

Εθνικό Σχέδιο Δράσης
για τα Καρδιαγγειακά
Νοσήματα
2008 - 2012

δω

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

**Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα
2008 - 2012**



Αθήνα 2008

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς

Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης

για τη Δημόσια Υγεία - Επιμέλεια: Έφη Σίμου

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Επιστημονική - Γνωμοδοτική Επιτροπή

Πρόεδρος	Γιάννης Κυριόπουλος , Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Μέλη	Γιάννης Αλαμάνος , Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Εργαστήριο Υγιεινής Γιώργος Αρσένης , Επίκουρος Καθηγητής Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαος Βακάλης , Κοσμήτωρ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Καθηγητής Τομέα Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων Αλκιβιάδης Βατόπουλος , Καθηγητής Μικροβιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Δημολιάτης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Υγιεινής Ιωάννης Ιωαννίδης , Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού , Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Κωνσταντινίδης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Χρήστος Λιονής , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Νίκος Μανιαδάκης , Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά Παναγιώτης Μπεχράκης , Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας Αναπνοής Πανεπιστημίου Αθηνών Κωνσταντίνος Μπουραντάς , Καθηγητής Αιματολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Ελπίδα Πάβη , Διευθύντρια Σπουδών, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Παπαδημητρίου , Γενικός Διευθυντής Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Αναστασία Ρουμελιώτου , Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Τούντας , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών Χρήστος Χατζηχριστοδούλου , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ευχαριστίες

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναγνωρίζει και ευχαριστεί τους επιστήμονες και εκπροσώπους της Κοινωνίας των Πολιτών, οι οποίοι με ενδιαφέρον και υπευθυνότητα κατέθεσαν τις επιστημονικές τους απόψεις και εμπλούτισαν το σχεδιασμό και το περιεχόμενο του παρόντος Σχεδίου με κείμενα, δεδομένα, συστάσεις, διορθώσεις και προτάσεις.

Ευχαριστούμε τους κ.κ. **Δ. Παπακωνσταντίνου**, Ιατρό, υποψήφια Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πατρών, **Χ. Ζηλίδη**, Ιατρό, Διδάκτωρ Κοινωνικής Ιατρικής, **Α. Μαστρογιαννάκη** και **Μ. Κακούρο**, Οικονομολόγους της Υγείας καθώς και την κα **Δ. Βλαντώνη**, Κοινωνική Ψυχολόγο.

Περιεχόμενα

Πρόλογος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

σελ. 10

Εισαγωγικό Σημείωμα

σελ. 12

Κεφάλαιο Ιο: Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης

- σελ. 14 1. Μορφές Καρδιαγγειακών Νοσημάτων
- σελ. 15 2. Παράγοντες Κινδύνου Καρδιαγγειακών Νοσημάτων
- σελ. 30 3. Επιδημιολογικές Τάσεις
- σελ. 34 4. Υφιστάμενη Κατάσταση στην Ελλάδα
- σελ. 37 5. Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Καταπολέμηση των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων
- σελ. 41 6. Η Πολιτική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Καταπολέμηση των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων
- σελ. 43 7. Πολιτικές για την Πρόληψη και Καταπολέμηση των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων σε Εθνικό Επίπεδο
- σελ. 44 8. Οικονομικές Διαστάσεις
- σελ. 46 9. SWOT Ανάλυση

Κεφάλαιο 2ο: Στρατηγικός Σχεδιασμός

- σελ. 48 1. Όραμα
- σελ. 48 2. Αποστολή
- σελ. 48 3. Στρατηγική Τοποθέτηση
- σελ. 48 4. Στρατηγικοί Στόχοι
- σελ. 49 5. Αρχές και Αξίες του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
- σελ. 50 6. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
- σελ. 54 7. Αξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Κεφάλαιο 3ο: Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

- σελ. 56 1ος Άξονας: Πρωτογενής Πρόληψη - Έλεγχος και Περιορισμός των Παραγόντων Κινδύνου
- σελ. 64 2ος Άξονας: Δευτερογενής Πρόληψη - Προσυμπτωματικός Πληθυσμιακός Έλεγχος Παθολογικών Παραγόντων Κινδύνου
- σελ. 67 3ος Άξονας: Αναβάθμιση Ποιότητας Θεραπευτικών Υπηρεσιών
- σελ. 70 4ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία
- σελ. 74 5ος Άξονας: Έρευνα

Κεφάλαιο 4ο: Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση

- σελ. 76 1. Διαδικασία Υλοποίησης
- σελ. 78 2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Βιβλιογραφία

σελ. 80

Πρόλογος

Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για τις ευρωπαϊκές κοινωνίες του 21ου αιώνα, είναι κεκτημένο ο στρατηγικός σχεδιασμός της πολιτικής να προηγείται των θεσμικών και νομοθετικών παρεμβάσεων. Με την πρακτική αυτή, τα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη εξασφαλίζουν την ενσωμάτωση των θέσεων της Κοινωνίας των Πολιτών στην επίσημη πολιτική, κατοχυρώνουν τη διασύνδεση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την υλοποίηση προγραμματικών στόχων, διασφαλίζουν τη γρήγορη εφαρμογή της νομοθεσίας και εγγυώνται τη δημιουργία απλών και διάφανων διαδικασιών.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012 είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται στη χώρα μας για να αποκτήσουμε στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Αποτελεί μια από τις βασικές προγραμματικές μας δεσμεύσεις και αναπτύσσει εξειδικευμένες και κοστολογημένες δράσεις, για όλους τους κρίσιμους παράγοντες κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία.

Με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία βάζουμε τέρμα στην αποσπασματική και άναρχη ανάπτυξη των υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας και ανοίγουμε ένα νέο κεφάλαιο στην εξέλιξη του ελληνικού κοινωνικού κράτους.

Αποκτούμε αξιόπιστα ερευνητικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τη Δημόσια Υγεία στον τόπο μας, γεγονός που μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στη σχεδιασμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Τοποθετούμε την πρόληψη στο επίκεντρο της λειτουργίας του κοινωνικού μας κράτους, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο που έχει η υπεύθυνη και συνεχής ενημέρωση των πολιτών για ζητήματα υγείας.

Θεμελιώνουμε ρεαλιστικούς ποιοτικούς και ποσοτικούς στόχους, με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο τη συνέχεια στην υλοποίηση της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία.

Δημιουργούμε νέες δομές και υπηρεσίες, καλύπτοντας χρόνια ελλείμματα στη δομή του δημοσίου συστήματος υγείας και κατοχυρώνοντας βασικά ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα.

Εξασφαλίζουμε την εξοικονόμηση πόρων στην υλοποίηση της πολιτικής μας, αίροντας την πρακτική του δημιουργικού αυτοσχεδιασμού, πετυχαίνοντας την οριζόντια συνεργασία μεταξύ των υπεύθυνων φορέων του κράτους και κερδίζοντας πολύτιμους οικονομικούς πόρους από εξειδικευμένα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Καθιστούμε την επιστημονική κοινότητα και τον εθελοντικό τομέα πολύτιμους συνεργάτες στην χάραξη και στην υλοποίηση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία, ενώ εξασφαλίζουμε τις συνθήκες που επιτρέπουν την οργανωμένη αξιοποίηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

Σε μία εποχή που σηματοδοτείται από ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και από νέες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία διαμορφώνει τις αναγκαίες προγραμματικές και χρηματοδοτικές προϋποθέσεις για να αποκτήσει η χώρα μας ένα ισχυρό δίκτυο υγειονομικής προστασίας και ασφάλειας.

Για να αποκτήσει η Ελλάδα ανθρωποκεντρική και σύγχρονη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Δημήτρης Α. Αβραμόπουλος



Εισαγωγικό Σημείωμα

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα σήμερα αποτελούν μεγάλο ιατρικό, αλλά και κοινωνικό πρόβλημα, καθώς κατέχουν την πρώτη θέση στις αιτίες θανάτου μεταξύ ανδρών και γυναικών τόσο στην Ευρώπη (Health and Consumer Affairs Council Meeting on Employment and Social Policy 2006), όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, με τη χώρα μας να συγκαταλέγεται πλέον στο δυσμενή κατάλογο των χωρών που πλήττονται περισσότερο.

Το επίπεδο της Δημόσιας Υγείας και της νοσηρότητας μιας κοινωνίας βρίσκεται σε άμεση σχέση με την οικονομική της ανάπτυξη και την κοινωνική της οργάνωση.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα μέχρι σήμερα θεωρούνταν μάστιγα των δυτικών κοινωνιών και αποτέλεσμα της βιομηχανοποίησης, της αστικοποίησης και της υιοθέτησης συγκεκριμένου αστικού τρόπου ζωής, όπως κάπνισμα, διατροφή (φτωχή σε φρέσκα φρούτα και φυτικές ίνες, πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι), έλλειψη φυσικής δραστηριότητας που συνιστούν και τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου των αντίστοιχων νοσημάτων.

Η πραγματικότητα όμως είναι διαφορετική. Ενώ στις ανεπτυγμένες χώρες τόσο η επίπτωση, όσο και η θνησιμότητα παρουσιάζει τάσεις μείωσης λόγω της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης και της θεραπείας, στις αναπτυσσόμενες χώρες τα καρδιαγγειακά νοσήματα όχι μόνο έχουν αρχίσει να αυξάνονται, αλλά αποτελούν σημαντικό νοσολογικό φορτίο σε τέτοιο βαθμό που η ετήσια αναφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2003 τα χαρακτήρισε ως «υποτιμημένη παγκόσμια απειλή» (WHO 2003b). Το 85% του καρδιαγγειακού νοσολογικού φορτίου παγκοσμίως, προέρχεται από κράτη χαμηλού και μέσου οικονομικού μεγέθους (WHO 2003b).

Επίσης, η επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων αλλάζει και κατά τη μετακίνηση πληθυσμών από τις αναπτυσσόμενες χώρες στο δυτικό κόσμο. Η μετανάστευση αλλάζει τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων, οι οποίοι υιοθετούν το δυτικό πρότυπο ζωής, αλλά λόγω της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης δεν έχουν την ίδια πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στην πληροφόρηση και στην εκπαίδευση.

Με βάση τα στοιχεία του Π.Ο.Υ., το 80% των πρόωρων θανάτων προκαλούμενων από καρδιακά

νοσήματα και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, θα μπορούσαν να αποφευχθούν με υγιεινή διατροφή, συστηματική φυσική δραστηριότητα και διακοπή του καπνίσματος.

Η στρατηγική του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα κινείται προς αυτή την κατεύθυνση. Προτείνει δηλαδή τη θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης και βιώσιμης οριζόντιας πολιτικής με σκοπό:

- Την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την αποδοτική και ποιοτική λειτουργία των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την υλοποίηση των αναγκαίων πολιτικών και δράσεων μέσω στοχευμένων προγραμμάτων και παρεμβάσεων.

Επιπλέον, το παρόν Σχέδιο Δράσης προτείνει μια ευρεία και συντονισμένη στρατηγική σε κοινωνικό, πολιτικό και επιστημονικό επίπεδο, η οποία περιλαμβάνει:

- Συνδυασμένη προσέγγιση του προβλήματος με στόχο τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου στο σύνολο του πληθυσμού, στα άτομα υψηλού κινδύνου και στα άτομα με εγκατεστημένη νόσο.
- Κινητοποίηση όλων των φορέων που θα μπορούσαν να εμπλακούν στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενισχύοντας τη δέσμευσή τους σε κοινό πλαίσιο αρχών.
- Μείωση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας που οφείλονται στα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Το Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα 15 Σχέδια Δράσης: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε χώρους Παροχής Υγείας.

Το σύνολο των προτεινόμενων δράσεων του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία προϋπολογίζεται σε συνάρτηση με όλες τις δράσεις των επιμέρους σχεδίων, που αφορούν στην προάσπιση και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, με στόχο την άρση των αλληλοεπικαλύψεων και τη δημιουργία ενός οριζόντιου και ολιστικού προϋπολογισμού για τη Δημόσια Υγεία. Συνοπτικός προϋπολογισμός δράσεων του παρόντος Σχεδίου Δράσης, συμπεριλαμβάνεται στο κεφάλαιο 4 του παρόντος. Ο αναλυτικός προϋπολογισμός των δράσεων, δημοσιοποιείται σε ξεχωριστό τεύχος, το οποίο αποτελεί την οικονομοτεχνική μελέτη του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και το οποίο περιγράφει αναλυτικά το κόστος των δράσεων και την πηγή χρηματοδότησής τους.

Αλέξης Ζορμπάς
Συντονιστής Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης



I. Μορφές Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, τα οποία προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία και περιλαμβάνουν:

Στεφανιαία νόσος: Προκαλείται από στένωση των αιμοφόρων αγγείων (στεφανιαίων) που αιματώνουν τον καρδιακό μυ, κυρίως εξαιτίας εναπόθεσης λίπους, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αθηρωματικών πλάκων.

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Πρόκειται για τη διαταραχή της εγκεφαλικής αιματικής κυκλοφορίας. Μπορεί να προκληθεί είτε από διακοπή της αιματικής ροής του εγκεφάλου (ισχαιμικό επεισόδιο), είτε από ρήξη των εγκεφαλικών αγγείων (αιμορραγικό επεισόδιο). Παράγοντες κινδύνου είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση, κολπική μαρμαρυγή, υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα, διαβήτης, διατροφή, φυσική δραστηριότητα, προχωρημένη ηλικία (National Diabetes Information Clearinghouse, 2005).

Ρευματική καρδιοπάθεια: Πρόκειται για την καταστροφή του καρδιακού μυ και των βαλβίδων της καρδιάς, η οποία προκαλείται από άνοση αντίδραση προς τη λοίμωξη από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A, η οποία δεν αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Συγγενής Καρδιοπάθεια: Πρόκειται για ανωμαλίες των καρδιαγγειακών δομών π.χ. μεσοκοιλιακά ή μεσοκολπικά ελλείμματα, ανωμαλίες των βαλβίδων, ανωμαλίες των καρδιακών κοιλοτήτων, οι οποίες υπάρχουν από τη γέννηση. Οφείλονται είτε σε γενετικούς παράγοντες για παράδειγμα, σύνδρομο Down, είτε σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα χρήση αλκοόλ, φαρμάκων (θαλιδομίδη, βαρφαρίνη) από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενδομήτριες λοιμώξεις (ερυθρά), κακή θρέψη της εγκύου (χαμηλή πρόσληψη φυλικού οξέως), συγγενική σχέση εξ' αίματος μεταξύ των γονέων (Chun 2006).

Ανευρύσματα και διαχωρισμός αορτής: Πρόκειται για διάταση και ρήξη της αορτής. Παράγοντες κινδύνου είναι: η προχωρημένη ηλικία, μακροχρόνια υψηλή αρτηριακή πίεση, σύνδρομο Marfan, συγγενείς ανωμαλίες της καρδιάς, σύφιλη και άλλοι λοιμώδεις και φλεγμονώδεις παράγοντες (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Εν τω Βάθει Φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή: Πρόκειται για απόφραξη του φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων με θρόμβους, οι οποίοι μπορεί να αποσπαστούν και μέσω της κυκλοφορίας να καταλήξουν στον πνεύμονα. Παράγοντες κινδύνου είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις, παχυσαρκία, κακοήθειες, κήση, λήψη αντισυλληπτικών και θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης, μακροχρόνια περίοδος ακινησίας π.χ. ταξίδια, ομοκυστιναιμία (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Περιφερική αρτηριοπάθεια: Πρόκειται για νόσο των περιφερικών αγγείων που αρδεύουν τα άνω και κάτω άκρα.

Άλλα Καρδιαγγειακά νοσήματα: Αρτηριακή υπέρταση, όγκοι καρδιάς, εγκεφαλικά ανευρύσματα, δυσλειτουργία του καρδιακού μυ όπως για παράδειγμα η καρδιομυοπάθεια και οι βαλβιδοπάθειες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συχνότερες μορφές καρδιαγγειακής νόσου είναι η στεφανιαία νόσος και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

2. Παράγοντες Κινδύνου Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

2.1 Υπερλιπιδαιμία

Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και άλλων λιπιδίων στο αίμα είναι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο και ευθύνονται για το 1/3 του συνόλου των καρδιαγγειακών νοσημάτων παγκοσμίως (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Η χοληστερόλη μεταφέρεται στον οργανισμό με τη μορφή δύο ειδών λιποπρωτεϊνών: υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ή HDL και χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ή LDL. Η HDL δεν

προκαλεί αθηροσκληρυνση, αντιθέτως έχει αντιαθηρογενείς ιδιότητες. Αντιθέτως η LDL, προκαλεί το σχηματισμό αθηρωματικών πλακών στο εσωτερικό τοίχωμα των αγγείων, κυρίως στεφανιαίων και εγκεφαλικών, με αποτέλεσμα την παρακώλυση της αιματικής ροής στην καρδιά και στον εγκέφαλο αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου και ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (Neaton et al. 1992).

Όπως διατυπώνεται σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες, το πρόβλημα αφορά τόσο άνδρες όσο και γυναίκες, παρόλο που οι γυναίκες προεμμηνοπαυσιακά έχουν συνολικά μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, διότι προστατεύονται από τα οιστρογόνα τα οποία προκαλούν αύξηση της HDL.

Η θετική συσχέτιση μεταξύ καρδιαγγειακού κινδύνου και υπερλιπιδαιμίας φαίνεται από το γεγονός ότι αύξηση κατά 10% της ολικής χοληστερόλης στον ορό του αίματος προκαλεί κατά 27% αύξηση στην επίπτωση της στεφανιαίας νόσου (Law et al. 1994). Αντιθέτως, 10% μείωση της ολικής χοληστερόλης συνδέεται με 25% μείωση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου μετά από 5 έτη, ενώ η μείωση της LDL κατά 40mg/dl, συνοδεύεται από μείωση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου κατά 23%, εγκεφαλικού κατά 19% και συνολικά καρδιαγγειακής νόσου κατά 21% (Baigent et al. 2005).

Η εμφάνιση υπερλιπιδαιμίας μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς (πρωτοπαθής), φαρμακευτικούς και διατροφικούς παράγοντες. Κατά κύριο λόγο όμως συνδέεται με τη διατροφή. Ο οργανισμός μπορεί να συνθέσει χοληστερόλη ή μπορεί να την προσλάβει από τις τροφές κυρίως ζωικής προέλευσης π.χ. κρέας, κοτόπουλο, ψάρι, αυγό. Η αυξημένη πρόσληψη κεκορεσμένων λιπών, ζωικής κυρίως προέλευσης, οδηγεί σε αύξηση της χοληστερόλης, ενώ τα πολυακόρεστα, τα οποία περιέχονται στα ψάρια και στις φυτικές τροφές, οδηγούν σε μείωση της χοληστερόλης. Τα μονοακόρεστα (κύρια πηγή των οποίων είναι το ελαιόλαδο), καθώς και τα ω-3 λιπαρά οξέα που υπάρχουν στα ψάρια, επιφέρουν μείωση του επιπέδου της ολικής χοληστερόλης, έχουν θετική επίπτωση στο επίπεδο της HDL και έχουν προστατευτική επίδραση έναντι των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα φρούτα, τα λαχανικά και τα δημητριακά δεν περιέχουν χοληστερόλη. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση μέσης τιμής ολικής χοληστερόλης όπως προκύπτει από τη μελέτη «ΑΤΤΙCΑ» (Pitsavos et al. 2003) στην οποία καταγράφεται το 46% των ανδρών και 40% των γυναικών να έχουν τιμές ολικής χοληστερόλης άνω του 200mg/dl.

2.2 Κάπνισμα

Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος που διατρέχει ένας καπνιστής είναι να εμφανίσει καρκίνο του πνεύμονα. Στην πραγματικότητα όμως, κινδυνεύει από τα καρδιαγγειακά νοσήματα σε πολύ υψηλότερο ποσοστό με προεξάρχοντα το έμφραγμα του μυοκαρδίου και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Το κάπνισμα επάγει τη νοσηρότητα της καρδιάς και των αγγείων μέσω πολλών μηχανισμών (Smith & Fiscer 2001; Biann et al. 1998). Προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκληρυνση. Με τους μηχανισμούς αυτούς, το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Ευθύνεται για το 1/5 των καρδιαγγειακών παθήσεων παγκοσμίως και για το 30-40% του συνόλου των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο (WHO 2008).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διεθνούς μελέτης «INTERHEART» (Teo et al. 2006), υπολογίστηκε ότι το 29% των εμφραγμάτων στη Δυτική Ευρώπη και το 30% στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη οφείλονται στο κάπνισμα. Επίσης, στις ίδιες περιοχές οι καπνιστές διατρέχουν το διπλάσιο κίνδυνο καρδιακής προσβολής σε σχέση με όσους δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

Στην Ευρώπη περίπου το 20% των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο στους άνδρες και το 3% στις γυναίκες οφείλεται στο κάπνισμα (European Cardiovascular Disease Statistics 2008). Στον ευρωπαϊκό χώρο η επίδραση του καπνίσματος ως παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο, φαίνεται να είναι μικρότερη στους μεσογειακούς πληθυσμούς από ότι στους βόρειους (Keys 1980).

Η Ελλάδα είναι μία από τις πρώτες χώρες σε σχετικό αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων στην Ευρώπη.

Το 2000, οι Έλληνες κατανάλωσαν 56% περισσότερα τσιγάρα κατά άτομο, από το μέσο όρο του Ευρωπαίου (Mähönen et al. 2004). Σύμφωνα με το πανευρωπαϊκό δίκτυο καταπολέμησης του καπνίσματος, το 47% των Ελλήνων ανδρών και το 29% των Ελληνίδων είναι καπνιστές. Τα ίδια ποσοστά προκύπτουν και από τη μελέτη «ΑΤΤΙCΑ» το 2003 (Pitsavos et al. 2003).

Η χρήση καπνού αποτελεί αίτιο καρδιακής προσβολής σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα και όχι μόνο σε ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τη διαχρονική μελέτη του Π.Ο.Υ., MONICA, περισσότερα από το 50% από τα μη θανατηφόρα καρδιολογικά επεισόδια σε νέους ανθρώπους ηλικίας 35-39 ετών, αποδίδονται στο κάπνισμα (Mähönen et al. 2004). Στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, ευθύνεται για το 45% των θανάτων στους άνδρες και το 41% στις γυναίκες (US DHHS 1989). Στα άτομα άνω των 65 ετών, ευθύνεται για το 15-20% των θανάτων από τη νόσο.

Το κάπνισμα εξάλλου, αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές. Ο σχετικός κίνδυνος είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών (US Department of Health and Human Services 2004).

Υπάρχει πληθώρα βιβλιογραφικών αναφορών που στηρίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία (US Department of Health and Human Services 2004). Ο κίνδυνος αυξάνει δραματικά όταν η έναρξη του καπνίσματος γίνεται πριν από την ηλικία των 16 ετών (Kawachi et al. 1993), επίσης ο κίνδυνος εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα (Wilhelmsen 1998). Από διάφορες έρευνες φαίνεται, ότι αυτοί που καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα έχουν 25-30% μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου από τους μη καπνιστές, αυτοί που καπνίζουν 10-20 τσιγάρα την ημέρα έχουν 30-50% μεγαλύτερη πιθανότητα, αυτοί που καπνίζουν 20-40 τσιγάρα έχουν 75% μεγαλύτερη πιθανότητα και αυτοί που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα πιθανότητα 100% μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές (Fielding 2002).

