



KRAJOBRAZ PO MISTRZOSTWACH EUROPY 2012



*JÓZEF PIOTR KNAP
WACŁAW BRZEK*

**PROTECTION SANITARY – EPIDEMIOLOGICAL UEFA EURO
2012. SELECTED ISSUES**

**ZABEZPIECZENIE SANITARNO- EPIDEMIOLOGICZNE UEFA
EURO 2012 W POLSCE. WYBRANE ZAGADNIENIA**

Józef Piotr Knap

Zakład Epidemiologii Instytutu Medycyny Społecznej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
panknap@sferia.mail.pl

Wacław Brzęk

Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej
im. Alcide De Gasperi w Józefowie
wacław.brzek@wsge.edu.pl

ABSTRACTS

Over the recent years the events gathering crowds of people such as the Olympic Games, the FIFA World Cup or continental championships in football, the religious celebrations on a large scale, etc. are usually assisted by security protection activities. They are among others, the medical protection and sanitary - epidemiological surveillance. It is even said to distinguish of the mass gatherings medicine, which has been discussing in medical sciences since 1986. Also in reference to the intensive sanitary and epidemiological surveillance which assists such the events, there can be declared that we are observing now the arising of the specific kind of protection namely, the sanitary-epidemiological protection of mass events. Organizing UEFA EURO 2012 together with Ukraine, Poland also faced the problem of preparing the appropriate sanitary – epidemiological protection of that event. The activities of National Sanitary Inspection and cooperating services are presented in this paper, in particular in the organizational sphere.

W ostatnich latach wydarzeniom gromadzącym rzesze ludzi, takim jak olimpiady, mistrzostwa świata czy kontynentów w piłce nożnej, uroczystości religijne na wielką skalę itp., towarzyszą zwykle działania ochronne. Należą do nich m.in. zabezpieczenie medyczne oraz zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne. Od 1986 roku na gruncie nauk medycznych

zaczęto nawet mówić o wyodrębnieniu się gałęzi medycyny imprez masowych. Również w odniesieniu do wzmożonego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego towarzyszącego takim imprezom można stwierdzić, że rodzi się na naszych oczach specyficzny rodzaj zabezpieczenia, jakim jest zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne imprez masowych. Polska, organizując wraz z Ukrainą UEFA EURO 2012, stanęła również przed problemem zapewnienia odpowiedniego zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego tej imprezy. W artykule przedstawiono działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej i służb współpracujących, w szczególności w sferze organizacyjnej.

KEY WORDS:

mass gatherings, surveillance, infectious diseases, international sport events, UEFA EURO 2012

imprezy masowe, nadzór epidemiologiczny, choroby zakaźne, międzynarodowe imprezy sportowe, UEFA EURO 2012

UWAGI WSTĘPNE

Kiedy 18 kwietnia 2007 roku Polsce i Ukrainie powierzono zorganizowanie turnieju finałowego Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012, stało się jasne, że będzie to wydarzenie, impreza masowa, porównywalna, pod względem udziału w niej dużych grup osób choćby z pielgrzymkami papieża Jana Pawła II do kraju ojczystego. A nawet większa od nich. Wymagało to zorganizowania odpowiednich zabezpieczeń, w tym zabezpieczenia medycznego, a także sanitarno-epidemiologicznego.

W literaturze przyjmuje się, że imprezy masowe różnego charakteru stały się, na podstawie konkretnych doświadczeń, przedmiotem zainteresowania medycyny na początku lat 70. XX wieku. Jak pisze m.in. A. Zieliński (2009, s. 346) całościowo problem imprez masowych jako ryzyka wystąpienia wielu problemów medycznych w aspekcie zdrowia publicznego ujął dopiero w roku 1986 w syntetycznym artykule amerykański lekarz polskiego pochodzenia, J. Franaszek¹. Stworzone zostało – i stało się obowiązujące, także na forum Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – pojęcie medycyny imprez masowych (*mass gathering medicine*).

A. Stergarchis i A. D. Tsouros (2007 s.5) na kanwie swoich rozważań na temat funkcjonowania medycyny imprez masowych w trakcie Olimpiady w Atenach w 2004 roku określili imprezę masową jako wydarzenie, któ-

re gromadzi w określonym miejscu i czasie minimum 1000 osób i więcej. Zaznaczyli jednak, że w literaturze zaczyna dominować pogląd, iż o imprezie masowej można mówić wówczas, kiedy w wydarzeniu bierze udział ponad 25 000 uczestników².

W tej materii wypowiedziała się także Światowa Organizacja Zdrowia. W 2008 roku zdefiniowała imprezę masową jako imprezę, która gromadzi ponad 25 000 ludzi, zebranych w określonym miejscu, w określonym celu i w określonym przedziale czasu (WHO, 2008, s. 4)³. Natomiast w świetle ustawy z 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz.U. Nr 62, poz. 504 z późn. zm.) pojęcie imprezy masowej występuje w kilku postaciach: imprezy masowej artystyczno -rozrywkowej, masowej imprezy sportowej, do której zaliczono także mecz piłki nożnej, oraz imprezy masowej podwyższonego ryzyka (art. 3. pkt 1– 5).

Nadto ustawodawca, nowelizując wspomnianą ustawę ustawą z 31 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 217., poz. 1280) wprowadził w art. 68. h–k pojęcie „mecz UEFA EURO 2012”, bliżej go nie definiując.

Interesujące jest to, że polski ustawodawca przyjął znacznie niższe granice uczestnictwa osób w takiej imprezie; w przypadku stadionów i przestrzeni otwartej minimum ustawowe zwykle wynosi 1000 osób (art. 3. pkt 2. lit. a, pkt 3–4) w obiektach zamkniętych zaś – 500 (art. 3. pkt 2. lit. b) lub 300 osób (art. 3. pkt 3. lit. a *in fine*).

