**ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ**

**ΠΕΡΙΟΔΟΣ Κ΄- ΣΥΝΟΔΟΣ Β΄**

**ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

**Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο**

**(Άρθρο 36 παρ. 5 Κ.τ.Β.)**

Στην Αθήνα, σήμερα, 4 Ιουλίου 2024, ημέρα Παρασκευή και ώρα 10.10΄, στην Αίθουσα της Γερουσίαςτου Μεγάρου της Βουλής, συνήλθε η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, υπό την Προεδρία του Προέδρου αυτής, κυρίου Γεωργίου Στύλιου, σε ειδική συνεδρίαση, με θέμα ημερήσιας διάταξης: «Εθνική Απόκριση έναντι των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων και των Μυοκαρδιοπαθειών».

Τα μέλη της Επιτροπής κλήθηκαν να ενημερώσουν ο Υπουργός Υγείας, κ. Σπυρίδων – Άδωνις Γεωργιάδης, η Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας κυρία Ειρήνη Αγαπηδάκη, ο κ. Λάμπρος Μιχάλης, Καθηγητής Καρδιολογίας, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, ο κ. Παναγιώτης Βάρδας, Καθηγητής Καρδιολογίας, Συντονιστής Τομέα Καρδιάς, Όμιλος Υγεία, HHG, τ. Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, ο κ. Αριστείδης Αναστασάκης, MD, PhD, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Μονάδας Κληρονομικών Παθήσεων Καρδιάς, Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, ο κ. Χαράλαμπος Βλαχόπουλος, Καθηγητής Καρδιολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας Καρδιογενετικής και Αθλητικής Καρδιολογίας (EKKAN), Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., η κυρία Κωνσταντίνα Αγγέλη, Καθηγήτρια Καρδιολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., η κυρία Μέμη Τσεκούρα, Β' Αντιπρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος και η κυρία Ελισάβετ Προδρόμου, Γενική Γραμματέας Δ.Σ. Pharma Innovation Forum.

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής, αφού διαπίστωσε την ύπαρξη απαρτίας, κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης και έκανε την α΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής.

Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Ακτύπης Διονύσιος, Βλαχάκος Νικόλαος, Βρεττάκος Γεώργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Γιώργος Ιωάννης, Γκολιδάκης Διαμαντής, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλλιάνος Ιωάννης, Καλογερόπουλος Δημήτριος, Καραμπατσώλη Κωνσταντίνα, Κεφάλα Μαρία-Αλεξάνδρα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Λυτρίβη Ιωάννα, Μαντάς Περικλής, Μονογυιού Αικατερίνη, Μπαραλιάκος Ξενοφών (Φώντας), Παπαθανάσης Αθανάσιος, Παπακώστα – Παλιούρα Αικατερίνη (Κατερίνα), Παπασωτηρίου Σταύρος, Σενετάκης Μάξιμος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη – Βιλιάλη Μαρία – Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Στεφανάδης Χριστόδουλος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χατζηιωαννίδου Μαρία – Νεφέλη, Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Αποστολάκη Ελένη – Μαρία (Μιλένα), Καζάνη Αικατερίνη, Παππάς Πέτρος, Θρασκιά Ουρανία (Ράνια), Πουλάς Ανδρέας, Τσίμαρης Ιωάννης, Χρηστίδης Παύλος, Γαβρήλος Γεώργιος, Γιαννούλης Χρήστος, Καλαματιανός Διονύσιος – Χαράλαμπος, Νοτοπούλου Αικατερίνη (Κατερίνα), Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Πολάκης Παύλος, Κομνηνάκα Μαρία, Κατσώτης Χρήστος, Λαμπρούλης Γεώργιος, Κτενά Αφροδίτη, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Φερχάτ Οζγκιούρ, Φωτίου Θεανώ, Οικονομόπουλος Τάσος, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Μπιμπίλας Σπυρίδων, Ασπιώτης Γεώργιος, Λινού Αθηνά, Μπαράν Μπουρχάν, Παπαδόπουλος Νικόλαος και Φλώρος Κωνσταντίνος.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Καλημέρα, κυρίες και κύριοι συνάδελφοι. Θέλω να σας ευχαριστήσω για την χαρά που μας δίνετε να είστε σήμερα στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, σε μία ειδική συνεδρίαση της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, με ένα εξαιρετικό θέμα, μια άλλου, δηλαδή, τύπου συνεδρίαση της Επιτροπής μας, όχι η γνωστή και καθιερωμένη όπου επεξεργαζόμαστε ένα σχέδιο νόμου, αλλά η παρουσίαση από διακεκριμένους καθηγητές εξαιρετικούς επιστήμονες της χώρας μας πάνω στην καρδιολογική επιστήμη, γύρω από το θέμα της συνεδρίασης, την εθνική απόκριση έναντι των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των μυοκαρδιοπαθειών, εισηγήσεων για να ενημερωθούμε για το ζήτημα οι βουλευτές, το κοινό γενικότερα μέσα από το κανάλι της Βουλής και για να βγάλουμε χρήσιμα συμπεράσματα.

Έχουμε την εξαιρετική τιμή να είναι μαζί μας ο Υπουργός Υγείας κ. Άδωνις Γεωργιάδης, στον οποίο στη συνέχεια θα δώσω τον λόγο για να κάνει και έναν σύντομο χαιρετισμό. Να πω ότι η πρωτοβουλία η σημερινή είναι για να αναδειχθούν βήματα που έχουν γίνει στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των μυοκαρδιοπαθειών, καθώς και να συζητηθούν οι προϋποθέσεις για την συγκρότηση Εθνικής Στρατηγικής καρδιακής υγείας στην χώρα με έμφαση στην πρόληψη, την διάγνωση, τη φροντίδα και την κοινωνική στήριξη των ασθενών σε πλήρη ευθυγράμμιση με τις ευρωπαϊκές προτεραιότητες.

Αναφέρω τους ομιλητές της σημερινής ημερίδας. Είναι ο κ. κ. Λάμπρος Μιχάλης, Καθηγητής Καρδιολογίας, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας. Είναι ο κ. Χαράλαμπος Βλαχόπουλος, Καθηγητής Καρδιολογίας, Υπεύθυνος Μονάδας Καρδιογενετικής και Αθλητικής Καρδιολογίας (EKKAN), Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α.. Είναι η κ. Κωνσταντίνα Αγγέλη, Καθηγήτρια Καρδιολογίας στην Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική του ΕΚΠΑ, ο κ. Παναγιώτης Βάρδας, Πρόεδρος της εποπτεύουσας Αρχής του Δικτύου Ιατρικής Ακριβείας Καρδιολογίας Ομότιμος Καθηγητής του Πανεπιστημίου Κρήτης και πρώην Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας. Είναι ο κ. Αριστείδης Αναστασάκης Επιστημονικός Υπεύθυνος στη Μονάδα Κληρονομικών Παθήσεων Καρδιάς Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Είναι η κυρία Ελισάβετ Προδρόμου Γενική Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου του Pharma Innovation Forum και η κυρία Μέμη Τσεκούρα Β΄ Αντιπρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας.

Στην συνέχεια θα δώσω τον λόγο μετά τους εισηγητές στον εκπρόσωπο της ΕΣΑμεΑ να κάνει μια παρέμβαση, στον Πρόεδρο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, ο οποίος είναι συνδεδεμένος με Webex και παρακολουθεί την συνεδρίαση μας, στον κύριο Μιχαήλ Χειμώνα για να κάνει και αυτός μια παρέμβαση. Στη συνέχεια οι Βουλευτές εκπρόσωποι των κομμάτων που έχουν δηλωθεί στην Επιτροπή μας θα μιλήσουν για το θέμα και μετά οι υπόλοιποι Βουλευτές. Όσοι θέλουν να πάρουν τον λόγο να ενημερώσουν τη γραμματεία και τους υπαλλήλους και την υπηρεσία για να καταρτήσουμε τον κατάλογο. Για όσους δεν είναι μέλη της Επιτροπής μας, σας ενημερώνω ότι οι Βουλευτές παρακολουθούν μέσω Webex την συνεδρίαση της Επιτροπής μας και όσοι δεν παρακολουθούν μέσω Webex παρίστανται εδώ σήμερα και είναι μαζί μας βλέπω συναδέλφους Βουλευτές.

Ξεκινώντας, λοιπόν, πριν δώσω τον λόγο στον Υπουργό να πω ότι είναι βουλευτής μας ο κύριος Χριστόδουλος Στεφανάδης στη Βουλή, γνωστός διακεκριμένος επιστήμονας στην καρδιολογία είναι και Πρόεδρος σε Διαρκή Επιτροπή της Βουλής στην Επιτροπή Μορφωτικών Υποθέσεων. Είναι ενήμερος για την πρωτοβουλία της σημερινής ειδικής συνεδρίασης μαζί το είχαμε συζητήσει πριν ξεκινήσουμε να οργανώνουμε το θέμα και να στέλνουμε προσκλήσεις για να καταρτήσουμε τους εισηγητές και τους ομιλητές, όμως, αμετάθετη υποχρέωση να βρίσκεται στην Σάμο με κυβερνητικό κλιμάκιο δεν του δίνει τη δυνατότητα να είναι σήμερα εδώ μαζί διότι, θεωρεί την πρωτοβουλία εξαιρετική και έχουμε τη συμπαράστασή του και έχετε όλοι τους τους χαιρετισμούς του.

