιορισμένα ικανός για δικαιοπραξία. Το τελευταίο λαμβάνει χώρα και αν ο ένας γονέας εξέπεσε (1537 ΑΚ<sup>108</sup>) ή πέθανε ή κηρύχθηκε άφαντος (1538<sup>109</sup> ΑΚ).

Επιπλέον, ο ΚΙΔ προβλέπει στο άρθρο 12.2β.(αα) ότι «αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του

---

<sup>106</sup> Σύμφωνα με το άρθρο 128 ΑΚ «ανίκανοι για δικαιοπραξία είναι: 1. όσοι δεν έχουν συμπληρώσει το δέκατο έτος...» και σύμφωνα με το άρθρο 129 ΑΚ «περιορισμένη ικανότητα για δικαιοπραξία έχουν: 1. οι ανήλικοι που συμπλήρωσαν το δέκατο έτος...».

<sup>107</sup> 1510.1 ΑΚ: «Η μέριμνα για το ανήλικο τέκνο είναι καθήκον και δικαίωμα των γονέων (γονική μέριμνα), οι οποίοι την ασκούν από κοινού. Η γονική μέριμνα περιλαμβάνει την επιμέλεια του προσώπου, τη διοίκηση της περιουσίας και την εκπροσώπηση του τέκνου σε κάθε υπόθεση ή δικαιοπραξία ή δίκη, που αφορούν το πρόσωπο ή την περιουσία του».

<sup>108</sup> «Ο γονέας εκπίπτει από τη γονική μέριμνα αν καταδικάστηκε τελεσίδικα σε φυλάκιση τουλάχιστον ενός μηνός για αδίκημα που διέπραξε με δόλο και που αφορά τη ζωή, την υγεία και τα ήθη του τέκνου. Το δικαστήριο μπορεί, σ' αυτή την περίπτωση, εκτιμώντας τις περιστάσεις, να αφαιρέσει από το γονέα τη γονική μέριμνα και ως προς τα λοιπά τέκνα του, ύστερα από αίτηση του άλλου γονέα, των πλησιέστερων συγγενών ή του εισαγγελέα».

<sup>109</sup> «Η γονική μέριμνα παύει στο σύνολό της, ως προς τον ένα γονέα, αν αυτός εκπέσει σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο ή πεθάνει ή κηρυχθεί σε αφάνεια, και ως προς τους δύο γονείς, αν το τέκνο ενηλικιωθεί ή πεθάνει ή κηρυχθεί σε αφάνεια».



ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής». Ο ανήλικος λοιπόν μπορεί να εκφράσει μόνο τη γνώμη του επί της ιατρικής πράξης. Ακόμα και αν συμφωνεί ή διαφωνεί με αυτήν, την τελική απόφαση θα τη λάβουν οι γονείς του. Η Φουντεδάκη θεωρεί ωστόσο ότι αυτό είναι «υπερβολικά περιοριστικό για ώριμους ανήλικους σε σχέση με αποφάσεις για ιατρικές πράξεις όχι σοβαρές ή με ιδιάζοντα προσωπικό χαρακτήρα (λ.χ. μια δεκαεπτάχρονη ανήλικη δεν μπορεί μόνη της να αποφασίσει αν θα βάλει ορθοδοντικό μηχανισμό – σιδεράκια – ή αντισυλληπτικό μηχανισμό)» και κρίνει την διάταξη αυτή ως «συνολικά ατυχή»<sup>110</sup>.

Το πρώτο ερώτημα που προκύπτει από τα ανωτέρω είναι το ακόλουθο: *σε περίπτωση που οι γονείς έχουν πάρει διαζύγιο, με αποτέλεσμα να μην ασκείται η γονική μέριμνα ή η επιμέλεια από κοινού, ποιος γονέας θα πρέπει να συναινέσει ώστε η ιατρική πράξη να είναι έγκυρη;*

Κάθε ιατρική πράξη επί ανηλίκου ατόμου προϋποθέτει την ενημερωμένη συναίνεση αμφοτέρων των γονέων του. Ωστόσο, το άρθρο 1516.1.1 ΑΚ<sup>111</sup> ορίζει ότι οι συνήθεις πράξεις επιμέλειας του προσώπου του τέκνου – και άρα και οι συνήθεις ιατρικές πράξεις, όπως η επίσκεψη στον παιδίατρο<sup>112</sup> – μπορούν να ασκούνται και από τον έναν από τους δυο γονείς, ανεξάρτητα από το αν αυτοί είναι σύζυγοι ή όχι. Θα ήταν παράξενο άλλωστε το άρθρο 1516.1.1 ΑΚ να μπορεί μόνο ο ένας γονέας να δώσει τη συναίνεσή του σε μια ιατρική πράξη όταν ο γάμος είναι σε ισχύ, αλλά αυτό να μην μπορεί να λάβει χώρα όταν οι γονείς ζουν χωριστά.

Το δεύτερο ερώτημα που προκύπτει είναι το ακόλουθο: *εάν ο γονέας δεν συμφωνεί λόγω προσωπικών πεποιθήσεων με κάποια ιατρική πράξη, δικαιούται να αρνηθεί την διενέργειά της επί του σώματος του παιδιού του;*

---

<sup>110</sup>Φουντεδάκη Α., ό.π., σελ. 25.

<sup>111</sup> «Ο καθένας από τους γονείς επιχειρεί και μόνος του πράξεις αναφερόμενες στην άσκηση της γονικής μέριμνας: 1. όταν πρόκειται για συνήθεις πράξεις επιμέλειας του προσώπου του τέκνου ή για την τρέχουσα διαχείριση της περιουσίας του ή για πράξεις που έχουν επείγοντα χαρακτήρα».

<sup>112</sup> Και πάλι εκ του αντιθέτου συνάγεται ότι απαιτείται κοινή συναίνεση αμφοτέρων των γονέων για σοβαρές ιατρικές πράξεις για τη θεραπεία παθήσεων όπως η λευχαιμία, ο παιδικός καρκίνος, η μεταμόσχευση νεφρού ή άλλων οργάνων κλπ.

Η απάντηση στο ερώτημα αυτό έχει βαρύνουσα σημασία, ακριβώς επειδή θα αποτελέσει τη βάση όλων των προτάσεων για την αντιμετώπιση του αντιεμβολιαστικού κινήματος σε νομοθετικό επίπεδο.

Η γονική μέριμνα είναι ένα υποχρεωτικό και προσωποπαγές δικαίωμα του γονέα, το οποίο ανήκει στα λειτουργικά δικαιώματα – αποτελεί δηλαδή και δικαίωμα και καθήκον του γονέα, όπως εξάλλου ρητά ορίζεται και στο 1510.1α' ΑΚ. Αυτό σημαίνει ότι «όχι μόνο απαγορεύεται φυσικά η καταχρηστική άσκησή της [γονικής μέριμνας], αλλά πριν από αυτήν απαγορεύεται ακόμα και κάθε άσκηση που θα ήταν αντίθετη με το συμφέρον του παιδιού, κατά τον κανόνα του άρθρου 1511 [α' ΑΚ]<sup>113</sup>»<sup>114</sup>. Κατά συνέπεια, οι γονείς κατά την άσκηση της γονικής μέριμνας οφείλουν να αποβλέπουν στο συμφέρον του τέκνου και να μην ασκούν το δικαίωμά τους αυτό προβάλλοντας στο παιδί τους αντιλήψεις και προκαταλήψεις δικές τους.

Όταν λοιπόν ο γονέας ασκεί κακώς την γονική μέριμνα, μπορεί να εφαρμοστεί το άρθρο 1532 ΑΚ<sup>115</sup>, με αποτέλεσμα να αφαιρεθεί από αυτόν η άσκηση της γονικής μέριμνας ολικά ή μερικά και να ανατεθεί αποκλειστικά στον άλλο γονέα ή και σε τρίτο άτομο. «Κακή άσκηση της γονικής μέριμνας συνιστά... η παράβαση των καθηκόντων που επιβάλλει στους γονείς το λειτούργημά τους για την επιμέλεια ή την διοίκηση της περιουσίας του παιδιού»<sup>116</sup>. Ως τέτοια παράβαση έχει κριθεί η

---

<sup>113</sup> «Κάθε απόφαση των γονέων σχετικά με την άσκηση της γονικής μέριμνας πρέπει να αποβλέπει στο συμφέρον του τέκνου».

<sup>114</sup>Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., (2003), «Οικογενειακό Δίκαιο», τόμ. ΙΙ, Σάκκουλας 2003, σελ. 243.