Η χρήση καπνού με οποιοδήποτε τρόπο πέραν του τσιγάρου, καθώς και το παθητικό κάπνισμα περιλαμβάνονται στους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι υπάρχει ένα γονίδιο το οποίο όταν το έχει ένας καπνιστής διατρέχει τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσει καρδιαγγειακή νόσο. (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Πρόσφατες μελέτες διαπιστώσαν ότι η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα είναι υψηλότερη στις γυναίκες καπνίστριες σε σχέση με άνδρες καπνιστές (Asia Pacific Cohort Studies Collaboration 2005). Οι γυναίκες καπνίστριες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, όπως έχει φανεί από μελέτες, ο κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου διπλασιάζεται στις γυναίκες οι οποίες καπνίζουν 3-5 τσιγάρα ημερησίως, ενώ στους άνδρες διπλασιάζεται στα 6-9 τσιγάρα ημερησίως.

Ακόμη πρέπει να σημειωθεί, ότι η επίδραση του τσιγάρου στη δημιουργία αθηρωματικών πλακών είναι μεγαλύτερη αν συνυπάρχει υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης (Howard et al. 1998).

Οι αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος φαίνονται ακόμη περισσότερο, στην περίπτωση διακοπής του σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο στους οποίους ο κίνδυνος επεισοδίου μετά από διακοπή πέφτει εντός 2-3 ετών στο επίπεδο ίδιο με αυτό αυτών με στεφανιαία νόσο και που δεν καπνίσανε ποτέ (Manson et al. 1992), ενώ ασυμπτωματικά άτομα χρειάζονται 10 έτη να φτάσουν το επίπεδο εκείνων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

2.3 Παθητικό Κάπνισμα

Στους μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα στην οικογένεια ή στη δουλειά τους, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιοπάθειας είναι 25-30% μεγαλύτερος σε σχέση με τους μη καπνιστές (US Department of Health and Human Services 2004). Υπολογίστηκε ότι το 2002 έχασαν τη ζωή τους εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος 80.000 άνθρωποι, εκ των οποίων οι 32.000 εξαιτίας καρδιαγγειακής νόσου (European Cardiovascular Disease Statistics 2008).

Συνοψίζοντας:

- Το κάπνισμα είναι ισχυρός και ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Το παθητικό κάπνισμα συσχετίζεται επίσης με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.
- Η επίδραση του καπνίσματος στην καρδιαγγειακή υγεία δρα συνεργικά με τους υπόλοιπους παράγοντες.

2.4 Παχυσαρκία

Με βάση τα στοιχεία που προκύπτουν από μελέτες και στατιστικά στοιχεία του Π.Ο.Υ. και της Ε.Ε., οι άνθρωποι του πλανήτη γίνονται ολοένα πιο παχύσαρκοι.

Οι ευρύτερα χρησιμοποιούμενοι δείκτες εκτίμησης της παχυσαρκίας είναι η περίμετρος της μέσης, και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI)-ΣΒ(kgr)/ύψος²(cm), ο οποίος χρησιμοποιείται κυρίως για την ταξινόμηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων. Πρακτικά, κάποιος με BMI>25 θεωρείται υπέρβαρος και κάποιος με BMI>30 θεωρείται παχύσαρκος. Η περίμετρος της μέσης και ο λόγος μέση/περιφέρεια είναι ο καλύτερος δείκτης εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου (Yusuf et al. 2004).

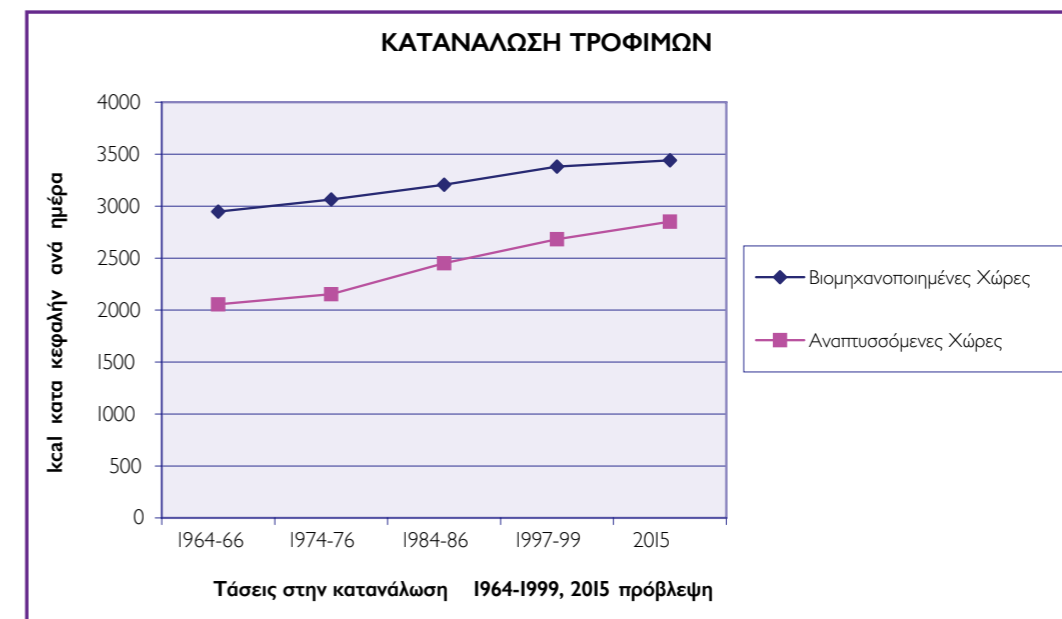
Εξαιτίας των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων, της αφθονίας των αγαθών και της αλλαγής του καθημερινού τρόπου διαβίωσης, η ανθρωπότητα καλείται να αντιμετωπίσει μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις. Η παχυσαρκία είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενώ αποτελεί και μείζονα παράγοντα κινδύνου για:

- Σακχαρώδη διαβήτη
- Αρτηριακή υπέρταση
- Υπερλιπιδαιμία
- Μεταβολικό σύνδρομο

Με βάση στοιχεία του Π.Ο.Υ., το 2002 εκτιμάται ότι η παχυσαρκία απορροφά περισσότερο από το 7% των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης. Με τα ίδια επίσης στοιχεία εκτιμάται ότι η παχυσαρκία ευθύνεται για το 30% των εμφραγμάτων και των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, καθώς και για το 60% της υπέρτασης νόσου. Περισσότεροι από 60% των ενηλίκων Αμερικανών είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (WHO 2002). Πληθυσμιακές μελέτες στον ευρωπαϊκό χώρο δείχνουν ότι το 63% των εμφραγμάτων στη δυτική Ευρώπη και το 28% στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη αποδίδονται στην παχυσαρκία, ενώ τα άτομα με κοιλιακή παχυσαρκία (αναλογία μέση/περιφέρεια>0.91), διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου (Yusuf et al. 2004).

Αξιοσημείωτο είναι ότι η παχυσαρκία δρα συνεργικά και με τους υπόλοιπους παράγοντες καρδιαγγειακών νοσημάτων. Συγκεκριμένα οι παχύσαρκοι καπνιστές ζουν κατά μέσο όρο 14 έτη λιγότερα σε σχέση με τους καπνιστές που έχουν φυσιολογικό βάρος (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Γράφημα I: Διαχρονική αύξηση της κατανάλωσης τροφίμων.



Πηγή: WHO, European Health for All Database 2008.

Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στο γενικό πληθυσμό βρίσκεται πλέον στα υψηλότερα επίπεδα μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης, όπως βλέπουμε στον πίνακα I. Στους άνδρες άνω των 15 ετών φθάνει το 26%, που αποτελεί την υψηλότερη τιμή, ενώ στις γυναίκες το 18,2%, που είναι η δεύτερη υψηλότερη μεταξύ των γυναικών.

Πίνακας I: Ποσοστά (%) παχυσαρκίας σε άτομα άνω των 15 ετών, κατά φύλο, σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες.

	Άνδρες	Γυναίκες
Αυστρία (1999-2000)	19,4	22,0
Βέλγιο (2004)	11,9	13,4
Δανία (2000)	9,8	9,1
Φινλανδία (2000-1)	21,2	23,5
Γερμανία (2002-3)	13,6	12,3
Ελλάδα (2004)	26,0	18,2
Ιταλία (2003)	9,3	8,7
Ολλανδία (1998-2001)	10,2	11,9
Νορβηγία (1998)	6,8	5,8
Ισπανία (2003)	13,0	13,5
Σουηδία (2002-3)	10,4	9,5
Ελβετία (2002)	7,9	7,5

Πηγή: WHO, European Health for All Database 2008.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2007), το ποσοστό των υπέρβαρων με BMI>27 κατά ηλικία φαίνεται στον πίνακα 2. Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτουν τα εξής:

- Στις ηλικίες 15-24 ετών: Η Ελλάδα παρουσιάζει στους μεν άνδρες το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό υπέρβαρων (30%) μετά τη Γερμανία, ενώ στις γυναίκες ένα ποσοστό 13% που βρίσκεται στα μέσα ευρωπαϊκά επίπεδα.
- Στις ηλικίες 35-44 ετών: Η Ελλάδα παρουσιάζει στους μεν άνδρες το υψηλότερο ποσοστό υπέρβαρων (69,6%), ενώ στις γυναίκες το τρίτο υψηλότερο ποσοστό (41,9%).
- Στις ηλικίες 55-64 ετών: Στους μεν άνδρες το ποσοστό των υπέρβαρων φτάνει το 71,1% και είναι το τρίτο υψηλότερο μεταξύ των χωρών του πίνακα, ενώ στις γυναίκες το 68,9% και είναι το δεύτερο υψηλότερο.

Πίνακας 2: Ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων (ΔΜΣ>27) κατά φύλο, σε επιλεγμένες ομάδες ηλικιών, σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες (1996-2003)*.

	15-24 ετών		35-44 ετών		55-64 ετών	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Αυστρία	25.5	8.5	62.5	23.6	74.2	44.6
Βέλγιο	14.7	10.6	49.6	29.3	64.1	51.0
Γαλλία	9.9	11.2	45.4	26.4	64.5	46.3
Γερμανία	31.1	21.7	68.4	41.8	82.1	71.7
Δανία	22.7	16.0	48.6	32.8	64.9	43.1
Ελλάδα	30.0	13.0	69.6	41.9	71.1	68.9
Ισπανία	22.6	11.9	62.9	32.1	71.0	65.0
Ιταλία	17.4	7.7	50.3	21.3	66.3	49.1
Νορβηγία	16.5	11.8	43.6	26.7	49.2	33.8
Ολλανδία	14.4	12.6	49.9	32.7	62.4	51.0
Πορτογαλία	25.2	13.1	58.9	43.9	65.5	61.1
Σουηδία	21.8	14.3	54.5	35.1	64.9	50.4
Φινλανδία	19.2	16.8	58.3	36.7	62.4	58.9

Πηγή: Eurostat 2007. (*) Δε διευκρινίζεται το έτος για κάθε χώρα.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ακόμη και μια μικρή αύξηση της μέσης τιμής του δείκτη μάζας σώματος σε πληθυσμιακό επίπεδο (π.χ. από ένα μέσο όρο 28 σε 29) μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της νοσηρότητας κατά 10%.

Στη χώρα μας η παχυσαρκία λαμβάνει επιδημικές διαστάσεις. Εκτός αυτού συνδέεται άμεσα με σακχαρώδη διαβήτη, υπερχοληστερόλη, αρτηριακή υπέρταση, καταστάσεις οι οποίες αποτελούν παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, γεγονός που την καθιστά πολύ πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου από ότι πιστεύαμε μέχρι σήμερα.

Στην Ελλάδα η παχυσαρκία ως μείζον παράγοντα κινδύνου νοσηρότητας και θνητότητας καρδιαγγειακής νόσου έχει υποτιμηθεί. Σε μελέτη της ελληνικής καρδιολογικής εταιρίας στην οποία συμμετείχαν 30.000 ερωτηθέντες, φάνηκε ότι μόνο το 8% των ερωτηθέντων ατόμων θεωρούν την παχυσαρκία ως μείζονα παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Ακόμη από τους 30.000 ερωτηθέντες, το 19% ήταν παχύσαρκοι (BMI>30), αλλά μόνο το 26% αυτών είχαν επίγνωση της κατάστασης. Το υπόλοιπο 74% από τους 12.400 υπέρβαρους θεωρούσε ότι είχε φυσιολογικό βάρος σώματος (Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, 2007).

2.5 Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς και το συχνότερο αίτιο ακρωτηριασμών μη τραυματικής αιτιολογίας.

Πάνω από 70 εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Η αλλαγή του τρόπου ζωής και διατροφής, καθώς και η έλλειψη σωματικής άσκησης έχουν οδηγήσει σε αύξηση της επίπτωσης της νόσου ήδη από την παιδική ηλικία. Η ινσουλίνη είναι μία ορμόνη, η οποία παράγεται από το πάγκρεας και παίζει ρόλο στη ρύθμιση της γλυκόζης του οργανισμού. Ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλείται όταν ο οργανισμός δεν μπορεί να παράγει επαρκή ποσότητα ινσουλίνης ή δεν μπορεί να τη χρησιμοποιήσει όπως πρέπει. Οι κυριότερες κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν πολυδιψία, πολυουρία, αδυναμία και ανεξήγητη απώλεια βάρους.

Υπάρχουν δύο τύποι σακχαρώδους διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου I, στον οποίο το πάγκρεας δεν παράγει καθόλου ινσουλίνη και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, στον οποίο το πάγκρεας παράγει μεν ινσουλίνη, η οποία όμως είτε δεν επαρκεί, είτε δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά από τον οργανισμό. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, μπορεί να προληφθεί με φυσική δραστηριότητα, υγιεινή διατροφή και καταπολέμηση της παχυσαρκίας.

Περίπου το 50% των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη δε γνωρίζουν ότι πάσχουν. Η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη στις ανεπτυγμένες χώρες. Με την αλλαγή όμως του τρόπου ζωής, τη βιομηχανοποίηση και την αστικοποίηση, έχει αρχίσει να παίρνει μορφή επιδημίας και στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Ο σακχαρώδης διαβήτης όχι μόνο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά δρα συνεργικά και μεγεθύνει την επίδραση των υπολοίπων παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως υπερχοληστερόλη, αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα, παχυσαρκία.

Πληθυσμιακές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη διατρέχουν τριπλάσιο κίνδυνο να προσβληθούν από ισχαιμική καρδιοπάθεια, σε σχέση με τους υγιείς (Yusuf et al. 2001).

Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη φαίνεται ότι αυξάνει σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρώπης.

Πίνακας 3: Εκτίμηση του επιπολασμού του σακχαρώδη διαβήτη στην Ευρώπη.

ΧΩΡΑ	2003	2025
Αυστρία	9.6	11.9
Γαλλία	6.2	7.3
Γερμανία	10.2	11.9
Δανία	6.9	8.3
Ελλάδα	6.1	7.3
Ισπανία	9.9	10.1
Ιταλία	6.6	7.9
Μ. Βρετανία	3.9	4.7
Ολλανδία	3.7	5.1
Πορτογαλία	7.8	9.5
Σουηδία	7.3	8.6

Πηγή: International Diabetes Foundation, Diabetes Atlas 2nd edition 2003.

Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη στην ευρωπαϊκή ήπειρο υπολογίζεται στο 7,8%. Συγκεκριμένα το 2003, 48 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 20-79 ετών έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη (IDF 2003).

Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη υπολογίζεται στην Ελλάδα σε 6,1%, ενώ μέχρι το 2025 εκτιμάται ότι θα φτάσει το 7,3% (πίνακας 3). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική (Pitsavos et al., 2003), ο επιπολασμός του διαβήτη σε άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών βρέθηκε 7,8% στους άνδρες και 6% στις γυναίκες. Τα ποσοστά ήταν υψηλά ήδη από την ηλικία 45-54 ετών. Παρουσίαζαν όμως ιδιαίτερα υψηλές τιμές, από την ηλικία άνω των 55 ετών, όπου κυμαίνονται στους άνδρες μεταξύ 21,3% και 23,8%, ενώ στις γυναίκες από 13,6% μέχρι 40%.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας σχετικά με το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Andrikorou et al. 2007), αναφέρεται ότι το 31% των ατόμων που έχουν προσβληθεί από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έπασχαν ήδη από σακχαρώδη διαβήτη. Η αναλογία αυτή είναι από τις μεγαλύτερες που αναφέρονται στον ευρωπαϊκό χώρο, γεγονός που καταδεικνύει το σακχαρώδη διαβήτη ως μείζονα παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου.

2.6 Αρτηριακή Υπέρταση

Ως αρτηριακή υπέρταση ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία οι τιμές της συστολικής αρτηριακής πίεσης είναι υψηλότερες από 140 mmHg και/ή οι τιμές της διαστολικής είναι υψηλότερες από 90 mmHg. Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα αίτια πρόωρου θανάτου παγκοσμίως.

Ο επιπολασμός της νόσου τόσο στον αναπτυσσόμενο κόσμο, όσο και στον ανεπτυγμένο είναι πλέον σχεδόν ο ίδιος. Έχει εξελιχθεί σε μείζον θέμα Δημόσιας Υγείας, λόγω της αύξησης του μέσου όρου ζωής, καθώς και της αύξησης του επιπολασμού των αιτιολογικών της παραγόντων, όπως η παχυσαρκία, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η ανθυγιεινή διατροφή (Yusuf et al. 2001).

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί το αίτιο για 7 εκατομμύρια πρόωρους θανάτους παγκοσμίως κάθε έτος, απορροφά το 4,5% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και ευθύνεται για 64 εκατομμύρια χαμένα έτη ζωής από πρόωρη θνησιμότητα ή ανικανότητα (DALY's). Περίπου το 30% των ενηλίκων πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση και το 50-60% θα είχαν πολύ καλύτερη σωματική υγεία αν

μείωναν την αρτηριακή τους πίεση μόνο με άσκηση, υγιεινή διατροφή με φρούτα και λαχανικά και ικανοποιητικό έλεγχο του σωματικού τους βάρους (WHO 2005b; Lopez et al. 2006).

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για αγγειακή εγκεφαλική νόσο, στεφανιαία νόσο, καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια και ευθύνεται για το 50% των καρδιαγγειακών νοσημάτων παγκοσμίως. Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος καρδιαγγειακών νοσημάτων διπλασιάζεται για κάθε 10 βαθμούς αύξησης της διαστολικής πίεσης ή για κάθε 20 βαθμούς αύξησης της συστολικής (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., υπολογίζεται ότι περισσότερα από το 50% των καρδιαγγειακών επεισοδίων και περίπου το 75% των αγγειακών εγκεφαλικών προκαλούνται εξαιτίας αρτηριακής υπέρτασης (US Department of Health and Human Services 2004). Πληθυσμιακές μελέτες στον ευρωπαϊκό χώρο καταδεικνύουν ότι ασθενείς με υπέρταση διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, σε σχέση με τους νορμοτασικούς (Yusuf et al. 2004).

Η αρτηριακή υπέρταση συνήθως συνυπάρχει με άλλους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, γεγονός που συμβάλει στη μεγέθυνση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Η αρτηριακή πίεση συνήθως αυξάνει με την ηλικία, εκτός από περιπτώσεις χαμηλής πρόσληψης άλατος, συστηματικής σωματικής άσκησης και ικανοποιητικού ελέγχου του σωματικού βάρους. Στα άτομα ηλικίας μέχρι 50 ετών, τόσο η αύξηση της συστολικής, όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης αποτελούν παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Άνω της ηλικίας των 50 ετών η αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης αποτελεί πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Η πρόσληψη άλατος είναι ένα από τα πιο σημαντικά αίτια αύξησης της αρτηριακής πίεσης. Τα περισσότερα φυσικά προϊόντα βέβαια περιέχουν αλάτι, αλλά τα επεξεργασμένα περιέχουν σε πολύ υψηλότερα ποσοστά και επιπλέον οι άνθρωποι το χρησιμοποιούν ως ενισχυτικό γεύσης. Η διαιτητική πρόσληψη άλατος προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης στους ήδη πάσχοντες από υπέρταση και σε ένα ποσοστό 25% στους μη πάσχοντες, κυρίως όσο αυξάνει η ηλικία. Επίσης αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου σε υπέρβαρα άτομα.

Η αντιμετώπισή της συνδέεται με μείωση κατά 35-40% του κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και κατά 16% μείωση του κινδύνου εμφράγματος του μυοκαρδίου (Collins 1990). Υπάρχει πληθώρα μελετών, οι οποίες επιβεβαιώνουν ότι μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης <160 και της διαστολικής <90, έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση του κινδύνου εμφράγματος του μυοκαρδίου κατά 15% και του αγγειακού εγκεφαλικού κατά 40% (HOPE 2000).

Η αντιμετώπισή της αρτηριακής υπέρτασης επιβάλλει αλλαγές του τρόπου ζωής, όπως απώλεια βάρους και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, μείωση στην πρόσληψη άλατος και στην κατανάλωση οινοπνεύματος, καθώς και συμπληρωματική φαρμακευτική αγωγή.

2.7 Έλλειψη Φυσικής Δραστηριότητας

Η βιομηχανοποίηση, η αστικοποίηση και η ευρεία χρήση των μηχανοκίνητων μέσων μεταφοράς έχουν οδηγήσει σε ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας, ακόμη και στις αναπτυσσόμενες χώρες, σε τέτοιο βαθμό ώστε πλέον το 60% του πληθυσμού παγκοσμίως να μην ασκείται επαρκώς (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Μεταξύ 1980-1998 σημειώθηκε αύξηση των μηχανοκίνητων μέσων κατά 80%, με το 1/3 της αύξησης να λαμβάνει χώρα σε αναπτυσσόμενα κράτη. Η φυσική άσκηση συνδέεται με μακροβιότητα ανεξαρτήτως του κληρονομικού ιστορικού και ακόμη και σε μεγαλύτερες ηλικίες μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ελάττωση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο, σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση και παχυσαρκία, καθώς επίσης συμβάλλει στη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης και βελτιώνει το λιπιδαιμικό προφίλ.

Την αναγκαιότητα για καθημερινή φυσική άσκηση τονίζει ο Π.Ο.Υ. στην παγκόσμια εκστρατεία για τη διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και την υγεία. Είναι χαρακτηριστικό ότι, αν αφιερώνουμε 150 λεπτά ήπιας φυσικής άσκησης ή 60 λεπτά έντονης φυσικής άσκησης εβδομαδιαίως, μειώνουμε τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 30% (WHO 2004).

Υπάρχει πληθώρα στοιχείων που υποστηρίζουν ότι η συστηματική φυσική άσκηση συμβάλλει στην πρόληψη, ακόμη και στη θεραπεία καρδιαγγειακών και άλλων χρόνιων νοσημάτων. Παρόλα αυτά, 250.000 θάνατοι ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες θα μπορούσαν να αποφευχθούν με τη συστηματική και σωστή φυσική άσκηση. Σε παγκόσμια κλίμακα η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας ευθύνεται για 1,9 εκατομμύρια θανάτους εκ των οποίων το 20% αποδίδονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα. (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Η πιο φθηνή θεραπεία της στεφανιαίας νόσου είναι η άσκηση. Πέραν των άλλων, αποβαίνει θεραπευτική για αρρυθμίες, έκτακτες συστολές ή ταχυκαρδίες.