Zgodzić się w tym miejscu wypada z poglądem głoszonym przez A. Zielińskiego oraz K. Gładysz (2010), którzy stwierdzają, że powyższa ustawa odnosi się głównie do bezpieczeństwa i porządku publicznego. Wiele w niej miejsca poświęca się służbom porządkowym, natomiast bezpieczeństwo sanitarne i epidemiologiczne pozostawione jest poza kognicją tej ustawy.

Jedynie w art. 5. ust. 2. pkt. 4. ustawodawca stwierdził, iż bezpieczeństwo imprezy masowej obejmuje m.in. zapewnienie odpowiedniego stanu technicznego obiektów budowlanych wraz ze służącymi tym obiektom instalacjami i urządzeniami technicznymi, w szczególności przeciwpożarowymi i sanitarnymi, a w art. 6. zobowiązał organizatora imprezy do spełnienia wymogów określonych w szczególności w przepisach prawa budowlanego, w przepisach sanitarnych i przepisach dotyczących ochrony przeciwpożarowej (pkt 1.), a także zobowiązał organizatora imprezy do zapewnienia pomocy medycznej (pkt 3.) oraz zaplecza sanitarno-epide-

miologicznego (pkt 4). W tej materii decydować więc mieli inspektorzy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, bez sprecyzowania i ujednoczenia wymagań w tym zakresie (Zieliński i Gładysz, 2010, s. 9)⁴.

POLSKIE UWARUNKOWANIA PRAWNE

Analizując ustawodawstwo polskie związane z problematyką sanitarno-epidemiologiczną w odniesieniu do osób, wypada w pierwszej kolejności wspomnieć o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Jej organizację i zakres działania reguluje ustawa z 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263. z późn. zm.). Jej zadaniem, zdaniem M. Janika (2012, s.124), jest ochrona zdrowia i życia ludzi przed oddziaływaniem szkodliwych czynników, które mogą powodować powstanie chorób zawodowych i zakaźnych⁵. Zgodnie z wolą ustawodawcy, określoną w art. 2. wspomnianej ustawy, wykonywanie tych zadań polega na: „sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.” Z treścią art. 2. koresponduje treść art. 5. tej ustawy, zgodnie z którym do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zwalczania chorób zakaźnych należą:

- dokonywanie analiz i ocen epidemiologicznych;
- opracowywanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji podmiotom leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz kontrola realizacji tych programów i planów;
- ustalanie zakresu i terminów szczepień ochronnych oraz sprawowanie nadzoru w tym zakresie;
- wydawanie zarządzeń i decyzji lub występowanie do innych organów o ich wydanie – w wypadkach określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych;
- wydawanie decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej lub decyzji o braku podstaw do jej stwierdzenia;
- planowanie i organizowanie sanitarnego zabezpieczenia granic państwa;
- nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich

- i lotniczych portach oraz przystaniach;
- udzielanie poradnictwa w zakresie spraw sanitarno-epidemiologicznych lekarzom okrętowym i personelowi pomocniczo-lekarskiemu zatrudnionemu na statkach morskich, żeglugi śródlądowej i statkach powietrznych;
 - kierowanie akcją sanitarną przy masowych przemieszczeniach się ludności, zjazdach i zgromadzeniach.

To ostatnie zadanie stało się nader aktualne w kontekście przygotowań do UEFA EURO 2012.

Kolejną ustawą, z której wynikają zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jest ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu zakażeniom i chorobom i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. Nr 234, poz. 1570. z późn. zm.). Warto w tym miejscu podkreślić, że w literaturze podnoszono, m.in. W. Brzęk (2008, s.156), że ustawa ta nie ma zastosowania do wszystkich zakażeń i chorób zakaźnych, ale jedynie do tych, które zostały wymienione w załączniku do ustawy⁶ i podlegają obowiązkowi zgłoszenia i rejestracji.

Trzeba też wspomnieć o ustawie z 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. Nr 89, poz. 590.). Zgodnie z art. 8. ust. 2. tej ustawy w skład Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego wchodzi m.in. Główny Inspektor Sanitarny.

Z kolei w skład wojewódzkich, powiatowych i gminnych zespołów zarządzania kryzysowego wchodzi przedstawiciele wojewódzkich oraz powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Nie wolno też pominąć ustawy z 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłeski żywiołowej (Dz.U. Nr 62, poz. 558.) czy ustawy z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410. z późn. zm.), która bezpośrednio nie dotyczy działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ale jak piszą: W. Dębiński, A. Świątecka, I. Kucharska, J. P. Knap i A. Czyrznikowska (2011, ss. 177-188), w ramach Państwowej Inspekcji Sanitarnej został opracowany system kierowania reagowaniem kryzysowym składającego się z zespołu reagowania kryzysowego Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz zespołów i grup reagowania kryzysowego w wojewódzkich, powiatowych i granicznych stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Te podmioty współpracują ze wszystkimi służbami zaangażowanymi w zwalczanie zagrożenia oraz wspierają m.in. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa oraz Zespół Reagowania Kryzysowego Ministra

Zdrowia⁷.

Nadto obowiązki państwowej Inspekcji Sanitarnej wynikały z ustawy z 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2010 r. Nr 136, poz. 914. z późn. zm.) oraz z ustawy z 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz.U. z 2006 r. Nr 123, poz. 858. z późn. zm.) z przepisami wykonawczymi;

Wreszcie, co zaznaczono już na początku, trzeba było także brać pod uwagę ustawę o bezpieczeństwie imprez masowych.

MIĘDZYNARODOWE PRZEPISY ZDROWOTNE

Przygotowania do EURO 2012 zbiegły się z bardzo ważnym zadaniem, jakim była praktyczna realizacja unormowań zawartych w Międzynarodowych przepisach zdrowotnych International Health Regulations – IHR), które Polska, będąc członkiem Światowej Organizacji Zdrowia, musiała w pełni respektować.