<sup>115</sup> «Αν ο πατέρας ή η μητέρα παραβαίνουν τα καθήκοντα που τους επιβάλλει το λειτούργημά τους για την επιμέλεια του προσώπου του τέκνου ή την διοίκηση της περιουσίας του ή αν ασκούν το λειτούργημα αυτό καταχρηστικά ή δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν σ' αυτό, το δικαστήριο μπορεί, εφόσον το ζητήσουν ο άλλος γονέας, οι πλησιέστεροι συγγενείς του τέκνου, ο εισαγγελέας ή και αυτεπαγγέλτως, να διατάξει οποιοδήποτε πρόσφορο μέτρο. Το δικαστήριο μπορεί ιδίως να αφαιρέσει από τον ένα γονέα την άσκηση της γονικής μέριμνας ολικά ή μερικά και να την αναθέσει αποκλειστικά στον άλλο ή, αν συντρέχουν και στο πρόσωπο αυτού οι προϋποθέσεις της προηγούμενης παραγράφου, να αναθέσει την πραγματική φροντίδα του τέκνου ή, ακόμη, και την επιμέλειά του ολικά ή μερικά σε τρίτον ή και να διορίσει επίτροπο. Σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του πρώτου εδαφίου και επίκειται άμεσος κίνδυνος για τη σωματική ή την ψυχική υγεία του τέκνου, ο εισαγγελέας μπορεί να διατάξει κάθε πρόσφορο μέτρο για την προστασία του, μέχρι την έκδοση της αποφάσεως του δικαστηρίου, στο οποίο πρέπει να απευθύνεται εντός τριάντα ημερών».

<sup>116</sup>Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., ό.π., σελ. 317.

παραμέληση των ειδικότερων υποχρεώσεων της επιμέλειας, όπως για ένδυση, μόρφωση, περίθαλψη κλπ. του ανηλίκου<sup>117</sup>.

Αναπόδραστο είναι το συμπέρασμα ότι η υγεία του ανηλίκου αποτελεί ειδικότερη υποχρέωση της επιμέλειας και η παράλειψη του γονέα να λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα για την διαφύλαξη της υγείας του ανηλίκου τέκνου του συνιστά κακή άσκηση της γονικής μέριμνας. Προς αυτή την κατεύθυνση άλλωστε κινείται και ο ΚΙΔ, καθώς στο άρθρο 12.3γ' ρητά ορίζεται ότι «Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:... αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή».

### 3.2. Οι νομικές προβλέψεις για το ζήτημα του εμβολιασμού των ανηλίκων παιδιών

Αναζητώντας τις ελληνικές νομοθετικές διατάξεις για τον εμβολιασμό, διαπιστώνει κανείς ότι δεν υπάρχει ρητή νομοθεσία που να επιβάλλει στους γονείς τον εμβολιασμό των ανηλικών παιδιών τους, με αποτέλεσμα μοναδική διέξοδος να είναι η ερμηνεία των ήδη υπαρχόντων νομοθετικών ρυθμίσεων σχετικά με το θέμα. Το δε ΚΕΕΛΠΝΟ έχει περιοριστεί στην έκδοση ενός ενημερωτικού φυλλαδίου για τους πιθανούς κινδύνους από τον μη εμβολιασμό<sup>118</sup>.

Σύμφωνα με γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, όπως αυτή περιέχεται στο υπ' αριθμ. Υ1/Γ.Π.161682/22-12-2008 έγγραφο της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής του τότε Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «είναι υποχρεωτικά όλα εκείνα τα εμβόλια που είναι ενταγμένα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και για αυτό δίνονται δωρεάν στα πλαίσια προστασίας της Δημόσιας

<sup>117</sup>Κοτζάμπαση Α., (1989), «Η ανάθεση της άσκησης της γονικής μέριμνας σε τρίτον», ΕΝΟΒΕ 8: Θέματα γονικής μέριμνας 1989, σελ. 111 επ.

<sup>118</sup><http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%BB%CE%B1%CE%BC%CE%B2%CE%AC%CE%BD%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%B9%20%CE%BC%CE%B5%20%CE%B5%CE%BC%CE%B2%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%B1%CF%83%CE%BC%CF%8C/%CE%97%20%CE%B5%CF%85%CE%B8%CF%8D%CE%BD%CE%B7%20%CF%84%CF%89%CE%BD%20%CE%B3%CE%BF%CE%BD%CE%AD%CF%89%CE%BD%2027-04-12.pdf>

Υγείας. Μόνο σε περιπτώσεις ιατρικής αντένδειξης, θα μπορούν οι γονείς να αρνηθούν τον εμβολιασμό των παιδιών τους».

Το υποχρεωτικό του εμβολιασμού των παιδιών θεσπίζεται και στο άρθρο 33 του ν. 2676/1999, σύμφωνα με το οποίο «...καθιερώνεται η υποχρεωτική προληπτική ιατρική, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσης ή την αποτροπή της εμφάνισης νοσηρών καταστάσεων. Η προληπτική ιατρική περιλαμβάνει: α. Εμβολιασμούς παιδιών και ενηλίκων, σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού για την Ελλάδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας». Το πρόβλημα όμως που παρουσιάζεται με το άρθρο αυτό έγκειται στο ότι δεν προβλέπεται κάποια κύρωση για τον μη εμβολιασμό των παιδιών ή των ενηλίκων, με αποτέλεσμα η «υποχρεωτικότητα» τους να καθίσταται κενό γράμμα<sup>119</sup>.

Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 7.2β και 7.3β των π.δ. 200 και 201/1998<sup>120</sup> αντιστοίχως για την εγγραφή μαθητών στο νηπιαγωγείο και στο δημοτικό σχολείο, απαιτείται και η «επίδειξη του βιβλιαρίου ή προσκόμιση άλλου στοιχείου, στο οποίο φαίνεται ότι έγιναν τα προβλεπόμενα εμβόλια, καθώς και του Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή». Κατά δε την με αριθμό πρωτοκόλλου Φ.6/451/115131/Γ1/16-09-2010 εγκύκλιο του τότε Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων «οι γονείς που για οποιουδήποτε άλλους λόγους (προσωπικά δεδομένα και πιθανές παρενέργειες) δεν επιθυμούν τον εμβολιασμό των παιδιών τους, οφείλουν να προσκομίζουν βεβαίωση ιατρικής αντένδειξης από: α) Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία, ή β) Διευθύνσεις Υγιεινής της οικείας Νομαρχίας, ή γ) Ιατροκοινωνικά Κέντρα, ή δ) Ασφαλιστικούς φορείς, ή ε) ιδιώτες ιατρούς, σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Ν.3418/28-11-2005 (τ.Α' ΦΕΚ 287)».

Συνοψίζοντας, τα επιστημονικά δεδομένα, όπως αυτά παρουσιάστηκαν στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας, καθιστούν τον εμβολιασμό των ανηλίκων παιδιών απαραίτητο και για το συμφέρον τους και για την προστασία της δημόσιας υγείας.

---

<sup>119</sup> Στο ίδιο άρθρο, στην υποχρεωτική προληπτική ιατρική εντάσσονται και «β. Εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου. γ. Εξετάσεις για την πρόληψη γυναικολογικών καρκίνων (test pap-μαστογραφία). δ. Εξέταση για την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη. ε. Προληπτικές οδοντιατρικές εργασίες σε παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών». Πολύ μεγάλος αριθμός πολιτών και ωστόσο παραλείπουν από φόβο ή και από αδιαφορία να εξεταστούν για καρκίνο του προστάτη και για γυναικολογικούς καρκίνους, χωρίς όμως αυτό να απασχολεί με οποιονδήποτε τρόπο τον νόμο!

<sup>120</sup> ΦΕΚ 161<sup>Α</sup>/1998.

Ωστόσο, η έλλειψη ειδικών κυρώσεων στις προαναφερθείσες νομικές προβλέψεις αναπόδραστα αφήνει ως μονόδρομο δυο επιλογές:

- την ποινική δίωξη για το έγκλημα της παραβίαση λήψης μέτρων για πρόληψη ασθενειών. Το τελευταίο τυποποιείται στο άρθρο 284 του Ποινικού Κώδικα ως ακολούθως: *«όποιος παραβιάζει τα μέτρα που έχει διατάζει ο νόμος ή η αρμόδια αρχή, για να αποτραπεί η εισβολή ή η διάδοση μιας μεταδοτικής ασθένειας τιμωρείται με φυλάκιση και, αν η παραβίαση είχε ως συνέπεια να μεταδοθεί η ασθένεια σε άνθρωπο, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών, ενώ, αν η πράξη τελέσθηκε από αμέλεια επιβάλλεται φυλάκιση μέχρι ενός έτους ή χρηματική ποινή»*
- την επιβολή αστικών κυρώσεων για κακή άσκηση της γονικής μέριμνας σε βάρος των γονέων που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους (μερική ή ολική αφαίρεση της γονικής μέριμνας και ανάθεσή της σε άλλο άτομο, όπως ορίζουν οι σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα). Ήδη άλλωστε η ελληνική νομολογία έχει κρίνει ότι μπορεί να αφαιρεθεί η γονική μέριμνα από τον γονέα λόγω της πιθανής επικινδυνότητας των απόψεών του για την υγεία του παιδιού του με την 1433/2003 ΕφΘεσσ. Σε αυτήν, το Δικαστήριο αφαίρεσε από την μητέρα την γονική μέριμνα, καθώς αυτή ήταν μάρτυρας του Ιεχωβά και «η τυχόν ανάθεση της [γονικής μέριμνας] σ' αυτήν μπορεί να έχει ως συνέπεια την έκθεσή του [ανηλίκου] σε άμεσους κινδύνους για τη σωματική του ακεραιότητα, αν... ο ανήλικος αυτός τραυματισθεί ή ασθενήσει και χρειασθεί μετάγγιση αίματος και μάλιστα άμεση, την οποία η μητέρα του, λόγω των θρησκευτικών της δοξασιών και των σχετικών πεποιθήσεών της, τις οποίες δεν αρνείται, θ' αρνηθεί να του παράσχει... ή αν, πολύ περισσότερο, η μητέρα του, σε περίπτωση τραυματισμού ή ασθενείας του, αποκρύψει την ανάγκη της μετάγγισης, για να μην αναγκασθεί τυχόν να συναινέσει σ' αυτήν με εισαγγελική εντολή και παραβιάσει έτσι τις θρησκευτικές της πεποιθήσεις, οπότε θα χαθεί πολύτιμος χρόνος μέχρι να διαπιστωθεί η ανάγκη και κινήσει τη σχετική διαδικασία ο αρμόδιος Εισαγγελέας<sup>121</sup>».