2.8 Υγιεινή Διατροφή

Είναι παγκοσμίως γνωστό ότι διατροφή πλούσια σε λιπαρά, αλάτι, ζάχαρη και φτωχή σε φρούτα και λαχανικά αποτελεί παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Στην έκθεση του Π.Ο.Υ. «Δίαιτα, φυσική δραστηριότητα και υγεία», διατυπώνεται η ανάγκη αλλαγής των διατροφικών συνθηκών σε παγκόσμια κλίμακα.

Στην αναφορά του Π.Ο.Υ. το 2002, αναφέρεται ότι το 4% του συνολικού φορτίου νοσηρότητας στις ανεπτυγμένες χώρες οφείλεται στη χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (<600gr/ημερησίως) και από αυτό το ποσοστό το 30% σχετίζεται με στεφανιαία νόσο και 20% με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (WHO 2002).

Στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τροφίμων (FAO) δείχνουν ότι τα τελευταία 30 έτη η κατανάλωση λιπιδίων σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχει παραμείνει η ίδια σε αντίθεση με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η οποία αυξήθηκε σε περιοχές της βόρειας και δυτικής Ευρώπης. Αντιθέτως στη νότια και ανατολική Ευρώπη, κράτη που παραδοσιακά είχαν χαμηλή κατανάλωση λιπιδίων, σήμερα παρουσιάζουν αύξηση, ενώ η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών παραμένει σταθερή ή ακόμη και μειώνεται (WHO 2003a).

Σε σύγκριση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα, η κατανάλωση λιπιδίων στην Ελλάδα βρίσκεται πλέον κοντά στα μέσα ευρωπαϊκά επίπεδα (πίνακας 4). Την περίοδο 1961-3, η διαφορά κατανάλωσης μεταξύ της Ελλάδας και της χώρας με την υψηλότερη κατανάλωση (Βέλγιο) ήταν 56,3%, ενώ το 2003 ήταν μόνο 24,1%. Το 2003 υπάρχουν πλέον αρκετές χώρες, όπως η Γαλλία, η Ολλανδία, η Σουηδία και η Μ. Βρετανία, με κατανάλωση λιπιδίων χαμηλότερη από ότι η Ελλάδα.

Εξαιτίας των μεταπολεμικών αλλαγών στον τρόπο ζωής στη χώρα μας, σημειώθηκε σημαντική διαφοροποίηση στην ποιοτική σύνθεση της θερμιδικής πρόσληψης. Το ποσοστό συμμετοχής των λιπιδίων στη συνολική θερμιδική κατανάλωση αυξάνει σταδιακά και από 27% το 1960 φτάνει στο 35,6% το 2003 (WHO 2008). Συνεπώς, το κύριο χαρακτηριστικό των μεταπολεμικών εξελίξεων στην ποιοτική σύνθεση της θερμιδικής κατανάλωσης είναι η συνεχής αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής των λιπιδίων και κυρίως των ζωικών λιπών.

Πίνακας 4: Μέση ημερήσια κατά κεφαλή κατανάλωση λιπιδίων (gr) σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

	1961-63 ⁽¹⁾	2003 ⁽²⁾	Μεταβολή (%)
Αυστρία		161,0	
Βέλγιο	145,0	179,8	24,0
Γαλλία	109,2	143,5	31,5
Γερμανία	131,9	155,1	17,6
Δανία	127,5	138,5	8,6
Ελλάδα	92,8	144,9	56,1
Ιταλία	85,0	156,1	83,6
Ισπανία	82,2	156,6	90,5
Ολλανδία	136,5	139,6	2,3
Σουηδία	125,9	126,6	0,6
Μ. Βρετανία	143,8	134,7	-6,3

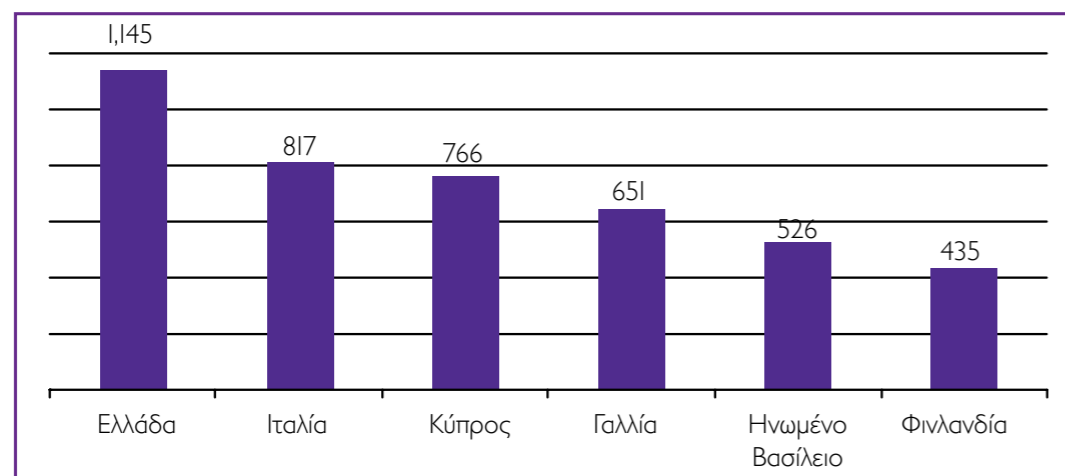
Πηγή: WHO, Health for All Database 2008.

Σε απόλυτες τιμές, η μέση κατά κεφαλή κατανάλωση λιπιδίων στην Ελλάδα, από 92,8gr το 1961-3, ανήλθε σε 150gr το 1997 για να μειωθεί στη συνέχεια σε 145gr μέχρι το 2003.

Σύμφωνα με τα πορίσματα των μελετών «Cardio» 2000 σε δείγμα 2.100 ατόμων (Pitsavos et al. 2002) και «ΑΤΤΙCΑ» σε δείγμα 3.200 ατόμων (Pitsavos et al. 2003) της Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών:

- Η μεσογειακή δίαιτα δρα ευεργετικά ακόμη και στους βαρείς καπνιστές, στους διαβητικούς και στους υπέρτασικούς, ενώ χάνει τον προστατευτικό της ρόλο αν συνυπάρχουν έντονο ψυχοκοινωνικό άγχος και ένας τουλάχιστον κλασικός παράγοντας κινδύνου.
- Η συστηματική κατανάλωση φρούτων και λαχανικών έχει αποδειχθεί ότι ευνοεί τη συνολική υγεία του ανθρώπου. Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν βιταμίνες, φυτικές ίνες, ικνοστοιχεία και χιλιάδες άλλες δραστικές φυτοχημικές ουσίες, που όταν όλα μαζί προσφέρονται στον οργανισμό, δρουν σε συνέργεια και προάγουν την υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο διαφόρων ασθενειών. Η μεσογειακή, δηλαδή η ελληνική διατροφή, καθώς και η μεγάλη αγροτική μας παραγωγή σε φρούτα και λαχανικά, αποτελούν δύο σημαντικά επιπλέον στοιχεία, που κατατάσσουν τη χώρα μας πρώτη στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών.

Γράφημα 2: Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες για το 2001-2003(gr/person/day).



Πηγή: European cardiovascular disease statistics 2008.

2.9 Κοινωνικοοικονομικές Συνθήκες

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες αντανακλούν δυστυχώς πάντοτε τις ανισότητες υγείας που παρατηρούνται σε μια κοινωνία. Η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου παραδοσιακά ήταν μεγαλύτερη στα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα, καθώς η νόσος λόγω ακριβώς των αιτιολογικών παραγόντων θεωρείται «νόσος της ευμάρειας».

Αυτό όμως έχει αρχίσει να αλλάζει. Στις βιομηχανικές χώρες όπως Καναδάς, Η.Π.Α., Βρετανία, παρατηρείται υψηλότερη επίπτωση της στεφανιαίας νόσου και των θανάτων από έμφραγμα του μυοκαρδίου, στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (The Milan Declaration 2004). Γεγονός που ερμηνεύεται από την επίπτωση των παραγόντων κινδύνου, όπως αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα, διαβήτης, που είναι υψηλότερη στις ομάδες αυτές. Σε αυτό συμβάλλει το χαμηλό ποσοστό από αυτές τις ομάδες χρήσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως αντιλιπιδαιμικά φάρμακα, αναστολείς του ACE, καθώς και η μικρή δυνατότητα πρόσβασης σε εξειλιγμένες θεραπευτικές μεθόδους.

Το 80% των καρδιαγγειακών επεισοδίων συμβαίνουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Τα εμφράγματα στη χώρα μας επηρεάζουν περισσότερο τις ασθενέστερες οικονομικά τάξεις και τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Σε δείγμα 2.172 ασθενών που εισήχθησαν με οξύ καρδιακό επεισόδιο στο Ιπποκράτειο και σε άλλα πέντε περιφερειακά νοσοκομεία, (Καλαμάτας, Χαλκίδας, Λαμίας, Καρδίτσας και Ζακύνθου), η συντριπτική πλειονότητα είχε μέσο όρο σπουδών τα 7,5 χρόνια (απόφοιτοι δημοτικού) (Pitsavos et al. 2003).

Σε πολλά κράτη, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες έχουν λιγότερες ευκαιρίες πρόσβασης σε παροχές πρώτης ανάγκης, όπως αυτές της εκπαίδευσης, της εργασίας, της οικογένειας και της ιατρικής περίθαλψης.

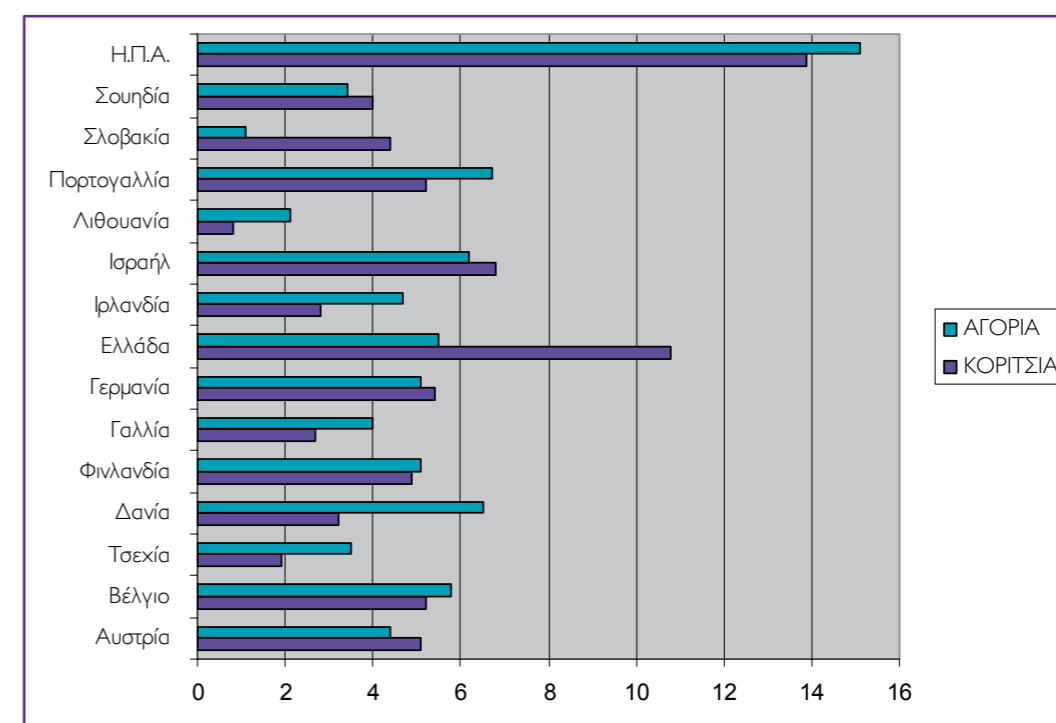
Σε αντίθεση λοιπόν, με την -ως τώρα- πεποίθηση που θεωρεί τα καρδιαγγειακά νοσήματα γνώρισμα του Δυτικού κόσμου και των εύπορων κοινωνικών ομάδων, φαίνεται πλέον ότι προσβάλλει περισσότερο τις ευάλωτες και οικονομικά ασθενέστερες ομάδες, οι οποίες στερούνται όχι μόνο της φροντίδας που χρειάζονται, αλλά και των μέσων που βοηθούν στην πρόληψη. Ωστόσο, ο φαύλος κύκλος δε σταματά εδώ. Το τεράστιο άμεσο και έμμεσο κόστος της νόσου, επιβαρύνει σημαντικά την οικονομική κατάσταση της μέσης οικογένειας οδηγώντας πολλά άτομα σε δυσχερέστερη οικονομική κατάσταση.

2.10 Παράγοντες Κινδύνου στην Παιδική Ηλικία

Παρά το γεγονός ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα τυπικά συμβαίνουν στη μέση ηλικία ή και αργότερα, οι παράγοντες κινδύνου καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνονται στην παιδική ηλικία και συνεχίζουν στην ενήλικη ζωή, όπως οι διατροφικές συνήθειες και το κάπνισμα.

Σε όλο τον κόσμο, οι κίνδυνοι αυτοί ξεκινούν να εμφανίζονται νωρίτερα. Η φυσική δραστηριότητα παρουσιάζει αξιοσημείωτη μείωση στην εφηβεία, ιδιαίτερα στα κορίτσια. Η παχυσαρκία έχει αυξηθεί ουσιαστικά, όχι μόνο στην Ευρώπη και στη Β. Αμερική, αλλά και σε παραδοσιακά αδύνατους πληθυσμούς όπως οι Κινέζοι και οι Ιάπωνες. Ο τύπου 2 σακχαρώδης διαβήτης αποτελούσε μέχρι πρότινος σπάνια κλινική οντότητα στα παιδιά, αλλά τον τελευταίο καιρό η συχνότητά του αυξάνει στους εφήβους, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στη Β. Αμερική, στην Ιαπωνία και στην Ταϊλάνδη.

Γράφημα 3: Ποσοστό εφήβων ηλικίας 15 ετών από επιλεγμένα κράτη, οι οποίοι είναι υπέρβαροι την περίοδο 1997-1998.



Οι κίνδυνοι των καρδιαγγειακών νοσημάτων ξεκινούν στη νεανική ηλικία:

- Σε όλο τον κόσμο 18 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 5 ετών είναι υπέρβαρα.
- Ποσοστό 14% των μαθητών από 13 έως 15 ετών παγκοσμίως καπνίζουν (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Η αθηρωματική νόσος αρχίζει να εμφανίζεται από την παιδική ηλικία. Νεκροτομικό υλικό παιδιών που έχασαν τη ζωή τους σε ατυχήματα ανέδειξε ευρήματα που αφορούσαν λιπώδεις γραμμώσεις και αθηρωματικές πλάκες στα στεφανιαία αγγεία. Όλες αυτές οι πρώιμες αθηροσκληρωτικές βλάβες ήταν συχνότερες σε παιδιά των οποίων οι παράγοντες κινδύνου περιελάμβαναν, κάπνισμα, υψηλά λιπίδια πλάσματος, υψηλή αρτηριακή πίεση και παχυσαρκία.

Προγράμματα που στοχεύουν τους παράγοντες κινδύνου που απειλούν παιδιά και εφήβους υλοποιούνται κυρίως σε ανεπτυγμένες χώρες, αλλά επείγουσα δράση απαιτείται για όλο τον κόσμο. Οικογένειες, σχολεία, κοινότητες, επαγγελματίες υγείας, υπεύθυνοι της Δημόσιας Υγείας, πρέπει όλοι να προάγουν υγιείς τρόπους ζωής για τα παιδιά και τους νέους. Εάν η εξάπλωση αυτών των παραγόντων, δεν αναχαιτιστεί, ο κόσμος αντιμετωπίζει μια επερχόμενη επιδημική εξάπλωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ο Π.Ο.Υ., το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Καρδιολογικών Ιδρυμάτων και η Ευρωπαϊκή Εταιρία Καρδιολογίας, προσκαλούν τους ενδιαφερόμενους Ευρωπαϊκούς και Διεθνείς Οργανισμούς να ενεργήσουν σύμφωνα με την Διακήρυξη του Αγίου Βαλεντίνου από τη Διάσκεψη «Για τη Νίκη της Καρδιάς» της 14ης Φεβρουαρίου 2000.

«Κάθε παιδί γεννημένο στη νέα χιλιετία έχει το δικαίωμα να ζήσει έως την ηλικία τουλάχιστον των 65 ετών, χωρίς να πάσχει από αποτρέψιμη καρδιαγγειακή πάθηση».

2.11 Καρδιαγγειακά Νοσήματα και Γυναίκες

Μια παρανόηση σχετικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι η εντύπωση ότι αποτελούν πρωτίστως νόσημα των μεσήλικων ανδρών. Στην πραγματικότητα τα καρδιαγγειακά νοσήματα επηρεάζουν τόσες γυναίκες, όσους και άνδρες. Πολλές γυναίκες επίσης πιστεύουν ότι κινδυνεύουν περισσότερο από τον καρκίνο παρά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό στις γυναίκες (55% όλων των θανάτων) -μεγαλύτερο από ότι όλοι οι καρκίνοι μαζί- παρά στους άνδρες(43% όλων των θανάτων).

Μία πρόσφατη μελέτη με δεδομένα της Eurostat, έδειξε ότι οι Ελληνίδες βρίσκονται στη δεύτερη θέση όσο αφορά στους θανάτους από καρδιαγγειακά στις γυναίκες ηλικίας 45-74, για το 2000 με συχνότητα 50-92 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Αντίθετα, χώρες που κάποτε έπονταν της Ελλάδας στην καρδιαγγειακή υγεία, όπως η Γαλλία και η Ισπανία, σήμερα εμφανίζουν μόνο 0-28 θανάτους ανά 100.000 άτομα.

Οι παράγοντες κινδύνου για για τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι εφάμιλλοι για τους άνδρες και τις γυναίκες, αλλά ο καπνός είναι περισσότερο επικίνδυνος για τις γυναίκες. Επιπλέον, τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων αποτελούν σημαντικό παράγοντα αθηροσκλήρωσης στις νέες γυναίκες, αλλά όχι στους νέους άνδρες. Η εμμηνόπαυση δεν έχει άμεση επίδραση, αλλά η ορμονοθεραπεία υποκατάστασης αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Επίσης, όσον αφορά στο γυναικείο πληθυσμό και ιδιαίτερα στις νεότερες γυναίκες, γίνεται υποδιάγνωση της νόσου. Στις ανεπτυγμένες χώρες οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να αποταθούν σε ειδικό καρδιολόγο, να νοσηλευθούν για καρδιαγγειακή νόσο, να λάβουν φαρμακοθεραπεία ή επεμβατική θεραπεία, να προβούν στη διενέργεια δοκιμασίας κοπώσεως ή ηλεκτροκαρδιογραφικής μελέτης. Οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να εισέλθουν στο σύστημα υγείας με τη διάγνωση ενός δεύτερου καρδιακού επεισοδίου (WHO 2003b).

Μετά το πρώτο επεισόδιο οι γυναίκες παραμένουν στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και η περίοδος αποκατάστασής τους είναι μεγαλύτερη. Περισσότερη έρευνα απαιτείται στον τομέα αυτό για να κατανοήσουμε σε μεγαλύτερο βαθμό τις διαφορές αυτές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη θεραπευτική ανταπόκριση. Ως τότε όμως, η προσήλωση στις δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη και τον έλεγχο των καρδιαγγειακών νοσημάτων φαίνεται απαραίτητη. Αξίζει να αναφερθούμε σε κάποιους από τους παράγοντες κινδύνου των οποίων η βαρύτητα τροποποιείται ανάλογα με το φύλο.

Τροποποιήσιμοι παράγοντες - με κίνδυνο ή επίπτωση μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες

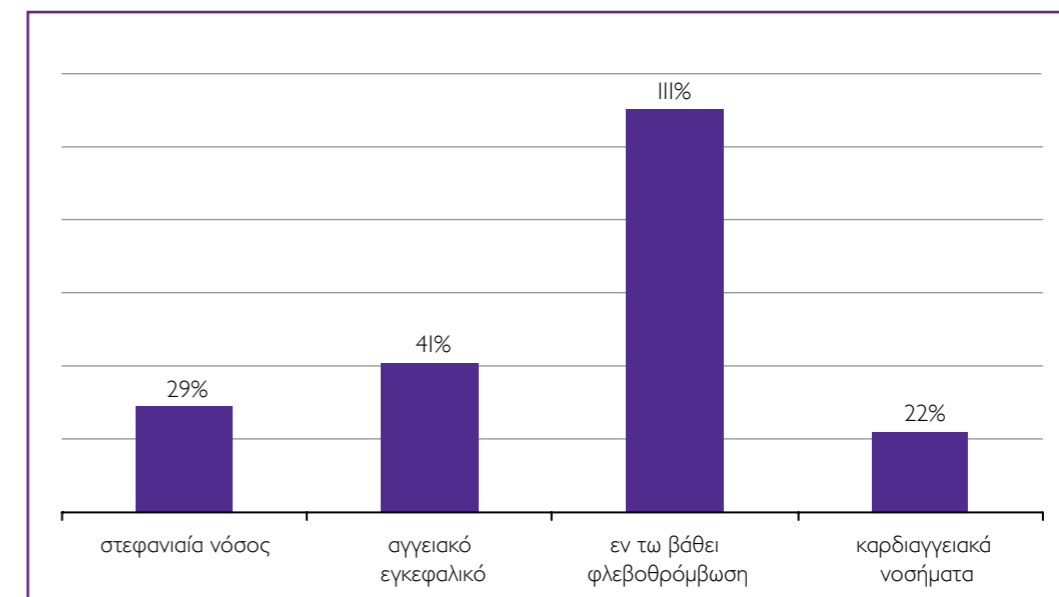
- Χρήση καπνού (υψηλότερος κίνδυνος).
- Υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων (υψηλότερος κίνδυνος).
- Διαβήτης (μεγαλύτερη επίπτωση).
- Παχυσαρκία (μεγαλύτερη επίπτωση).

Παράγοντες κινδύνου αποκλειστικά για γυναίκες

- Αντισυλληπτική αγωγή.
- Ορμονική θεραπεία υποκατάστασης.
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.
- Ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου είναι μεγαλύτερος στην αρχή κάθε έμμηνου κύκλου.

Η ορμονική θεραπεία αποκατάστασης αποτελεί αποκλειστικό και πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το γυναικείο φύλο. Στο γράφημα 4 φαίνεται χαρακτηριστικά η ποσοστιαία αύξηση του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου σε υγιείς γυναίκες που λάμβαναν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης στις Η.Π.Α. από το 1991 ως το 2000.

Γράφημα 4: Ποσοστιαία αύξηση του κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων σε γυναίκες που λαμβάνουν ορμονική θεραπεία.



Πηγή: Atlas of heart disease and stroke 2004.

Πίνακας 5: Παράγοντες που προκαλούν καρδιαγγειακά νοσήματα.