Κύριε Υπουργέ, έχετε τον λόγο.

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ – ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ (Υπουργός Υγείας):** Αγαπητέ, κύριε Πρόεδρε, ευχαριστώ πολύ για την πρόσκληση και κυρίως συγχαίρω την Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής των Ελλήνων και εσάς προσωπικά για την πρωτοβουλία της σημερινής συνεδρίασης.

Όταν ήμουν μικρό παιδί, ο πατέρας μου είχε κάποιες ενοχλήσεις. Του έλεγαν οι φίλοι του να πάει να κάνει στεφανιογραφία. Εκείνος την φοβόταν και δεν έκανε. Στις 5 Μαρτίου του 1990 με πήγε στο σχολείο και το μεσημέρι με πήραν να μου πουν ότι πέθανε, διότι έπαθε έμφραγμα και έφυγε σχεδόν αμέσως.

Θεωρώ ότι είναι πραγματικά πάρα πολύ κρίμα στην εποχή που είμαστε, κάποιοι άνθρωποι να φεύγουν τόσο ξαφνικά από την ζωή γιατί δεν έχουν καταφέρει να συνειδητοποιήσουν ότι το σώμα μας και την καρδιά μας πρέπει να την προστατεύουμε, πρέπει να την παρακολουθούμε, και δεν αξιοποιούν τις τεράστιες προόδους που έχει κάνει η επιστήμη και ως προς τη διάγνωση και τη θεραπεία των διαφόρων καρδιαγγειακών παθήσεων.

Χαίρομαι που σήμερα είναι τόσο διακεκριμένα πρόσωπα, όπως ο κ. Λάμπρου, τον οποίο και συγχαίρω για την εκλογή του και εύχομαι καλή θητεία από τη έναρξη αυτής στο αμέσως επόμενο έτος. Ο κ. Βάρδας, σεβαστοί καθηγητές που είναι όλοι παρόντες εδώ από την ένωση ασθενών, η κυρία Τσεκούρα από την Ε.Σ.Α.μεΑ., από την φαρμακοβιομηχανία ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Συλλόγου, που από ό,τι έμαθα είναι με Webex συνδεδεμένος, και αρκετοί συνάδελφοι, που όπως έχω δει έχουν συνδεθεί ήδη για να παρακολουθήσουν την συνεδρίαση. Είναι πολύ σημαντικό η Βουλή των Ελλήνων να στείλει ένα ισχυρό μήνυμα για το πώς πρέπει η κοινωνία μας και ο καθένας προσωπικά να αντιμετωπίσει το ζήτημα της καρδιάς.

Λίγες μόνο σκέψεις θέλω να σας πω. Καταρχάς, το Υπουργείο Υγείας αυτήν την περίοδο πιστεύω ότι με τη δράση του, με το πρόγραμμα «Προλαμβάνω», μία δράση που πηγαίνει πάρα πολύ καλά, είναι το πιο επιτυχημένο μέχρι στιγμής από όλα τα προγράμματά του «Προλαμβάνω» οι προληπτικές εξετάσεις για τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι δικαιούχοι είναι 5,8 εκατομμύρια και ήδη πάνω από 2 εκατομμύρια έχουν κάνει χρήση των εξετάσεων του «Προλαμβάνω» μέσω του προγράμματος.

Για όσους δεν το ξέρουν, το πρόγραμμα είναι σχεδιασμένο από την αρχή μέχρι το τέλος. Δηλαδή, κάνεις τις εξετάσεις σου, ο αλγόριθμος βρίσκει εάν έχεις κίνδυνο ή όχι. Εάν έχεις κίνδυνο, σου έρχεται δεύτερο μήνυμα, για να κάνεις δεύτερο κύκλο εξετάσεων και αν και εκεί βρει το σύστημα ότι έχεις κίνδυνο, σε πήγαινε κατευθείαν στο νοσοκομείο για τη θεραπεία, αναλόγως ποια θα κρίνουν οι γιατροί ότι είναι αυτή η θεραπεία. Είναι, δηλαδή, ένα σύστημα από την αρχή μέχρι το τέλος για τη διάγνωση και θεραπεία των καρδιαγγειακών παθήσεων και πιστεύω ότι θα έχει μακροπρόθεσμα τεράστια οφέλη για τη δημόσια υγεία στη χώρα. Είμαι πάρα πολύ περήφανος που υλοποιείται επί θητείας μου και χαίρομαι που έχει πολύ μεγάλη συμμετοχή από τον κόσμο.

Όμως, στην εποχή που ζούμε, στην πραγματικότητα, πηγαίνουμε ένα βήμα πιο πίσω από την απλή διάγνωση. Αυτό που χρειαζόμαστε είναι η αλλαγή του τρόπου της ζωής μας, όχι μόνο για να βρίσκουμε γρηγορότερα την όποια βλάβη έχει υποστεί η καρδιά μας, αλλά για να προλαμβάνουμε αυτές τις βλάβες με μια μικρή αλλαγή της καθημερινής μας ζωής. Λίγη άσκηση επί εβδομαδιαίας βάσης, 2 ή 3 φορές την εβδομάδα από ένα εικοσάλεπτο, και μία προσοχή στη διατροφή μας. Από τη μία, είμαστε περήφανοι για τη μεσογειακή διατροφή που έχουμε, από την άλλη, μάλλον, δεν ακολουθούμε πολύ τη μεσογειακή διατροφή, γιατί αν την ακολουθούσαμε δε θα είχαμε αυτούς τους δείκτες που παρουσιάζει η χώρα μας, τόσο ως προς την υπέρταση όσο και ως προς τη δυσλιπιδαιμία όσο και ως προς το διαβήτη.

Αν καταφέρουμε ως κοινωνία να αλλάξουμε λίγο το μοντέλο της καθημερινότητας της ζωή των συμπολιτών μας, τα μακροπρόθεσμα οφέλη στη Δημόσια Υγεία θα είναι συγκλονιστικά. Υπό την έννοια αυτή, η σημερινή συνεδρίαση, τα συμπεράσματα θα προκύψουν και οι συμβουλές που θα δώσουν οι ειδικοί στο Υπουργείο Υγείας, που θα τύχουν, σίγουρα, ευρείας αποδοχής από εμάς, αποτελεί ένα πολύ καλό σήμα ότι αντιλαμβανόμαστε ότι εν έτει 2025 το να φεύγει μια ανθρώπινη ζωή απλώς και μόνο γιατί δεν πρόσεξε καθόλου την καρδιά του, ενώ η επιστήμη πια μας δίνει τόσο μεγάλα εργαλεία και τόσο μεγάλες δυνατότητες, πραγματικά, είναι πολύ μεγάλο κρίμα. Ευχαριστώ πάρα πολύ για την παρουσία σας σήμερα. Εγώ, κ. Πρόεδρε, δε θα μπορώ να παρίσταμαι σε όλη τη συνεδρίαση.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Το γνωρίζουμε, κ. Υπουργέ. Ξέρουμε ότι έχετε υποχρεώσεις.

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ – ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ (Υπουργός Υγείας):** Απλώς, για την ιστορία, να πω ότι έφυγα 12:00΄ το βράδυ από εδώ χθες που είχαμε το νομοσχέδιο και ότι το πρόγραμμα είναι πολύ βαρύ. Ήθελα, όμως, να έρθω και να χαιρετίσω. Ήθελα να πω ότι για εμάς, όπως έχουμε αποδείξει από τη δράση μας στο Υπουργείο Υγείας, αυτό είναι από τα πιο ισχυρά θέματα στην ατζέντα που έχουμε και εσείς είστε ειδικοί για να μας βοηθήσετε να μπορούμε να κάνουμε τη δουλειά μας σωστότερα. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Εμείς ευχαριστούμε τον Υπουργό για τη χαρά που μας έδωσε και την τιμή να είναι σήμερα σε αυτή την ειδική συνεδρίαση της Επιτροπής μας. Με ενημερώνουν οι Υπηρεσίες ότι όσοι θέλετε ή όσοι έχετε παρουσιάσεις, μπορούν να γίνουν οι παρουσιάσεις. Οι οθόνες είναι δίπλα από εκεί, μπορείτε να τις παρακολουθήσετε και το κανάλι να τις δώσει.

Τώρα, τον λόγο έχει η Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας, η κυρία Ειρήνη Αγαπηδάκη.