<sup>121</sup> Η απόφαση αυτή δημοσιεύτηκε πριν τη θέσπιση του ΚΙΔ, σε χρονική περίοδο δηλαδή κατά την οποία κατ' άρθρο 1534 ΑΚ «σε περίπτωση όπου υπάρχει κατεπείγουσα ανάγκη ιατρικής επέμβασης, για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου, ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών [μπορούσε], αν [αρνούταν] οι γονείς, να δώσει αυτός άμεσα την απαιτούμενη άδεια, ύστερα από αίτηση του

Τέλος, όσον αφορά τους παιδίατρος που χορηγούν ψευδείς βεβαιώσεις ιατρικής αντένδειξης των εμβολίων ή τέλεσης των εμβολίων στο παιδί χωρίς αυτό να έχει λάβει χώρα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι τελούν το αδίκημα της ψευδούς ιατρικής βεβαίωσης του 221.1 ΠΚ, το οποίο επισύρει ποινή φυλάκισης, χρηματική ποινή και ενδεχόμενη αφαίρεση άσκησης επαγγέλματος υπό προϋποθέσεις<sup>122</sup>.

### 3.3. Η άρνηση εμβολιασμού και η εγγραφή στο σχολείο

Το βασικό νομικό όπλο στη φαρέτρα των αντιεμβολιαστών αποτελεί το επιχείρημα ότι η υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού αντιτίθεται στη συνταγματικά κατοχυρωμένη προσωπική αυτονομία και αυτοδιάθεση του ανηλίκου, όπως αυτές νοούνται και ασκούνται από τους γονείς του. Επιπλέον, μεγάλο ζήτημα αναφύεται με το κατά πόσο λοιπόν είναι υποχρεωτικός ο εμβολιασμός του παιδιού προκειμένου αυτό να μπορέσει να εγγραφεί στο νηπιαγωγείο και στο δημοτικό σχολείο, καθώς έτσι το παιδί θα στερηθεί το επίσης συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην εκπαίδευση<sup>123</sup>. Το θέμα περιπλέκεται ακόμα περισσότερο εάν λάβουμε υπ' όψιν μας ότι δεν είναι δυνατή η εφαρμογή του αμέσως προαναφερθέντος άρθρου 12.3γ ΚΙΔ, καθώς το εμβόλιο δεν αποτελεί άμεση παρέμβαση που θα απέτρεπε τυχόν κίνδυνο για την ζωή ή την υγεία του παιδιού. Αυτό φυσικά σημαίνει ότι όταν πρόκειται για κατεπείγουσα περίπτωση, εφόσον κινδυνεύει η ζωή του παιδιού, βάσει του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο ιατρός οφείλει να ενεργεί αυτοβούλως τον εμβολιασμό στο παιδί, ανεξάρτητα εάν οι γονείς διαφωνούν με αυτόν.

---

αρμόδιου για τη θεραπεία γιατρού ή του διευθυντή της κλινικής όπου νοσηλεύεται το τέκνο ή οποιουδήποτε άλλου αρμόδιου υγειονομικού οργάνου».

<sup>122</sup> 221 ΠΚ: «1. Γιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι, φαρμακοποιοί, χημικοί και μαίες που εν γνώσει εκδίδουν ψευδείς πιστοποιήσεις, οι οποίες προορίζονται να παρέχουν πίστη σε δημόσια, δημοτική ή κοινοτική αρχή ή νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου ή σε μία ασφαλιστική επιχείρηση ή που μπορούν να ζημιώσουν έννομα και ουσιώδη συμφέροντα άλλου προσώπου τιμωρούνται με φυλάκιση μέχρι δύο ετών και με χρηματική ποινή. Αν οι ψευδείς αυτές πιστοποιήσεις προορίζονται για δικαστική χρήση, αυτοί που τις εκδίδουν τιμωρούνται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και χρηματική ποινή, με στέρηση των αξιωματικών και θέσεων που αναφέρονται στο άρθρο 63 αριθμ. 1, ως και με απαγόρευση άσκησης του επαγγέλματός τους για χρονικό διάστημα ένα μήνα μέχρις έξι μήνες».

<sup>123</sup> 16.4 Σ: «Όλοι οι Έλληνες έχουν δικαίωμα δωρεάν παιδείας, σε όλες τις βαθμίδες της, στα κρατικά εκπαιδευτήρια».

Στο δίλημμα αυτό προσπάθησαν να απαντήσουν ο Συνήγορος του Παιδιού με την υπ' αριθμ. 162670/20474/2013 Γνωμοδότησή του και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής με την από 26.05.2015 Σύστασή<sup>124</sup> της, τις οποίες και θα αναλύσουμε παρακάτω.

Στην Γνωμοδότησή του αυτή, ο Συνήγορος του Παιδιού κρίνει ότι η άρνηση εγγραφής των μαθητών στις βαθμίδες της υποχρεωτικής εκπαίδευσης σε περίπτωση που δεν έχουν εμβολιαστεί παραβιάζει την αρχή της αναλογικότητας, και ως εκ τούτου είναι αντισυνταγματική, ενώ ο υποχρεωτικός εμβολιασμός που διενεργείται χωρίς την συναίνεση του εμβολιαζόμενου ή του έχοντος την γονική μέριμνα συνιστά προσβολή της προσωπικότητας και παραβιάζει την θεμελιώδη υποχρέωση σεβασμού της αξίας του ανθρώπου. Ως προς την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, αυτή πρέπει να κριθεί από ειδικούς στο χώρο της υγείας. Σε κάθε περίπτωση, αν επιδιωκόμενος σκοπός είναι η προστασία της δημόσιας υγείας, ο περιορισμός του δικαιώματος της πρόσβασης στην εκπαίδευση δεν είναι ούτε κατάλληλος, ούτε αναγκαίος για την επίτευξη του σκοπού αυτού, γιατί προβλέπονται ήδη από τη νομοθεσία κυρώσεις για τους γονείς για την μη διενέργεια ορισμένων εμβολίων. Σε περιόδους που δεν υφίσταται επιδημία, τα εμβόλια χρησιμοποιούνται για να παραμείνει προληπτικά ενεργή η συλλογική ανοσία - ο μη εμβολιασμός των παιδιών δεν συνιστά κίνδυνο για τα υπόλοιπα εμβολιασμένα παιδιά και για το λόγο αυτό αρκεί η σημείωση στο ατομικό βιβλιάριο υγείας του μαθητή αν είναι ή όχι εμβολιασμένος και με ποια εμβόλια.

Η δε Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής ακολουθεί την ίδια θέση, θεωρώντας ότι η απόφαση των γονέων να μην εμβολιασθεί το παιδί, δεν μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενείς συνέπειες αποκλεισμού του από την κοινωνική ζωή, εφ' όσον δεν τίθεται σοβαρό ζήτημα για την προστασία της δημόσιας υγείας. Αν, πάντως, υπάρχει θέμα επείγουσας προστασίας της τελευταίας, μέτρα περιορισμού για την προφύλαξη όσων παιδιών δεν έχουν εμβολιασθεί είναι επιβεβλημένα, ακόμη και παρά την θέληση των γονέων. Υπογραμμίζει ότι η υποχρεωτική εκπαίδευση δεν μπορεί να εξαρτάται από τον όρο του εμβολιασμού, αφού τότε η συμμόρφωση προς μια δημόσια υποχρέωση θα προϋπέθετε την παραίτηση από την άσκηση θεμελιώδους δικαιώματος. Τέλος, θεωρεί θεμιτό να ζητείται από τους γονείς η πληροφορία περί του αν το παιδί έχει υποβληθεί στη διενέργεια συγκεκριμένων εμβολίων, όπως και κάθε άλλη πληροφορία

---

<sup>124</sup><http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/957-2015-06-24-09-48-55>.

που αφορά την υγεία του, προκειμένου να διευκολύνεται η έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων στη διάρκεια της σχολικής ζωής.