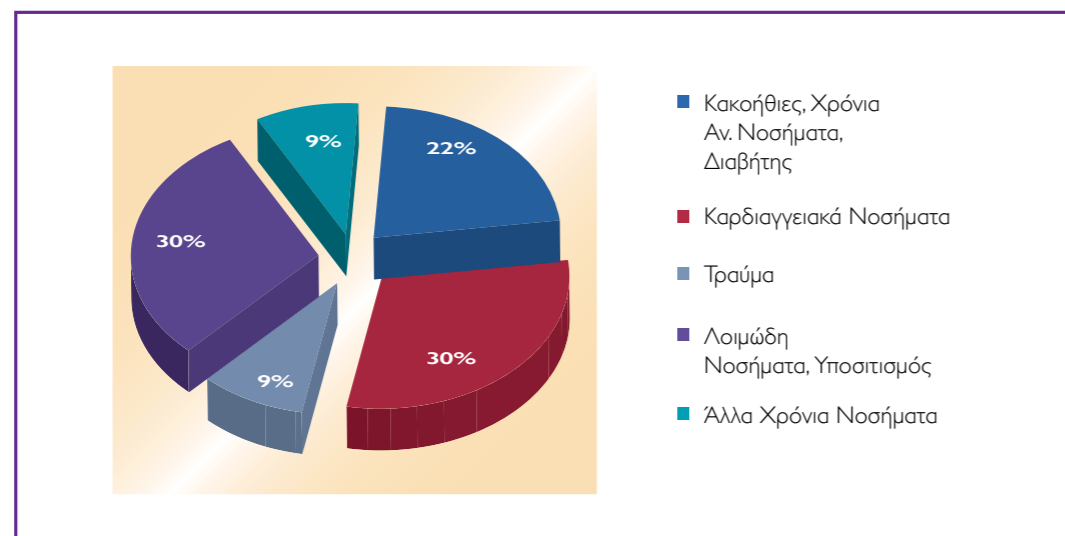
Μείζονες τροποποιήσιμοι	Άλλοι τροποποιήσιμοι	Μη τροποποιήσιμοι	Νεότεροι παράγοντες
1. Αρτηριακή υπέρταση 2. Υπερλιπιδαιμία 3. Κάπνισμα 4. Παχυσαρκία 5. Μη υγιεινή διατροφή 6. Σακχαρώδης διαβήτης 7. Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας	1. Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο 2. Διαταραχές ψυχικής υγείας 3. Ψυχολογικό στρες 4. Κατάχρηση αλκοόλ 5. Φαρμακευτική αγωγή π.χ. αντισυλληπτικά	1. Ηλικία 2. Οικογενειακό ιστορικό 3. Φύλο 4. Φυλή και εθνικότητα	1. Ομοκυστιναιμία 2. Φλεγμονή 3. Διαταραχές πηκτικότητας

3. Επιδημιολογικές Τάσεις

3.1 Διεθνή Δεδομένα

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Ευθύνονται για το 30% των θανάτων, με τα λοιμώδη νοσήματα και τον υποσιτισμό να κατέχουν πλέον τη δεύτερη θέση.

Γράφημα 5: Ποσοστό θανάτων που οφείλονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα.



Πηγή : CVD Atlas WHO 2004.

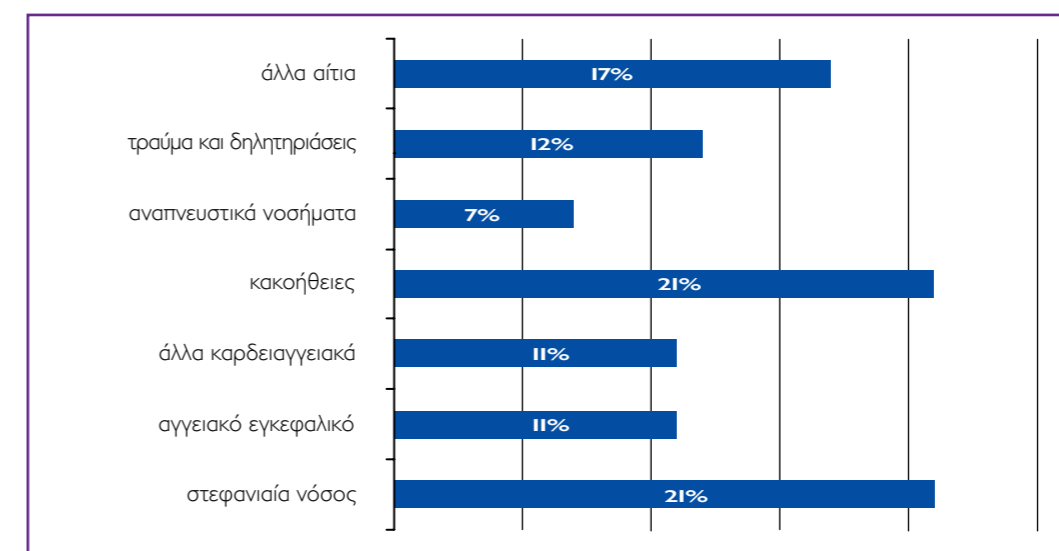
Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., περίπου 17,5 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους από καρδιαγγειακά νοσήματα το 2005, (7 εκατομμύρια από στεφανιαία νόσο και 6 εκατομμύρια από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) (Atlas of Heart Disease and Stroke 2004).

Η πλειοψηφία των θανάτων αυτών σημειώνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Υπολογίζεται ότι μέχρι το 2015, 20 εκατομμύρια άνθρωποι θα χάσουν τη ζωή τους εξαιτίας καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Στην ευρωπαϊκή ήπειρο τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Ευθύνονται σχεδόν για το 50% των θανάτων, προκαλώντας πάνω από 4,3 εκατομμύρια θανάτους κάθε έτος στα 52 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής περιοχής του Π.Ο.Υ. και περισσότερους από 2 εκατομμύρια θανάτους κάθε έτος στην Ε.Ε. (British Heart Foundation and Health Economics Research Center 2008).

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται για περισσότερους θανάτους απ'ότι όλοι οι καρκίνοι μαζί, με υψηλότερο ποσοστό στις γυναίκες (55% όλων των θανάτων), παρά στους άνδρες (43% όλων των θανάτων) και παρουσιάζουν μια υψηλότερη θνητότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής τάξης.

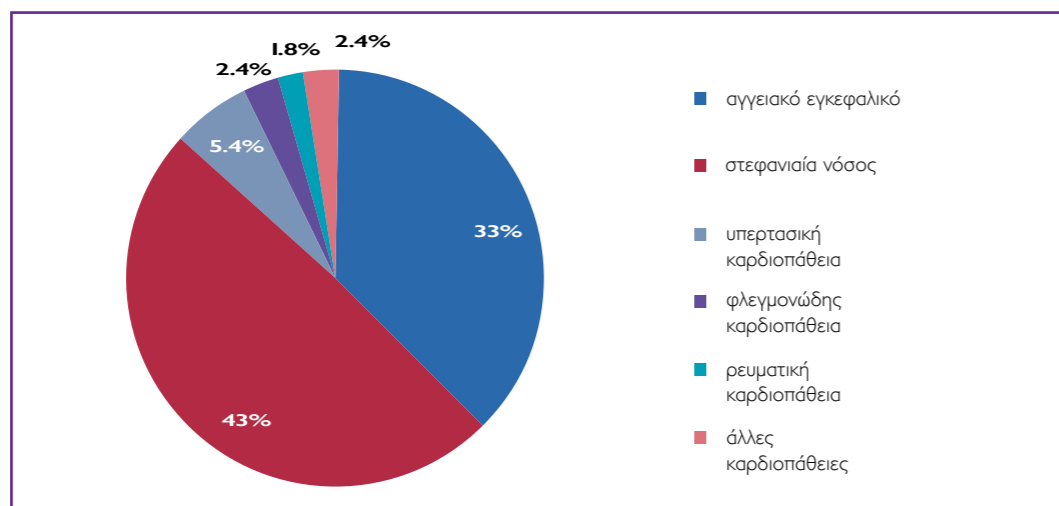
Γράφημα 6: Προτυποποιημένη θνητότητα ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα στην Ε.Ε.



Πηγή : British Heart Foundation and Health Economics Research Center 2008.

Όπως προαναφέρθηκε, οι κυριότερες μορφές καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η στεφανιαία νόσος και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Περίπου το 50% των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα οφείλονται σε στεφανιαία νόσο και το 1/3 σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Γράφημα 7: Ποσοστό θανάτων από διάφορες μορφές καρδιαγγειακών νοσημάτων.



Πηγή: CVD Atlas WHO 2004.

Η στεφανιαία νόσος από μόνη της άλλωστε αποτελεί και το συχνότερο αίτιο θανάτου στην Ευρώπη. Υπολογίζεται ότι ευθύνεται για 2 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 42% της συνολικής θνησιμότητας. Ένας στους πέντε άνδρες και γυναίκες χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους εξαιτίας στεφανιαίας νόσου.

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία θνητότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ένας στους δέκα άνδρες (11%) και μία στις έξι γυναίκες (17%), χάνουν τη ζωή τους από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην Ε.Ε. (British Heart Foundation and Health Economics Research Center 2008).

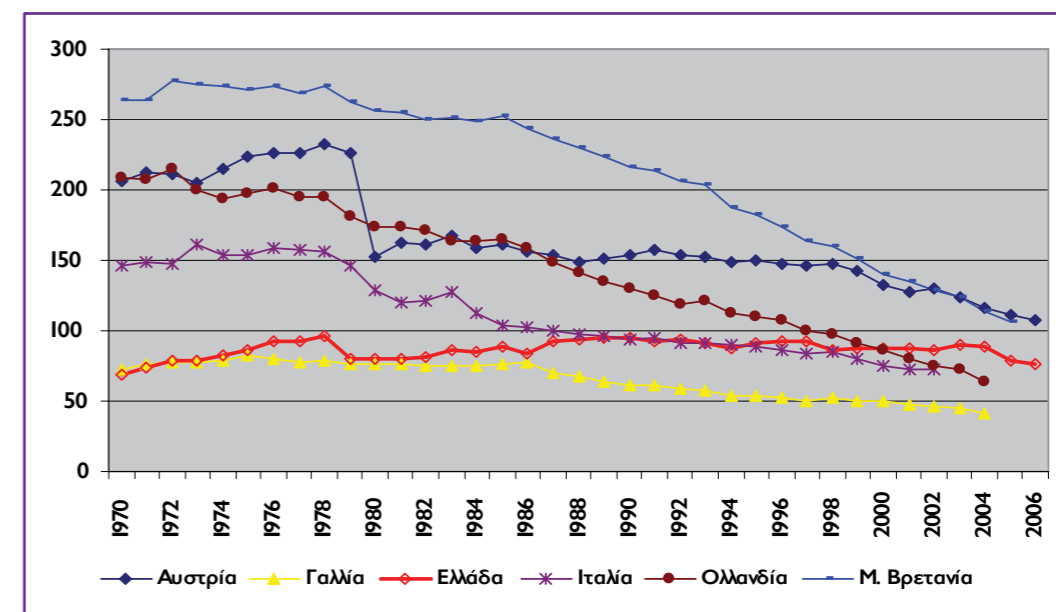
Πρέπει να σημειωθεί ότι η θνησιμότητα και η επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων διαφοροποιούνται μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε. Συγκεκριμένα, παρουσιάζουν μείωση στις περισσότερες χώρες της Βόρειας, Νότιας και Δυτικής Ευρώπης και είτε αυξάνουν είτε μειώνονται με βραδύτερο όμως ρυθμό στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Αυτό αποδίδεται στην οργανωμένη δράση που έχουν αναλάβει και στις πολιτικές που έχουν εφαρμόσει οι χώρες αυτές εστιάζοντας στην πρόληψη και στην καταπολέμηση των σημαντικότερων παραγόντων κινδύνου. Η εξέλιξη της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια διαφόρων Ευρωπαϊκών Κρατών φαίνεται στο γράφημα 8. Χαρακτηριστικό είναι ότι το ποσοστό θνητότητας για έναν άνδρα που ζει στην Ουκρανία είναι 14 φορές μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό ενός άνδρα στη Γαλλία. Για τις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό είναι 25 φορές μεγαλύτερο (British Heart Foundation and Health Economics Research Center 2008).

Πίνακας 6: Προτυποποιημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες 1970-2004 (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους).

	1970(*)	2004(**)	Μεταβολή (%)
Αυστρία	47,1	18,3	-61,1
Δανία	63,1	19,3	-69,5
Γαλλία	23,7	9,9	-58,3
Γερμανία	37,0	20,6	-44,4
Ελλάδα	23,3	32,3	38,5
Ισπανία	17,5	14,5	-17,0
Ιταλία	36,9	14,5	-60,8
Μ. Βρετανία	86,5	26,9	-68,9
Νορβηγία	68,1	16,4	-75,9
Ολλανδία	64,1	15,0	-76,6
Πορτογαλία	30,0	15,9	-47,1
Σουηδία	53,8	18,2	-66,3
Φινλανδία	114,4	29,7	-74,1

Πηγή: WHO, European Health For All Database 2008.

Γράφημα 8: Εξέλιξη της προτυποποιημένης θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (1970-2004).



Πηγή: WHO, European Health For All Database 2008.

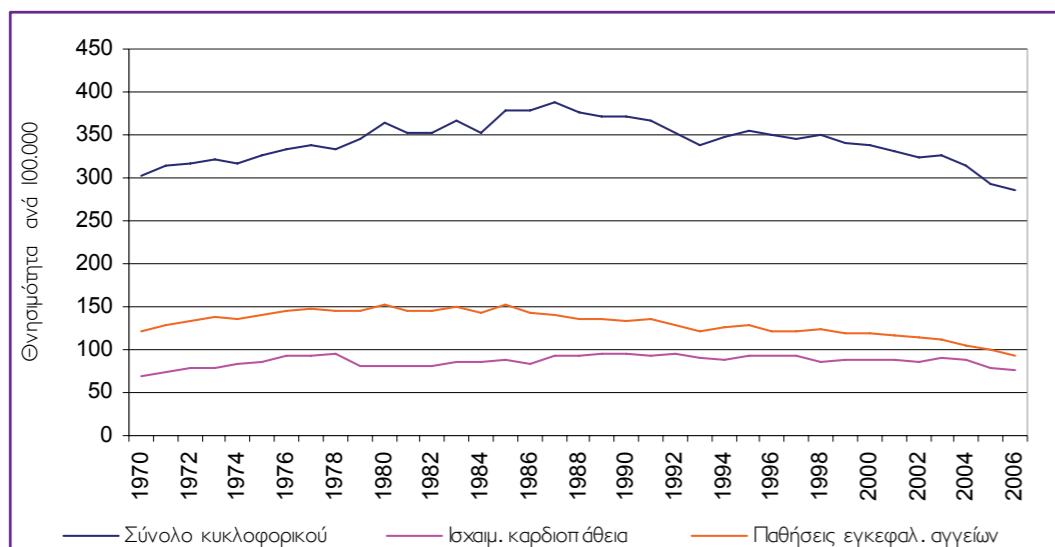
4. Υφιστάμενη Κατάσταση στην Ελλάδα

Η προτυποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού κατά τη δεκαετία του 1960 στην Ελλάδα ήταν η χαμηλότερη στην Ευρώπη. Σημείωσε διαχρονικά, σημαντική αύξηση μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και στη συνέχεια αισθητή μείωση.

Η μείωση είναι μεγαλύτερη όσον αφορά στην προτυποποιημένη θνησιμότητα από παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων, ενώ η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια φαίνεται διαχρονικά περισσότερο σταθερή, με τάσεις μείωσης μόλις τα δύο τελευταία χρόνια (γράφημα 9).

Η κατά ηλικία θνησιμότητα από τις δύο αυτές κατηγορίες νοσημάτων φαίνεται στον πίνακα 7. Διαπιστώνεται η ύπαρξη υψηλής θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια ήδη από τις ηλικίες 45-59 ετών, καθώς και η σημαντική θνησιμότητα από την ίδια νόσο στην ηλικία των 30-44 ετών.

Γράφημα 9: Προτυποποιημένη θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού στην Ελλάδα, 1970-2006.



Πηγή: WHO, European Health for All Database 2008.

Πίνακας 7: Παιδική κατά ηλικία θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια στην Ελλάδα, 2004.

Ηλικία	θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους της ίδιας ηλικίας
0-14	0
15-29	2,6
30-44	15,9
45-59	84,2
60-74	221,3
75+	1024,4

Πηγή: Τούντας και συν. 2007.

Την περίοδο 1970-2004, η αύξηση της θνησιμότητας στη χώρα μας έφτασε 27,8%, έναντι μείωσης μεταξύ 42% και 69,3% των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Επικεντρώνοντας μόνο στις ηλικίες κάτω των 65 ετών (πίνακας 7) η Ελλάδα το 2004, παρουσίαζε πλέον την υψηλότερη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια στη Δυτική Ευρώπη, διπλάσια από την αντίστοιχη των μεσογειακών και των περισσότερων άλλων δυτικοευρωπαϊκών χωρών.

Σε ότι αφορά στη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια, η Ελλάδα έχει μέση θνησιμότητα σε σχέση με τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, η οποία εντούτοις είναι υψηλότερη από όλες τις χώρες της Νότιας Ευρώπης.

Η προτυποποιημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια, σε αντίθεση με ότι συνέβη στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, σημείωσε διαχρονικά στην Ελλάδα αύξηση. Σε σύγκριση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα (πίνακας 8), η Ελλάδα φαίνεται να παρουσιάζει έναν ιδιαίτερα υψηλό δείκτη θνησιμότητας από παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων, χαμηλότερο μόνο από τον αντίστοιχο της Πορτογαλίας.

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μελέτης του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας (ΕΛ.Ι.ΚΑΡ), σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως το κάπνισμα, υπερχοληστερολαιμία, υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης.

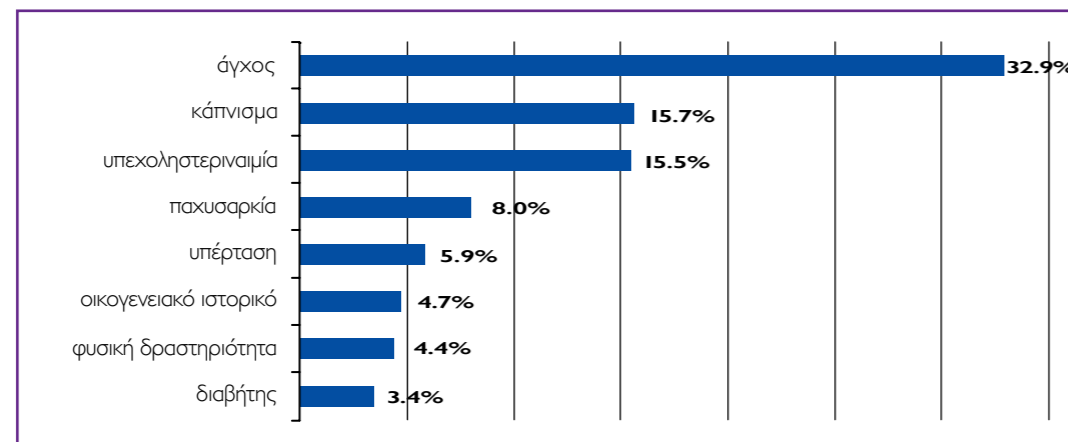
- Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η αύξηση του καπνίσματος των γυναικών κάτω των 50 ετών.
- 45% των καπνιστών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 50 και είναι από τα υψηλότερα που καταγράφονται στον ευρωπαϊκό χώρο.
- Ένας στους πέντε Έλληνες είναι παχύσαρκος.
- Το 40% των ενηλίκων είναι υπέρβαροι.
- Το 74% των ατόμων με περίσσεια σωματικού βάρους δηλώνουν πεπεισμένοι ότι έχουν φυσιολογικό βάρος.
- Μόνο το 8% των ερωτηθέντων θεωρεί την παχυσαρκία ως παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Το 33% θεωρεί ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλούνται από το άγχος.
- Μόνο το 50% γνώριζε ότι έχει υψηλά επίπεδα χοληστερίνης.

Πίνακας 8: Προτυποποιημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια στο σύνολο του πληθυσμού, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

Χώρα	Θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους
Αυστρία (2006)	107,7
Βέλγιο (1997)	82,1
Γαλλία (2004)	41,6
Γερμανία (2004)	110,1
Δανία (2001)	111,5
Ελλάδα (2006)	76,3
Ισπανία (2005)	56,3
Ιταλία (2002)	72,4
Μ. Βρετανία (2005)	106,1
Νορβηγία (2005)	79,1
Ολλανδία (2004)	64,0
Πορτογαλία (2004)	56,9
Σουηδία (2004)	104,6
Φινλανδία (2005)	142,0

Πηγή: WHO, European Health for All Database 2008.

Γράφημα 10: Αυτοεκτίμηση των παραγόντων που συνεισφέρουν στην πρόκληση καρδιαγγειακού επεισοδίου.



Πηγή: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice 2007.

Η εικόνα που προκύπτει από τα παραπάνω για τον κίνδυνο των Ελλήνων από καρδιαγγειακά είναι απογοητευτική και εξηγεί γιατί χάνουμε συνεχώς έδαφος μεταξύ των ευρωπαίων με υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης. Από τη δεύτερη θέση πριν από λίγα χρόνια η χώρα μας βρίσκεται ήδη στην ενδέκατη θέση.

5. Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Καταπολέμηση των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

5.1 Η Στρατηγική

Η Δημόσια Υγεία εισήλθε στην πολιτική ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με τη συνθήκη του Μάαστριχτ μόλις το 1992 και με το άρθρο 152 της συνθήκης του Άμστερνταμ το 1997 ορίστηκε ότι η δράση της Κοινότητας, οφείλει να συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, να αποβλέπει στη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας, καθώς και να συμβάλλει στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα έλαβαν τη θέση που τους αρμόζει στον ευρωπαϊκό χάρτη της Δημόσιας Υγείας το Φεβρουάριο του 1997. Μετά από πρωτοβουλία του ευρωπαϊκού δικτύου καρδιολογικών ιδρυμάτων και τη συνεργασία της ευρωπαϊκής επιτροπής εκδόθηκε η «Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία για την υγεία της καρδιάς».

Η προτεινόμενη στρατηγική της ευρωπαϊκής ένωσης εστίαζε στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων μέσω των εξής δράσεων:

- Επιμόρφωση και εκπαίδευση.
- Αποτελεσματικές παρεμβάσεις με σκοπό την αλλαγή του τρόπου ζωής.
- Πολιτικές παρεμβάσεις που ενίσχυαν τους πολίτες να υιοθετήσουν υγιεινότερους τρόπους διαβίωσης.
- Ενίσχυση της επιστημονικής έρευνας.
- Καταγραφή των παραγόντων κινδύνου.

Έχει γίνει πλέον συνείδηση σε όλους ότι είναι θέμα μείζονος σημασίας να μειωθεί το φορτίο των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την ευρωπαϊκή περιοχή του Π.Ο.Υ. καθώς και να μειωθούν οι αδικίες και οι ανισότητες στο φορτίο των καρδιαγγειακών νοσημάτων εντός και μεταξύ των χωρών. Η πρόληψη μέσω της αλλαγής του τρόπου ζωής, π.χ. μειώνοντας το κάπνισμα ή υιοθετώντας υγιεινότερες διατροφικές συνήθειες δεν είναι μόνο θέμα ατομικής ευθύνης, αλλά απαιτείται Πολυτομεακή Συνεργασία και Δράση.

Η στρατηγική στην Ευρωπαϊκή Ένωση κινείται σήμερα σε τρεις κύριους άξονες:

1. Δράση στον ευρύτερο υγιή πληθυσμό με στόχο την ελάττωση της επίπτωσης και του φορτίου των καρδιαγγειακών νοσημάτων με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής και περιβαλλοντικές αλλαγές, χωρίς να απαιτείται ιατρική παρέμβαση.
2. Πρωτογενής πρόληψη και καθιέρωση εθνικών στρατηγικών για τον εντοπισμό και τη διαχείριση ατόμων υψηλού κινδύνου.
3. Δευτερογενής πρόληψη με στόχο την έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη διαχείριση της πάθησης και την καλύτερη αποκατάσταση των ατόμων με «εγκατεστημένη» καρδιαγγειακή πάθηση.