IHR to międzynarodowy instrument prawny, opracowany pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia i uchwalony w obecnej wersji podczas 58. Światowego Zgromadzenia Zdrowia w dniu 23 maja 2005 r., który obowiązuje od 15 czerwca 2007 r. w 194 krajach na całym świecie, w tym we wszystkich państwach członkowskich WHO. Ich celem jest pomoc społeczności międzynarodowej w zapobieganiu zagrożeniom zdrowia publicznego w przypadku chorób, głównie zakaźnych, które mogą rozprzestrzeniać się żywołowo i zagrażać ludziom na całym świecie. IHR mają także za zadanie pomóc społecznościom międzynarodowym w reagowaniu na te zagrożenia. IHR wywodzą się od podpisanej w roku 1851 w Paryżu podczas Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej międzynarodowej konwencji, podczas której sformułowano podstawową, obowiązującą do dziś zasadę: maksimum ochrony przy minimum ograniczeń oraz określono tzw. choroby kwarantannowe: cholera, dżumę, żółtą febrę, do których dopisano później ospę prawdziwą, tyfus plamisty i gorączkę powrotną, jako podlegające międzynarodowemu nadzorowi i zwalczaniu z urzędu przez państwa sygnatariusze.

Jak podkreśla Paulina Miśkiewicz (2010), przedstawicielka i szef Biura WHO w Warszawie, przepisy te powstały głównie w celu ograniczenia perturbacji w międzynarodowym ruchu ludzi i towarów przy jednoczesnym zapewnieniu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie odpowiednich procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się tych chorób. Przepisy te

zobowiązują poszczególne państwa do oceny swoich systemów reagowania kryzysowego oraz do wzmocnienia już istniejących procedur i struktur. Dzięki temu można, w przypadku wystąpienia zagrożenia, wspólnie z WHO i innymi państwami dzielić się informacjami, oceną ryzyka, a także rekomendacjami w zakresie wdrażania środków zaradczych. Autorka wyeksponowała przypadki wystąpienia chorób, które uznane zostały za szczególnie niebezpieczne dla zdrowia na całym świecie: ospy, polio (choroby Heinego-Medina), grypy ludzkiej wywołanej przez nowy podtyp genu oraz zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS), a także cholery, dżumy płucnej, wirusowych gorączek krwotocznych (VHF) oraz gorączki Zachodniego Nilu, gorączki denga, gorączki Doliny Rift (*Rift Valley Fever*, RVF) oraz choroby meningokokowej, których wystąpienie choćby w pojedynczym przypadku podlegać ma de facto natychmiastowej notyfikacji.

Warto w tym miejscu dodać, że w ostatniej, całkowicie zmienionej wersji IHR z roku 2005, przepisy te odeszły od operowania konkretnymi – wymienionymi jednostkami chorobowymi, na rzecz podejścia syndromologicznego – zespołu objawów. W ten oto sposób pojawienie się u jednej osoby kilku objawów (pojedynczo bardzo powszechnych i wieloznacznych), takich jak gorączka, skaza krwotoczna, żółtaczką, porażenia wiotkie, wymioty lub biegunka – które jeszcze przed postawieniem ostatecznej diagnozy nasuwają podejrzenie kilku najgroźniejszych chorób zakaźnych – nakłada na odpowiednie organy bezzwłoczne zgłoszenie takiego przypadku (J. P. Knap, A. Trybusz, 2007, ss. 185-195)⁸. Powoduje to natychmiastowe międzynarodowe, skoordynowane działania w celu pełnej identyfikacji i zwalczania powstałego zagrożenia (PHEIC – *Public Health Emergency of International Concern*). Nadto wspomniane przepisy zobowiązały wszystkie państwa do zapewnienia minimalnego standardu w zakresie nadzoru epidemicznego oraz reagowania kryzysowego, a także wymogów dotyczących lotnisk, portów i lądowych przejść granicznych. To z kolei wpłynęło na sposób prowadzenia kontroli sanitarnych w tych miejscach (Miśkiewicz, 2010)⁹.

W IHR odstąpiono od stosowania pojęcia „granica państwa.” Zastąpiono je szerszym określeniem „punkt wejścia” (*point of entry*). Przez to pojęcie rozumiano miejsca, przez które możliwe jest wejście na teren danego państwa lub wyjście z niego: podróżnych, bagażu, towarów, przesyłek pocztowych i środków transportu. Punktem wejścia może więc być każdy międzynarodowy port lotniczy, morski, żegluga śródlądowej czy

dworzec autobusowy i kolejowy obsługujące ruch międzynarodowy, o ile spełnione zostaną warunki określone w IHR. Każde z państw, po wskazaniu na swoim terenie punktów wejścia, miało do wyboru ich autoryzację, bądź desygnację.

Autoryzowany punkt to taki, który został wyznaczony przez państwo do wydawania świadectw kontroli sanitarnej środków transportu, natomiast punkt desygnowany, oprócz dokonywania kontroli środków transportu i wydawania im świadectw sanitarnych, musi posiadać dostęp do zaplecza medycznego oraz wykwalifikowanego personelu i sprzętu specjalistycznego niezbędnego do zwalczania źródła potencjalnego zagrożenia, gdy chodzi o zdrowie publiczne. O ile w chwili rozpoczęcia przygotowań do UEFA EURO 2012 Polska miała już desygnowane porty morskie, o tyle w przypadku portów lotniczych – bo o nie chodziło przede wszystkim – nie miała desygnacji. W wyniku odpowiednich działań porty lotnicze miast gospodarzy turnieju otrzymały desygnację, a w I kwartale 2012 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna dokonała kontroli spełniania przez nie wymogów IHR.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że każde z państw zostało zobowiązane do utworzenia Krajowego Punktu Centralnego ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Został on powołany przez Ministra Zdrowia w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny, w Zakładzie Epidemiologii, i 1 września 2007 r. rozpoczął działalność. Jego organizację i zakres działania opisała A. Kicman-Gawłowska (2009, ss. 143-147)¹⁰.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej musiały więc w okresie przygotowań do UEFA EURO 2012 i w trakcie turnieju rygorystycznie realizować Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne.