Τόσο όμως η Γνωμοδότηση του Συνηγόρου του Παιδιού όσο και η Σύσταση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής είναι βαθύτατα προβληματικές για μια σειρά από λόγους. Κατ' αρχάς, τόσο ο Συνήγορος του Παιδιού όσο και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής φαίνεται να θεωρούν ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός είναι αντισυνταγματικός ως ανεπίτρεπτη παρέμβαση στο σώμα του παιδιού και με τον τρόπο έτσι προασπίζουν το δικαίωμα στην προσωπικότητα του παιδιού. Ωστόσο, εύλογα εδώ μπορεί να τεθεί το ακόλουθο ερώτημα, στο οποίο δεν απαντά ούτε ο Συνήγορος ούτε η Επιτροπή: το να διακινδυνεύουμε την υγεία του ίδιου παιδιού με το να μην το εμβολιάζουμε, εκθέτοντάς το έτσι σε δυνητικά θανατηφόρες ασθένειες, δεν αποτελεί επίσης απαράδεκτη διακινδύνευση της υγείας και της ζωής του, με αποτέλεσμα και πάλι να προσβάλλεται το δικαίωμα στην προσωπικότητά του;

Επιπλέον, ο ισχυρισμός ότι το μέτρο του υποχρεωτικού εμβολιασμού δεν είναι κατάλληλο επειδή είναι δυνατή η επιβολή κυρώσεων στους γονείς είναι «πέταγμα της μπάλας στην εξέδρα», κατά το κοινώς λεγόμενο. Το να επιτρέπεται ο υποχρεωτικός εμβολιασμός σε περίπτωση επιδημίας είναι άτοπο, καθώς ο υποχρεωτικός εμβολιασμός είναι αυτός που θα αποτρέψει την επιδημία. Άλλωστε, η επιστήμη έχει ήδη αποφανθεί για τη χρησιμότητα και την αναγκαιότητα των εμβολιασμών στην παιδική ηλικία, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Οι όποιες πιθανότητες ανεπιθύμητων ενεργειών ωχριούν μπροστά στις καταστροφικές συνέπειες που θα έχει μια επιδημία ιλαράς ή κοκκύτη. Το δε επιχείρημα ότι τα υπόλοιπα παιδιά δεν διατρέχουν κανέναν κίνδυνο, αφού είναι εμβολιασμένα, στηρίζεται ακριβώς στον εμβολιασμό των υπολοίπων παιδιών. Αν όμως είναι δικαίωμα του ενός γονιού να μην εμβολιάσει το παιδί του, τότε είναι δικαίωμα και του άλλου γονιού. Τι θα γίνει τότε; Πόσα παιδιά θα βρίσκονταν μη εμβολιασμένα στον ίδιο χώρο και με τι συνέπειες; Η διατάραξη της συλλογικής ανοσίας θα επιτρέψει την επιστροφή αυτών των ασθενειών και την αναζωπύρωση επιδημιών.

Τόσο ο Συνήγορος, όσο και η Επιτροπή, δεν εξηγούν τι θα πρέπει να γίνει στην περίπτωση που κάποιο ανεμβολίαστο παιδί μεταδώσει κάποια ασθένεια σε κάποιο άλλο και αδιαφορούν για το δικαίωμα στην υγεία και στην εκπαίδευση των παιδιών



που είναι ανεμβολίαστα για ιατρικούς λόγους (π.χ. λόγω χημειοθεραπείας ή αλλεργίας ή μεταμόσχευσης) και το δικαίωμα στην υγεία των βρεφών που είναι πολύ μικρά για να εμβολιαστούν. Απεναντίας, φαίνεται να προσπερνούν αβασάνιστα την συγκεκριμένη παράμετρο του θέματος. Αυτό στο οποίο ουσιαστικά καταλήγουν η Γνωμοδότηση και η Σύσταση είναι στο ότι πρέπει ο διευθυντής να δέχεται την εγγραφή του αδικαιολογήτως μη εμβολιασμένου παιδιού και να καταγγέλλει τους γονείς που δεν το εμβολίασαν για να έχει κάποια κάλυψη στην περίπτωση που τα πράγματα πάνε στραβά. Ομοίως και ο παιδίατρος που αντιλαμβάνεται ότι ο γονέας δεν εμβολιάζει έχει δικαίωμα να το αναφέρει στις αρχές, καμπτόμενης της υποχρέωσης εχεμύθειας, λόγω του ηθικού καθήκοντος προστασίας της δημόσιας υγείας και της υγείας του παιδιού. Αν όμως πάνε τα πράγματα στραβά, τότε η απόδοση ευθυνών θα είναι πικρή παρηγοριά.

### 3.4. Διεθνής νομολογία/νομοθεσία και αντιεμβολιαστικό κίνημα

Πέραν των προσπαθειών για την κατάλληλη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού, οι νομοθέτες και οι εφαρμοστές του νόμου στο εξωτερικό τείνουν να θεωρούν τον εμβολιασμό υποχρεωτικό και αναγκαίο.

Σταχυολογώντας διάφορες δικαστικές αποφάσεις και νομοθετικές κινήσεις, μπορούμε να αναφέρουμε ως σημαντικότερες τις ακόλουθες:

- στην Ιταλία, το περιφερειακό δικαστήριο του Ρίμινι της Ιταλίας έκρινε το 2012 ότι ο αυτισμός οφείλεται στο εμβόλιο MMR<sup>125</sup>, δεχόμενο την προαναφερθείσα κατασκευασμένη μελέτη του Andrew Wakefield και εξετάζοντας ως μάρτυρα τον γιατρό Massimo Montinari, παρά το γεγονός ότι ο τελευταίος δεν είχε καμία απολύτως δημοσίευση στο ενεργητικό του για τον αυτισμό ή για τα εμβόλια. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο ιατρός αυτός είναι συγγραφέας ενός αντιεμβολιαστικού βιβλίου και έχει δημιουργήσει μια δική του «θεραπεία» για τον αυτισμό<sup>126</sup>. Το ιταλικό Υπουργείο Υγείας άσκησε

<sup>125</sup>[http://www.repubblica.it/salute/medicina/2012/09/12/news/vaccini\\_effetti\\_collaterali-42380015/?ref=search](http://www.repubblica.it/salute/medicina/2012/09/12/news/vaccini_effetti_collaterali-42380015/?ref=search).

<sup>126</sup>[https://www.amazon.it/Autismo-terapie-migliorare-guarire-dottori/dp/8875073457/ref=sr\\_1\\_1?ie=UTF8&qid=1340653528&sr=8-1](https://www.amazon.it/Autismo-terapie-migliorare-guarire-dottori/dp/8875073457/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1340653528&sr=8-1).

έφεση κατά αυτής της απόφασης και το 2015 το Εφετείο της Μπολόνια ανέτρεψε την απόφαση του δικαστηρίου του Ρίμινι. Μάλιστα, το Εφετείο έκρινε ότι το πρωτόδικο δικαστήριο έσφαλε χρησιμοποιώντας ως αποδεικτικά μέσα την εργασία του Wakefield, χαρακτηρίζοντας την ως μια μελέτη «διαψευσμένη από την ιατρική κοινότητα»<sup>127</sup>. Πολύ πρόσφατα μάλιστα, μόλις στις 20 Μαΐου 2017, η Ιταλία κατέστησε υποχρεωτικό τον εμβολιασμό των παιδιών ηλικίας έως 12 ετών, με ετήσιο μάλιστα έλεγχο της πραγματικής εμβολιαστικής κάλυψης για κάθε παιδί και με απαγόρευση της παρακολούθησης των μαθημάτων του δημοτικού σχολείου στα ανεμβολίαστα παιδιά. Από το δημοτικό και πέρα δεν προβλέπεται η απαγόρευση εγγραφής και παρακολούθησης των μαθημάτων, αλλά θα μπορεί να επιβάλλεται πρόστιμο μέχρι και 7.500 χιλιάδες ευρώ στους γονείς. Το δε δικαστήριο ανηλίκων θα έχει το δικαίωμα να αφαιρεί την γονική μέριμνα, αν το κρίνει αναγκαίο<sup>128</sup>. Επιπλέον δε, τον Ιούλιο του 2017, για να μπορούν να εγγράφονται στα ιταλικά σχολεία τα παιδιά, θα πρέπει να έχουν κάνει υποχρεωτικά δέκα εμβόλια: της πολιομυελίτιδας, της ηπατίτιδας Β, του τετάνου, της ιλαράς, της ανεμευλογιάς, της ερυθράς, του κοκκύτη, της διφθερίτιδας, της παρωτίτιδας και του αιμόφιλου ινφλουέντσας τύπου Β. Τα ανεμβολίαστα δεν θα μπορούν να εγγράφονται σε παιδικούς σταθμούς. Θα επιτρέπεται μεν η εγγραφή στο δημοτικό σχολείο, αλλά οι γονείς των παιδιών θα πρέπει να υπογράφουν συγχρόνως υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι θα προχωρήσουν, μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, στον εμβολιασμό των παιδιών τους. Σε περίπτωση που δεν το πράξουν, θα τους επιβάλλεται πρόστιμο<sup>129</sup>.

- στην Κροατία, το 2014 το Συνταγματικό Δικαστήριο απέρριψε το αίτημα του τοπικού αντιεμβολιαστικού κινήματος περί δικαιώματος εξαίρεσης από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό των παιδιών<sup>130</sup>, με βασικό επιχείρημα το ότι «το

---

<sup>127</sup>[http://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/03/01/news/autismo\\_i\\_giudici\\_assolvono\\_il\\_vaccino-108441541/](http://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/03/01/news/autismo_i_giudici_assolvono_il_vaccino-108441541/).

<sup>128</sup>[http://www.repubblica.it/salute/2017/05/19/news/vaccini\\_oggi\\_testo\\_in\\_cdm\\_boschi\\_no\\_scherzi\\_su\\_salute-165815370/](http://www.repubblica.it/salute/2017/05/19/news/vaccini_oggi_testo_in_cdm_boschi_no_scherzi_su_salute-165815370/).