**ΕΙΡΗΝΗ ΑΓΑΠΗΔΑΚΗ (Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας):** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Καλημέρα σε όλες και όλους. Είναι μεγάλη χαρά να είμαστε εδώ, για να μπορούμε να συζητάμε για κάτι, το οποίο ούτε αυτονόητο ήταν ούτε, βέβαια, και κάτι το οποίο μπορεί να ξεφύγει της προσοχής μας. Το λέω αυτό, γιατί τα καρδιαγγειακά, όπως ξέρετε οι περισσότεροι που είστε σε αυτή την αίθουσα σήμερα, αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στη χώρα. Ξέρετε ότι μαζί με τα προγράμματα που έχουμε στο πλαίσιο της δράσης «Προλαμβάνω», έχουμε τη δυνατότητα να ελέγχουμε πλέον τους ανθρώπους και να προλαμβάνουμε αυτή τη νόσο.

Να πω ότι μέχρι σήμερα στο πρόγραμμα «Προλαμβάνω» πάνω από το 50% των μοναδικών δικαιούχων – γιατί έχουμε 6 εκατομμύρια μοναδικούς δικαιούχους – πάνω από 3,5 εκατομμύρια έχουν κάνει ήδη τις εξετάσεις και αυτό είναι πολύ σημαντικό. Η διαδικασία, που έχει αξία να τη γνωρίζει κανείς, είναι πάρα πολύ εύκολη, είναι γρήγορη, είναι δωρεάν. Αλλάζει την εμπειρία που έχουμε σε σχέση με την πρόληψη όλα αυτά τα χρόνια και όχι μόνο σε σχέση με την πρόληψη. Θα έλεγα ότι αλλάζει την εμπειρία που έχουμε από το σύστημα υγείας, κάτι που έχει να συμβεί από την εποχή του εμβολιασμού.

Τι κάνουμε λοιπόν; Το πρώτο βήμα είναι ότι κάθε δικαιούχος, αν έχει άυλη συνταγογράφηση, λαμβάνει ένα μήνυμα στο κινητό με το παραπεμπτικό του που τον οδηγεί να κάνει τις πρώτες εξετάσεις, οι οποίες είναι αιματολογικές και δείχνουν με λίγα λόγια το λιπιδαιμικό προφίλ. Μπορεί να τις κάνει δωρεάν σε δημόσια και ιδιωτικά κέντρα, συμβεβλημένα με το πρόγραμμα σε όλη τη χώρα. Αυτά βρίσκονται στο site proliptikes.gov.gr.

Είναι συμβεβλημένα με την ΗΔΙΚΑ στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος και πρέπει να πούμε, Υπουργέ, ότι με την ΗΔΙΚΑ έχουμε αναπτύξει ένα αυτοματοποιημένο πρόγραμμα πληρωμών και η εκκαθάριση γίνεται κάθε μήνα. Τα διαγνωστικά δεν καθυστερούν να πληρωθούν και αυτό έχει τη σημασία του, διότι γνωρίζετε καλά πως υπάρχει σε όλο αυτό το μηχανισμό. Δηλαδή, για να μπορεί ένας πολίτης να βρει εύκολα ραντεβού, θα πρέπει και οι πληρωμές να γίνονται γρήγορα και ο έλεγχος να γίνεται γρήγορα και όλη η διαδικασία που είναι στα μετόπισθεν να τρέχει άρτια, αποτελεσματικά και με γρήγορους ρυθμούς και αυτό το έχουμε πετύχει.

Το πρώτο σετ, λοιπόν, περιλαμβάνει ολική χοληστερόλη, την «καλή» και «κακή», όπως έχουμε συνηθίσει να λέμε, LDL, HDL, τριγλυκερίδια, σάκχαρο αίματος και γλυκόζη, γενική αίματος, την Lp(a), τη λιποπρωτεΐνη αυτή, η οποία δείχνει το αν υπάρχει η περίπτωση ιογενούς υπερχοληστερολαιμίας και αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό, καθώς νέες έρευνες μας δείχνουν ότι τα επόμενα 1 ή 2 χρόνια θα υπάρχει και φάρμακο για αυτή την περίπτωση, το οποίο είναι εξαιρετικά σημαντικό. Σε περίπτωση που έχουμε γονείς που εντοπίζονται με αυτήν την λιποπρωτεΐνη υψηλή, ελέγχουμε και τα παιδιά, γιατί, όπως ξέρετε, στη χώρα μας έχουμε και υψηλή παιδική παχυσαρκία και σε πολλές περιπτώσεις συνοδεύεται από υπερχοληστερολαιμία ακόμα και σε μικρές ηλικίες.

Αν, λοιπόν, μετά από αυτές τις εξετάσεις και με την επίσκεψη του πολίτη στο γιατρό διαπιστωθεί ότι έχει υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, ο όποιος υπολογίζεται με μία σταθμισμένη κλίμακα, με το heart score, το οποίο υπάρχει αυτοματοποιημένα στο σύστημα της ΗΔΙΚΑ και δε χρειάζεται να κάνει κάτι ο γιατρός, παραπέμπεται, έρχεται νέο παραπεμπτικό ηλεκτρονικά και γίνεται καρδιολογική κλινική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα, παρακολουθείται η αρτηριακή πίεση και υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση.

Εφόσον, λοιπόν, και από αυτά προκύψει και εκτιμήσει ο γιατρός ότι χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος, νέο παραπεμπτικό, τρίτο βήμα, Stress Echo, Contrast Echo, έλεγχο λιπών ισχαιμίας ή σπινθηρογράφημα. Εάν και εκεί δούμε ότι υπάρχει κάτι, το οποίο πρέπει να επιληφθεί περαιτέρω διαγνωστικά ο καρδιολόγος, σε συνεργασία με το Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και τις ιατρικές σχολές της χώρας έχουμε εντάξει στο Πρόγραμμα τις Πανεπιστημιακές Καρδιολογικές Κλινικές και έτσι παραπέμπονται οι ασθενείς που μπορεί να χρειάζονται π.χ. αγγειοπλαστική, μπορεί να χρειάζονται οτιδήποτε και δεν χάνονται. Έχουμε, λοιπόν, ένα ολοκληρωμένο μονοπάτι μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο παίρνει τους ανθρώπους από το χέρι, τους ξεκινάει από το πρώτο στάδιο, το πρώτο βήμα της πρόληψης και τους φτάνει μέχρι και το βήμα της θεραπείας. Θεωρώ ότι αυτό είναι το μέλλον για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και δεν αφορά μόνο το κομμάτι της πρόληψης.

Το λέω γιατί όταν έχουμε ένα προκαθορισμένο ιατρικό πρωτόκολλο, όπως είναι αυτό που έχουμε για το πρόβλημα «προλαμβάνω» και το οποίο έχει αναπτυχθεί από την Εθνική Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων Δημόσιας Υγείας. Είναι, λοιπόν, επιστημονικά τεκμηριωμένο το κομμάτι του ποιες εξετάσεις κάνει κάποιος με βάση την ηλικία, για ποιο λόγο κ.λπ. και πρέπει να σας πω ότι μας έχουν ήδη ζητήσει άλλες ευρωπαϊκές χώρες να αντιγράψουν την πολιτική του «προλαμβάνω» και το πρόγραμμα της παιδικής παχυσαρκίας.

Είναι, λοιπόν, σημαντικό, διότι γλιτώνουμε claw-back. Δεν χρειάζεται κάποιος να αφεθεί σε υπερσυνταγογράφηση. Δηλαδή, ο ασθενής γνωρίζει εξαρχής ότι υπάρχει ένα δομημένο ιατρικό πρωτόκολλο, άρα τα βήματα είναι συγκεκριμένα. Το ίδιο γνωρίζει και ο γιατρός. Ξέρει πώς θα γίνει η διερεύνηση και από εκεί και πέρα υπάρχει δυνατότητα να πάμε σε διαφορετικά πεδία. Να έχουμε, λοιπόν, έναν αλγόριθμο, ένα χάρτη, που μας δείχνει πώς θα πάμε από το ένα βήμα στο άλλο, με συγκεκριμένες εξετάσεις, χωρίς να υπάρχει όλη αυτή η δαπάνη, η γραφειοκρατία, η ταλαιπωρία, που έχουμε συνηθίσει όλα αυτά τα χρόνια.

Το πρόγραμμα «Προλαμβάνω», όπως ξέρετε, συνεχίζεται. Έχουμε παραπεμπτικά τα οποία λήγουν 30/6 και ανανεώνονται όταν δεν έχουμε κάνει τις εξετάσεις μας, αλλά δεν θέλω να αφήνουμε μεγάλο χρονικό διάστημα, γιατί έχει σημασία να κάνουμε τις εξετάσεις ακόμα και μέσα στο καλοκαίρι, πριν σταματήσουμε για λίγες μέρες ξεκούρασης. Όλοι πρέπει να κάνουμε αυτές τις εξετάσεις. Δεν είναι τυχαίο ότι έχουμε βάλει την ομάδα 30 - 70 ετών και το λέω αυτό γιατί στη χώρα μας έχουμε αιφνίδιους θανάτους, πρώιμους θανάτους, στις ηλικίες 40 -50. Πάρα πολλούς σε αριθμό και συχνά ακούμε και στις ειδήσεις τέτοιου τύπου συμβάντα και στεναχωριόμαστε όλοι ακόμα και στον χώρο του ποδοσφαίρου και σε πολλούς άλλους χώρους.