TWORZENIE ZABEZPIECZENIA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEGO UEFA EURO 2012

W okresie przygotowań do UEFA EURO 2012 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej początkowo wykonywały czynności z zakresu nadzoru epidemiologicznego, a także w przypadku wystąpienia zakażenia bądź choroby zakaźnej u ludzi oraz bieżącego nadzoru sanitarnego obejmującego przede wszystkim wodę do spożycia, jakość zdrowotną żywności, warunki żywienia zbiorowego, stan sanitarny obiektów i urządzeń użyteczności publicznej, transportu kolejowego i drogowego, a także przejść granicznych

nych – na dotychczasowych zasadach. Jednak w związku z wejściem w życie m.in. ustawy z 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych, a także konsekwentnym wprowadzaniem Międzynarodowych przepisów Zdrowotnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej musiały zintensyfikować i ujednoczyć swoje działania. W tym m.in. celu Główny Inspektor Sanitarny 13 października 2010 r. wydał zarządzenie nr 84A w sprawie wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju UEFA EURO 2012 w Polsce. Owe wytyczne zostały opracowane w porozumieniu z Głównymi Inspektorami Sanitarnymi Wojska Polskiego oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Wytyczne obejmowały:

- nadzór bierny;
- działania w zakresie zapobiegania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ich zwalczania w ramach przygotowań do turnieju;
- nadzór sanitarny nad bezpieczeństwem zdrowotnym żywności;
- nadzór sanitarny nad wodą przeznaczoną do spożycia przez ludzi;
- nadzór sanitarny nad obiektami użyteczności publicznej i tymczasowymi miejscami zgrupowania pododdziałów Wojska Polskiego oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- nadzór sanitarny nad transportem kolejowym i drogowym;
- nadzór sanitarno-epidemiologiczny na przejściach granicznych.

W ramach nadzoru biernego szczególnego znaczenia nabrało zgłaszanie zdarzeń stanowiących zagrożenie zdrowia publicznego. Zagrożenia te były już określone w zarządzeniu nr 26/03 Głównego Inspektora Sanitarnego z 31 grudnia 2003 r. w sprawie określenia wykazu jednostek chorobowych, zespołów objawów oraz zdarzeń, których wystąpienie powoduje uruchomienie systemu wczesnego powiadamiania. Od czasu wydania wytycznych o wystąpieniu zagrożeń należało informować niezwłocznie, telefonicznie bądź drogą mailową. W ten sposób zgłaszano:

a) Jednostki chorobowe: botulizm, cholera, dżumę, gorączkę Q, ospę prawdziwą, tularię, wąglik w postaci płucnej lub jelitowej oraz wirusowe gorączki krwotoczne;

b) Zespoły objawów:

- porażenia symetryczne wiotkie;
- choroby gorączkowe z objawami krwotocznymi, bez wyjaśnienia przyczyny, w szczególności osób, które w okresie trzech tygodni powróciły

z zagranicy;

- choroby gorączkowe z objawami niewydolności oddechowej osób, które w okresie trzech tygodni powróciły z obszarów szerzenia się SARS;
- c) Zdarzenia (ogółem 13), z których wymienić można choćby:
- pojawienie się wśród ludności niespotykanych wcześniej chorób lub zespołów o nieznanym dotychczas obszarze klinicznym;
- nagły, nieoczekiwany wzrost zachorowalności i umieralności z powodu znanych chorób lub zespołów chorobowych;
- nawet pojedynczy przypadek choroby spowodowany niewystępującym w kraju czynnikiem u osoby, która nie opuszczała Polski w ostatnim okresie;
- wystąpienie licznych przypadków zatruc pokarmowych wykraczających poza granice jednego województwa.

Wytyczne nakazały również prowadzenie przez stacje sanitarno-epidemiologiczne miast gospodarzy turnieju codziennego monitoringu mediów w celu wyszukiwania oraz weryfikowania informacji dotyczących zdarzeń zdrowotnych o charakterze epidemicznym związanych z UEFA EURO 2012 w Polsce. Nadto graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne, które funkcjonowały na wschodniej granicy Polski, zobowiązane zostały do stałego gromadzenia i weryfikacji informacji medialnych na Ukrainie, Białorusi oraz w Rosji pod kątem aktualnej sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w tych państwach. Z kolei Główny Inspektorat Sanitarny wspólnie z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego, Państwowym Zakładem Higieny, zobowiązany został do gromadzenia informacji o bieżącej sytuacji epidemiologicznej w Europie, a także istotnych zdarzeniach epidemiologicznych o globalnym charakterze. Tutaj wiodącą rolę miały do odegrania przede wszystkim Krajowy Punkt Wczesnego Ostrzegania dla Chorób Zakaźnych (EWRS) zlokalizowany w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, a także Krajowy Punkt Centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, który został zorganizowany w NIZP – PZH.

Warto przypomnieć, że zgodnie z decyzją Komisji Europejskiej 2000/57/WE z 22 grudnia 1999 r. w sprawie systemu wczesnego ostrzegania i reagowania w celu zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych (Dz.U. L 21 z 26 stycznia 2000 r., s. 32) państwa członkowskie zostały zobowiązane do współpracy i koordynacji działań w celu zapobiegania oraz kontroli chorób zakaźnych na terenie Wspólnoty. Tu szczególną rolę odgrywa wymiana informacji między państwami członkowskimi, a także organizo-

wany system wczesnego ostrzegania i reagowania dla zapobieżenia i zwalczania chorób zakaźnych (EWRS – Early Warning Response System).