<sup>129</sup> [http://www.huffingtonpost.gr/2017/07/28/eidiseis-diethnes-vpoxreotika-emvolia-italia-paidia-sxoleia\\_n\\_17609476.html](http://www.huffingtonpost.gr/2017/07/28/eidiseis-diethnes-vpoxreotika-emvolia-italia-paidia-sxoleia_n_17609476.html)

<sup>130</sup><https://www.vecernji.hr/lifestyle/roditelji-nemaju-pravo-odbiti-cijepiti-svoje-dijete-929063>.

δικαίωμα των παιδιών στην υγεία είναι ανώτερο από το δικαίωμα των γονιών τους στην (λάθος) επιλογή»

- στο Ηνωμένο Βασίλειο, τον Απρίλιο του 2017, το High Court υποχρέωσε αντιεμβολιάστρια μητέρα να εμβολιάσει τους δύο της γιους, με τον Δικαστή Mark Rogers να σχολιάζει πως «λυπάται που η μητέρα θα θεωρήσει την απόφαση εσφαλμένη, αλλά το αντικειμενικό [του] καθήκον είναι ξεκάθαρο»<sup>131</sup>.
- στην Αυστραλία, από το 2016 ακολουθείται η πολιτική του “no jab, no pay” («χωρίς βελόνα, χωρίς λεφτά»)<sup>132</sup>. Σύμφωνα με αυτήν, οι γονείς που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους χωρίς ιατρική αντένδειξη αποκλείονται άμεσα από την λήψη οικογενειακών επιδομάτων. Το μέτρο αυτό οδήγησε στον εμβολιασμό περισσότερων από 148.000 παιδιών<sup>133</sup>. Επιπλέον, η Δυτική Αυστραλία αποφάσισε να απαγορεύσει την εγγραφή των ανεμβολίαστων παιδιών σε παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία<sup>134</sup>. Η χώρα μάλιστα κήρυξε φανερά τον πόλεμο ενάντια στο αντιεμβολιαστικό κίνημα τον Αύγουστο του 2017, όταν απαγόρευσε την είσοδο στη χώρα στον αμερικανό αντιεμβολιαστή Κεν Χεκενλάιβλι, με τον Υπουργό Μετανάστευσης της χώρας να δηλώνει δημόσια ότι ο Χεκενλάιβλι είναι «επικίνδυνος» και ότι η είσοδος του στη χώρα «αντίκειται στο εθνικό συμφέρον»<sup>135</sup>.

---

<sup>131</sup><http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/vegan-mother-vaccinate-children-high-court-toxin-free-kids-mmr-anti-vaxxer-a7670881.html>.

<sup>132</sup><http://www.dss.gov.au/our-responsibilities/families-and-children/benefits-payments/strengthening-immunisation-for-young-children/strengthening-immunisation-for-children-frequently-asked-questions>.

<sup>133</sup><http://www.theguardian.com/australia-news/2016/jul/31/no-jab-no-pay-thousands-immunise-children-to-avoid-family-payment-cuts>.

<sup>134</sup>[http://www.abc.net.au/news/2017-05-21/unvaccinated-children-to-be-banned-from-wa-childcare,-preschools/8544878?WT.ac=statenews\\_wa](http://www.abc.net.au/news/2017-05-21/unvaccinated-children-to-be-banned-from-wa-childcare,-preschools/8544878?WT.ac=statenews_wa).

<sup>135</sup> <http://www.bbc.com/news/world-australia-41104629>.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, μπορεί κανείς να καταλήξει στο ότι το ουσιαστικό ερώτημα είναι ένα: είναι νοητός ο περιορισμός του ατομικού δικαιώματος στην προσωπικότητα (όπως αυτό εκφράζεται με την άρνηση της συναίνεσης στον εμβολιασμό) προκειμένου να εξασφαλισθεί η συλλογική ανοσία και κατ' επέκταση η δημόσια υγεία; Ή με άλλα λόγια, τι πρέπει να γίνει στην περίπτωση που με μαθηματική ακρίβεια οι ελεύθερες αποφάσεις ενός προσώπου για την υγεία του (ή για την υγεία του παιδιού του) θα βλάψουν την υγεία ή και θα απειλήσουν τη ζωή άλλων προσώπων του άμεσου ή του ευρύτερου περιβάλλοντός του; Η απάντηση δεν μπορεί παρά να είναι θετική.

Ως γνωστόν, ο ασθενής μεταδοτικού νοσήματος μπορεί δυνητικά να μεταδώσει την ασθένειά του σε τρίτα πρόσωπα και οι αποφάσεις για την υγεία του δεν περιορίζουν τα αποτελέσματά τους μόνο σε αυτόν, αλλά ενδέχεται να επηρεάσουν την υγεία άλλων ή και του κοινωνικού συνόλου. Το ίδιο ισχύει και όταν ο ασθενής αυτός δεν λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα (εν προκειμένω, τον εμβολιασμό) για την αποτροπή της μετάδοσης και διασποράς της νόσου σε τρίτους, κάτι που άλλωστε τιμωρείται από το 284 ΠΚ, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω.

Ο κίνδυνος για την υγεία των άλλων μπορεί λοιπόν να δικαιολογήσει τους περιορισμούς στην αυτονομία του ασθενή ως προς τις αποφάσεις του για τα θέματα της υγείας του και της προσωπικότητάς του. Οι περιορισμοί αυτοί έχουν με την σειρά τους δικούς τους περιορισμούς, οι οποίοι πρέπει<sup>136</sup> να είναι *αντικειμενικοί και απρόσωποι*, να δικαιολογούνται «εξ αποχρώντων λόγων γενικότερου (sic) δημοσίου ή κοινωνικού συμφέροντος»<sup>137</sup>, να τηρούν την *αρχή της αναλογικότητας* (25.1Σ<sup>138</sup>), πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να είναι σύμφωνοι με το Σύνταγμα, κατάλληλοι και

---

<sup>136</sup>Χρυσόγονος Κ., (2002), «Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα», Αντ. Ν. Σάκκουλας 2002, σελ. 87-98.

<sup>137</sup>Χρυσόγονος Κ., ό.π., σελ. 88.

<sup>138</sup>«Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών στις οποίες προσιδιάζουν. Οι κάθε είδους περιορισμοί που μπορούν κατά το Σύνταγμα να επιβληθούν στα δικαιώματα αυτά πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα είτε από το νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού και να σέβονται την αρχή της αναλογικότητας».

αναγκαίοι<sup>139</sup> και σύμφωνοι με το νόμο, την επιστήμη και τα χρηστά ήθη και τέλος, να μη θίγουν *την ουσία ή τον πυρήνα του δικαιώματος*.

Εν προκειμένω, πληροί ο περιορισμός της αυτονομίας με την μορφή του εμβολιασμού τους προαναφερθέντες «περιορισμούς των περιορισμών»; Και πάλι, η απάντηση δεν μπορεί παρά να είναι θετική, καθώς ο εμβολιασμός είναι ένα αντικειμενικό και απρόσωπο μέτρο, το οποίο εφαρμόζεται σε όλους τους πολίτες, *αντικειμενικά και απρόσωπα*. Η υλοποίηση του κοινωνικού δικαιώματος στη δημόσια υγεία, που αποτελεί εξ' ορισμού λόγο γενικότερου δημοσίου ή κοινωνικού συμφέροντος, είναι ανέφικτη χωρίς τον περιορισμό του ατομικού δικαιώματος στην προσωπικότητα. Ο εμβολιασμός είναι ένα μέτρο που τηρεί την *αρχή της αναλογικότητας*, καθώς αποτελεί νόμιμη και σύμφωνη με το Σύνταγμα πράξη, σύμφωνη με την ιατρική επιστήμη και τα χρηστά ήθη (πρόκειται για ορθή άσκηση της γονικής μέριμνας, σύμφωνα με όσα παρατέθηκαν παραπάνω). Επιπλέον, είναι κατάλληλο και αναγκαίο μέτρο, καθώς οι ασθένειες από τις οποίες προστατεύει μεταδίδονται με πολύ εύκολο τρόπο και έχουν πολύ σοβαρές συνέπειες. Τέλος, δεν θίγεται *η ουσία/ ο πυρήνας του δικαιώματος στην προσωπικότητα*, καθώς πρόκειται για ένα δικαίωμα το οποίο δεν το έχουν μόνο αυτοί που δεν επιθυμούν τον εμβολιασμό, αλλά και αυτοί που επιθυμούν να διαβιούν χωρίς την πιθανότητα προσβολής από λοιμώδεις νόσους. Άλλωστε, αν θιγόταν η ουσία/ ο πυρήνας του δικαιώματος, ο ΠΚ δεν θα περιελάμβανε το προαναφερθέν άρθρο 284 περί παραβίασης λήψης μέτρων για την πρόληψη ασθενειών.