Έχει πολύ μεγάλη σημασία να γνωρίζουμε, γιατί η γνώση είναι δύναμη στην πρόληψη. Όταν γνωρίζουμε μπορούμε να προλάβουμε. Πρώτα, λοιπόν, προλαμβάνουμε και μετά απολαμβάνουμε το καλοκαίρι. Ας κάνουμε, λοιπόν, αυτές τις εξετάσεις και καλώ όλες και όλους να ταχθούν στο πλάι μας για αυτό τον αγώνα, γιατί πραγματικά ξεπερνά τις κομματικές γραμμές. Είναι ένας αγώνας για τη ζωή, για την υγεία και για μία χώρα που θέλουμε όλοι να έχουμε καλύτερη υγεία. Να είμαστε καλά να μπορούμε να διαφωνούμε. Να είστε καλά.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Ευχαριστούμε, κυρία Υπουργέ. Να αναφέρω ότι είναι στη συνεδρίαση μας και μας τιμά ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, ο κ. Πατούλης. Τον καλωσορίζω και τον ευχαριστώ. Επίσης, είναι στη συνεδρίαση μας εκπρόσωποι του Συλλόγου των Υπαλλήλων της Βουλής. Σας καλωσορίζω και σας ευχαριστώ που είσαστε εδώ. Σίγουρα δεν θα μπορούσε να λείπει η Ιατρική Υπηρεσία της Βουλής, το ιατρείο μας, και παρίσταται ένας εκπρόσωπος από τους γιατρούς.

Τον λόγο έχει ο κύριος Λάμπρος Μιχάλης.

**ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ (Αντιπρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Καθηγητής Καρδιολογίας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων)**. Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε, αξιότιμοι κυρίες και κύριοι Βουλευτές, κατ’ αρχήν θα ήθελα να σας ευχαριστήσω που μας καλέσαμε σήμερα εδώ. Θα ήθελα να σας συγχαρώ για αυτή σας την πρωτοβουλία και θα ήθελα επίσης να συγχαρώ τις κυβερνήσεις τα τελευταία χρόνια, που πραγματικά έχουν κάνει διάφορες εμβληματικές δράσεις. Η πιο εμβληματική τελευταία είναι το σύστημα «Προλαμβάνω», το οποίο αποτελεί πραγματικά μια καινούργια όψη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όσον αφορά την πρόληψη. Ένα σύστημα που ήταν πολύ στα μέτρα μας φτιαγμένο όσον αφορά στη θεραπεία και νοσοκομειοκεντρικό, που τώρα γίνεται πλέον ένα σύστημα πρόληψης. Επίσης, υπάρχει και μια άλλη εμβληματική δράση, την οποία την ξέρετε λιγότερο και είναι το «Σύστημα Εθνικής Ακρίβειας», που έχει σκοπό να καταγράψει, να μελετήσει και να προλάβει τον αιφνίδιο νεανικό καρδιακό θάνατο.

Αλλά ας δούμε λιγάκι ποια είναι η κατάσταση σήμερα όσον αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τόσο όσον αφορά την Ευρώπη, που έχουμε πιο πολλά στοιχεία, αλλά και όσον αφορά την Ελλάδα, που δε νομίζω ότι διαφέρουν και πάρα πολύ. Η επιστήμη, η ιατρική, στο πρόσωπο της καρδιολογίας έχει κάνει τεράστια βήματα. Η θνητότητα παγκόσμια έχει μειωθεί κατά 35%. Το 50% από το 1990 μέχρι το 2022. Το 50% είναι συνεισφορά πρόληψης και το 50% είναι συνεισφορά θεραπείας. Αυτό, όμως, ήταν μια μεγάλη επιτυχία που δημιούργησε και μεγάλα προβλήματα. Δημιούργησε μια μεγάλη ψευδαίσθηση τόσο στην κοινωνία, όσον αφορά και τις πολιτείες, οι οποίες ουσιαστικά είναι εκφράσεις της κοινωνίας, ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν μία τελειωμένη υπόθεση. Ήταν ένα παιχνίδι που το είχαμε κερδίσει, είχε τελειώσει. Δεν έπρεπε πλέον να ασχοληθούμε. Είχαμε άλλα πιο σοβαρά προβλήματα υγείας να ασχολούμαστε.

Αυτό νομίζω ήταν ένα λάθος και η σημερινή πρωτοβουλία, καθώς επίσης και η ευρωπαϊκή πρωτοβουλία, την οποία θα μιλήσουμε λίγο παρακάτω, το καταλαβαίνει και έρχεται να το διορθώσει. Σας δείχνω ορισμένες εικόνες. Πάντα οι εικόνες μένουν. Αν πάρετε για τους ανθρώπους που είναι κάτω από 65 χρόνια, όσον αφορά στους άντρες, το 30% περίπου των θανάτων είναι καρδιαγγειακά. Είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου και για τους άντρες. Το 26% για τις γυναίκες. Και αν αυτό το απλώσουμε σε όλο το χρόνο ζωής που ζουν οι άνθρωποι, διότι οι άνθρωποι δεν ζουν πλέον 65 χρόνια, αλλά πολύ περισσότερο, τότε αυτό φτάνει για τους άντρες το 40% και για τις γυναίκες το 50%. Όπως καταλαβαίνετε έχουμε ένα πρόβλημα, το οποίο είναι μακράν από το να πούμε ότι το έχουμε λύσει. Αυτό το πρόγραμμα πρέπει να το καταλάβουμε και θα πρέπει να το αναδείξουμε λιγάκι διαφορετικά. Ένα πράγμα το οποίο θα ήθελα να σας πω είναι ότι πραγματικά φαίνεται ότι πάρα πολλοί θάνατοι μπορούν να προληφθούν, μπορεί να αποφευχθούν.

Υπάρχει και κάτι άλλο το οποίο αναδεικνύεται. Είναι ότι υπάρχει ένα φαινόμενο, το οποίο λέγεται αιφνίδιος καρδιακός θάνατος, το οποίο είναι κάτι το οποίο είναι συνταρακτικό και γίνεται ακόμα πιο συνταρακτικό όταν αφορά σε νέους ανθρώπους. Αυτούς τους οποίους διαβάζουμε στις εφημερίδες και πραγματικά συγκλονιζόμαστε είτε γιατί τους ξέραμε είτε ακόμα κι αν δεν τους ξέραμε. Φαίνεται και κάτι άλλο, ότι πλέον αλλάζει. Για τους κάτω από 65, 30%, για τους ολόκληρους 50%. Τι σημαίνει αυτό. Θα δείτε στο μυαλό σας την πρώτη εικόνα που είναι μέχρι το 2004. Αυτό είναι αυτό που έχουμε στο μυαλό μας. Κάποιος που είναι πάνω από 65 -70 ήρθε η ώρα του, ας πεθάνει. Αν δείτε όμως το πού οδηγούμαστε, θα δείτε ότι η κοινωνία, αυτό το οποίο θα ζήσετε, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού θα είναι πάνω από 65 χρόνων. Αυτό σημαίνει ότι πλέον έχουμε καινούργιες αρρώστιες. Έχουμε πράγματα τα οποία δεν είχαμε συνηθίσει. Έχουμε καινούργιες επιδημίες. Έχουμε αρρώστιες οι οποίες πλέον δεν οφείλονται στη στεφανιαία νόσο αποκλειστικά, αλλά οφείλονται στη γήρανση και στην εκφύλιση των διαφόρων οργάνων.

Η καρδιολογία είναι μια επιστήμη η οποία ακολουθεί το πώς αλλάζει ο τρόπος ζωής. Παλιά το βασικό πρόβλημα ήταν η ανέχεια. Η ανέχεια έφερνε λοιμώξεις. Η καρδιολογία ασχολούνταν με τα νοσήματα που έκανε ο ρευματικός πυρετός, δηλαδή τις συγκεκριμένες βαλβιδοπάθειες. Μετά γίναμε άπληστοι. Ήρθε η ώρα της ανάπτυξης, η ώρα της γρήγορης ανέλιξης. Αυτό έφερε τη στεφανιαία νόσο. Τώρα πλέον γερνάμε ως κοινωνίες. Αυτό φέρνει την εκφύλιση και άλλες αρρώστιες. Φέρνει την καρδιακή ανεπάρκεια, που βλέπετε ότι περίπου είχαμε 17 ανθρώπους με καρδιακή ανεπάρκεια ανά 10.000 πληθυσμό το 1960. Είχαμε το 2020 35%. Σήμερα λίγο πριν έχουμε 54% και θα έχουμε 77%, μια τεράστια επιδημία. Έχουμε επίσης και κολπική μαρμαρυγή, μια παρόμοια πάλι αύξηση.