Celem tego systemu jest:

- szybkie ostrzeżenie państw członkowskich i WE oraz Komisji Europejskiej o przypadkach wystąpienia zachorowań na jedną z 44 chorób zakaźnych objętych w UE nadzorem epidemiologicznym, jeśli istnieje zagrożenie jej transgranicznego szerzenia się na pozostałe kraje UE;
- informowanie o podjętych w odpowiedzi działaniach przeciwepidemicznych (Knap i Trybusz, 2007, ss. 185-195)¹¹.

Niezależnie od treści wytycznych Główny Inspektor Sanitarny oraz jego przedstawiciele nawiązali ściślejszą współpracę z Biurem Regionalnym WHO w Kopenhadze oraz Biurem WHO w Polsce, a także z Europejskim Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC - European Centre for Disease Control and Prevention) z siedzibą w Sztokholmie. Do zadań tego ostatniego należy przede wszystkim:

- identyfikacja i ocena zagrożeń wynikających z nowo pojawiających się chorób zakaźnych,
- informowanie o tych zagrożeniach,
- opracowanie, we współpracy z państwami członkowskimi, procedur obowiązujących zarówno w fazie przygotowań do działania, jak i samych działań, mających na celu walkę z czynnikami biologicznymi,
- zbieranie, ocena, rozpowszechnianie danych naukowych, udzielanie pomocy państwom członkowskim poprzez obiektywną ocenę sytuacji oraz prowadzenie szkoleń (M. L. Grabowski, Świątecka, Knap, 2006, s. 603)¹².

Jednocześnie zarządzeniem Głównego Inspektora Sanitarnego z 1 lutego 2010 r. powołany został Zespół do spraw Organizacji i Zabezpieczenia Sanitarно-Epidemiologicznego turnieju UEFA Euro 2012. Do jego zadań należało:

- określenie roli Państwowej Inspekcji Sanitarnej w procesie przygotowania Polski
- do przeprowadzenia turnieju UEFA EURO 2012;
- określenie obszarów działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które mają wpływ na zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego uczestników turnieju UEFA EURO 2012;

- dokonanie analizy i oceny zagrożeń w obszarze bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego;
- określenie szczegółowych zadań związanych z zabezpieczeniem sanitarno-epidemiologicznym i sposobów ich realizacji;
- oszacowanie kosztów związanych z udziałem jednostek organizacyjnych Państwowej
- Inspekcji Sanitarnej w zabezpieczeniu sanitarno-epidemiologicznym turnieju UEFA EURO 2012;
- monitorowanie stanu przygotowań struktur Państwowej Inspekcji Sanitarnej do zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju UEFA EURO 2012;
- określenie zasad współpracy z innymi służbami i inspekcjami;
- określenie form współpracy z właściwymi organami Republiki Ukrainy oraz WHO i ECDC;
- współpraca z Komitetem Organizacyjnym EURO 2012.

To właśnie ten zespół opracował przedstawione wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego.

Nie sposób szczegółowo wyliczyć wszystkich działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w czasie przygotowań do turnieju UEFA EURO 2012 i w jego trakcie. Niektóre z nich pokazuje kalendarium:

2008 R.

- Minister Zdrowia zarządzeniem z 4 września 2008 roku powołał Zespół do spraw koordynacji przygotowań do turnieju finałowego Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 (Dz.Urz. MZ Nr 10, poz. 69. z późn. zm.), w skład którego wszedł m.in. Główny Inspektor Sanitarny.
- Główny Inspektorat Sanitarny opracował założenia do planu zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju finałowego UEFA EURO 2012, wskazując także osoby, które na poziomie województw miały koordynować działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w tym zakresie.

2009 R.

- Państwowa Inspekcja Sanitarna została zobowiązana i objęła nadzór nad bezpieczeństwem sanitarno-epidemiologicznym we wszystkich tzw. miejscach oficjalnych UEFA EURO 2012.
- Główny Inspektor Sanitarny, mając na względzie szczególną rolę portów lotniczych przy przemieszczaniu się dużych grup kibiców pomiędzy miastami, kontynuował – za pośrednictwem podległych mu organów – działania prowadzące do koordynacji, a także wymiany informacji pomiędzy portami.
- Wzmocniono również ścisłą współpracę w zakresie nadzoru sanitarno-epidemiologicznego ze Światową Organizacją Zdrowia.
- Opracowano przy udziale przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej „Zintegrowaną Koncepcję Bezpieczeństwa”, dotyczącą kwestii opieki medycznej, ratownictwa, zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego.
- Państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni w miastach gospodarzach EURO 2012 opiniowali przedsięwzięcia związane z organizacją Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012.
- Stacje sanitarno-epidemiologiczne przeprowadzały liczne kontrole stanu sanitarno- higienicznego obiektów użyteczności publicznej, stwierdzając, iż stan sanitarno-higieniczny dworców kolejowych, autobusowych i przystanków jest niezadowalający.
- Państwowa Inspekcja Sanitarna stwierdziła konieczność modernizacji istniejących obiektów publicznych, a w szczególności zwiększenia liczby toalet – głównie przy przejściach granicznych, terminalach i drogach krajowych.

2010 R.

- 1 lutego Główny Inspektor Sanitarny wydał zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw Organizacji i Zabezpieczenia Sanitarno-Epidemiologicznego Turnieju UEFA EURO 2012.
- Dnia 13 października Główny Inspektor Sanitarny wydał zarządzenie Nr 84A, które wprowadziło Wytyczne do zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju UEFA EURO 2012.
- Główny Inspektor Sanitarny wszedł w skład Zespołu do spraw Wdrożenia Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z 14 września 2010 r. (Dz.Urz. MZ Nr

10, poz. 68).