Εν κατακλείδι, η μη επιβολή περιορισμών σε αυτούς που αρνούνται να εμβολιαστούν προσβάλλει την αξίωση και των έτερων φορέων του δικαιώματος στην υγεία και στην προσωπικότητα (όλων όσων εμβολιάζονται δηλαδή, διατηρώντας στα αναγκαία ποσοστά την συλλογική ανοσία και διασφαλίζοντας έτσι την δημόσια υγεία). Θα αποτελούσε παράδοξο να ισχυριστούμε ότι η επιβολή των εμβολιασμών σε αυτούς που δεν το επιθυμούν παραβιάζει τον πυρήνα του δικαιώματος στην υγεία και στην προσωπικότητά τους, αλλά δεν παραβιάζει τον αντίστοιχο πυρήνα αυτών που επιθυμούν να ζουν σε ένα περιβάλλον όπου δεν θα απειλούνται από μεταδοτικές ασθένειες, ειδικά όταν οι πρώτοι αποτελούν κίνδυνο για την υγεία των δεύτερων και όχι το αντίστροφο.

---

<sup>139</sup>Χρυσόγονος Κ., ό.π., σελ. 92-95.

Το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο, παρά το γεγονός ότι δεν προβλέπει ποινικές κυρώσεις, φαίνεται να επαρκεί για την αντιμετώπιση του φαινομένου του εμβολιασμού. Μία τροποποίηση που θα μπορούσε να προταθεί, θα ήταν να καθιερωθεί η άρνηση εμβολιασμού ως ένα μαχητό τεκμήριο της κακής άσκησης της γονικής μέριμνας, κατ' αναλογία της διγαμίας, της μοιχείας, της εγκατάλειψης συζύγου, της επιβουλής της ζωής του συζύγου και της ενδοοικογενειακής βίας ως τεκμηρίων ισχυρού κλονισμού του γάμου<sup>140</sup>. Έτσι, αν ο γονέας που δεν εμβολιάζει το παιδί του δεν αποδείξει το αντίθετο, η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας θα τεκμαίρεται και θα είναι δυνατή η αφαίρεσή της από τον γονέα. Προς αυτή την κατεύθυνση φαίνεται να κινείται και η ελληνική νομολογία, καθώς με την πολύ πρόσφατη απόφαση 378/2016 του Μονομελούς Πρωτοδικείου Λάρισας αφαιρέθηκε από τη μητέρα και ανατέθηκε στον πατέρα η επιμέλεια ανηλίκων παιδιών, καθώς η μητέρα τους, μεταξύ άλλων «...επηρεασμένη από αμφίβολης επιστημονικής βάσης θεωρίες περί της αναγκαιότητας του εμβολιασμού τους και αρνούσαν επίμονα να εμβολιάσει τα ανήλικα τέκνα της ή να ακολουθήσει οποιαδήποτε θεραπεία, την οποία και διέκοπτε, με αποτέλεσμα τα τέκνα να υποτροπιάζουν συνεχώς...»<sup>141</sup>.

Το μέτρο αυτό ίσως να είναι πολύ αυστηρό, καθώς κατά κανόνα οι γονείς που αρνούνται τον εμβολιασμό πιστεύουν ότι δρουν προς τα συμφέρον των παιδιών τους. Για τον λόγο αυτό, είναι επιτακτική η δράση της πολιτείας και των Ιατρικών Συλλόγων με αντικείμενο την πάταξη των ψευδοεπιστημονικών απόψεων.

Ήδη άλλωστε υπάρχει δικαστική απόφαση που καταδικάζει τη δημοσίευση hoax, στην οποία αξίζει να γίνει πιο εκτεταμένη αναφορά<sup>142</sup>. Στις 11.09.2014 η ιστοσελίδα goneis.info δημοσίευσε ένα τρομολαγνικό «άρθρο» με τίτλο «ΣΟΚ: Δείτε πως οι εταιρείες εξαπλώνουν τον καρκίνο μέσω εμβολίων», το οποίο έγραφε την ιστορία ενός μικρού κοριτσιού το οποίο έπαθε καρκίνο και πέθανε μετά από εμβολιασμό και προέτρεπε εμμέσως πλην σαφώς τους αναγνώστες να μην εμβολιάζουν τα παιδιά

<sup>140</sup>1439 εδ.β' ΑΚ: «Εφόσον ο εναγόμενος δεν αποδεικνύει το αντίθετο, ο κλονισμός τεκμαίρεται σε περίπτωση διγαμίας ή μοιχείας αυτού, εγκατάλειψης του ενάγοντος ή επιβουλής της ζωής του από τον εναγόμενο καθώς και σε περίπτωση άσκησης από τον εναγόμενο ενδοοικογενειακής βίας εναντίον του ενάγοντος».

<sup>141</sup> Βάση Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ (689521).

<sup>142</sup><http://ellinikahoaxes.gr/2016/08/10/ta-praktika-tis-protis-dikis-gia-eidisi-hoax/>.

τους. Στις 25.09.2014 τα παραπάνω υπέπεσαν στην αντίληψη αστυνομικού του Α.Τ. Πλατέος, ο οποίος σχημάτισε δικογραφία και την υπέβαλε στον Εισαγγελέα Πλημμελειοδικών Βέροιας. Ο τελευταίος παρέπεμψε τον διαχειριστή της ιστοσελίδας σε δίκη με την κατηγορία της διασποράς ψευδών ειδήσεων (191 ΠΚ). Σύμφωνα με το άρθρο αυτό, «1. Σε φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών και σε χρηματική ποινή καταδικάζεται όποιος διασπείρει με οποιονδήποτε τρόπο ψευδείς ειδήσεις ή φήμες ικανές να επιφέρουν ανησυχίες ή φόβο στους πολίτες ή να ταραξούν τη δημόσια πίστη ή να κλονίσουν την εμπιστοσύνη του κοινού στο εθνικό νόμισμα ή στις ένοπλες δυνάμεις της χώρας ή να επιφέρουν διαταραχή στις διεθνείς σχέσεις της χώρας. Αν η πράξη τελέστηκε επανειλημμένα μέσω του τύπου, ο υπαίτιος καταδικάζεται τουλάχιστον σε φυλάκιση έξι μηνών και σε χρηματική ποινή τουλάχιστον διακοσίων χιλιάδων μεταλλικών δραχμών. 2. Όποιος από αμέλεια γίνεται υπαίτιος κάποιας από τις πράξεις της προηγούμενης παραγράφου τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους ή με χρηματική ποινή».

Το Μονομελές Πλημμελειοδικείο Βέροιας με την υπ' αριθμ. 582/2016 απόφασή του καταδίκασε τον διαχειριστή της ιστοσελίδας σε ποινή φυλάκισης 6 μηνών και σε χρηματική ποινή 500 ευρώ και έκρινε ότι «ως δημοσιογράφος όφειλε να εκθέσει αμερόληπτα αν τα καταγγελλόμενα είχαν διερευνηθεί από τις αρμόδιες αρχές, αν υπήρχαν σχετικές ιατρικές έρευνες που να είχαν καταλήξει σε έγκυρα στατιστικά δεδομένα, αν για το συγκεκριμένο περιστατικό είχε γίνει οποιαδήποτε καταγγελία και αν μπορούσε να κατονομάσει τις πηγές του, καθώς και ότι «οι αρχές πρέπει να επιληφθούν για το ζήτημα που είναι ιδιαίτερα σοβαρό για την δημόσια υγεία, εν όψει της ύπαρξης του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού».

Το βάρος λοιπόν πέφτει στην επιστημονική κοινότητα, κυρίως στην ιατρική, η οποία οφείλει να ενημερώνει τα μέλη της (ιδίως τους παιδιάτρους, οι οποίοι λόγω της ειδικότητάς τους έρχονται σε άμεση επαφή με το μεγαλύτερο ποσοστό αντιεμβολιαστών) κατάλληλα για τους τρόπους αντιμετώπισης του αντιεμβολιαστικού κινήματος, ακολουθώντας το παράδειγμα της Αμερικανικής Ένωσης Παιδιάτρων, όπως αυτό αναλύθηκε στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Επιπλέον οφείλει να είναι σε εγρήγορση, προκειμένου να ελέγχει άμεσα πειθαρχικά τα μέλη της που υποστηρίζουν και εφαρμόζουν ψευδοεπιστημονικές μεθόδους, αλλά και προκειμένου να καταγγέλλει αντιποιήσεις του ιατρικού λειτουργήματος και διάδοση ψευδών ειδήσεων σχετικά με την ορθή άσκηση της

ιατρικής από τρίτα άτομα, ιδίως στο διαδίκτυο. Οι νομικές διέξοδοι υπάρχουν, το ζήτημα είναι και η βούληση για την εφαρμογή τους. Άλλωστε, όπως είχε γράψει και ο Εμμανουήλ Ροΐδης ήδη από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, «Εις νόμος απαιτείται εις αυτήν τη χώραν, ο οποίος να επιτάσσει την εφαρμογήν όλων των υπολοίπων νόμων».



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από όλα τα προαναφερθέντα, διαπιστώνει κανείς πώς η αντιμετώπιση του αντιεμβολιαστικού κινήματος πρέπει να έχει διττή κατεύθυνση. Αφ' ενός είναι αναγκαία η εφαρμογή ενός σαφούς και αυστηρού πλαισίου για τους εμβολιασμούς και αφ' ετέρου μόνο η δράση της ιατρικής κοινότητας προς την εκπαίδευση των ιατρών και την πάταξη της ψευδοεπιστήμης μπορεί να εξασφαλίσει τον εμβολιασμό των παιδιών και κατ' επέκταση την δημόσια υγεία.