Οι δράσεις που αποσκοπούν στην υλοποίηση των ανωτέρω αποτελούν:

1. Διενέργεια σειράς στατιστικών μελετών και αναλύσεων, τόσο στο σύνολο της ευρωπαϊκής περιοχής, όσο και σε κάθε χώρα-μέλος με σκοπό τη δυνατότητα παρακολούθησης της θνησιμότητας, της νοσηρότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και των σχετικών μορφών συμπεριφοράς και παραγόντων κινδύνου στον τομέα της υγείας. Αντίστοιχες μελέτες αποτελούν:
 - EUROCISS 1 (2000-2003)
 - EUROCISS 2 (2003-σήμερα)
 - WHO MONICA PROJECT (mid 1980s-mid 1990s)
 - Cardiology Audit and Registration Data Standards (CARDS)
 - European Cardiovascular Disease Statistics 2008-EHN

2. Το 2003 το 3rd Joint Task Force καθιέρωσε ένα νέο σύστημα εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου (HEART SCORE SYSTEM), το οποίο βασίστηκε σε πληθυσμιακές μελέτες από 12 κράτη. Σκοπός του συγκεκριμένου τεστ είναι να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο στα χέρια των γιατρών για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ατομικό επίπεδο, αφού ο γιατρός θα μπορεί πλέον όχι μόνο να προειδοποιήσει τον ασθενή του ότι μπορεί στο μέλλον να πάθει έμφραγμα ή εγκεφαλικό, αλλά και να του το εμφανίσει στην οθόνη με γραφική παράσταση και συγκεκριμένα ποσοστά. Με αυτό τον τρόπο, ο ασθενής συνήθως είναι πιο εύκολο να πειστεί και να συνειδητοποιήσει τις οδηγίες πρόληψης. Το ευρωπαϊκό τεστ θεωρείται έγκυρο και επιστημονικά τεκμηριωμένο.

Φύλο, ηλικία, σάκχαρο, χοληστερίνη, κάπνισμα, απουσία σωματικής άσκησης και υπέρταση είναι οι παράγοντες που σε συνδυασμό με την κληρονομικότητα υπολογίζουν το σκορ. Με αυτό τον τρόπο υπολογίζεται ο κίνδυνος που έχει ο ασθενής να υποστεί θανατηφόρο καρδιαγγειακό συμβάν τα επόμενα 10 χρόνια. Επίσης υπολογίζεται η σχετική επιβάρυνση κάθε παράγοντα κινδύνου στον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο, γίνεται πρόβλεψη του κινδύνου που θα έχει ο ασθενής σε ηλικία 60 ετών και τέλος, υπολογίζεται η μείωση του κινδύνου για τον ασθενή εάν αλλάξει τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, δηλαδή το κάπνισμα, τη χοληστερόλη και την αρτηριακή πίεση.

Ο γιατρός μπορεί να τυπώσει για τον συγκεκριμένο ασθενή συμβουλές με βάση το ατομικό προφίλ του κινδύνου. Σε επόμενες επισκέψεις ο γιατρός μπορεί να εισάγει τα νέα στοιχεία του ασθενή του και με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα της παρακολούθησης του συνολικού κινδύνου που διατρέχει, αλλά και της μεταβολής των επιμέρους παραγόντων κινδύνου.

3. Το Μάιο του 2004, το European Union's Directorate-General Health and Consumer Protection δημιούργησε πλατφόρμα δράσης σε θέματα διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και υγείας. Οι συμμετέχοντες συμφωνήσαν στην ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τις πρωτοβουλίες που αναλαμβάνουν στα ανωτέρω θέματα και στη δημιουργία ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων, η οποία περιελάμβανε τις βασικές τους στρατηγικές (2004-2005) και τους στόχους που έθεταν για το 2006.

4. Τα Συμπεράσματα του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που υιοθετήθηκαν υπό την Ιρλανδική Προεδρία, κάλεσαν την Ευρωπαϊκή Επιτροπή καθώς και τα Κράτη-Μέλη να εξασφαλίσουν ότι λαμβάνεται η κατάλληλη δράση προκειμένου να επιληφθούν της πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

5. Με τη διακήρυξη του Λουξεμβούργου το 2005 καθορίστηκαν με μεγάλη ακρίβεια τα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την καρδιαγγειακή υγεία:

- Επαρκή σωματική δραστηριότητα, τουλάχιστον 30 λεπτά, 5 φορές εβδομαδιαίως.
- Υγιεινές διατροφικές συνήθειες (5 μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως).
- Αρτηριακή Πίεση αίματος κάτω από 140/90 mmHg.
- Ολική χοληστερόλη αίματος κάτω από 5 mmol/L (190mg/dl).
- LDL χοληστερόλη <3mmol/L.
- Φυσιολογικό μεταβολισμό γλυκόζης.
- Αποφυγή υπερβολικού άγχους.
- Απουσία υπερβολικού σωματικού βάρους.

Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά συνοψίζονται στον ευρωπαϊκό αριθμό υγείας της καρδιάς: 0-30-5-140-5-3-0. Απώτερος στόχος είναι η έγκαιρη αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο.

6. Γίνονται προσπάθειες αντιμετώπισης των παραγόντων κινδύνου, είτε μέσω της νομοθεσίας, συμπεριλαμβανομένης της φορολογίας π.χ. στον καπνό, είτε μέσω του μάρκετινγκ, είτε μέσω άλλων μέτρων που αφορούν στην υγιεινή διατροφή, στην αποφυγή του καπνού και στην τακτική σωματική δραστηριότητα.

7. Επιπλέον, ο σκοπός της προστασίας της υγείας και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής του ευρωπαϊκού πληθυσμού μέσω της μείωσης της επίπτωσης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, καταχωρείται πλήρως στη Συνθήκη της Ε.Ε. και στους στόχους της Ημερήσιας Διάταξης της Λισσαβόνας της Ε.Ε. και στις προοπτικές της ενσωμάτωσης της υγείας σε όλες τις πολιτικές που εκφράζονται από τα συμπεράσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της 30ης Νοεμβρίου 2006 υπό την Φινλανδική Προεδρία.

8. Πράσινη Βίβλος της 30ης Ιανουαρίου 2007-Προς μια Ευρώπη ελεύθερη καπνίσματος: επιλογές πολιτικής σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης [COM(2007) 27 final]. Σκοπός της οδηγίας είναι η προώθηση μιας ευρείας πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος, που εκτιμάται ότι μπορεί να έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα ως πολιτική έναντι του καπνίσματος.

9. Γίνεται προσπάθεια προώθησης της υγιεινής διατροφής και της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, με σκοπό τον περιορισμό των σχετιζόμενων με τη διατροφή και την παχυσαρκία ασθενειών. Στον τομέα αυτό, το 2007, η Ευρωπαϊκή Ένωση προχώρησε στην οριστικοποίηση της «Ευρωπαϊκής στρατηγικής για θέματα υγείας που έχουν σχέση με τη διατροφή, το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία» [COM(2007) 279], και επιβεβαίωσε τις δράσεις που από το 2005 είχαν προσδιορισθεί με την «Πράσινη Βίβλο» για τη διατροφή και την παχυσαρκία [COM(2005) 637].

10. Το Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας για το 2007-2013 επιδιώκει, μεταξύ άλλων, το γενικό στόχο της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών, με τη συνεκτίμηση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας σε όλες τις πολιτικές και τις κοινωνικές δραστηριότητες.

11. Το φορτίο της επιβεβαιωμένης καρδιαγγειακής πάθησης δύναται να μειωθεί με την έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη διαχείριση της πάθησης, την αποκατάσταση και την πρόληψη, συμπεριλαμβανομένης της δομημένης παροχής συμβουλών του τρόπου ζωής. Αυτό επιτυγχάνεται:

- Με την τακτική έκδοση πανευρωπαϊκών κατευθυντήριων οδηγιών που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας υπό την αιγίδα της ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρείας. Συγκεκριμένα οι κατευθυντήριες οδηγίες, όπως καθορίστηκαν στην τελευταία ευρωπαϊκή σύνοδο (Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2007) που πραγματοποιήθηκε στις Βρυξέλλες τον Οκτώβριο του 2007 περιλαμβάνουν τα κάτωθι:
 - Διακοπή καπνίσματος.
 - Επαρκή σωματική δραστηριότητα - τουλάχιστον 30 λεπτά, 5 φορές εβδομαδιαίως.
 - Υγιεινές διατροφικές συνήθειες (5 μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως).
 - BMI < 25 m² και αποφυγή κεντρικής (κοιλιακής) παχυσαρκίας.
 - Αρτηριακή Πίεση αίματος <140 / 90 mmHg.
 - Ολική χοληστερόλη αίματος <5 mmol/L (190mg/dl).
 - LDL χοληστερόλη <3mmol/L (115mg/dl).
 - Γλυκόζη νήστεως <110 mg/dl.

Βλ. περισσότερα στο: www.heartcharter.com.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι κατευθυντήριες τροποποιούνται στα άτομα με εγκατεστημένη νόσο, καθώς και σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

Επίσης, έγινε επαναξιολόγηση του HEART SCORE. Διαπιστώθηκε ότι η χρήση της «χαρτογράφησης κινδύνου» οδηγεί σε υπερεκτίμηση του κινδύνου σε κράτη που σημειώθηκε μείωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας και σε κράτη που βιώνουν αύξηση της θνησιμότητας. Κρίθηκε λοιπόν απαραίτητη η αναπροσαρμογή της και η θέσπιση εθνικών κατευθυντήριων με βάση τις επιδημιολογικές μελέτες κάθε κράτους.

- Με προσπάθειες ανάπτυξης επαρκούς προαγωγής της υγείας μέσω της προπτυχιακής και της μεταπτυχιακής κατάρτισης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

12. Δράσεις με σκοπό την ευαισθητοποίηση σχετικά με τις πτυχές της καρδιαγγειακής υγείας που σχετίζονται με το φύλο.

5.2 Ο Ευρωπαϊκός Χάρτης για την Υγεία της Καρδιάς

Ο Ευρωπαϊκός χάρτης για την υγεία της καρδιάς αποτελεί σύνολο αρχών και στόχων που συναπαρτίζουν την πρώτη πανευρωπαϊκή προσπάθεια να μειωθεί η νοσηρότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στις ευρωπαϊκές χώρες. Και έχει μεταφραστεί σε 16 χώρες της Ε.Ε. Ο Ευρωπαϊκός χάρτης¹ στοχεύει στο να καταστήσει την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων και την πρόληψή τους, ως μία από τις προτεραιότητες των πολιτικών της Δημόσιας Υγείας εντός της Ε.Ε., διότι επικεντρώνεται στους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και στοχεύει στην κινητοποίηση της διατομεακής συνεργασίας και σε ευρεία υποστήριξη για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας και της πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

5.3 Euroheart Project

Στις αρχές του 2006, η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία και το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Καρδιολογικών Ιδρυμάτων συμφώνησαν στην υλοποίηση του προγράμματος, κατά το οποίο οι δύο οργανισμοί δεσμεύτηκαν να ακολουθήσουν σθεναρά τα συμπεράσματα του συμβουλίου της Ε.Ε. από το 2004, τα οποία αφορούν στην προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας και στα συμπεράσματα της διακήρυξης του Λουξεμβούργου. Για το πρόγραμμα αυτό συνεργάζονται 30 εταίροι σε 21 ευρωπαϊκές χώρες και συνεπιδoteίται από το πρόγραμμα της ευρωπαϊκής επιτροπής Δημόσιας Υγείας 2003-2008. Ξεκίνησε τον Απρίλιο του 2007 και αναμένεται να ολοκληρωθεί το Μάρτιο του 2010. Είναι ένα πρόγραμμα που υπηρετεί τις βασικές αρχές του «χάρτη» για την υγεία της καρδιάς, με 4 κύριους στόχους:

- Να ενισχύσει την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και σωστή αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων στις γυναίκες.
- Να καταγράψει και να αναλύσει τις εθνικές πολιτικές που σχετίζονται με την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Να ενθαρρύνει τη μετάφραση και διάδοση του HEART SCORE σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.
- Να βελτιώσει την κλινική πρακτική των ιατρών ενθαρρύνοντας την ορθή μεταφορά οδηγιών για την πρόληψη σε κάθε χώρα.

Έχει γίνει κοινή συνείδηση στην ευρωπαϊκή κοινότητα, ότι μέσω της συνεργασίας των κοινωνικών και πολιτικών ομάδων τόσο σε εθνικό, όσο και σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, θα επιτευχθεί η πρόληψη και ο έλεγχος της νόσου.

6. Η Πολιτική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Καταπολέμηση των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

Το Σχέδιο Δράσης του Π.Ο.Υ. για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, εντάσσεται στο συνολικό πλαίσιο δράσης του Τμήματος Χρόνιων Νοσημάτων και Προαγωγής Υγείας για την πρόληψη και αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων.

Η στρατηγική του Π.Ο.Υ. για την πρόληψη και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων περιλαμβάνει τα εξής πεδία:

- Υψηλό επίπεδο επαγρύπνησης σχετικά με τις επιδημικές διαστάσεις των καρδιακών νοσημάτων σε παγκόσμιο επίπεδο.
- Προαγωγή υγιούς περιβάλλοντος διαβίωσης, ιδιαίτερα για τους φτωχούς και μη προνομιούχους πληθυσμούς.
- Αναστροφή των τάσεων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, όπως η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η ανθυγιεινή διατροφή.
- Πρόληψη των πρόωρων θανάτων.
- Πρόληψη των αναπηριών που προκαλούνται από καρδιαγγειακή νόσο.

Με βάση στοιχεία του Π.Ο.Υ., το 80% των πρόωρων θανάτων προκαλούμενων από καρδιακή νόσο και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, θα μπορούσαν να αποφευχθούν με υγιεινή διατροφή, συστηματική φυσική δραστηριότητα και διακοπή του καπνίσματος. Η στρατηγική του Π.Ο.Υ. για τη μείωση του φορτίου των καρδιαγγειακών νοσημάτων κινείται σε δύο άξονες:

- Σε ατομικό επίπεδο, υιοθετώντας υγιεινότερο τρόπο διαβίωσης με συστηματική άσκηση, διακοπή καπνίσματος και αποφυγή του παθητικού καπνίσματος, με υγιεινότερες διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, αποφυγή τροφών πλούσιων σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι και διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους.
- Σε κοινωνικό, πολιτικό και επιστημονικό επίπεδο με ευρεία και συντονισμένη δράση, η οποία περιλαμβάνει:
 - Ευρεία προσέγγιση, η οποία εστιάζει στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου, όπως π.χ. ενίσχυση της νομοθεσίας και των πολιτικών κατά του καπνίσματος, φορολογία των τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, αλάτι και ζάχαρη, οικιστική πολιτική που ευνοεί τη φυσική δραστηριότητα στις πόλεις, όπως το περπάτημα ή τη δημιουργία ποδηλατοδρόμων, παροχή υγιεινών γευμάτων στα σχολεία.
 - Παροχή αποτελεσματικών και φτηνών φαρμακευτικών σκευασμάτων για όλες τις μορφές καρδιαγγειακών νοσημάτων.
 - Αύξηση των κονδυλίων που διατίθενται από τις κυβερνήσεις στο πεδίο της έρευνας για την πρόληψη και τη θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Η 30^η Σεπτεμβρίου του 2000, εορτάστηκε από όλο τον κόσμο για πρώτη φορά, ως η παγκόσμια ημέρα καρδιάς. Το κεντρικό μήνυμα που έχει επιλεγεί από την παγκόσμια συνομοσπονδία καρδιάς (WHF), είναι το «team up for healthy hearts», που σημαίνει «συνεργαστείτε για την υγεία της καρδιάς μας», μήνυμα που υποδηλώνει την παγκόσμια βούληση, ότι η πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων θα επιτευχθεί μέσω της συνεργασίας των κοινωνικών και πολιτικών ομάδων.

Από το Σεπτέμβριο του 2000, το Ευρωπαϊκό τμήμα του Π.Ο.Υ. με το «Πρώτο Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφική Πολιτική και Πολιτική Τροφίμων» (WHO 2001), ανέπτυξε μια συνολική στρατηγική στα ζητήματα της διατροφής και της ασφάλειας των τροφίμων, με σκοπό να μεγιστοποιήσει τα οφέλη για τη Δημόσια Υγεία.

Το «Δεύτερο Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφική Πολιτική και Πολιτική Τροφίμων 2007-2012» (WHO 2008a), συνεχίζει στην ίδια κατεύθυνση, συμπεριλαμβάνοντας και τη στάθμιση κινδύνων-ωφελειών των νέων τροφίμων.

Η πρώτη παρέμβαση σε διεθνές επίπεδο σχετικά με την καρδιαγγειακή υγεία πραγματοποιήθηκε το Μάιο του 2003, όταν τα κράτη-μέλη του Π.Ο.Υ. συμφώνησαν στη σύναψη και υπογραφή μίας διεθνούς συνθήκης για τον έλεγχο του καπνίσματος (WHO 2006), η οποία υπογράφηκε από τα 192 μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και τέθηκε σε εφαρμογή από το Φεβρουάριο του 2005. Η συνθήκη περιλαμβάνει το πλαίσιο για τη θέσπιση ολοκληρωμένης νομοθεσίας από τις χώρες-μέλη και ολοκληρωμένης πολιτικής για τον έλεγχο του καπνίσματος. Η συνθήκη αφορά μία σειρά μέτρων σχετικών με τη θέσπιση απαγορευτικών διατάξεων στη διαφήμιση, δημιουργία περιοχών ελεύθερων καπνίσματος, αύξηση της φορολογίας των προϊόντων καπνού, καταπολέμηση του λαθρεμπορίου και προειδοποιητικές επιγραφές στις συσκευασίες προϊόντων καπνού.

Το Μάιο του 2004, η Παγκόσμια Συνέλευση του Π.Ο.Υ. υιοθέτησε μια «Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή, τη Σωματική Δραστηριότητα και Υγεία» (WHO 2004).

Όλες οι παρεμβάσεις από την πλευρά της πολιτείας δεν θα έχουν αποτέλεσμα αν δεν γίνουν κοινή πεποίθηση και απαίτηση των πολιτών. Με αυτό το σκοπό λειτουργεί υπό την επίβλεψη του Π.Ο.Υ., σε παγκόσμιο επίπεδο, πρόγραμμα παρακολούθησης υγείας των μαθητών στα σχολεία. Απευθύνεται σε εφήβους 13-15 ετών, καλύπτει εννέα παράγοντες κινδύνου και έχει σκοπό την προώθηση προγραμμάτων υγείας στα σχολεία και την καταγραφή στοιχείων αναφορικά με τις τάσεις που επικρατούν.

Παράλληλα, ο Π.Ο.Υ. προωθεί την ανάπτυξη επιμέρους στρατηγικών, που επικεντρώνουν στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και στην προώθηση της σωματικής άσκησης (Cavill et al. 2006), προτείνοντας στις χώρες μέτρα και πολιτικές που μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

Τέλος, ο Π.Ο.Υ. έχει οργανώσει την επιστημονική τεκμηρίωση, καθώς και βάσεις δεδομένων για το κάπνισμα, τη διατροφή και την παχυσαρκία, που διευκολύνουν τις χώρες να σχεδιάσουν πολιτικές και προγράμματα παρέμβασης.

7. Πολιτικές για την Πρόληψη και Καταπολέμηση των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων σε Εθνικό Επίπεδο

7.1 Πρόγραμμα Euroheart

Το Σεπτέμβριο του 2007 έγινε στην Αθήνα η έναρξη του προγράμματος Euroheart. Το πρόγραμμα στοχεύει να γίνει το πλαίσιο, μέσω του οποίου θα βελτιωθεί η καρδιαγγειακή υγεία των Ελλήνων.

Στη χώρα μας το πρόγραμμα συντονίζεται από το ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας) και την Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία. Επίσης, με το πρόγραμμα συντάσσονται η Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης, η Ελληνική Αντιυπερτασική Εταιρεία, η Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος, η Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, η Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας και Αθηροσκλήρωσης, ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, αλλά και φορείς με παρεμφερείς κοινωνικούς στόχους.

Τα επόμενα βήματα του προγράμματος, στοχεύουν στη μείωση του ανθρώπινου και κοινωνικοοικονομικού κόστους των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Πρώτο βήμα αποτελεί η μετάφραση στα ελληνικά και διάδοση των πρόσφατων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για την πρόληψη.

Η συμμόρφωση ακολουθεί τη γνώση και το EUROHEART επενδύοντας στην πρόληψη θα εστιαστεί στην υγεία της γυναικείας καρδιάς, αλλά και στην καταγραφή και στον επαναπροσδιορισμό της εθνικής στρατηγικής για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Το πρόγραμμα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τη χώρα μας, γιατί η επιδημία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, που με τη μορφή κυρίως του εμφράγματος και του εγκεφαλικού επεισοδίου, θα λάβει διαστάσεις πανδημίας στις προσεχείς δεκαετίες, αν δεν υπάρξει αποτελεσματική παρέμβαση, ούτως ώστε να αντιστραφεί η εξάπλωση των παραγόντων του καρδιαγγειακού κινδύνου σε όλο και μεγαλύτερα στρώματα του πληθυσμού.

7.2 «Heart Score Greece»

Η ιατρική έχει πλέον τη δυνατότητα να μετράει με ακρίβεια τα «βάρη» της καρδιάς σας μέσω ενός καινούργιου τεστ της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας που ονομάζεται Heart Score. Το ευρωπαϊκό τεστ θεωρείται έγκυρο και επιστημονικά τεκμηριωμένο. Σε αυτό στηρίχτηκε και η ελληνική έκδοση του Heart Score, η οποία όμως είναι διαφοροποιημένη από τα παραπλήσια τεστ των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών αφού έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα και στον ελληνικό τρόπο ζωής, ώστε οι μετρήσεις και τα αποτελέσματα του τεστ να έχουν μεγαλύτερη ακρίβεια. Πρόκειται για το πρόγραμμα «Heart Score Greece», της ελληνικής καρδιολογικής εταιρείας, που άρχισε πριν από δύο χρόνια, βασίστηκε στα αποτελέσματα της μελέτης «ΑΤΤΙΚΗ» την οποία διεξήγαγε η 1η Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας. Η χρήση του γίνεται μέσω του διαδικτύου από το δικτυακό τόπο της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (<http://www.escardio.org>) και μάλιστα υπάρχει Ελληνική έκδοση της οποίας την επιμέλεια έχει η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία.

Το «Heart Score Greece» μέσα από μια σειρά πινάκων δείχνει ποια άτομα κινδυνεύουν από έμφραγμα ή εγκεφαλικό, αν και δεν παρουσιάζουν συμπτώματα.

Οι Έλληνες καρδιολόγοι διαθέτουν πλέον ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο, ένα λογισμικό, που εντοπίζει εύκολα, σε ασυμπτωματικά άτομα – με βάση τις τιμές χοληστερόλης και αρτηριακής πίεσης, την ηλικία και κυρίως τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν όλη μέρα – τον βαθμό επικινδυνότητας και πόσο κοντά είναι στο έμφραγμα ή στο εγκεφαλικό οι ασθενείς τους.

²Βλ. περισσότερα στο: www.heartstats.org/eucosts.

8. Οικονομικές Διαστάσεις

Η περίθαλψη ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα είναι μακροχρόνια και δαπανηρή. Επίσης, η νόσος πλήττει κυρίως ανθρώπους μέσης ηλικίας που βρίσκονται στην πιο παραγωγική φάση της ζωής τους, αποστερώντας τους από τις -εξαρτώμενες από αυτούς- οικογένειές τους και υπονομεύοντας την οικονομία και την ανάπτυξη των κρατών, λόγω της αποστέρησης πολύτιμου ανθρώπινου δυναμικού (Gaziano 2007).