- Podjęto ścisłą współpracę z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) w Sztokholmie, w celu wymiany informacji i monitorowania zakażeń w krajach uczestniczących w EURO 2012.
- Główny Inspektorat Sanitarny wspólnie z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny opracował projekt pt.: „Poprawa nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi poprzez wzmocnienie możliwości diagnostycznych wybranych laboratoriów Państwowej Inspekcji Sanitarnej”, którego realizacja dałaby możliwość diagnostyki patogenów wysoce niebezpiecznych w trakcie EURO 2012 .
- Został powołany zespół roboczy Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie do spraw pomocy w organizacji przygotowania województwa mazowieckiego do EURO 2012 w celu natychmiastowego reagowania w przypadku konieczności podjęcia działań leżących w kompetencjach Państwowej Inspekcji Sanitarnej we współpracy z władzami samorządowymi w zakresie egzekwowania bezpieczeństwa sanitarnego podczas imprez organizowanych na terenie województwa.

2011 R.

- Opracowanie „Zintegrowanej Koncepcji Bezpieczeństwa”, w części dotyczącej kwestii opieki medycznej, ratownictwa, zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa sanitarnoepidemiologicznego.
- 15 lipca uzgodniono koncepcję bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego pomiędzy Głównymi Inspektorami Sanitarnymi Polski i Ukrainy.
- 17–18 października 2011 r. odbyło się spotkanie związane z przygotowaniem do turnieju UEFA EURO 2012 i wdrożenia wytycznych do koncepcji bezpieczeństwa.
- Przygotowanie koncepcji organizacji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w czasie trwania EURO 2012.

2012 R.

- Wdrożenie planu operacyjnego bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego w miastach gospodarzach i na terenie kraju.

- Wdrożone w portach lotniczych plany zabezpieczenia medycznego, ratowniczego i sanitarno-epidemiologicznego podczas turnieju.
- 27 kwietnia Główny Inspektor Sanitarny wydał zarządzenie w sprawie utworzenia w Głównym Inspektoracie Sanitarnym Sztabu Centralnego, do którego zadań należy gromadzenie danych i ich analiza, koordynacja działań, powiadamianie międzynarodowe, utrzymywanie łączności z Zespołem do spraw Organizacji i Zabezpieczenia Sanitarno-Epidemiologicznego turnieju UEFA Euro 2012 oraz z krajowym koordynatorem ds. opieki medycznej i ratownictwa. Z kolei na poziomie wojewódzkim powołano w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych w miastach gospodarzach turnieju sztaby wojewódzkie¹³. Działania te oznaczały przejście z wymienionego biernego nadzoru na czynny nadzór epidemiologiczny (ang. *active epidemiological surveillance*) w rozumieniu WHO/IHR/ECDC/CDC.
- W okresie od 4 czerwca do 2 lipca wydzielone struktury GIS i PIS pracowały w całodobowym trybie dyżurnym i w stałym kontakcie z innymi strukturami służby zdrowia oraz innymi podmiotami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo UEFA EURO 2012.

Powyższe kalendarium nie oddaje ogromu pracy, którą wykonała przed i w trakcie turnieju UEFA EURO 2012 Państwowa Inspekcja Sanitarna oraz podległe jej wojewódzkie, powiatowe, a także graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne w ścisłej współpracy z Inspekcjami Sanitarnymi MSW i Wojska Polskiego, a także Inspekcją Weterynaryjną (wspólny nadzór nad produkcją i dystrybucją żywności pochodzenia zwierzęcego).

Co ważne, przed UEFA EURO 2012 dokonano także kontroli funkcjonowania czterech elementów logistycznych (istniejących w kraju) niezbędnych przy zwalczaniu chorób szczególnie niebezpiecznych:

- 1) bezpiecznego dla chorego i otoczenia transportu w tzw. mobilnych bokсах bioizolujących (tzw. boksy Trexlera);
- 2) oddziałów tzw. wysokiego stopnia izolacji, zaopatrzonych w odpowiedni sprzęt (między innymi warunki podciśnienia i filtry);
- 3) Możliwości bezpiecznej (w warunkach laboratoriów typu BSL) i szybkiej (z użyciem technik molekularnych, np. PCR) diagnostyki materiału wysokozakaźnego;
- 4) indywidualnych kombinezonów ochronnych z zamkniętym obiegiem zaopatrzenia w tlen (Knap, 2008, s.84)¹⁴.

Trzeba pamiętać, że w tym czasie Państwowa Inspekcja Sanitarna niezależnie od powyższych działań wykonywała swoje zadania ustawowe.

W trakcie wielomiesięcznych, interdyscyplinarnych i międzyresortowych przygotowań do EURO 2012 dokonano w pierwszej kolejności szacunku ryzyka wystąpienia wielu niepożądanych zdarzeń medycznych; przede wszystkim ze strony chorób infekcyjnych. Estymacja taka należy do rutynowych procedur epidemiologicznych (M. Gregg, 2008)¹⁵, zaś potrzebę jej wykonania dokumentowały także wszechstronne oceny skutków (korzyści, zarówno wymiernych finansowo, jak i w sferze imponderabiliów versus straty, w tym wzrost zachorowań), opublikowane po turnieju UEFA EURO 2004 w Portugalii.

W aspekcie medycznym, pouczająca – ale i mająca charakter przestrogi – była analiza wystąpienia chorób infekcyjnych w trakcie turnieju i po jego zakończeniu (ale będących wynikiem turnieju) UEFA EURO 2004 (Gonçalves, Castro, Correi i Queirós, 2005)¹⁶. Z cytowanego doniesienia, oraz z kolejnych doniesień, wyłonił się obraz początkowego braku wzrostu zachorowań na wiele chorób (np. biegunki, zakażenia meningokokowe, zatrucia pokarmowe, błonica, legioneloza, etc.), nie wystąpiły też ogniska epidemiczne infekcji. Po zakończeniu EURO 2004 rozpoznano sukcesywnie u osób z Portugalii około 70 zachorowań na AIDS, wywołanych głównie wirusem HIV-2, przywleczonym przez kibiców z Afryki Zachodniej, gdzie HIV-2 występuje hiperendemicznie.