Και τούτο διότι η αποκλειστική και μόνο βαρύτητα στο πεδίο της καταστολής δεν αρκεί για να καταπολεμηθεί το φαινόμενο στη ρίζα του. Η αντιμετώπιση του αντιεμβολιαστικού κινήματος απαιτεί γνήσιο και ειλικρινές σχετικό ενδιαφέρον της Πολιτείας και πολιτικές πρόληψης, όπως αφαίρεση της άδειας των ιατρών και μη που υιοθετούν ψευδοεπιστημονικές μεθόδους, καθώς και μηχανισμούς ελέγχου του φαινομένου των ψευδών ειδήσεων στο διαδίκτυο.

Αυτό όμως που απαιτείται πάνω από όλα είναι να γίνει συνείδηση των σύγχρονων κοινωνιών ότι η επιστήμη δεν είναι άποψη, αλλά γεγονόςτα και ότι η επιστημονική κοινότητα είναι η μοναδική που μπορεί να αποφαινεται για αυτήν. Η επιστήμη έχει αποδείξει ότι τα εμβόλια έχουν σώσει δεκάτομμύρια ζωές και ότι είναι επιβεβλημένη η εφαρμογή τους. Όσοι λοιπόν ισχυρίζονται το αντίθετο, οφείλουν και να το αποδείξουν, σύμφωνα με την βασική αρχή της επιστημολογίας *onus probandi incumbit ei qui dicit, non ei qui negat*. Ως τότε, οι ισχυρισμοί τους δεν θα πρέπει να έχουν καμία απολύτως βαρύτητα.

Κλείνοντας, ας θυμηθούμε τον Ουμπέρτο Έκο, ο οποίος είχε πει ότι «Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έδωσαν δικαίωμα λόγου σε λόγους ηλιθίων οι οποίοι προηγουμένως δεν μιλούσαν παρά σε μπαρ, μετά από ένα ποτήρι κρασί. Τότε δεν έκαναν κακό στους υπόλοιπους. Εκεί κάποιος τους έκοβε την κουβέντα, ενώ τώρα έχουν το ίδιο δικαίωμα να μιλούν όσο και κάποιος βραβευμένος με Νομπέλ»<sup>143</sup>. Είναι καιρός η κοινωνία να αποφασίσει τίνος η θέση έχει βαρύτητα – αυτή των επιστημόνων ή των ψευδοεπιστημόνων – και να φροντίσει να διασφαλίσει έτσι την

---

<sup>143</sup><http://www.lastampa.it/2015/06/10/cultura/eco-con-i-parola-a-legioni-di-imbecilli-XJrvezBN4XOoyo0h98EfiJ/pagina.html>.

δημόσια υγεία των πολιτών, ιδίως των πιο αδυνάμων μελών της: των παιδιών και των ασθενών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόγλωσση

1. Άλλεν Α., (2009), «Εμβόλια: Η ιστορία της πιο σωτήριας ιατρικής ανακάλυψης», Αρχιπέλαγος 2009.
2. Γαλάνης Π., (2012), “Κλινικές δοκιμές”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(4): 489-507.
3. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, «Σύσταση: Εμβολιασμοί σε παιδιά». Διαθέσιμο στο: [http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/RECOMMENDATION\\_Immunization\\_In\\_Children\\_Final\\_GR.pdf](http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/RECOMMENDATION_Immunization_In_Children_Final_GR.pdf)
4. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, «Γνώμη: Μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα: δημόσιο συμφέρον και αυτονομία»  
Διαθέσιμο στο: <http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/infectious-op-f.pdf>
5. Κανακούδη-Τσακαλίδου Φ. κ.ά., (2014), «Βασική Παιδιατρική», University Studio Press 2014.
6. Κλημεντίδης Δ., «Αντιεμβολιαστικό κίνημα: Όταν η επανάσταση χωρίς αιτία γίνεται επικίνδυνη μόδα»  
Διαθέσιμο στο: [https://clinicalpharmacist.gr/2014/10/29/anti-vaxxers\\_revolt/](https://clinicalpharmacist.gr/2014/10/29/anti-vaxxers_revolt/)
7. Κοτζάμπαση Α., (1989), «Η ανάθεση της άσκησης της γονικής μέριμνας σε τρίτον», ΕΝΟΒΕ 8: Θέματα γονικής μέριμνας 1989.
8. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., (2003), «Οικογενειακό Δίκαιο», τόμ. ΙΙ, Σάκκουλας 2003.
9. Μαλακά-Ζαφειρίου Κ., (2014), «Παιδιατρική», University Studio Press 2014.
10. Ματσανιώτης Ν. κ.ά., (2010), «Επίτομη Παιδιατρική», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας 2010.
11. Μαυριάς Κ., (1982), «Το συνταγματικό δικαίωμα του ιδιωτικού βίου», Αντ. Σάκκουλας 1982.

12. Μολλάκη Β., (2016), «Εμβολιασμοί σε παιδιά: Ζητήματα βιοηθικής και προτάσεις της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής», *Ιατρικό Δίκαιο και Βιοηθική*, 2016, τεύχ. 35, σελ. 1.
13. Παναγιωτόπουλος Τ. κ.ά., (2013), «Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2013.
14. Φουντεδάκη Α., (2013), «Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σε Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Παπαγεωργίου Χ., Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Ταρλατζής Β., Τάσκος Ν., Φουντεδάκη Α., «*Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (Αστική - Ποινική). Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου*», Νομική Βιβλιοθήκη 2013.
15. Χρυσόγονος Κ., (2002), «*Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα*», Αντ. Ν. Σάκκουλας 2002.

## Ξενόγλωσση

1. American Academy of Pediatrics, (2013), “*Reaffirmation: Responding to parents who refuse immunization for their children*”, Pediatrics 2013; 131: e1696.
2. Asveld L., (2008), “*Mass-vaccination programmes and the value of respect for autonomy*”, Bioethics 2008; 22, pp. 245-257.
3. Baxter et al., (2014), “*The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders*”, PsycholMed 2014 Aug 11: 1-13.
4. Beauchamp T.L. & Childress J.F., (1994), “*Principles of Biomedical Ethics*”, Oxford University Press 1994.
5. Benin A.L. et al., (2006), “*Qualitative analysis of mothers’ decision making about vaccines for infants: the importance of trust*”, Pediatrics 2006; 117(5): 1532–1541.
6. Brunson EK., (2013), “*The impact of social networks on parents’ vaccination decisions*”, Pediatrics 2013; 131(5): e1397-1404.
7. Chen R.T., Rastogi S.C., Mullen J.R. et al., (1994), “*The Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)*”, Vaccine 1994; 12(6): 542–550.
8. Cohn M. & Langman R.E., (1990), “*The protection: the unit of humoral immunity selected by evolution*”, ImmunolRev 1990; 115: 9-147.
9. DC Institute of Medicine of the National Academies, (2013), “*The Childhood Immunization Schedule and Safety, Stakeholder Concerns, Scientific Evidence and Future Studies*”, 2013.
10. Demicheli V. et al., (2012), “*Vaccines for measles, mumps and rubella in children*”, Cochrane Database Systematic Review 2012, pp 1-155.
11. Diekema D.S., (2012), “*Improving childhood vaccination rates*”, NEnglJMed 2012; 366(5): 391–393.
12. Diekema D.S. & American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics, (2005), “*Responding to parental refusals of immunization of children*”, Pediatrics 2005; 115(5): 1428–1431.

13. Diethelm P. & McKee M., (2009), “*Denialism: what is it and how should scientists respond?*”, EuroJPublicHealth 2009; 19: 2-4.
14. Dubé E. et al., (2015), “*Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews*”, Vaccine 33 (2015): 4191–4203.
15. Edwards K.M., Hackell J.M., AAP THE COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES, THE COMMITTEE ON PRACTICE AND AMBULATORY MEDICINE, (2016), “*Countering Vaccine Hesitancy*”, Pediatrics 2016; 138(3): e20162146.
16. Field R.I. & Caplan A.L., (2008), “*A Proposed Ethical Framework for Vaccine Mandates: Competing Values and the Case of HPV*”, Kennedy Institute of Ethics Journal 2008, vol. 18, iss. 2, pp. 111-124.
17. Fine P.E.M. & Mulholland K., “*Community immunity*”, (2013), in: Plotkin S.A., Orenstein W.A. & Offit P.A., “*Vaccine*”, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2013: 1395–1412.
18. Fleischman A.R. et al., (1998), “*The physician’s moral obligations to the pregnant woman, the fetus and the child*”, Seminars in Perinatology 1998; 22: 184-188.
19. Freed GL., Clark SJ., Butchart AT., Singer DC. & Davis MM. (2010), “*Parental vaccine safety concerns in 2009*”, Pediatrics 2010; 125(4): 654–659.
20. Gangarosa et al., (1998), “*Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story*”, Lancet 1998 Jan 31; 351(9099): 356-61.
21. Gust D.A. et al., (2008) “*Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why*”, Pediatrics 2008; 122(4): 718–25.
22. Gust D., Brown C., Sheedy K., Hibbs B., Weaver D. & Nowak G., (2005), “*Immunization attitudes and beliefs among parents: beyond a dichotomous perspective*”, AmJHealthBehav 2005; 29(1): 81–92.
23. Goldstein S. et al., (2015), “*Health communication and vaccine hesitancy*”, Vaccine 2015; 33: 4212-4.