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ποσοτικοποίησης των ανωτέρω μεγεθών, το κόστος όμως της ανθρώπινης ζωής είναι ανεκτίμητο. Με βάση πρόσφατα στοιχεία από τις Η.Π.Α., το κόστος (άμεσο και έμμεσο) εξαιτίας του φορτίου των καρδιαγγειακών νοσημάτων ανέρχεται στα 310,23 δις Ευρώ/έτος. Συγκριτικά μόνο αξίζει να αναφερθεί ότι το αντίστοιχο κόστος των HIV λοιμώξεων είναι 22,24 δις και για τις κακοήθειες 146,19 δις (Heart Disease and Stroke Statistics 2006).

Μολονότι η Ε.Ε. βιώνει τους μειούμενους ρυθμούς θνησιμότητας από την καρδιαγγειακή πάθηση, υπάρχει ένας αυξανόμενος ρυθμός ανδρών και γυναικών που ζουν με καρδιαγγειακές παθήσεις. Αυτό το παράδοξο αφορά στην αυξανόμενη μακροζωία και στη βελτιωμένη επιβίωση ανθρώπων με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Με βάση στατιστικά στοιχεία από το ευρωπαϊκό δίκτυο καρδιολογίας, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κοστίζουν στην ευρωπαϊκή οικονομία 192 δισεκατομμύρια Ευρώ ετησίως, το οποίο αντιστοιχεί σε 391 Ευρώ κατά κεφαλή κόστος. Από αυτό το 57% αντιπροσωπεύει δαπάνες του συστήματος υγείας (περίθαλψη και φαρμακευτική αγωγή), το 21% αντιστοιχεί σε απώλεια παραγωγικότητας και το υπόλοιπο 22% συνδέεται με τη φροντίδα που παρέχεται από το περιβάλλον του ασθενούς².

Οι κατά κεφαλή δαπάνες ποικίλλουν μέχρι και δέκα φορές μεταξύ των κρατών-μελών σε λιγότερο από 60 Ευρώ στη Βουλγαρία, έως πάνω από 600 Ευρώ κατά κεφαλή/έτος στη Γερμανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο αντίστοιχα³.

Επιπλέον, οι χώρες με υψηλή συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων πάσχουν από εξασθένηση της οικονομικής ανάπτυξης. Οι απώλειες παραγωγικότητας λόγω της θνησιμότητας και νοσηρότητας των καρδιαγγειακών παθήσεων, κοστίζουν στην Ε.Ε. άνω των 35 δις Ευρώ, αντιπροσωπεύοντας το 21% του συνολικού κόστους των παθήσεων, με περίπου τα δύο τρίτα αυτού του κόστους λόγω του θανάτου (24.4 δις Ευρώ) και το ένα τρίτο λόγω της ασθένειας (10.8 δις Ευρώ), ατόμων παραγωγικής ηλικίας.

Από τα λίγα στοιχεία που διαθέτουμε για τη χώρα μας, τα καρδιαγγειακά νοσήματα:

- Απορροφούν το 10% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το οποίο αντιστοιχεί σε 1.922.000 Ευρώ ετησίως.
- Το ποσό αντιστοιχεί σε 173 Ευρώ κατά κεφαλή ετησίως.
- Το ένα τέταρτο της φαρμακευτικής δαπάνης αφορά σκευάσματα για καρδιαγγειακά νοσήματα που ισοδυναμεί σε 1,5 δις. Ευρώ το χρόνο.
- Το κόστος στην παραγωγικότητα ανέρχεται σε 606.000 Ευρώ λόγω της θνητότητας και σε 62.700 Ευρώ, λόγω της νοσηρότητας (British Heart Foundation and Health Economics Research Center 2008).

^{2&3}Βλ. περισσότερα στο: www.heartstats.org/eucosts.

9. SWOT Ανάλυση

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (STRENGTHS)	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ (WEAKNESSES)
<ul style="list-style-type: none"> Υπαρξη εξειδικευμένου επιστημονικού δυναμικού στον τομέα της καρδιολογίας. Η ενσωμάτωση στην ελληνική νομοθεσία σειράς κοινοτικών οδηγιών για την υγιεινή διατροφή. 	<ul style="list-style-type: none"> Απουσία σχεδιασμένης συστηματικής και ολιστικής πολιτικής σχετικά με τη Δημόσια Υγεία. Απουσία διατομεακής συνεργασίας για την προώθηση υγιεινών μοντέλων ζωής που θα συντελούσαν στην πρόληψη των νοσημάτων. Η οργανωτική δυσλειτουργία του Ε.Σ.Υ. που έχει σαν αποτέλεσμα τις μακροχρόνιες λίστες αναμονής για καρδιοχειρουργικά περιστατικά. Απουσία προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) του γενικού πληθυσμού-μειωμένη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες πρόληψης για ομάδες του πληθυσμού (λόγω μορφολογίας εδάφους, κ.λπ.).
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)	ΚΙΝΔΥΝΟΙ (THREATS)
<ul style="list-style-type: none"> Η εφαρμογή των Εθνικών Σχεδίων Δράσης για την προώθηση της υγιεινής διατροφής, την αντιμετώπιση του καπνίσματος και των βλαβερών συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ. Η παραδοσιακή μεσογειακή διαίτα. Η δυνατότητα αξιοποίησης των μέσων ενημέρωσης και των νέων τεχνολογιών για την προώθηση δράσεων πρόληψης. Οι πολιτικές που προωθούνται από την Ε.Ε. και τον Π.Ο.Υ. Η λειτουργία του πρότυπου καρδιοχειρουργικού κέντρου «ΩΝΑΣΕΙΟ». 	<ul style="list-style-type: none"> Τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά καπνιστών στην Ελλάδα. Το υψηλό ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ στην Ελλάδα, σε συνδυασμό με την αυξανόμενη πρόσληψη θερμίδων και τροφίμων με μεγάλη συγκέντρωση λιπιδίων. Το χαμηλό ποσοστό σωματικής άσκησης και υγιεινών τρόπων διαβίωσης. Η εντατικοποίηση των ρυθμών του σύγχρονου τρόπου ζωής (στρες, αγχώδεις διαταραχές, σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης).



Στρατηγικός Σχεδιασμός



1. Όραμα

Το όραμα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα είναι η διαρκής και συστηματική δραστηριοποίηση όλων των εμπλεκόμενων επιστημονικών και κοινωνικών φορέων για την πρόληψη και τη θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων μέσω αποδοτικών, αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών.

2. Αποστολή

Αποστολή του Σχεδίου Δράσης είναι η θεμελίωση μίας ολοκληρωμένης και βιώσιμης οριζόντιας πολιτικής με σκοπό:

- Την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την αποτελεσματική θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την αποδοτική και ποιοτική λειτουργία των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την υλοποίηση των αναγκαίων πολιτικών και δράσεων μέσω στοχευμένων προγραμμάτων.

3. Στρατηγική Τοποθέτηση

Η μείωση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας που οφείλονται στα καρδιαγγειακά νοσήματα.

4. Στρατηγικοί Στόχοι

Στόχος 1: Η σταδιακή και μετρήσιμη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα έως και 10% μέχρι το 2012.

Στόχος 2: Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

Στόχος 3: Η αύξηση της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening).

Στόχος 4: Η αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Στόχος 5: Η ανάπτυξη της Διατομεακής Συνεργασίας και της Κοινωνικής Συμμετοχής στην πρόληψη και στην αποκατάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Στόχος 6: Η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Στόχος 7: Η βελτίωση των δυνατοτήτων χάραξης και παρακολούθησης των πολιτικών που αφορούν στα καρδιαγγειακά νοσήματα.

5. Αρχές και Αξίες του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης έγινε βάση των αρχών και των αξιών που παρατίθενται στη συνέχεια, ώστε να εξασφαλίζεται η ανταποκρισιμότητα του σχεδίου στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και η συμβολή του στην κοινωνική προστασία, στην οικονομική βιωσιμότητα του Συστήματος Υγείας της χώρας και τελικά στην επίτευξη βιώσιμης ανάπτυξης.

Οι Αξίες και Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης περιλαμβάνονται στις Αξίες και Αρχές που έχει υιοθετήσει η Ευρωπαϊκή Ένωση (Council of the European Union 2006) και ο Π.Ο.Υ.

Αξίες

- Η καθολικότητα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας.
- Η πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.
- Η ισοτιμία στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας.
- Η αλληλεγγύη.

Αρχές

- Ποιότητα.
- Ασφάλεια.
- Φροντίδα βασισμένη στην Τεκμηρίωση και στην Ηθική.
- Ενεργοποίηση του ασθενή.
- Μαζικοί χώροι για ανάπτυξη δράσεων προαγωγής της υγείας (healthy settings). Σύμφωνα με τις συστάσεις του Π.Ο.Υ.⁴ οι πιο πρόσφοροι χώροι για την ανάπτυξη δράσεων προαγωγής της υγείας (healthy settings) είναι μαζικοί χώροι, όπου ομάδες πληθυσμού περνούν σημαντικό μέρος της ημέρας τους, και όπου είναι εύκολη η προσέγγισή τους. Τέτοιοι χώροι είναι κατ' εξοχήν το σχολείο για τα παιδιά και οι χώροι εργασίας για τους ενήλικες, αλλά και οποιοδήποτε άλλοι χώροι συνάθροισης (π.χ. Κ.Α.Π.Η., σύλλογοι, εκκλησία, ένοπλες δυνάμεις, κ.λπ.). Τα σχολεία προαγωγής υγείας (health promoting schools) και η προαγωγή της υγείας στους χώρους εργασίας (workplace health promotion) περιλαμβάνονται στα σημαντικότερα μοντέλα καλών πρακτικών, με τις αποτελεσματικότερες προσεγγίσεις για τη δημιουργία περιβάλλοντος που συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας.

6. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Πρόληψη των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων θα συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του Ελληνικού πληθυσμού και θα βοηθήσει στη συγκράτηση των δαπανών που προκαλούνται από τα νοσήματα αυτά.

6.1 Βελτίωση του Επιπέδου Υγείας των Πολιτών και της Ποιότητας Ζωής που Σχετίζεται με την Υγεία

Η ισχαιμική καρδιοπάθεια αποτελεί την πρώτη αιτία χαμένων ετών ζωής λόγω πρόωρου θανάτου ή αναπηρίας (DALY's) και τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα (WHO 2005). Στην Ευρώπη, η ισχαιμική καρδιοπάθεια αποτελεί την αιτία του 10,5% των χαμένων ετών ζωής.

Στην Ελλάδα, η ισχαιμική καρδιοπάθεια αποτελούσε την αιτία για το 14,8% του συνόλου των θανάτων κατά το 2002, ευθυνόμενη για 16.825 θανάτους. Επίσης το ίδιο έτος, αποτελούσε την αιτία για 111.885 χαμένα έτη ζωής λόγω θανάτου ή αναπηρίας (DALY's), που αποτελούν το 8% του συνόλου των χαμένων ετών ζωής από όλες τις αιτίες κατά το 2002 (WHO 2005).

Στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, η ισχαιμική καρδιοπάθεια παρουσιάζει από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 μια αξιόλογη μείωση, που μέχρι το 2002 έφτανε το 24,2%, σε αντίθεση με την Ελλάδα όπου συνεχίστηκε η αύξηση. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης έχει ως άμεσο στόχο να θέσει τη χώρα στην τροχιά των άλλων δυτικοευρωπαϊκών χωρών και να οδηγήσει στην επίτευξη των στρατηγικών στόχων που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο, ιδιαίτερα σε αισθητή μείωση της ισχαιμικής καρδιοπάθειας στη χώρα μας.

Ειδικότερα, με τις δράσεις πρωτογενούς πρόληψης αναμένεται ο έλεγχος και ο περιορισμός των παραγόντων κινδύνου (προβλέπεται μάλιστα η απαιτούμενη συνέργεια με τα αντίστοιχα Σχέδια Δράσης που αφορούν στους παράγοντες κινδύνου: παχυσαρκία, κάπνισμα, αλκοόλ) και η γενικότερη ενημέρωση και πληροφόρηση του πληθυσμού. Παράλληλα, επιδιώκεται η ανάπτυξη προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του πληθυσμού σχετικά με τους παθολογικούς παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερκολεστεριλαιμία). Με την αποτελεσματική εφαρμογή αυτών των προληπτικών δράσεων μπορούμε βέβαια να αναμένουμε τη μείωση της νοσηρότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα.

⁴Βλ. περισσότερα στο: <http://www.herc.ox.ac.uk/>.

Επιπρόσθετα, προβλέπεται και η αναβάθμιση της ποιότητας των καρδιολογικών υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ., έτσι ώστε να προσφέρονται υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς, εξασφαλίζοντας τη μείωση της θνησιμότητας, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

6.2 Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες που Οφείλονται στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα: Προσπάθειες για Συγκράτηση των Δαπανών και Ορθολογική Κατανομή των Πόρων

Το άμεσο οικονομικό κόστος περιλαμβάνει τις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας και της φαρμακευτικής περίθαλψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σύμφωνα με μελέτη του Health Economics Research Centre του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, κατά το 2006, το συνολικό κόστος περίθαλψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση ξεπερνούσε τα 110 δις Ευρώ, με μία μέση ετήσια κατά κεφαλή δαπάνη 223 Ευρώ ετησίως. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 10% των συνολικών δαπανών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η διάρθρωση των δαπανών περίθαλψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η ακόλουθη: Το 54% αποτελεί νοσοκομειακές δαπάνες, το 28% φαρμακευτικές δαπάνες και το υπόλοιπο 18% δαπάνες εξωνοσοκομειακής ή επείγουσας περίθαλψης.

Βεβαίως, η μέση κατά κεφαλή δαπάνη ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων χωρών. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, στην Ελλάδα, το 2006, το σύνολο των δαπανών περίθαλψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων υπολογίζεται σε 1.921,7 εκατ. Ευρώ, ποσό που σύμφωνα με την προαναφερθείσα μελέτη αντιστοιχεί στο 10% των συνολικών δαπανών υγείας. Η διάρθρωση της δαπάνης αυτής παρουσιάζεται στον πίνακα 9. Αυτό που κυρίως διαφοροποιεί την Ελλάδα, είναι το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό που αντιπροσωπεύουν οι φαρμακευτικές δαπάνες, το οποίο είναι σχεδόν διπλάσιο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Αντίστροφα, χαμηλότερες κατά 12 ποσοστιαίες μονάδες είναι οι δαπάνες νοσοκομειακής, όπως και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Πίνακας 9: Δαπάνες περίθαλψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα 2006.

	Ποσό (χιλ. Ευρώ)	(%)
Νοσοκομειακή περίθαλψη	810.342	42,2
Φαρμακευτική περίθαλψη	990.169	51,5
Εξωνοσοκομειακή και επείγουσα περίθαλψη	93.554	4,9
Πρωτοβάθμια φροντίδα	27.645	1,4
Σύνολο	1.921.710	100

Πηγή: British Heart Foundation Statistics Website 2008.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., το 2004 τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτέλεσαν την αιτία για 1.188.722 ημερών νοσηλείας, από τις οποίες οι 546.175 ημέρες αφορούσαν νοσηλεία στεφανιαίας νόσου.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση του κόστους περίθαλψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, τόσο εξαιτίας της αναμενόμενης μείωσης της συχνότητας εκδήλωσης νέων κρουσμάτων και υποτροπιών, όσο και εξαιτίας της βελτίωσης και προτυποποίησης της φαρμακευτικής περίθαλψης των νοσημάτων αυτών. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση του κόστους φαρμακευτικής περίθαλψης κατά 15%, ήτοι κατά 150 εκατ. Ευρώ και μια πρόσθετη μείωση του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης κατά 5-7%, ήτοι 40-55 εκατ. Ευρώ.

Το έμμεσο οικονομικό κόστος περιλαμβάνει το κόστος από τη χαμένη παραγωγικότητα λόγω νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας. Στις Η.Π.Α., εκτιμάται ότι το συνολικό κόστος (άμεσο και έμμεσο) εξαιτίας της καρδιαγγειακής νόσου ανέρχεται στα 310,23 δις δολάρια ετησίως, έναντι 146,19 δις για τις κακοήθειες (Heart Disease and Stroke Statistics 2006).

Σύμφωνα με την προαναφερθείσα ευρωπαϊκή μελέτη, το έμμεσο κόστος των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ε.Ε., κατά το 2006, εκτιμάται σε 41 δις Ευρώ, εξαιτίας της θνησιμότητας και νοσηρότητας κατά την παραγωγική ηλικία. Επιπλέον, εκτιμάται ότι ένα πρόσθετο κόστος της τάξης των 42 δις Ευρώ αντιπροσωπεύουν οι άτυπες υπηρεσίες περίθαλψης που παρέχονται στους ασθενείς από τα μέλη των οικογενειών τους. Συνυπολογίζοντας τα παραπάνω δεδομένα και τις άμεσες δαπάνες περίθαλψης, υπολογίζεται ότι το συνολικό άμεσο και έμμεσο κόστος καρδιαγγειακών νοσημάτων φτάνει στην Ευρώπη τα 192 δις Ευρώ, που αντιστοιχούν σε 391 Ευρώ κατά κεφαλή.

Οι αντίστοιχοι υπολογισμοί της μελέτης για την Ελλάδα, ανεβάζουν το έμμεσο κόστος από την απώλεια παραγωγικότητας σε 669 εκατ. Ευρώ και το έμμεσο κόστος φροντίδας των καρδιοπαθών σε 388 εκατ. Ευρώ. Έτσι, το συνολικό έμμεσο κόστος υπολογίζεται για την Ελλάδα σε 1.057 εκατ. Ευρώ, ενώ το συνολικό κόστος (συνυπολογίζοντας και τις δαπάνες περίθαλψης) προσεγγίζει τα 3 δις Ευρώ ετησίως. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση του έμμεσου και του συνολικού οικονομικού κόστους που αντιπροσωπεύουν για τη χώρα τα νοσήματα αυτά. Η μείωση της συχνότητας της νόσου και η βελτίωση της πρόγνωσης είναι δυνατόν να οδηγήσουν μέσο-μακροπρόθεσμα, σε ένα περιορισμό της απώλειας παραγωγικότητας της τάξης του 15%, που αντιστοιχεί σε 100 περίπου εκατ. Ευρώ ετησίως.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Καρδιαγγειακά αναμένεται να έχει σημαντικά οφέλη:

- α. Στο επίπεδο της υγείας, όπου αναμένεται να επιτύχει μείωση της συχνότητας εκδήλωσης και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια και σε αντίστοιχη βελτίωση της ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και το περιβάλλον τους.
- β. Στον περιορισμό των άμεσων δαπανών για την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη της νόσου.
- γ. Στον περιορισμό του έμμεσου οικονομικού κόστους από την απώλεια παραγωγικότητας.

7. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

1ος Άξονας: Πρωτογενής Πρόληψη - Έλεγχος και Περιορισμός των Παραγόντων Κινδύνου

- Δράση 1: Υγιεινή Διατροφή - Πρόληψη της Παχυσαρκίας.
- Δράση 2: Περιορισμός του Καπνίσματος.
- Δράση 3: Περιορισμός της Κατανάλωσης Αλκοόλ.
- Δράση 4: Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας σε Παιδιά και Νέους.
- Δράση 5: Ανάπτυξη Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας στους Εργασιακούς Χώρους.
- Δράση 6: Εκστρατεία Πληροφόρησης και Αγωγής Υγείας του Γενικού Πληθυσμού.
- Δράση 7: Εκστρατεία Ενημέρωσης για την Προαγωγή της Σωματικής Δραστηριότητας.

2ος Άξονας: Δευτερογενής Πρόληψη - Προσυμπτωματικός Πληθυσμιακός Έλεγχος Παθολογικών Παραγόντων Κινδύνου

- Δράση 1: Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Διάγνωση και τον Έλεγχο της Υπέρτασης.
- Δράση 2: Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Ανίχνευση και Έλεγχο του Σακχαρώδη Διαβήτη.
- Δράση 3: Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Ανίχνευση και τον Έλεγχο της Υπερχοληστεριναιμίας.

3ος Άξονας: Αναβάθμιση Ποιότητας Θεραπευτικών Υπηρεσιών

- Δράση 1: Δευτεροβάθμια Περίθαλψη - Ενίσχυση και Βελτίωση των Καρδιολογικών Κλινικών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.
- Δράση 2: Τριτοβάθμια Περίθαλψη - Δίκτυο Πρότυπων Καρδιολογικών Κέντρων Αναφοράς στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία.
- Δράση 3: Πιστοποίηση Ιδιωτικών Θεραπευτικών Μονάδων.

4ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία

- Δράση 1: Διατομεακή Συνεργασία για την Προώθηση της Υγιεινής Διατροφής και τον Έλεγχο της Παχυσαρκίας.
- Δράση 2: Διατομεακή Συνεργασία για το Κάπνισμα και το Αλκοόλ.
- Δράση 3: Διατομεακή Συνεργασία στην Πληροφόρηση και Αγωγή Υγείας.

5ος Άξονας: Έρευνα

- Δράση 1: Ερευνητικά Προγράμματα.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Ιος Άξονας: Πρωτογενής Πρόληψη - Έλεγχος και Περιορισμός των Παραγόντων Κινδύνου

Δράση Ι: Υγιεινή Διατροφή - Πρόληψη της Παχυσαρκίας

Περιγραφή

Υλοποίηση της πολιτικής για την προώθηση της υγιεινής διατροφής, καθώς και εφαρμογή των πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων και δράσεων βάσει στοχευμένων προγραμμάτων, όπως προσδιορίζονται από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές.

Στόχοι

- Η ανάδειξη των κοινωνικών και πολιτιστικών προκλήσεων που σηματοδοτεί για τη χώρα μας η στρατηγική για την υγιεινή διατροφή.
- Η οικοδόμηση μιας διαρκούς προσπάθειας από το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας και η συνεχής συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών για την εφαρμογή των πολιτικών και τη διάδοση των αξιών, με τα οποία συνδέεται η υλοποίηση της στρατηγικής.
- Στοχευμένες δράσεις, ώστε μέχρι το 2012 να ανακοπεί η τάση αύξησης της θερμιδικής και λιπιδιακής πρόσληψης σε παιδιά και ενήλικες και μέχρι το 2020 να μειωθεί στο επίπεδο των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, ο συντονισμός και η παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί στην Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής, η οποία θα περιλαμβάνει μέλη από όλους του εμπλεκόμενους στην υλοποίηση του Σχεδίου φορείς.
- Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης θα συνοδεύεται από μια διαρκή διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και τον επανασχεδιασμό των δράσεων, για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του Σχεδίου.
- Η διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη με μια διαρκή διαδικασία δημόσιας διαβούλευσης και λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου Δράσης και των αποτελεσμάτων του.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Ανάπτυξης, Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης, Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι., Επαγγελματικοί Σύλλογοι, Σωματεία, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Υλοποίηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Δράση 2: Περιορισμός του Καπνίσματος

Περιγραφή

Οικοδόμηση μιας πολύπλευρης και ολοκληρωμένης πολιτικής για την πρόληψη και την καταπολέμηση του καπνίσματος, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων, στη βάση στοχευμένων προγραμμάτων, μέσω ενός αποτελεσματικού υγειονομικού και κοινωνικού συστήματος παρεμβάσεων και επικοινωνίας και όπως αυτό περιγράφεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα.