Τώρα, να δούμε τι προβλήματα έχουμε προς αντιμετώπιση. Πρώτον, τα κλασικά προβλήματα, που είναι η αθηροσκλήρωση. Ήδη εφαρμόζονται μέθοδοι, όπως το «Προλαμβάνω» οι οποίες είμαστε σε πάρα πολύ καλό δρόμο και έχουν και καινοτομία αυτές οι μέθοδοι, αν σκεφτείτε ότι χρησιμοποιούν και λιγάκι πρωτόλεια τεχνητή νοημοσύνη. Αλγόριθμοι οι οποίοι αμέσως ανακαλύπτουν αυτούς που θέλουν περεταίρω αντιμετώπιση, αλλά θα μπουν και άλλες καινοτόμες δράσεις. Η πρόληψη πλέον θα πρέπει να πάψει να είναι μία απλή – αυτό το οποίο λέμε όλα αυτά τα χρόνια – «πάρτε φάτε ντομάτες, φάτε χόρτα, περπατάτε, χάσετε βάρος, μην καπνίζετε», που ο κόσμος τα έχει βαρεθεί. Πρέπει να ενσωματώσουμε καινοτόμες μεθόδους πάνω σε αυτά, για να τα κάνουμε πολύ πιο εύληπτα και υπάρχει και η θεραπεία.

Υπάρχουν τα αναδυόμενα προβλήματα λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, όπως σας είπα και υπάρχει και ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος, είτε αυτός αφορά μέρος της στεφανιαίας νόσου, που η πρόληψη του θα γίνει με το «Προλαμβάνω», όπως είπα ή με τα νέα παιδιά που έχουν κληρονομούμενες αρρώστιες που δεν τις έχουμε καταγράψει. Κάνουμε μία τεράστια προσπάθεια με το δίκτυο ακριβείας, το οποίο γίνεται χάρη ουσιαστικά στην Κυβέρνηση, καταγραφής, αναγνώρισης, γνώσης των οικογενειών, πρόληψης και θεραπείας.

Βέβαια, υπάρχει και η θεραπεία όσον αφορά τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Κάποιος έπεσε κάτω, αλλά κάποιος πρέπει να τον συνεφέρει. Εδώ θέλουμε προγράμματα εκπαίδευσης του πληθυσμού όσον αφορά στην παροχή πρώτων βοηθειών. Μας δίδονται όμως καινούργιες δυνατότητες, όπως είναι οι καινοτόμες συσκευές. Η τεχνολογία φέρνει πράγματα καινούργια. Θα βγουν καινούργια φάρμακα – θα το ακούσετε και παρακάτω – τα οποία έρχονται. Θα γνωρίσουμε το γονιδίωμα. Το παιδί όταν γεννιέται θα ξέρει από τι θα κινδυνεύσει και τι θα πρέπει να κάνει για να προστατευθεί και όλα αυτά έρχονται, αλλά πρέπει να είμαστε έτοιμοι να τα δεχθούμε και θα έρθει και θεραπεία.

Θα έρθει η τεχνητή νοημοσύνη με καταλυτικός ρυθμούς, η οποία χρησιμεύει στην πρόληψη. Ακούσατε πρωτόλεια βήματα πώς γίνεται το σύστημα «Προλαμβάνω». Είναι μια μορφή τεχνητής νοημοσύνης. Έρχονται και άλλα όμως. Θα έχουμε τη διάγνωση, η οποία δεν θα χρειάζεται πια πιθανώς και γιατρός, αλλά θα χρειάζεται πολύ περισσότερο η εικόνα να αναλυθεί από την τεχνητή νοημοσύνη και θα έχουμε και θεραπεία βασισμένη πάνω σε αυτή.

Ας μη ξεχνάμε και κάτι άλλο, ο πληθυσμός θα γερνάει. Αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να μην είναι πλέον ενεργοί, μπορεί να μην μπορούν να εργαστούν. Θα πρέπει να τους κάνουμε να εργάζονται όσο το δυνατόν περισσότερο, γιατί η εργασία είναι ευτυχία και να μην τη βλέπουμε δουλεία. Η δουλειά δεν είναι δουλεία. Θα πρέπει να τους αποκαθιστούμε, αλλά πρέπει να ξέρουμε και πότε πρέπει να σταματάμε. Γιατί κάποια ώρα έρχεται η ώρα που πρέπει να σταματάμε και ως γιατροί και ως κοινωνία. Πρέπει να σκεφτούμε πάρα πολύ καλά και την παρηγορητική θεραπεία, που χρειάζεται τροποποίηση υφιστάμενων δομών. Τα πιο πολλά σήμερα νοσοκομεία μας ουσιαστικά παρηγορητική θεραπεία κάνουν και δεν το ξέρουν. Θα πρέπει να το κάνουμε αυτό πολύ πιο ενεργά και αλλάζοντας τις δομές τους και είναι και λιγότερο κοστοβόρο. Χρειάστηκε αλλαγή νοοτροπίας τόσο της κοινωνίας όσο και της δικιάς μας που είμαστε επαγγελματίες υγείας.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, η Επιτροπή, το 2024 είπε ότι πρέπει να φτιάξουμε ένα πλάνο ευρωπαϊκό, ουσιαστικά, για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών, το οποίο πρέπει να έχει πλάνα εθνικά. Είμαι πολύ χαρούμενος γιατί αυτό το πλάνο δεν έγινε έτσι στον αέρα. Έγινε μία μεγάλη προσπάθεια που είχε ξεκινήσει από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία, ο κ. Βάρδας ήταν αυτός ο οποίος ήταν ένας από τους βασικούς ανθρώπους οι οποίοι το εισήγαγαν με ένα ειδικό ινστιτούτο στις Βρυξέλλες, το οποίο ουσιαστικά επεξεργάστηκε όλη αυτή την πληροφορία, έδωσε όλη αυτή την πληροφορία και κατάφερε τελικά με το κατάλληλο lobbing να πείσει την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ότι αυτό έπρεπε να ενσωματωθεί και να γίνει το πρώτο βήμα όσον αφορά στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών. Να ξαναφέρει τα καρδιαγγειακά στην καρδιά του προβλήματος της υγείας και να μας πείσει όλους ότι είμαστε εδώ για να το κάνουμε αυτό πραγματικότητα.

Στα πλαίσια αυτά η Καρδιολογική Εταιρεία πρόκειται να αναπτύξει ένα ινστιτούτο έρευνας. Εμείς θα το κάνουμε, όμως πιστεύω ότι αυτό το οποίο απαιτείται είναι ένα Εθνικό Ινστιτούτο Καρδιαγγειακών Νόσων σαν κέντρο στρατηγικής και εφαρμογής. Το Εθνικό Δίκτυο Ακριβείας, το οποίο ήδη λειτουργεί από το Κράτος, με τη βοήθεια βέβαια δομών, όπως το «Ωνάσειο» αλλά και όλων των δομών μέσα σε διάφορα κέντρα δικτυωμένο σε όλη την Ελλάδα – και που θα το ακούσετε – θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν εμβρυική δομή του προαναφερόμενου φορέα.

Με αυτά θα ήθελα να τελειώσω και με την ευχή ότι καταλάβαμε ποιο είναι το πρόβλημα, καταλάβαμε ότι έχουμε λύσεις, θα αρχίσουμε να συζητάμε και νομίζω θα πρέπει να αρχίσουμε να σκεφτόμαστε το μέλλον. Γιατί η καρδιολογία έχει το εξής, είναι η πιο γρήγορη ειδικότητα που ενσωματώνει την τεχνολογία και την τεχνητή νοημοσύνη και έχει τη δυνατότητα να κάνει ανθρώπους όχι απλώς ζωντανούς, αλλά γερούς, λειτουργικούς, που μπορούν να προσφέρουν μέσα στην κοινωνία και να έχουν ένα πράγμα αυτό το οποίο έλεγαν οι άνθρωποι παλιά «να πεθάνουμε στα πόδια μας», γιατί αλλιώς αυτό αυξάνει πάρα πολύ το κόστος και τη δυστυχία. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε τον καθηγητή, τον κύριο Μιχάλη, για τα τόσα χρήσιμα που μας ανέφερε και για τα συμπεράσματα στο τέλος και τις προτάσεις. Να ενημερώσω, ότι η συνεδρίαση μας είναι μία ειδική συνεδρίαση και τα πρακτικά τηρούνται κανονικά όπως στις συνεδριάσεις που επεξεργαζόμαστε νομοσχέδια. Οπότε τα πρακτικά θα μείνουν, θα διανεμηθούν σε όλους τους βουλευτές και θα είναι προς χρήση, καθώς επίσης και οι παρουσιάσεις θα ενσωματωθούν στα πρακτικά.

Να ενημερώσω επίσης ότι ο Πρόεδρος της Βουλής, την ίδια ώρα, αυτήν τη στιγμή, δίπλα σε μια άλλη αίθουσα παρευρίσκεται στη Διάσκεψη των Προέδρων της Βουλής για τον προγραμματισμό της ερχόμενης εβδομάδας και μου έχει υποσχεθεί ότι μόλις ολοκληρώσουν τον προγραμματισμό και τη συζήτηση – ελπίζω πριν τελειώσουν εμείς τη δική μας ειδική συνεδρίαση – θα περάσει και αυτός από εδώ να μας κάνει ένα σύντομο χαιρετισμό.

Να δώσω τώρα τον λόγο, στον καθηγητή κ. Χαράλαμπο Βλαχόπουλο.

**ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ (Καθηγητής Καρδιολογίας, Υπεύθυνος μονάδας Καρδιογενετικής και Αθλητικής Καρδιολογίας (ΕΚΚΑΝ), Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.):** Κύριε Πρόεδρε, ευχαριστώ πάρα πολύ. Αξιότιμε κύριοι Βουλευτές, αγαπητοί συνάδελφοι, είναι μεγάλη τιμή, αλλά είναι και δέος να είναι κανείς σε αυτή την ιστορική αίθουσα, στην αίθουσα λήψης αποφάσεων. Ήμουν πριν από δύο μήνες πάλι εδώ, αλλά το δέος είναι κάτι το οποίο δεν μπορεί κανείς να συνηθίσει. Ευχαριστούμε πάρα πολύ για αυτή την ευκαιρία και ας συστηθούμε κατ’ αρχήν.

Αυτά που θα συζητήσουμε σήμερα και θα πω είναι κομμάτι όλων όσων γίνονται από μια μεγάλη ομάδα όπως βλέπετε επιστημόνων. Η μονάδα Καρδιογενετικής και Αθλητικής Καρδιολογίαςείναι μια μονάδα της πρώτης Καρδιολογικής Κλινικής του
Πανεπιστημίου Αθηνών υπό τη διεύθυνση του καθηγητή του κυρίου Τσιούφη, οπότε είναι μια συλλογική προσπάθεια. Θα προσπαθήσω να αναδείξω το μέγεθος του προβλήματος εστιάζοντας σε ένα ως μοντέλο στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια που είναι μια συγκεκριμένη νόσος που έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Θα δούμε κάποια μοντέλα κλινικής διαχείρισης και θα δούμε κάποιες προκλήσεις και προτάσεις.

Το παράδειγμα, λοιπόν, της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας. Οι ασθενείς είναι πολλοί. Υπολογίζονται 20.000 στον ελληνικό χώρο. Από αυτούς, λίγους έχουμε διαγνώσει και πολύ λιγότερους θεραπεύουμε όπως πρέπει να θεραπεύσουμε. Να, λοιπόν, μια πρώτη πρόκληση. Δεν παρουσιάζουν όλοι συμπτώματα ώστε να έρθουν σε εμάς για να τους θεραπεύσουμε. Άρα, λοιπόν, πρέπει να βρούμε τεχνικές ανίχνευσης των ασθενών αυτών και δυστυχώς μέχρι σήμερα δεν υπήρχαν διαθέσιμες θεραπείες. Οι παραδοσιακές θεραπείες δεν ήταν αποτελεσματικές και ευτυχώς είμαστε στην «αυγή» της εισαγωγής νέων θεραπειών και αυτό είναι κάτι πάρα πολύ ενθαρρυντικό. Έτσι, λοιπόν, στη βάση μια έγκυρη διάγνωση πρέπει να χαρακτηρίσουμε πολύ καλά το φαινότυπο, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο παρουσιάζεται κλινικά ή στις εξετάσεις ο ασθενής και ακολούθως να σχεδιάσουμε μια στοχευμένη θεραπεία.

Το ερώτημα το κομβικό, βέβαια, το οποίο προκύπτει για να μπορέσουμε να θεραπεύσουμε τις νόσους, είναι να δούμε πόσες πολλές είναι, και οι καρδιοπάθειες είναι ένα αντικείμενο εξαιρετικά μεγάλης προσπάθειας και έρευνας. Εδώ είναι μια μεγάλη πολυκεντρική μελέτη, ένα register που έγινε από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία, το οποίο δεν χρειάζεται να δείτε τα νούμερα στη πίτα που σας παρουσιάζω, όμως θα δείτε ότι η Ελλάδα βρίσκεται πολύ χαμηλά και αρκετές από τις χώρες έχουν μια μεγάλη ανισομέρεια στην τακτοποίηση και στο νούμερο της διάγνωσης των νόσων. Αυτό γίνεται γιατί δεν υπάρχουν οργανωμένα κέντρα στο βαθμό που θα έπρεπε και στο πλήθος που θα έπρεπε, προκειμένου να γίνει η στοχευμένη διάγνωση και ανάγκη ανίχνευσης των ασθενών αυτών.

Έτσι, λοιπόν, το μυστικό το οποίο έχουμε αρχίσει να συνειδητοποιούμε πάρα πολύ καλά πια είναι ότι πρέπει να ξέρεις πού θα ψάξεις. Θα φέρω το παράδειγμα της καρδιακής αμυλοείδωσης που είναι μια σπάνια σχετικά νόσος, όχι τόσο σπάνια, αλλά μας ενδιαφέρει πολύ τα τελευταία χρόνια. Εδώ είναι η συλλογή των μελετών που βρήκαμε στη βιβλιογραφία και ανιχνεύσαμε και κάποιες από αυτές είναι και δικές μας. Βλέπετε ότι αν κανείς ψάχνει στα τυφλά η επίπτωση της νόσου μπορεί να είναι από 5% μέχρι 80%.

Όταν όμως πάει κανείς σε στοχευμένες ομάδες, όπως είναι η καρδιακή ανεπάρκεια και ειδικά αυτή με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, η γενικότερη ομάδα της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειες ή κάποια πολύ συχνή νόσος στις μέρες μας, ειδικά σε ηλικιωμένους που είναι η στένωση αορτής, τότε βλέπετε ότι οι κύκλοι συμπυκνώνεται και τα ποσοστά είναι συγκεκριμένα πια και ξέρουμε πια σε ποια ομάδα να ψάξουμε, προκειμένου να βρούμε το συγκεκριμένο νόσημα. Αναφέρθηκε προηγουμένως από τον μελλοντικό Πρόεδρο της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, ότι το τραγικό γεγονός του αιφνίδιου θανάτου στους αθλητές δεν είναι και τόσο σπάνιο. Δύο με τέσσερα επεισόδια ανά 100.000 νέους αθλητές κάθε χρόνο είναι πολύ ανησυχητικό νούμερο και οι μυοκαρδιοπάθειες είναι μια από τις συχνότερες αιτίες που προκαλούν αυτόν το θάνατο.

Πάμε στα μοντέλα κλινικής διαχείρισης. Ευτυχώς, στην Ελλάδα υπάρχουν διασπαρμένα ένας ικανός αριθμός κέντρων μυοκαρδιοπαθειών, αντιπροσωπεύεται πρακτικά όλη η Ελλάδα. Τα περισσότερα είναι συγκεντρωμένα στην Αθήνα, αλλά βλέπω ότι είναι και η καθηγήτρια η κυρία Νάκα εδώ, η οποία προΐσταται του κέντρου μυοκαρδιοπαθειών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, η διευθύντρια η κυρία Πράπα, από το νοσοκομείο Ευαγγελισμός υπό τη διεύθυνση του διευθυντή του κ. Τρίκα, οπότε υπάρχει μια αρκετά καλή κατανομή στην Ελλάδα. Η δικιά μας η μονάδα είναι το μοντέλο το οποίο θα ήθελα να αναπτύξω, προκειμένου να δούμε πώς αυτό μπορεί με ένα ευρύτερο τρόπο να εφαρμοστεί. Έχουμε όλες τις υποειδικότητες οι οποίες αφορούν τους καρδιολογικούς ασθενείς, κλινικούς γενετιστές, επεμβατικούς καρδιολόγους, ηλεκτροφυσιολόγους, απεικονιστικές, έχουμε και μέσα στη μονάδα μας γενετιστές και ψυχολόγους, οι οποίοι αφορούν και προσεγγίζουν τους ασθενείς αυτούς.

Έτσι, λοιπόν, έχουμε δομήσει ένα μοντέλο στο οποίο οι ασθενείς έρχονται σε εμάς από τους νοσηλευόμενους ασθενείς της κλινικής, από τα εξωτερικά ιατρεία, αλλά και με την πρωτοβουλία του ίδιου του ασθενή και στο κέντρο είναι το έμβλημα της μονάδας μας, το οποίο ουσιαστικά βλέπετε ότι είναι η καρδιά, έχει τα τρία χρώματα των σπανίων παθήσεων και έχει και το σχήμα του αποτυπώματος που ουσιαστικά θέλουμε να μεταφέρουμε και να κάνουμε τη σύνδεση με το γενετικό αποτύπωμα, γιατί αρκετοί από αυτούς τους ασθενείς θα ακούσετε στη συνέχεια τον κύριο Αναστασάκη για το γενετικό χάρτη, ο οποίος αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα χαρτογραφείται.