24. Hem, S.L., (2002), “*Elimination of aluminum adjuvants*”, *Vaccine* 2002 May 31, 20 3: S40-3.
25. Heymann D.L. & Aylward RB., (2006), “*Mass vaccination: when and why*”, *Curr Top Microbiol Immunol*. 2006: 304; pp 1-16.
26. Horne Z. et al., (2015), “*Countering antivaccination attitudes*”, *PNAS* 2015, vol. 112 no. 33, pp. 10321–10324.
27. Hornig M. et al., (2008), “*Lack of Association between Measles Virus Vaccine and Autism with Enteropathy: A Case-Control Study.*”, *PLOS ONE* 2008; 3(9): e3140.
28. Horton R., (2004), “*A statement by the editors of The Lancet*”, Vol. 363, No. 9411, p. 820–821, 6 March 2004.
29. Hough-Telford C., Kimberlin D.W., Aban I., et al., (2016), “*Vaccine delays, refusals, and patient dismissals: a survey of pediatricians*”, *Pediatrics* 2016; 138(3): e20162127.
30. Kata A., (2012), “*Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm-- an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement*”, *Vaccine* 2012; 30: 3778-89.
31. Keith L.S., Jones D.E., Chou C.H., (2002), “*Aluminum toxicokinetics regarding infant diet and vaccinations*”, *Vaccine* 2002, 20(3): 513-7.
32. Kennedy A., Basket M., Sheedy K. (2011), “*Vaccine attitudes, concerns, and information sources reported by parents of young children: results from the 2009 Health Styles survey*”. *Pediatrics*, 2011; 127(suppl 1): S92–S99.
33. Larson H.J. et al., (2015), “*Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool*”, *Vaccine* 33 (2015): 4165–4175.
34. Leask J., Kinnersley P., Jackson C., Cheater F., Bedford H. & Rowles G., (2012), “*Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals*”, *BMC Pediatr* 2012; 12:154.
35. Loehr J. & Savoy M., (2016), “*Strategies for Addressing and Overcoming Vaccine Hesitancy*”, *American Family Physician* 2016, vol. 94, no. 2, pp. 94-96.

36. Mac Donald N.E. & SAGE Working Group Dealing With Vaccine Hesitancy, (2015), “*Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants*”, *Vaccine* 2015; 33: 4161-64.
37. Madsen K.M. et al., (2003), “*Thimerosal and the occurrence of autism: negative ecological evidence from Danish population-based data*”, *Pediatrics* 2003 Sep; 112(3 Pt 1): 604-6.
38. Madsen K.M. et al., (2002), “*A Population-Based Study of Measles, Mumps, and Rubella Vaccination and Autism*”, *NEnglJMed* 2002; 347(19): pp. 1477-1482.
39. Maglione M., et al., (2014), “*Safety of Vaccines Used for Routine Immunization of US Children: A Systematic Review*”, *Pediatrics* 2014, 134 (2): pp. 325-337.
40. May T. & Silverman R.D., “*Free-Riding, Fairness and the Rights of Minority Groups in Exemption from Mandatory Childhood Vaccination*”, (2005), *Human Vaccines* 2005, 1 (1): 12–15.
41. May T. & Silverman R.D., (2003), “*Clustering of exemptions» as a collective action threat to herd immunity*”, *Vaccine* 2003; 21(11–12): 1048–1051.
42. McBrien J. et al., (2003), “*Measles outbreak in Dublin, 2000*”, *PediatrInfectDisJ* 2003 Jul; 22(7): 580-4.
43. Mintzer Herlihy S., (2012) “*Your Baby's Best Shot: Why Vaccines Are Safe and Save Lives*”, Rowman & Littlefield Publishers 2012.
44. Mitkus et al., (2011), “*Updated aluminum pharmacokinetics following infant exposures through diet and vaccination*”, *Vaccine* 2011 Nov 28; 29 (51): 9538-43.
45. Morgan MG, Houghton A & Gibbons JH (2001), “*Science and government. Improving science and technology advice for Congress*”, *Science* 2001 Sep 14; 293(5537): 1999-2000.
46. Mrozek-Budzyn D. et al., (2010), “*Lack of Association Between Measles-Mumps-Rubella Vaccination and Autism in Children: A Case-Control Study*”, *PediatrInfectDisJ.* 2010; 29(5): 397-400.



47. Muscat M. et al., (2009), “*Measles in Europe: an epidemiological assessment*”, Lancet 2009 Jan 31; 373(9661): 383-9.

48. National Center for Immunization and Respiratory Diseases, (2011), “*General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*”, MMWRRecommRep 2011: 60; 993.

49. Offit P., (2010) “*Deadly Choices: How the Anti-Vaccine Movement Threatens Us All*”, Basic Books 2010.

50. Offit P. et al., (2002), “*Addressing Parents’ Concerns: Do Multiple Vaccines Overwhelm or Weaken the Infant’s Immune System?*”, Pediatrics 2002, vol. 109, iss. 1.

Διαθέσιμο στο: <http://pediatrics.aappublications.org/content/109/1/124.full>

51. Omer S.B. et al., (2009), “*Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases*”, NEnglJMed 2009; 360(19): 1981–1988.

52. Opel D.J., Heritage J., Taylor J.A. et al., (2013), “*The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits*”, Pediatrics 2013; 132(6): 1037–1046.

53. Opel D., (2013), “*Window or mirror: social networks’ role in immunization decision*”, Pediatrics 2013; 131: e1619.

54. Pigden CR., (2007), “*Conspiracy theories and the conventional wisdom*”, Episteme 2007, vol. 4, pp. 219-232.

55. Salmon DA., Moulton LH., Omer SB., DeHart MP., Stokley S. & Halsey NA., (2005), “*Factors associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: a case-control study*”, Arch PediatrAdolesc Med2005; 159(5): 470–476.

56. Schattner A., (2005), “*Consequence or coincidence?: The occurrence, pathogenesis and significance of autoimmune manifestations after viral vaccines*”, Vaccine 2005, vol. 23, iss. 30, pp. 3876–3886.

57. Smart J.J.C. & Williams B., (1973), “*Utilitarianism: For and Against*”, Cambridge University Press.
58. Stehr-Green P. et al., (2003), “*Autism and thimerosal-containing vaccines: lack of consistent evidence for an association*”, *AmJPrevMed* 2003 Aug; 25(2): 101-6.
59. Stoner et al., (2014), “*Patches of Disorganization in the Neocortex of Children with Autism*”, *NEnglJMed* 2014, 370: 1209-1219.
60. Swales JD., (1992), “*The Leicester anti-vaccination movement*”, *The Lancet*, Volume 340, Issue 8826, 24 October 1992, pp. 1019-1021.
61. Taylor L.E. et al., (2014), “*Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies*”, *Vaccine* 2014, vol. 32, iss. 29, pp. 3623–3629.
62. Taylor J.A. et al., (1997), “*The influence of provider behavior, parental characteristics, and a public policy initiative on the immunization status of children followed by private pediatricians: a study from Pediatric Research in Office Settings*”, *Pediatrics* 1997; 99(2): 209–215.
63. The Children’s Hospital of Philadelphia, (2014), “*Aluminum in Vaccines: What you should know*”, Winter 2014.
- Διαθέσιμο στο: <http://media.chop.edu/data/files/pdfs/vaccine-education-center-aluminum.pdf>.
64. Wolf ER., Rowhani-Rahbar A., Opel DJ., (2015) “*The impact of epidemics of vaccine-preventable disease on vaccine uptake: lessons from the 2011–2012 US pertussis epidemic*”. *ExpertRevVaccines*. 2015; 14(7): 923–933.
65. World Health Organization - SAGE Working Group Dealing With Vaccine Hesitancy, (2012), “*Immunization, Vaccines and Biologicals*” 2012.
- Διαθέσιμο στο: [www.who.int/immunization/sage/sage\\_wg\\_vaccine\\_hesitancy\\_apr12/en/](http://www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/)
66. Youndahl K., Hammomd B. & Sipics M., (2013), “*The history of vaccines*”, The College of Physicians of Philadelphia.

67. Zakharova MS., Malivanova OM., Sokolovskaya AD., Shavrova EN., Kapustik LA., (1981), “The results of study of pertussis component of DPT vaccine produced in USSR and some other countries”, J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol. 1981; 25(4): 439-48.

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. <http://www.moh.gov.gr>
2. <http://www.infovac.gr>
3. <https://ellinikahoaxes.gr/>
4. <https://diavgeia.gov.gr/>
5. <https://clinicalpharmacist.gr>
6. <http://media.chop.edu/>
7. <https://www.cdc.gov/>
8. <http://www.immunise.health.gov.au/>
9. [www.gr.gsk.com/](http://www.gr.gsk.com/)
10. <http://www.bioethics.gr/>
11. <http://www.kathimerini.gr>
12. <http://www.abc.net.au/>
13. <http://www.cfr.org/>
14. <http://www.keelpno.gr/>
15. <http://www.repubblica.it/>
16. <https://www.amazon.it/>
17. <http://www.huffingtonpost.gr/>
18. <https://www.vecernji.hr/>
19. <http://www.independent.co.uk/>
20. <http://www.dss.gov.au/>
21. <http://www.theguardian.com/>
22. <http://www.bbc.com/>