Στόχοι

- Η ανάδειξη των κοινωνικών προκλήσεων που σηματοδοτεί η καπνιστική επιδημία και η οικοδόμηση ενός διαρκούς και καθημερινού αγώνα ενάντια στο κάπνισμα από το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας.
- Η συνεχής συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών για την εφαρμογή των πολιτικών και τη διάδοση των αξιών του έργου.
- Η ανάδειξη νέων κοινωνικών προτύπων και αξιών για μια κοινωνία απαλλαγμένη από το κάπνισμα.
- Η ανάπτυξη ενός συστήματος παρακολούθησης της εξέλιξης και των χαρακτηριστικών της καπνιστικής συνήθειας, καθώς και των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Μέχρι το 2012, μετρήσιμη μείωση (10%) του ποσοστού καπνιστών στο γενικό πληθυσμό.
- Μέχρι το 2012, ουσιαστική και μετρήσιμη μείωση (15%) του ποσοστού καπνιστών στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 15 ετών.
- Στοχευμένες δράσεις, ώστε να μειωθεί το ποσοστό καπνιστών σε παιδιά και ενήλικες.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων των δράσεων, ο συντονισμός και η παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί σε Εθνική Επιτροπή Συντονισμού, η οποία θα περιλαμβάνει μέλη από όλους τους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση του Σχεδίου φορείς, του δημόσιου, ιδιωτικού φορέα και των μη-κυβερνητικών οργανώσεων. Η θητεία της Επιτροπής Συντονισμού θα είναι όση και η διάρκεια του Σχεδίου Δράσης, χωρίς να υπόκειται σε πολιτικές μεταβολές.
- Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης θα συνοδεύεται από μια διαρκή διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και τον επανασχεδιασμό των δράσεων, για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του Σχεδίου. Η επιστημονική εποπτεία του συστήματος ελέγχου και παρακολούθησης θα πραγματοποιείται από την Εθνική Επιτροπή Συντονισμού. Η διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη:
 - α. Με τους Δείκτες Παρακολούθησης του Σχεδίου Δράσης.
 - β. Με τη διαρκή διαδικασία Δημόσιας Λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου Δράσης και των αποτελεσμάτων του.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Επαγγελματικοί σύλλογοι εμπόρων, Γ.Ε.Σ.Ε.Ε., Α.Δ.Ε.Δ.Υ., μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Υλοποίηση Σχεδίου Δράσης.

Δράση 3: Περιορισμός της Κατανάλωσης Αλκοόλ

Περιγραφή

Οικοδόμηση μιας πολύπλευρης και ολοκληρωμένης πολιτικής για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπτώσεων του αλκοόλ και του αλκοολισμού, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων, στη βάση στοχευμένων προγραμμάτων, μέσω ενός οριζόντιου, εξειδικευμένου και αποτελεσματικού υγειονομικού και κοινωνικού συστήματος παρεμβάσεων και επικοινωνίας, όπως αυτό περιγράφεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία.

Στόχοι

- Η οικοδόμηση βάσεων για τη δημιουργία ενός κοινωνικού πολιτισμού για την υπεύθυνη χρήση του αλκοόλ.
- Η ανάδειξη νέων κοινωνικών προτύπων και αξιών για μια κοινωνία απαλλαγμένη από τις συνέπειες του αλκοόλ.
- Η συνεχής συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών για την εφαρμογή των πολιτικών και τη διάδοση των αξιών του Σχεδίου Δράσης.
- Μέχρι το 2012, μείωση της μέσης κατά κεφαλή κατανάλωσης αλκοόλ κατά 15% .
- Στοχευμένες δράσεις, ώστε μέχρι το 2012, να έχει μειωθεί το ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ στους εφήβους και στους νέους κατά 20% σε σχέση με τα σημερινά επίπεδα.
- Υπολογίσιμη μείωση των βλαπτικών συνεπειών στην υγεία από τη χρήση αλκοόλ.
- Μείωση των κινδύνων που σχετίζονται με το αλκοόλ στους χώρους εργασίας και στην οικογένεια.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, ο συντονισμός και η παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί σε μια Εθνική Επιτροπή Συντονισμού, η οποία θα περιλαμβάνει μέλη από όλους του εμπλεκόμενους στη υλοποίηση του σχεδίου φορείς, κυβερνητικούς και μη.
- Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης θα συνοδεύεται από μια διαρκή διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και τον επανασχεδιασμό των δράσεων, για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου. Η διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη:
 - α. Με τους Δείκτες Παρακολούθησης του Σχεδίου Δράσης.
 - β. Με τη διαρκή διαδικασία Δημόσιας Λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου Δράσης και των αποτελεσμάτων του.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Επαγγελματικά Σωματεία, Γ.Ε.Σ.Ε.Ε., Α.Δ.Ε.Δ.Υ., Πανεπιστήμια, Τ.Ε.Ι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Υλοποίηση Σχεδίου Δράσης.

Δράση 4: Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας σε Παιδιά και Νέους

Περιγραφή

Ανάπτυξη και εφαρμογή ενημερωτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων στα παιδιά και στους νέους με την ενεργό συμμετοχή του πληθυσμού-στόχου. Έλεγχος ανθυγιεινών συμπεριφορών και συνηθειών, τροποποίηση αυτών, ώστε να επιτυγχάνεται η βελτίωση της γενικής υγείας των παιδιών και των νέων. Συμμετοχή των στόμων που φροντίζουν τα παιδιά στις δραστηριότητες του προγράμματος, ώστε να υιοθετηθούν συμπεριφορές και συνήθειες, οι οποίες συμβάλλουν στη διατήρηση της υγείας των παιδιών.

Στόχοι

- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των παιδιάτρων στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων στα παιδιά.
- Ενημέρωση βρεφονηπιοκόμων, νηπιαγωγών για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας.
- Ενημέρωση των γονέων για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος.
- Ενημέρωση της σχολικής κοινότητας για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος.
- Εκπαίδευση των παιδιών σχολικής ηλικίας και των εφήβων στην υγιεινή διατροφή.
- Αύξηση της σωματικής άσκησης των παιδιών και των νέων.
- Μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού από τους νέους.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Εκπαιδευτικές δραστηριότητες προς τους επιστήμονες και επαγγελματίες του χώρου της υγείας που παρακολουθούν την υγεία των παιδιών και των νέων. Συνεργασία με τους επαγγελματικούς συλλόγους του χώρου. Αποστολή ενημερωτικού υλικού.
- Ενημερωτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προς τους εκπαιδευτικούς.
- Ανάπτυξη υλικού για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας και την αποφυγή της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού, που θα απευθύνεται στα παιδιά και στους νέους, στο πλαίσιο του προγράμματος αγωγής υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση «Η Ζωή έχει Χρώμα».
- Σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων διενέργεια εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα σχολεία της χώρας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Ιατρικοί Σύλλογοι, Σύλλογοι και Σωματεία Επαγγελματιών Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός εκπαιδευτικών ενεργειών.
2008 - 2009: Σχεδιασμός και ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού.
2009 - 2012: Διανομή ενημερωτικού υλικού.
2009 - 2012: Ενέργειες δημοσιότητας.
2009 - 2012: Αγωγή υγείας στα σχολεία.
2012: Αξιολόγηση.

Δράση 5: Ανάπτυξη Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας στους Εργασιακούς Χώρους

Περιγραφή

Δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των ενηλίκων για θέματα πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε χώρους εργασίας.

Στόχοι

- Ενημέρωση των ενηλίκων για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος.
- Ευαισθητοποίηση των ιατρών εργασίας για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος.
- Ενημέρωση των στρατιωτών για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος.
- Ενημέρωση του προσωπικού των Ενόπλων Δυνάμεων και των Σωμάτων Ασφαλείας για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Εκπαιδευτικές ημερίδες στους γιατρούς εργασίας για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος και συνεργασία με αυτούς, στο πλαίσιο των ενημερωτικών παρεμβάσεων.
- Εκπαιδευτικές και ενημερωτικές παρεμβάσεις στους χώρους εργασίας των ενηλίκων σε συνεργασία με εργοδότες και συνδικαλιστικές ενώσεις.
- Ανάπτυξη ενημερωτικού υλικού για την υγιεινή διατροφή, την πρόληψη της παχυσαρκίας, τη σωματική δραστηριότητα, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη του καπνίσματος στους ενηλίκους.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Ιατρικοί Σύλλογοι, Γ.Ε.Σ.Σ.Ε., Α.Δ.Ε.Δ.Υ., Συνδικαλιστικά Σωματεία και Ενώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Προετοιμασία προγραμμάτων και υλικού.
2009 - 2012: Ενημερωτικές εκδηλώσεις και διανομή υλικού.
2012: Αξιολόγηση.

Δράση 6: Εκστρατεία Πληροφόρησης και Αγωγής Υγείας του Γενικού Πληθυσμού

Περιγραφή

Ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η προσέγγιση του πληθυσμού με σύγχρονες και κατάλληλες επικοινωνιακές τακτικές δημιουργεί μεγάλα περιθώρια υιοθέτησης υγιεινών συνηθειών και συμπεριφορών.

Στόχοι

- Ενημέρωση του συνόλου του πληθυσμού της χώρας για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Μείωση της επίπτωσης των καρδιαγγειακών νοσημάτων στον πληθυσμό της χώρας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Σχεδιασμός επικοινωνιακού πλάνου και υλικού.
- Ανάπτυξη υλικού για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων που θα απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.
- Προώθηση του ενημερωτικού υλικού μέσω των φορέων παροχής ιατρικής φροντίδας.
- Προβολή ενημερωτικών μηνυμάτων από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μ.Μ.Ε., Ιατρικοί Σύλλογοι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός επικοινωνιακού πλάνου και υλικού.

2009 - 2011: Ενέργειες δημοσιότητας.

2012: Αξιολόγηση.

Δράση 7: Εκστρατεία Ενημέρωσης για την Προαγωγή της Σωματικής Δραστηριότητας

Περιγραφή

Εκστρατεία πληροφόρησης του πληθυσμού για τις ευεργετικές συνέπειες της φυσικής άσκησης στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Στόχοι

- Ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τις ευεργετικές συνέπειες της φυσικής σωματικής άσκησης στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα προαγωγής της σωματικής άσκησης.
- Αύξηση του ποσοστού του γενικού πληθυσμού που ασκείται καθημερινά.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προβολή ενημερωτικών μηνυμάτων από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
- Ανάπτυξη υλικού για την προαγωγή της φυσικής άσκησης.
- Διενέργεια τοπικών εκδηλώσεων με στόχο την ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας.
- Συνεργασία με τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την εντατικοποίηση προγραμμάτων σωματικής άσκησης που απευθύνονται στους Δημότες.
- Συνέργεια με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Ιατρικοί Σύλλογοι, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός επικοινωνιακού πλάνου και υλικού.

2009 - 2011: Ενέργειες δημοσιότητας.

2012: Αξιολόγηση.

2ος Άξονας: Δευτερογενής Πρόληψη - Προσυμπτωματικός Πληθυσμιακός Έλεγχος Παθολογικών Παραγόντων Κινδύνου

Δράση Ι: Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Διάγνωση και τον Έλεγχο της Υπέρτασης

Περιγραφή

Διενέργεια μαζικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου για την ανίχνευση και τον έλεγχο της υπέρτασης.

Στόχοι

- Πρώιμη ανίχνευση της αρτηριακής υπέρτασης.
- Έλεγχος της αρτηριακής υπέρτασης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας με σκοπό τον έλεγχο του πληθυσμού για την ανίχνευση της αρτηριακής υπέρτασης από τις μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών για την υπέρταση.
- Συνεργασία με τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- Συνεργασία με Οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών.
- Συνεργασία με φαρμακεία.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, Ιατρικοί και Φαρμακευτικοί Σύλλογοι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας.

2009 - 2012: Διενέργεια διαγνωστικών μετρήσεων από τις υπηρεσίες υγείας.

Δράση 2: Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Ανίχνευση και Έλεγχο του Σακχαρώδη Διαβήτη

Περιγραφή

Διενέργεια μαζικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου για την ανίχνευση και τον έλεγχο του σακχαρώδη διαβήτη.

Στόχοι

- Πρώιμη ανίχνευση του σακχαρώδη διαβήτη.
- Περιορισμός της συχνότητας του σακχαρώδη διαβήτη (κυρίως τύπου II) στο γενικό πληθυσμό.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Έλεγχος του πληθυσμού για την ανίχνευση του σακχαρώδη διαβήτη από τις μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Συνεργασία με τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- Συνεργασία με Οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας.

2009 - 2012: Διενέργεια προγραμμάτων από τις υπηρεσίες υγείας.

Δράση 3: Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Ανίχνευση και τον Έλεγχο της Υπερχοληστεριναιμίας

Περιγραφή

Διενέργεια μαζικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου για την ανίχνευση και τον έλεγχο της υπερχοληστεριναιμίας, με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, των Υγειονομικών Περιφερειών, των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας.

Στόχοι

- Πρώιμη ανίχνευση της υπερχοληστεριναιμίας.
- Περιορισμός της συχνότητας της υπερχοληστεριναιμίας στο γενικό πληθυσμό.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Έλεγχος του πληθυσμού για την ανίχνευση της υπερχοληστεριναιμίας από τις μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Συνεργασία με τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- Συνεργασία με Οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας.
2009 - 2012: Διενέργεια παρεμβατικών προγραμμάτων από τις υπηρεσίες υγείας.

3ος Άξονας: Αναβάθμιση Ποιότητας Θεραπευτικών Υπηρεσιών

Δράση Ι: Δευτεροβάθμια Περίθαλψη - Ενίσχυση και Βελτίωση των Καρδιολογικών Κλινικών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Περιγραφή

Αναβάθμιση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού των καρδιολογικών κλινικών των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Στόχοι

- Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας από τις μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας στους πάσχοντες από καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Βελτίωση της λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ των μονάδων δευτεροβάθμιας φροντίδας και μεταθεραπευτικής παρακολούθησης.
- Μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων από καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Αξιολόγηση και βελτίωση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού των καρδιολογικών κλινικών των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.
- Αναβάθμιση υποδομών και εξοπλισμού καρδιολογικών κλινικών.
- Ανάπτυξη λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ των καρδιολογικών μονάδων και των μονάδων μεταθεραπευτικής παρακολούθησης για την παραπομπή των θεραπευμένων ατόμων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Νοσοκομεία Ε.Σ.Υ. και ενταγμένα στο Ε.Σ.Υ.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Καταγραφή αναγκών.
2009 - 2011: Αγορά και εγκατάσταση εξοπλισμού.
2009 - 2012: Στελέχωση.

Δράση 2: Τριτοβάθμια Περίθαλψη - Δίκτυο Πρότυπων Καρδιολογικών Κέντρων Αναφοράς στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία

Περιγραφή

Ανάπτυξη δικτύου πρότυπων καρδιολογικών κέντρων αναφοράς στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία για την αποτελεσματική θεραπεία, καταγραφή και αξιολόγηση των κρουσμάτων καρδιαγγειακών νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό της χώρας.

Στόχοι

- Παροχή εξειδικευμένης ιατρικής αντιμετώπισης και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Καταγραφή των περιστατικών καρδιαγγειακής αιτιολογίας που αντιμετωπίζονται στις μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας της χώρας.
- Στατιστική ανάλυση και εξαγωγή συμπερασμάτων για την ανάδειξη διαχρονικών τάσεων και γεωγραφικών διαφοροποιήσεων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Μελέτη ανάπτυξης δικτύου πρότυπων καρδιολογικών κέντρων αναφοράς στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας. Πιλοτική εφαρμογή συστήματος ηλεκτρονικής διασύνδεσης, μεταξύ των καρδιολογικών μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και των πρότυπων καρδιολογικών κέντρων αναφοράς των πανεπιστημιακών νοσοκομείων της χώρας.
- Διασύνδεση στοιχείων με την κεντρική βάση δεδομένων του Υγειονομικού Χάρτη.
- Αξιολόγηση του συστήματος και επέκταση του δικτύου.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Υγειονομικές Περιφέρειες, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο.

2009 - 2011: Διαδικασίες λειτουργικής διασύνδεσης και δικτύωσης.

Δράση 3: Πιστοποίηση Ιδιωτικών Θεραπευτικών Μονάδων

Περιγραφή

Ανάπτυξη συστήματος πιστοποίησης και εποπτείας της ποιοτικής λειτουργίας των μονάδων παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας του ιδιωτικού τομέα.

Στόχοι

- Διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών καρδιολογικής φροντίδας που παρέχουν οι ιδιωτικοί φορείς.
- Διασφάλιση της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού που εμπλέκεται στην παροχή φροντίδας.
- Διασφάλιση της ποιότητας του τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Διασφάλιση της ποιότητας των αναλώσιμων υλικών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Καθιέρωση όρων και προϋποθέσεων ποιότητας των υπηρεσιών καρδιολογικής φροντίδας που παρέχουν οι ιδιωτικοί φορείς.
- Καθιέρωση ελάχιστων απαιτήσεων εκπαίδευσης για το βοηθητικό προσωπικό.
- Καθιέρωση πρότυπων διαδικασιών λειτουργίας των καρδιολογικών μονάδων.
- Καθιέρωση προδιαγραφών ποιότητας του χρησιμοποιούμενου τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Καθιέρωση προδιαγραφών ποιότητας των χρησιμοποιούμενων αναλώσιμων υλικών.
- Καθορισμός του συστήματος πιστοποίησης της παρεχόμενης καρδιολογικής φροντίδας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ιατρικοί Σύλλογοι, Ιδιωτικοί φορείς παροχής φροντίδας, Ελληνικοί, Ευρωπαϊκοί και Παγκόσμιοι Οργανισμοί Πιστοποίησης.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Προδιαγραφές πιστοποίησης.

2010 - 2012: Ενέργειες πιστοποίησης.

4ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία

Δράση Ι: Διατομεακή Συνεργασία για την Προώθηση της Υγιεινής Διατροφής και τον Έλεγχο της Παχυσαρκίας

Περιγραφή

Ανάπτυξη διατομεακής συνεργασίας για την υλοποίηση της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής. Προώθηση του συντονισμού των δράσεων στο πλαίσιο της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής. Διατομεακή συνεργασία για την αντιμετώπιση του περιβάλλοντος που προκαλεί παχυσαρκία, με σκοπό την προώθηση της άθλησης και μορφών μετακίνησης που προάγουν τη σωματική άσκηση. Η δράση θα υλοποιηθεί στο πλαίσιο εφαρμογής του αντίστοιχου Σχεδίου Δράσης.

Στόχοι

- Η ανάπτυξη εθνικών διατροφικών στόχων στο πλαίσιο της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής με τη συμμετοχή όλων των συναρμόδιων φορέων και υπηρεσιών, η προώθηση της κοινής δράσης, της αλληλοβοήθειας και της συνεργασίας των φορέων, η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων.
- Η διασφάλιση και η προώθηση του συντονισμού, της διατομεακής συνεργασίας και της κοινής δράσης για την υλοποίηση της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής, η προώθηση της συνεργασίας και του συντονισμού με διεθνείς οργανισμούς, η διασφάλιση και η βελτίωση της διαθεσιμότητας υγιεινών τροφίμων στην αγορά, η αύξηση της ζήτησης και κατανάλωσης υγιεινών τροφίμων, η συνεργασία με τη βιομηχανία και το εμπόριο τροφίμων για την προώθηση της παραγωγής υγιεινών τροφίμων και για την προώθηση ορθής πληροφόρησης και υγιεινών προτύπων και συνηθειών.
- Η διαμόρφωση περιβάλλοντος που θα προάγει τη σωματική άσκηση, η ένταξη της σωματικής άσκησης στην καθημερινότητα, ο περιορισμός της χρήσης μηχανοκίνητων μέσων κατά τις μετακινήσεις, η αύξηση της συμμετοχής σε δραστηριότητες άθλησης, η διευκόλυνση και ενθάρρυνση του πληθυσμού για την υιοθέτηση συνηθειών που προάγουν τη σωματική άσκηση.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Διαμόρφωση του κατάλληλου νομικού και θεσμικού πλαισίου για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας και την υλοποίηση της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.
- Δημιουργία Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής για το συντονισμό όλων των δράσεων της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.
- Προαγωγή του συντονισμού κατά τομέα δράσης.
- Οργάνωση του συντονισμού των δράσεων με τη βιομηχανία και το εμπόριο τροφίμων.
- Προώθηση της συστηματικής συνεργασίας και του συντονισμού με την Ευρωπαϊκή Ένωση, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τον Οργανισμό Τροφίμων και Ποτών (FAO) και το Διεθνή Κώδικα Τροφίμων (Codex Alimentarius).
- Ενίσχυση της προβολής και προώθησης υγιεινών τροφίμων και προϊόντων διατροφής.
- Υποστήριξη της επιστημονικής μελέτης και της τεκμηρίωσης για την εφαρμογή μεθόδων βελτίωσης της σύνθεσης των τροφίμων.
- Τήρηση δεοντολογίας στη διαφήμιση και στους διατροφικούς ισχυρισμούς.
- Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την εξασφάλιση ασφαλών διαδρομών για πεζοδρόμους και ποδηλάτες προς το σχολείο, το κέντρο των πόλεων και τις υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών.

- Θέσπιση μέτρων, ώστε οι πολιτικές μεταφορών και πολεοδομίας να εξασφαλίζουν την ευκολία και την ασφάλεια στο περπάτημα, την ποδηλασία ή άλλους τρόπους μη μηχανοκίνητης μετακίνησης.
- Προαγωγή σε συνεργασία με τους δημόσιους, δημοτικούς και ιδιωτικούς φορείς άθλησης της ανάπτυξης περισσότερων προγραμμάτων άθλησης για τον γενικό πληθυσμό και τα παιδιά, κοντά στις γειτονιές και στους τόπους κατοικίας.
- Προαγωγή της δημιουργίας στους χώρους εργασίας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, κατάλληλου περιβάλλοντος για τη διευκόλυνση της σωματικής άσκησης των εργαζομένων (παροχή εγκαταστάσεων ντους, αποδυτηρίων, χώρων άθλησης κ.λπ.).

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργεία και υπηρεσίες των Υπουργείων Ανάπτυξης, Βιομηχανίας, Γεωργίας, Εθνικός Φορέας Ελέγχου Τροφίμων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι., κοινωνικοί φορείς, συλλογικοί φορείς και επιχειρήσεις παραγωγής και εμπορίας τροφίμων, επιστημονικοί φορείς, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, αθλητικοί φορείς, σύλλογοι και κοινωνικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Υλοποίηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές.

Δράση 2: Διατομεακή Συνεργασία για το Κάπνισμα και το Αλκοόλ

Περιγραφή

Προώθηση ευρείας διατομεακής συνεργασίας κατά του καπνίσματος και της αλόγιστης κατανάλωσης αλκοόλ. Προώθηση του συντονισμού των δράσεων κατά του καπνίσματος και του αλκοόλ σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Η Δράση θα υλοποιηθεί στο πλαίσιο εφαρμογής των αντίστοιχων Σχεδίων Δράσης.