Έτσι, λοιπόν, από την άλλη μεριά έχουμε τους καρδιολόγους της κοινότητας είτε από τα αστικά κέντρα είτε από την επαρχία, τις κλινικές των νοσοκομείων, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, οι οποίοι και μεν παραπέμπουν σε εμάς τους ασθενείς, αλλά ταυτόχρονα είμαστε σε μια σχέση συνδιαχείρισης των ασθενών. Γιατί και γυρίζουμε πίσω στους ασθενείς αυτούς στα κέντρα αυτά ή στους ιδιώτες καρδιολόγους στους γιατρούς της κοινότητας και συνδιαχειριζόμαστε τους ασθενείς. Τα κέντρα αναφοράς, όπως το δικό μας, είναι ένα κέντρο εξειδικευμένο, αλλά δεν μπορεί και δεν πρέπει να καλύψει όλα τα νοσήματα και τα πιο σπάνια και τα πιο συχνά από την κοινότητα. Πρέπει να υπάρχει ένα μοντέλο συνδιαχείρισης. Στην ομπρέλα είναι φυσικά η ελληνική καρδιολογική εταιρεία, με την οποία παράγουμε ερευνητικό έργο, παράγουμε δράσεις, το εθνικό δίκτυο ιατρικής ακρίβειας, το οποίο αναφέρθηκε και θα αναπτυχθεί πιο πολύ στη συνέχεια, και ταυτόχρονα υπάρχει μια μεγάλη διασύνδεση με κέντρα του εξωτερικού, με τα οποία υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση συμβουλής και επίλυσης των προβλημάτων.

Φυσικά, υπάρχει επικοινωνία με τους συλλόγους ασθενών που είναι ένα κομβικό κομμάτι της διαχείρισης των ασθενών γενικότερα. Έτσι, λοιπόν, οι ανάγκες είναι μεγάλες. Οι στρατηγικές πρέπει να είναι σωστές, να είναι διορατικές και οι ανάγκες είναι μεγάλες. Βλέπετε ότι οι ασθενείς τους οποίους παρακολουθούμε ο αριθμός τους ανεβαίνει εκθετικά σε βάθος χρόνου και ταυτόχρονα ανεβαίνει και η διενέργεια των γενετικών ελέγχων και εδώ είναι μεγάλο πρόβλημα, το οποίο θα πρέπει να δοθεί επίλυση. Οι γενετικοί έλεγχοι, τουλάχιστον σε ένα συγκεκριμένο ποσοστό, θα πρέπει να αποζημιώνονται με αυστηρά κριτήρια από την πολιτεία και είναι κάτι το οποίο νομίζω πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο διαβούλευσης στο μέλλον αρκετά έντονο.

 Αν κανείς ακολουθήσει τέτοιες στρατηγικές θα δει, όχι μόνο ένα μεγάλο αριθμό ασθενών, αλλά θα δει και όλο το φάσμα των νοσημάτων, είναι πάρα πολύ σημαντικό, διότι κάποια πολύ σπάνια νοσήματα πρέπει κανείς να χρησιμοποιήσει και να εφαρμόσει τέτοιου τύπου στρατηγικές, προκειμένου να μπορέσει να ανιχνεύσει σπάνια νοσήματα. Έχουμε και τον μοναδικό ασθενή που έχει προγηρία στην Ελλάδα, αν δεν κάνει κανείς αυτό το άνοιγμα, αν δεν κάνει κανείς αυτές τις ενέργειες, δεν πρόκειται ποτέ να φέρει κοντά του αυτούς τους ασθενείς, προκειμένου να τους δώσει τις καινοτόμες θεραπείες οι οποίες είναι σήμερα διαθέσιμες.

Φυσικά, μπορεί κανείς να αντιληφθεί ότι ένας ασθενής ο οποίος έχει ένα σπάνιο ένα γενετικό νόσημα έχει μια ιδιαίτερη ψυχολογική επιβάρυνση, γιατί είναι άλλο κανείς να νομίζει ότι έχει υπερχοληστερολαιμία, η οποία ένα πολύ συχνό νόσημα, από την άλλη μεριά είναι πολύ σημαντικό αυτός ο άνθρωπος ο οποίος έχει κληρονομικό νόσημα το οποίο θα τον συνοδεύει σε όλη τη ζωή, επιφορτίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά άγχους, έχουμε δείξει τέτοιες μελέτες από την μονάδα μας. Επίσης, στη μονάδα έχουμε και ειδικούς ψυχολόγους που έχουν ειδική υποστήριξη, προκειμένου αυτοί οι άνθρωποι σε βάθος χρόνου να απαλλαχθούν από αυτό το φορτίο και αυτοί, αλλά και οι οικογένειές τους. Γιατί είναι πάρα πολύ σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε ότι οι ασθενείς με κληρονομικά νοσήματα δεν είναι μόνοι τους, έχουν οικογένειες μαζί, οι οποίες είναι πιθανώς και αυτές προσβεβλημένες.

 Πάμε στις προκλήσεις και τις προτάσεις. Υπάρχει μια πανευρωπαϊκή προσπάθεια και είμαστε ευγνώμονες που υπάρχει αυτή η προσπάθεια, γιατί είναι μια προσπάθεια ευαισθητοποίησης και αλλαγής και στρατηγικής πολιτικών, η οποία έχει έρθει στη χώρα μας τώρα. Θα αναδείξω μερικές από μερικές από τις προκλήσεις. Ο γενετικός έλεγχος αναφέρθηκε προηγουμένως, πρέπει να υπάρχει πρόσβαση στις καινοτόμες θεραπείες, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, πρέπει τα εξειδικευμένα κέντρα να υποστηρίζονται οικονομικά προκειμένου να παράγουν έργο και αυτό να γίνει στα πλαίσια μιας συνολικής ανάπτυξης, μιας στρατηγικής. Η στρατηγική πρέπει να είναι συνολική. Επιγραμματικά θα αναφέρω λέξεις οι οποίες χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο, έχουν μεγάλο όμως διαμέτρημα. Ευαισθητοποίηση και εγγραμματοσύνη υγείας. Έμφαση στην ποιότητα, όχι μόνο στην παράταση της ζωής, αλλά και στην ποιότητα της ζωής, είναι πάρα πολύ σημαντικό αυτό.

Πρέπει να υπάρχει συλλογή των δεδομένων, ώστε να μπορούμε να τα αξιοποιήσουμε, γιατί πια οι πολιτικές υγείας χαράζονται με στρατηγικές οι οποίες βασίζονται στα δεδομένα, χωρίς δεδομένα δεν υπάρχει καμία αποτελεσματική στρατηγική. Έτσι, λοιπόν, έχουμε πια στοχευμένες θεραπείες, έχουμε ειδικά για την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια θεαματικές βελτιώσεις στους ασθενείς μας. Οι ασθενείς μας έρχονται. Με μία από αυτές τις θεραπείες βλέπετε εντυπωσιακή μείωση του προβλήματος. Έρχονται ενθουσιασμένοι που η ζωή τους άλλαξε, γιατί πια έχουν πρόσβαση σε αυτές τις καινοτόμες θεραπείες και είναι προς έπαινο της πολιτείας, η οποία τις υποστηρίζει αυτές.

 Ήθελα να ευχαριστήσω προσωπικά τον Υπουργό τον κ. Άδωνι Γεωργιάδη, γιατί, ως μέλος της επιτροπής αποφάσεων και συμβουλευτικής για τα φάρμακα υψηλού κόστους, έχει σταθεί πάντα δίπλα μας και έχει ενισχύσει οποιαδήποτε απόφαση και αν πήραμε στην επιτροπή αυτή.

Έτσι, λοιπόν, ο φάκελος υγείας είναι μια θεμελιώδης και πολύ διορατική προσέγγιση. Θα ενώσει, όχι μόνο τους ασθενείς, θα ενώσει τους γιατρούς και τους ασθενείς και όλα τα μέλη τα οποία λαμβάνουν τις αποφάσεις και χαράσσουν τις πολιτικές υγείας, έτσι συμπερασματικά έχουμε να προτείνουμε μερικές από τις λύσεις. Η ψηφιακή υγεία θα βοηθήσει πάρα πολύ τη δικτύωση, θα βοηθήσει πάρα πολύ την αξιοποίηση των δεδομένων, ώστε να μπορούμε να ξέρουμε στοχευμένα πια που πρέπει να απευθυνθούμε. Ενίσχυση σαφώς της χρηματοδότης, είδατε η πολυμελής μας ομάδα βασίζεται σε τέτοιους σε τέτοιες χρηματοδοτήσεις και είμαστε ευγνώμονες για αυτή. Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού. Προσβασιμότητα και ίσες ευκαιρίες σε όλους και διαχείριση του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου με ειδικά προγράμματα, όπως αυτά που αναφέρθηκαν. Ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει η κυρία Αγγελή Κωνσταντίνα.

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΑΓΓΕΛΗ (Καθηγήτρια Καρδιολογίας, Α΄ Πανεπιστημίου Καρδιολογικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α. Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.):** Καλημέρα σας. Αξιότιμε κύριε Υπουργέ, αξιότιμε κύριοι Βουλευτές, κύριε Πρόεδρε της Επιτροπής, αγαπητοί συνάδελφοι, σε πολύ λίγα λεπτά θα παρουσιάσω τον ρόλο της Τεχνητής Νοημοσύνης στην πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενών με μυοκαρδιοπάθειες. Νομίζω είναι ένας τομέας που αναπτύσσεται εκπληκτικά γρήγορα και πραγματικά στην ιατρική κλινική πράξη, έχει να δώσει πάρα πολλά.