W odmiennych warunkach geopolitycznych i społecznych Polski mogliśmy oczekiwać zagrożeń związanych zarówno z potencjalnymi aktami bioterroru, jak i wzrostu zachorowań na następujące schorzenia:

1. Zatrucia i zakażenia pokarmowe różnej etiologii, zarówno bakteryjnej (salmonelozy, kamylobakterioza, jersyniozy, listerioza, nawet czerwonka bakteryjna), jak wirusowej (norowirusy, rotawirusy, astrowirusy, etc.), jak i pierwotniakowej (giardioza = lamblioza, kryptosporidioza). Szacowaliśmy potencjalną liczbę takich zachorowań na kilkaset do nawet kilku tysięcy przypadków w skali kraju, zarówno sporadycznych, jak i w postaci ognisk epidemicznych różnej wielkości.

2. Bardzo realnej możliwości przywleczenia przypadków gruźlicy (w tym wielolekoopornej = MRDT, XDR i TDR) przez kibiców z Rosji, Ukrainy, Łotwy i Estonii, gdzie zachorowalność na tę chorobę jest duża (wskaźniki zapadalności kilkakrotnie wyższe niż w Polsce), a gruźlica często współistnieje z zakażeniem HIV/AIDS, nabierając ponadto cech

lekooporności. Liczba takich potencjalnych przypadków była trudna do oszacowania (kilkanaście do kilkudziesięciu), lecz pojawienie się każdego przypadku prątkującego i wielolekoopornego, jest zagrożeniem zdrowia publicznego („czynnik alarmowy” według art. 2., punkt 5. Ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu zakażeniom i chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu u ludzi u ludzi).

3. Wzrostu zachorowań na choroby przenoszonego droga płciową (STD, dawniej – choroby weneryczne, w tym zakażenie HIV).

4. Przeniesienia (i wtórnie transmisji do Zachodniej Europy) przypadków odry, występującej jedynie sporadycznie w Polsce (39 przypadków w roku 2011, a 20 – do 15 maja 2012 r.), a wciąż epidemicznej, np. na Ukrainie.

5. Przywleczenia sporadycznych przypadków błonicy (dyfterytu), porażen wiotkich wywołanych wirusem polio (od którego jest obecnie wolny Region Europejski WHO), oraz – w skali znacznie większej – świerzbu i wszawicy, zarówno głowowej, jak i odzieżowej. Ta ostatnia jest, w warunkach niektórych republik byłego ZSRR, groźnym przenosicielem duru wysypkowego (tyfus plamisty) i gorączki powrotnej, czyli wołyńskiej (febris quintana s. f. volhynica).

6. Możliwości pojawienia się, trudnej do prognozowania, liczby przypadków legionelozy, bakteryjnej choroby układu oddechowego, której czynnik etiologiczny (rodzaj *Legionella*) może występować w urządzeniach klimatyzacyjnych i instalacjach hydroterapii i hydromasażu (hotele, sauny, baseny pływackie, natryski, parki wodne, etc.). Zagrożenie to spowodowało profilaktyczne badania sanitarne wymienionych obiektów.

7. Przeniesienia różnych antybiotykoopornych czynników bakteryjnych (w Europie opisano np. niedawne przywleczenie, z ręcznikami piłkarzy, szczepu gronkowca wytwarzającego groźną leukocydynę Penton-Valentin).

8. Nie można było wykluczyć groźby ataku bioterrorystycznego. Przywleczenie choroby szczególnie niebezpiecznej i akt bioterroru nie różnią się w zasadzie, ani pod względem rozwoju epidemii, ani jej skutków i możliwości zwalczania. W przypadku aktu bioterroru może teoretycznie wystąpić zastosowanie drobnoustroju zmodyfikowanego genetycznie (np. lekoopornego), podanego w dużej dawce lub rozsianego nietypową drogą (Dębiński i in., 2011, ss. 548-572).

Obawy te szczęśliwie (ale i na skutek szeroko podjętych działań profilaktycznych) nie sprawdziły się. W trakcie turnieju w Polsce zanotowano jedynie sporadyczne przypadki zatruc pokarmowych, zaś dalsza obserwacja nie wykazała – z perspektywy trzech kwartałów – wzrostu zachorowań na HIV/AIDS ani przypadków przywleczonej gruźlicy. Sukces EURO 2012 dokonał się więc także w sferze bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego.

(ENDNOTES)

PRZYPISY

1. A. Zieliński: Evidence for excessive incidence of infectious diseases at mass gatherings with special reference to sporting events. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2009, tom 63, nr 3, s. 346.
2. A. Stergarchis, A. D. Tsouros: Mass gathering and public health – The experience of the Athens 2004 Olympic Games, WHO, Kopenhaga 2007, s. 5.
3. Communicable disease alert and response for mass gatherings – technical workshop. WHO, Geneva 2008, s. 4
4. A. Zieliński, K. Gładysz: Structured sanitary preparation to mass gatherings. “*Przegląd Epidemiologiczny*”, 2010, tom 64, nr 1, s. 9.
5. M. Janik: *Policja sanitarna*, Warszawa 2012, s. 124.
6. W. Brzęk: *Ochrona zdrowia w Ustawie z dnia 24 października 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (/w:/ M. Lisiecki, M. Raczkowska-Lipińska (red.): *Zarządzanie bezpieczeństwem w Unii Europejskiej wobec globalnych zagrożeń*, Józefów 2008, s. 156
7. W. Dębiński, A. Świątecka, I. Kucharska, J. P. Knap, A. Czyrznikowska: *Rola i miejsce Państwowej Inspekcji Sanitarnej w systemie ratownictwa medycznego. Polski Przegląd Medycyny Psychologii Lotniczej*, 2011, tom 17., Nr 2, s. 177–188.
8. J. P. Knap, A. Trybusz: Świat wobec epidemii – od leku do skoordynowanego działania, [w:] B. Sitek, G. Dammaco, M. Sitek, J. Szczebowski; *Prawo do życia a jakość życia w wielokulturowej Europie*, Olsztyn – Bari 2007, tom 1, s. 185–195.
9. P. Miśkiewicz: *Polska polityka zdrowotna oraz anty-pandemiczna, a rozwój nowych chorób*, <http://www.euractiv.pl/rozszerzenie/wy->