Στόχοι

- Η συμμετοχή όλων των συναρμόδιων φορέων και υπηρεσιών στον αγώνα κατά του καπνίσματος, του αλκοολισμού και των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ στην υγεία.
- Η διασφάλιση της διατομεακής συνεργασίας και η προώθηση της κοινής δράσης, της αλληλοβοήθειας και της συνεργασίας των φορέων.
- Η ανάληψη δράσεων σε όλους τους τομείς και φορείς αντιμετώπισης του καπνίσματος, του αλκοολισμού και της κατάχρησης αλκοόλ, χωρίς υστερήσεις και κενά.
- Η εξασφάλιση της διεθνούς συνεργασίας, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των διεθνών οργανισμών.
- Η κινητοποίηση περισσότερων μέσων και πόρων στον αγώνα κατά του καπνίσματος, και της αλόγιστης χρήσης αλκοόλ.
- Η εξασφάλιση της επικουρικότητας και συμπληρωματικότητας των δράσεων και η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς τους.
- Η ανάπτυξη συγκεκριμένου πολιτικού πλαισίου και διαδικασιών για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας.
- Η ουσιαστική και μετρήσιμη αύξηση των δράσεων και ενεργειών διατομεακής συνεργασίας, σε όλα τα επίπεδα.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Έλεγχος της περιεκτικότητας προϊόντων καπνού.
- Απαγόρευση πωλήσεων.
- Διαφήμιση και προβολή προϊόντων καπνού.
- Απαγόρευση καπνίσματος.
- Προστασία των νέων.
- Πολιτική τιμών και φορολογίας προϊόντων καπνού.
- Έλεγχος λαθρεμπορίου.
- Προβολή προτύπων ελεύθερων καπνίσματος.
- Τήρηση των όρων παραγωγής και διακίνησης αλκοολούχων ποτών.
- Καταπολέμηση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ.
- Εφαρμογή των μέτρων απαγόρευσης του αλκοόλ στους χώρους εργασίας.
- Προώθηση των μέτρων προστασίας των νέων από το αλκοόλ.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργεία και υπηρεσίες των Υπουργείων Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ανάπτυξης, Βιομηχανίας, Παιδείας, Εμπορικής Ναυτιλίας, Οικονομικών, Μεταφορών, Δημόσιοι Οργανισμοί, Κοινωνικοί Φορείς.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Υλοποίηση Εθνικών Σχεδίων Δράσης για το Αλκοόλ και το Κάπνισμα.

Δράση 3: Διατομεακή Συνεργασία στην Πληροφόρηση και Αγωγή Υγείας

Περιγραφή

Προώθηση ευρείας διατομεακής συνεργασίας στην πληροφόρηση και αγωγή υγείας για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η δράση απαιτεί ολιστική διαχείριση, καθώς για την υλοποίησή της απαιτείται η εφαρμογή δράσεων δημοσιότητας και επικοινωνίας από τα Σχέδια Δράσης για το Κάπνισμα, το Αλκοόλ, τη Διατροφή, και το Περιβάλλον.

Στόχοι

- Η συμμετοχή όλων των συναρμόδιων φορέων και υπηρεσιών στις δράσεις πληροφόρησης και αγωγής υγείας για την αποτελεσματική πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Η κινητοποίηση περισσότερων μέσων και πόρων στην πληροφόρηση και αγωγή υγείας για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Η εξασφάλιση της επικουρικότητας και συμπληρωματικότητας των δράσεων πληροφόρησης και αγωγής υγείας και η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς τους.
- Η ανάπτυξη συγκεκριμένου πολιτικού πλαισίου και διαδικασιών για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας στην πληροφόρηση και αγωγή υγείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προβολή ενημερωτικών μηνυμάτων από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
- Δημιουργία έντυπου υλικού πληροφόρησης και αγωγής υγείας.
- Διοργάνωση ημερίδων και άλλων εκδηλώσεων.
- Καθιέρωση διαδικασιών για το συντονισμό και καταμερισμό των δράσεων μεταξύ των φορέων υλοποίησης.
- Καθιέρωση συστήματος αξιολόγησης της προόδου της διατομεακής συνεργασίας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Επιστημονικές Εταιρίες Συνδικαλιστικές Οργανώσεις, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2010: Νομοθετικές - οργανωτικές και λειτουργικές ρυθμίσεις.
2010 - 2012: Ενέργειες δημοσιότητας.

5ος Άξονας: Έρευνα

Δράση Ι: Ερευνητικά Προγράμματα

Περιγραφή

Πρώτη της έρευνας για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Στόχοι

- Η συνεισφορά στην επιστημονική βάση του σχεδιασμού των δράσεων για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Η αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των δυνητικών μέτρων για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Η προώθηση της συνεργασίας και της ανταλλαγής ερευνητικών δεδομένων και επιστημονικών πληροφοριών με τις χώρες της Ε.Ε. και τρίτες χώρες.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προαγωγή της έρευνας και της επιστημονικής αξιολόγησης των διάφορων μέτρων και μεθόδων για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Προαγωγή της έρευνας για την κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την αιτιολογία των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Προαγωγή της συνεργασίας και επιστημονικής διασύνδεσης με τους διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται ερευνητικά στο πεδίο των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Διασύνδεση των δεδομένων με τη γεωγραφική-πληροφοριακή βάση του Υγειονομικού Χάρτη.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι., Επιστημονικοί Οργανισμοί, Ιατρικές Εταιρίες, Ιατρικοί Σύλλογοι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2011: Προκηρύξεις και υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων.

Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση



I. Διαδικασία Υλοποίησης

I.1 Συντονισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, ο συντονισμός και η παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί στην Εθνική Συντονιστική Επιτροπή για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα, η οποία θα περιλαμβάνει μέλη από όλους τους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση του σχεδίου φορείς.

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα θα διαθέτει μία μόνιμη Γραμματεία-Συντονιστικό Κέντρο, με επικεφαλής τον Πρόεδρο της Επιτροπής.

Η θητεία της Εθνικής Επιτροπής θα είναι όση και η διάρκεια του Σχεδίου Δράσης, χωρίς να υπόκειται σε πολιτικές μεταβολές.

I.2 Πολιτική Εποπτεία και Συντονισμός

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα συνεργάζεται άμεσα με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και θα λογοδοτεί στον Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας και στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πορεία υλοποίησης του Σχεδίου Δράσης.

I.3 Σύστημα Ελέγχου και Αξιολόγησης-Δημόσια Λογοδοσία

Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης θα συνοδεύεται από μία διαρκή διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και τον επανασχεδιασμό των δράσεων, για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου.

Η διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη με μία διαρκή διαδικασία δημόσιας διαβούλευσης και λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου Δράσης και των αποτελεσμάτων του με στόχους:

- Την παροχή υπεύθυνης και έγκυρης πληροφόρησης στους κοινωνικούς φορείς, στις οικογένειες και στα άτομα για τις δράσεις, τα μέτρα και τις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

- Την προαγωγή, μέσω της πληροφόρησης, της κοινωνικής συμμετοχής και της συνευθύνης για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων και την ενεργοποίηση της Κοινωνίας των Πολιτών προς την κατεύθυνση αυτή.
- Την ανάδειξη των κοινωνικών διαστάσεων των προγραμμάτων και δράσεων για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Την προαγωγή της ανάπτυξης προγράμματος εθνικών και περιφερειακών εκδηλώσεων δημόσιας συζήτησης για τα μέτρα και τις δράσεις για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Με σκοπό την αποτελεσματικότερη υλοποίηση των δράσεων των Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα, η επιτροπή θα αναπτύξει σύστημα τεκμηρίωσης και αξιολόγησης της προόδου της με στόχο:

- Τη βελτίωση της γνωστικής υποδομής και της επιστημονικής βάσης του σχεδιασμού των δράσεων για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Την τεκμηριωμένη αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των διάφορων μέτρων που αποσκοπούν στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Τον προσδιορισμό και την ανάπτυξη πρότυπων μεθόδων και «καλών πρακτικών» σε κάθε κατηγορία δράσεων και ενεργειών.
- Την οργάνωση της επιστημονικής τεκμηρίωσης και τη διάχυση της επιστημονικής γνώσης στην κοινωνία, στους φορείς και στις υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την προαγωγή της ευρείας συνεργασίας και της επιστημονικής διασύνδεσης με την Ε.Ε., τον Π.Ο.Υ. και τους άλλους διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στο πλαίσιο των καρδιαγγειακών νοσημάτων, καθώς και η ανταλλαγή πληροφοριών για την ανάπτυξη έγκυρων μεθόδων και «καλών πρακτικών».
- Τη δημιουργία εθνικής βάσης επιστημονικής τεκμηρίωσης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ανοικτή στο γενικό πληθυσμό μέσω διαδικτύου.
- Την υποστήριξη της ερευνητικής και επιστημονικής δραστηριότητας για τον προσδιορισμό και την ανάπτυξη «καλών πρακτικών» στον τομέα των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την προαγωγή της επιστημονικής αξιολόγησης των διάφορων μέτρων και μεθόδων για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Η επιτροπή υποχρεούται να υποβάλει ετήσια έκθεση πεπραγμένων και αξιολόγησης πορείας και υλοποίησης δράσεων στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και να δημοσιοποιεί τα αποτελέσματά της στο διαδίκτυο και στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, με στόχο την αποτελεσματικότερη και έγκυρη ενημέρωση του πληθυσμού αναφορικά με την επίτευξη των στόχων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Ο συνολικός προϋπολογισμός των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων ανέρχεται σε **113.540.000** Ευρώ. Ειδικότερα, ο προϋπολογισμός κάθε άξονα του Σχεδίου Δράσης παρουσιάζεται στον πίνακα Ι0, ενώ στον πίνακα Ι1 παρουσιάζεται η κατανομή του προϋπολογισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης σε βάθος πενταετίας.

Αναλυτική οικονομοτεχνική μελέτη του παρόντος Σχεδίου μπορεί να αναζητηθεί στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη: www.ygeianet.gov.gr.

Πίνακας Ι0: Συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα.

A/A	ΑΞΟΝΕΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΑΞΟΝΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ €
1	ΑΞΟΝΑΣ Ι.	Πρωτογενής Πρόληψη- Έλεγχος και Περιορισμός Παραγόντων Κινδύνου	2.400.000
2	ΑΞΟΝΑΣ ΙΙ.	Δευτερογενής Πρόληψη - Προσυμπτωματικός Πληθυσμιακός Έλεγχος Παθολογικών Παραγόντων Κινδύνου	87.200.000
3	ΑΞΟΝΑΣ ΙΙΙ.	Αναβάθμιση Ποιότητας Θεραπευτικών Υπηρεσιών	21.620.000
4	ΑΞΟΝΑΣ ΙV.	Διατομεακή Συνεργασία	720.000
5	ΑΞΟΝΑΣ V.	Έρευνα	1.600.000
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:			113.540.000

Πίνακας Ι1: Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για κάθε έτος εφαρμογής.

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟ ΣΕ €
2009	28.330.000
2010	28.620.000
2011	28.540.000
2012	28.050.000
ΣΥΝΟΛΟ	113.540.000

Επίσης, στον πίνακα Ι2 παρουσιάζονται οι πηγές χρηματοδότησης των προβλεπόμενων δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων και στον πίνακα Ι3 η ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους ανά πηγή χρηματοδότησης.

Πίνακας Ι2: Πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

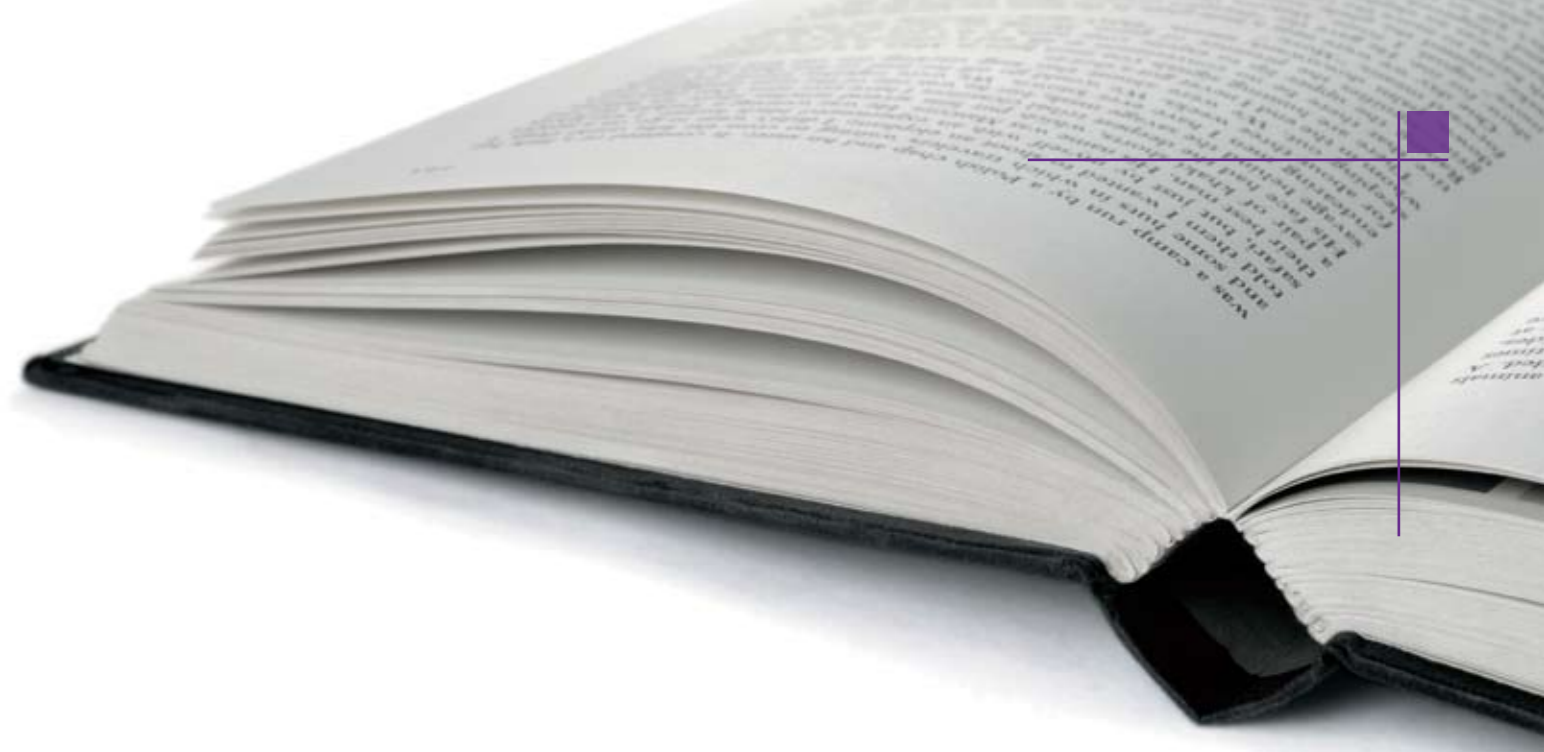
ΑΞΟΝΕΣ	ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ		
	ΤΙΜΕΣ ΣΕ €		
	Ε.Σ.Π.Α.	ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	Ε.Κ.Ε.
I. Πρωτογενής Πρόληψη - Έλεγχος και Περιορισμός Παραγόντων Κινδύνου	2.400.000		
II. Δευτερογενής Πρόληψη - Προσυμπτωματικός Πληθυσμιακός Έλεγχος Παθολογικών Παραγόντων Κινδύνου	87.200.000		
III. Αναβάθμιση Ποιότητας Θεραπευτικών Υπηρεσιών	21.620.000		
IV. Διατομεακή Συνεργασία	400.000	120.000	200.000
V. Έρευνα	1.600.000		
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	113.220.000	120.000	200.000
ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	99,72%	0,11%	0,18%

Πίνακας Ι3: Ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους σε Ευρώ ανά πηγή χρηματοδότησης.

ΠΗΓΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	2009	2010	2011	2012	ΣΥΝΟΛΟ
Ε.Σ.Π.Α.	28.250.000	28.540.000	28.460.000	27.970.000	113.220.000
ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	30.000	30.000	30.000	30.000	120.000
Ε.Κ.Ε.	50.000	50.000	50.000	50.000	200.000
ΣΥΝΟΛΟ	28.330.000	28.620.000	28.540.000	28.050.000	113.540.000

Βιβλιογραφία

- Andrikopoulos, G., Pipilis, A., Goudevenos, J., Tzeis, S., Kartalis, A., Oikonomou, K., Karvounis, C., Mantas, J., Kyrpizidis, C., Gotsis, A., Paschidi, M., Tsaknakis, T., Pyrgakis, V., Manolis, A.S., Boudoulas, H., Vardas, P.E., Stefanadis, C.I. & Lekakis, J. (2007) HELIOS Study Investigators: **Epidemiological characteristics, management and early outcome of acute myocardial infarction in Greece: the Hellenic Infarction Observation Study.** Hellenic J Cardiol. 4, pp. 27-30.
- Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. (2005) **Smoking, quitting and the risk of cardiovascular disease among women and men in the Asia Pacific region.** Int J Epidemiol. 34 pp. 1036-1045. Atlas of Heart Disease and Stroke (2004).
- Baigent, C., Keech, A., Kearney, P.M., Blackwell, L., Buck, G., Pollicino, C., Kirby, A., Sourjina, T., Peto, R., Collins, R. & Simes, R. (2005) **Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol lowering treatment: prosoectiv analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins.** Lancet 366, pp.1267-1278.
- Biann, A., Devine, C., Naser, S. & McCollum, C.N. (1998) **The influence of acute smoking in leukocytes, platelets, and the endothelium. Atherosclerosis.** 141, pp. 133-139.
- British Heart Foundation And Health Economics Research Center (2008). European cardiovascular disease statistics
- Cavill, N., Foster, C., Oja, P. & Martin, B.W. (2006) **An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies.** Cavill Associates, UK.
- Chun, J.L. (2006) **Congenital Heart Disease.** MedlinePlus Medical Encyclopedia.
- Collins, R., Peto, R., MacMahon, S., Hebert, P., Fiebach, N.H., Eberlein, K.A., Godwin, J., Qizilbash, N., Taylor, J.O. & Hennekens, C.H. (1990) **Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2: Short-term reductions in blood pressure.** Lancet. 335, pp. 827-838.
- Council of the European Union. (2006) **Council Conclusions on Common Values and Principles in EU Health Systems.** Adopted at the EPSCO Council on 2 June 2006, No doc: 10173106 SAN 168 SOC 302 MI 132.
- Fielding, J. (2002) **Smoking: Health effects and control.** In: Last, J., Wallace, R. Public health and preventive medicine (15th ed). Appleton & Lange, pp. 715-740.
- Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts), (2007). **European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.** European Cardiovascular Prevention Rehabilitation. Vol. 14.



- Gaziano, T.A. (2007) **Reducing The Growing Burden Of Cardiovascular Disease In The Developing World.** Health Affairs. 26(1), pp. 13-24.
- Heart disease and stroke statistics. (2006) **Update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee.** Circulation. 2006;113(6), pp. e85-151.
- Health and Consumer Affairs Council Meeting on Employment and social policy. Luxemburg-1 and 2 June 2006.
- HOPE- Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. (2000) **Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients.** N Engl J Med.342(3), pp. 145-153.
- Howard, G., Wagenknecht, L.E., Burke, G.L., Diez-Roux, A., Evans, G.W., McGovern, P., Nieto FJ. & Tell, G.S. (1998) **Cigarette smoking and progression of atherosclerosis: the atherosclerotic risk in communities (ARIC) study.** JAMA 279, pp. 119-124.
- IDF – International Diabetes Foundation (2003), Diabetes Atlas Second Edition. Brussels, Belgium, available at www.idf.org/e-atlas.
- Keys, A. (1980) **Seven countries: a multivariate analysis of death and coronary disease.** Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Law, M., Wald, N.U. & Thompson, S.G. (1994) **By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischemic heart disease?** BMJ 308, pp. 367-372.
- Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T. & Murray, C.J. (2006) **Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data.** Lancet.367(9524), pp. 1747-57.
- Mähönen, M., McElduff, P., Dobson, A.J., Kuulasmaa, K., Evans, A., (2004) **WHO MONICA Project, Current smoking and the risk of nonfatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project populations.** Tob Control13, pp. 244-250.
- Manson, J., Tosteson, H., Ridker, P.M., Satterfield, S., Hebert, P., O'Connor, G.T., Buring, J.E. & Hennekens, C.H. (1992) **The primary prevention of myocardial infarction.** N Engl J Med 326, pp. 1406-1416.
- National Diabetes Information Clearinghouse. (2005) **Diabetes, Heart Disease and Stroke. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.** Bethesda, Maryland.

- Neaton, J., Blackburn, H., Jacobs, D., Kuller, L., Lee, D.J., Sherwin, R., Shih, J., Stamler, J. & Wentworth, D. (1992) **Serum cholesterol levels and mortality findings for men screened in the multiple risk factor intervention trial.** Multiple risk factor intervention trial research group. Arch Intern Med 152, pp. 1490-1500.
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D.B., Chrysohoou, C., Skoumas, J., Papaioannou, I., Stefanadis, C. & Toutouzas, P.K. (2002) **The benefits from Mediterranean diet on the risk of developing acute coronary syndromes, in hypercholesterolemic subjects: a case-control study (CARDIO2000).** Coron Artery Dis 13, pp. 295-300.
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D., Chrysohoou, C. & Stefanadis, C. (2003) **Epidemiology of Cardiovascular Risk Factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study.** BMC Public Health 3, p. 32.
- Smith, C. & Fischer, T.H. (2001) **Particulate and vapour phase constituents of cigarettes mainstream smoke and risk of myocardial infarction.** Atherosclerosis 158, pp. 257-267.
- Teo, K.K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M.R., Valentin, V., Hunt, D., Diaz, R., Rashed, W., Freeman, R., Jiang, L., Zhang, X. & Yusuf, S. (2006) **INTERHEART Study Investigators: Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. The Lancet (0140-6736) 368 9536, pp. 647-658.**
- **The Milan Declaration: Positioning Technology to Serve Global Heart Health (2004).** 5th International Heart Health Conference, available online at: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/media/en/cvd_milan_declaration.pdf.
- US Department of Health and Human Services. (2004) **The health consequences of smoking: a report of the Surgeon general.** (Internet), U.S.A. Available at http://www.surgeongeneral.gov/library/smoking_consequences.
- Wilhelmsen, L. (1998) **Coronary heart disease: epidemiology of smoking and intervention studies of smoking.** Am Heart J. 115, pp. 242-249.
- WHO (2001). **The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000-2005.** WHO Regional office for Europe, Denmark.
- WHO (2002) **World Health Report, 2002 reducing risks, promoting healthy life.** Geneva.
- WHO (2003a) **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Report of a Joint AHO/FAO Expert Group. Geneva.
- WHO (2003b) **World Health Report.** (Internet) Geneva. Available at http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-en.pdf 2003.
- WHO (2004) **Global strategy on diet and physical activity.** Geneva.
- WHO (2005) **European Health Report 2005.** Copenhagen.
- WHO (2005b) **Preventing chronic disease: a vital investment.** Geneva.
- WHO (2006) **Framework Convention on Tobacco Control – FCTC.**
- WHO (2008). **WHO European Action Plan For Food And Nutrition Policy 2007-2012.** WHO Regional office for Europe, Denmark.
- WHO (2008b) **Health for all Database.**
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigo, J., Lisheng, A., (2004) **INTERHEART Study Investigators, Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. The Lancet; 364, pp. 937-952.**
- Yusuf, S., Reddy, S., Ounpuu, S. & Anand, S. (2001) **Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors and impact of urbanization.** Circulation 104, pp. 2746-2753.
- Ε.Σ.Υ.Ε. (2006) **Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής.** Αθήνα.
- Τούντας Γ. και συνεργάτες (2007). **Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού.** Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Διαθέσιμο στο <http://www.neahygeia.gr/index.php>.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα 2008

www.ygeianet.gov.gr