- wiad/polska-polityka-zdrowotna-oraz-anty-pandemiczna-a-rozwojnowych-chorob-001874
10. A. Kicman-Gawłowska: Krajowy Punkt centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. „Przegląd Epidemiologiczny”, 2009, tom 63, Nr 1, s. 143 –147.
 11. J.P. Knap, A. Trybusz: Świat wobec epidemii – od leku do skoordynowanego działania [w:] B. Sitek, G. Dammaco, M. Sitek, J. Szczebowski; *Prawo do życia a jakość życia w wielokulturowej Europie*, Olsztyn – Bari 2007, tom 1, s. 185-195.
 12. M. L. Grabowski, A. Świątecka, J.P. Knap: *Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Rola nowej europejskiej agencji w ochronie zdrowia i zapewnieniu bezpieczeństwa społeczeństwu europejskiemu. Dotychczasowe doświadczenia Polski ze współpracy z ECDC*. Journal of Modern Science, 2006, 1/3, s. 603.
 13. Kalendarium opracowano na podstawie sprawozdań z realizacji przedsięwzięć EURO 2012 oraz z wykonanych działań dotyczących realizacji przygotowań Polski do finałowego turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 ogłaszanych okresowo przez Ministerstwa Sportu na jego stronie internetowej mspot.gov.pl w latach 2008–2012.
 14. J.P. Knap: *Rola lekarzy chorób zakaźnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne”, 2008, 118 (1), s. 84
 15. M. Gregg; *Field epidemiology*, Third edition, Oxford University Press. Oxford, New York 2008, s. 1–572.
 16. G. Gonçalves, L. Castro, A. M. Correia, L. Queirós, *Infectious diseases surveillance activities in the north of Portugal – during the EURO 2004 Football Tournament*, Eurosurveillance, Volume 10, Issue 4, 01 April 2005.
 17. W. Dębiński, I. Kucharska, J. Knap, K. Kitajewska, A. Świątecka, A. Czyrznikowska: *Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zapobieganiu powstawania chorób zakaźnych i zawodowych* W: J. Konieczny (red.): *Ratownictwo w Polsce. Lata 1990–2010*. Warszawa 2010, s. 548–572.

REFERENCES

- Brzęk, W. (2008). *Ochrona zdrowia w Ustawie z dnia 24 października 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*. w: M. Lisiecki, M. Raczkowska-Lipińska (red.). *Zarządzanie bezpieczeństwem w Unii Europejskiej wobec globalnych zagrożeń*. Józefów: Wydawnictwo WSGE.
- Dębiński, W., Kucharska, I., Knap, J.P., Kitajewska, K., Świątecka, A., Czyrznikowska, A. (2010). *Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zapobieganiu powstawania chorób zakaźnych i zawodowych*. w: Konieczny, J. (red.). *Ratownictwo w Polsce. Lata 1990–2010*. Warszawa.
- Dębiński, W., Świątecka, A., Kucharska, I., Knap, J.P., Czyrznikowska, A. (2011). *Rola i miejsce Państwowej Inspekcji Sanitarnej w systemie ratownictwa medycznego*. „Polski Przegląd Medycyny Psychologii Lotniczej”. tom 17. nr 2.
- Gonçalves, G., Castro, L., Correia, A.M., Queirós L. (2005). *Infectious diseases surveillance activities in the north of Portugal – during the EURO 2004 Football Tournament*, Eurosurveillance, Volume 10, Issue 4, 01 April 2005.
- Grabowski, M.L., Świątecka, A., Knap J.P. (2006). *Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Rola nowej europejskiej agencji w ochronie zdrowia i zapewnieniu bezpieczeństwa społeczeństwu europejskiemu. Dotychczasowe doświadczenia Polski ze współpracy z ECDC*. Journal of Modern Science vol. 1/3/2006.
- Gregg, M. (2008). *Field epidemiology*. Third edition. Oxford University Press. Oxford, New York.
- Janik, M. (2012). *Policja sanitarna*, Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Kicman – Gawłowska, A. (2009). *Krajowy Punkt Centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych*. „Przegląd Epidemiologiczny”. Tom. 63. nr 1.
- Knap, J.P. (2008). *Rola lekarzy chorób zakaźnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce*. „Zdrowie Publiczne”, nr 118 (1).
- Knap, J.P., Trybusz, A. (2007). *Świat wobec epidemii – od leku do skoordynowanego działania*. w: Sitek, B., Dammaco G., Sitek, M., Szczebowski, J. *Prawo do życia a jakość życia w wielokulturowej Europie*, Olsztyn – Bari.

- Miśkiewicz, P. (2010) *Polska polityka zdrowotna oraz anty-pandemiczna, a rozwój nowych chorób*. <http://www.euractiv.pl/rozszerzenie/wywiad/polska-polityka-zdrowotna-oraz-anty-pandemiczna-a-rozwoj-nowych-chorob-001874> [pozyskano: 10.12.2012]
- Stergarchis, A., Tsouros, A.D.(2007) *Mass gathering and public health – The experience of the Athens 2004 Olympic Games*. Kopenhaga: WHO.
- WHO. (2005). *International Health Regulations (IHR)*. Geneva: WHO.
- WHO. (2008). *Communicable disease alert and response for mass gatherings – technical workshop*. Geneva: WHO.
- Zieliński, A. (2009). *Evidence for excenssive incidence of infectious diseases at mass gatherings with special reference to sporting events*. “Przegląd Epidemiologiczny”. tom 63. nr 3.
- Zieliński, A., Gładysz, K. (2010). *Structured sanitary preparation to mass gatherings*. “Przegląd Epidemiologiczny”. tom 64. nr 1.