Αυτή η διαφάνεια είναι οι τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες, που αφορούν στην αντιμετώπιση των ασθενών με μυοκαρδιοπάθειες, 2023. Μας λέει ότι παίζει πάρα πολύ σημαντικό ρόλο στην πρώτη κλινική προσέγγιση του ασθενούς να περιγράψουμε το κλινικό σενάριο, ένα πολύ καλό ιστορικό και να αξιολογήσουμε άμεσα το καρδιογράφημα και την πρώτη προσέγγιση με το υπερηχογράφημα. Υπάρχουν τρία εργαλεία τα οποία πραγματικά μας οδηγούν σε ένα 80% περίπου των περιπτώσεων στην αξιόπιστη προσέγγιση. Η μαγνητική τομογραφία, πραγματικά, έβαλε τη σφραγίδα της την τελευταία δεκαετία και πάνω και μας δίνει αξιόπιστες πληροφορίες για το μυοκάρδιο, την υφή του μυοκαρδίου και έτσι μπορούμε να κατηγοριοποιήσουμε τους ασθενείς ανάλογα με τα δεδομένα αυτά. Βεβαίως, η γονιδιακή προσέγγιση βάζει τη σφραγίδα και συνθέτουμε έτσι το προφίλ του ασθενούς, ο οποίος διαθέτει κάποιου τύπου μυοκαρδιοπάθεια.

Ήδη ο Καθηγητής ο κ. Βλαχόπουλος, αλλά και ο κ. Μιχάλης πριν, παρουσίασαν την ομάδα καρδιάς, η οποία στελεχώνει αυτά τα εργαστήρια, ειδικά κέντρα, τα κέντρα αριστείας, με καρδιολόγους οι οποίοι έχουν πάρα πολύ μεγάλη εμπειρία. Με καρδιολόγους, οι οποίοι είναι εξειδικευμένοι αρρυθμιολόγοι, επεμβατικοί καρδιολόγοι, με ειδικούς νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν ιδιαίτερα μεγάλη εμπειρία σε αυτούς τους ασθενείς και βεβαίως, με άλλες ειδικότητες και ψυχολόγους, όπως μας ανέφερε ο κ. Βλαχόπουλος πριν. Πραγματικά, όλη αυτή η ομάδα, μπορεί να προσεγγίσει άριστα τον ασθενή τόσο όσον αφορά τη διάγνωση, αλλά και στην αντιμετώπιση, στην πορεία.

Το γονιδιακό τεστ μπορεί να προσφέρει. Βοηθά, πάρα πολύ στη διάγνωση και μας βελτιώνει την εικόνα και βεβαίως, μπορούμε να κάνουμε το screening της οικογένειας. Όλα αυτά έχουν δείξει ότι έχουν ιδιαίτερα μεγάλη σημασία, ιδιαίτερα για τους ειδήμονες στην μαγνητική, ότι ένα γονίδιο μπορεί να έχει διαφορετικούς φαινοτύπους. Πραγματικά, πρέπει να συνθέσουμε όλα αυτά τα δεδομένα προκειμένου να προσεγγίσουμε τον ασθενή μας.

Τελευταία δημοσίευση από την Καρδιολογική Εταιρεία της Ολλανδίας, η οποία περιγράφει όλο αυτό το δίκτυο που αφορά τα κέντρα, τα τοπικά κέντρα, τα εθνικά κέντρα και τα οποία συνδέονται με τα διεθνή κέντρα. Ήδη και στον ελληνικό χώρο – μας το περιέγραψε και ο Αντιπρόεδρος της Καρδιολογικής Εταιρείας, αλλά και ο κ. Βλαχόπουλος – ότι υπάρχει αυτή η σύνδεση και έτσι προχωρούμε. Τι μας βοηθάει η Τεχνητή Νοημοσύνη; Ιδιαίτερα στο προφίλ της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειες, γιατί υπάρχουν κάποια πρώτα δεδομένα. Ο κύριος Βλαχόπουλος μας είπε αρκετά για την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, η οποία είναι και η πιο συχνή γονιδιακή μυοκαρδιοπάθεια.

Φαίνεται, στο τελευταίο Συνέδριο, το Αμερικανικό Συνέδριο του 2025, από το Πανεπιστήμιο της Βιρτζίνια, ότι η νόσος αυτή υποδιαδιγνώσκεται, χάνουμε τη διάγνωση πολύ συχνά και καθυστερούμε τη διάγνωση πολύ συχνά. Αυτό γίνεται γιατί ακόμα και οι καρδιολόγοι στην κλινική πράξη, εκτιμώντας το καρδιογράφημα και το υπερηχογράφημα προσεγγίζουν σε ένα 10% τους ασθενείς, πολύ μικρό ποσοστό, το χάνουνε. Εφαρμόζοντας ένα αλγόριθμο στο πανεπιστήμιο αυτό, είδανε για το καρδιογράφημα μόνο, όχι για το υπερηχογράφημα, είδανε ότι αυτό το ποσοστό το 10%, μπορεί να ανέβει με τον αλγόριθμο μόνο του καρδιογραφήματος, σε 70%, πολύ - πολύ σημαντική αύξηση, πολύ πιο έγκαιρη διάγνωση για αυτούς τους ασθενείς. Εάν προστεθεί και ειδικός αλγόριθμος για την υπερηχογραφία χρησιμοποιώντας σε υπερηχογραφικά δεδομένα, το ποσοστό αυτό αυξάνεται σημαντικά.

Άρα, ένα καρδιογράφημα το περνάμε σε μια πλατφόρμα που μπορεί να κάνει ανάλυση με τεχνητή νοημοσύνη, μπορεί να μας πει την παθολογία του, μπορεί να εκτιμήσει το κλάσμα εξώθησης, μπορεί να προβλέψει σε κάποιο βαθμό την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και άλλες καρδιακές παθήσεις, όπως είναι η στένωση αορτής, καρδιακή αμυλοειδούς κ.λπ.. Πέρα από το ανθρώπινο μάτι σήμερα, χρειάζεται να χρησιμοποιήσουμε και το μάτι της τεχνητής νοημοσύνης. Άρα, στην κλινική πράξη πως αυτό μπορεί να αποτυπωθεί;

 Φαίνεται, ότι η συνεργασία μεταξύ των ειδικών της τεχνητής νοημοσύνης και των έμπειρων καρδιολόγων, έτσι όπως στελεχώνονται στα ειδικά κέντρα αριστείας, είναι η «χρυσή λύση». Οι καρδιολόγοι, οι οποίοι είναι έμπειροι, θα προσφέρουν την εμπειρία τους, θα περιγραφεί ο αλγόριθμος και έτσι θα φτάσουμε στην πιο έγκαιρη διάγνωση. Αυτό που μας ωφελεί είναι οι ασθενείς αυτοί να αντιμετωπίζονται πιο πρώιμα, με χαμηλότερη επίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής, χαμηλότερη επίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας, χαμηλότερη επίπτωση του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Μπορεί αυτή η έγκαιρη διάγνωση να τροποποιήσει τη νόσο; Δεν το γνωρίζουμε. Έπεται, τα επόμενα χρόνια να το μάθουμε αν μπορεί τελικά να τροποποιήσουμε και τη νόσο.

Τελειώνοντας κύριοι συνάδελφοι θα έλεγα ότι ήδη γίνονται πολλές προτάσεις, κάποιες απλές σκέψεις, ότι μπορούνε να οργανωθούνε σε όλα αυτά τα κέντρα που ήδη υπάρχουν στον ελληνικό χώρο και περιεγράφηκαν. Μπορεί να υπάρχουν ειδικά εργαστήρια «Core Labs», τα οποία να χρησιμοποιούνε τεχνητή νοημοσύνη στο καρδιογράφημα και στο υπερηχογράφημα, για την εξειδικευμένη ανάλυση. Νομίζω ότι θα προσεγγίζουμε στην πρώτη αυτή προσέγγιση τη διάγνωση της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας, αλλά και άλλων μυοκαρδιοπαθειών, σε πολύ - πολύ μεγάλο ποσοστό. Η συνεργασία αυτών των Labs με τα κέντρα αριστείας, θα δώσει τελικά την ακριβή διάγνωση και την πορεία και την αξιόπιστη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών. Ευχαριστώ πολύ για την προσοχή σας.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε και για την τόσο περιεκτική και σύντομη τοποθέτηση και διάλεξη. Η τεχνητή νοημοσύνη και η τεχνολογία από ό,τι καταλαβαίνουμε, είναι στο επίκεντρο.

Τον λόγο έχει τώρα, ο κ. Παναγιώτης Βάρδας, Πρόεδρος της εποπτεύουσας αρχής του Δικτύου Ιατρικής Ακριβείας Καρδιολογίας, ομότιμο καθηγητή του Πανεπιστημίου Κρήτης.

**ΠΑΝΟΣ ΒΑΡΔΑΣ (Πρόεδρος της Εποπτεύουσας Αρχής του Δικτύου Ιατρικής Ακρίβειας στην Καρδιολογίας, Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Κρήτης, πρώην Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Καρδιολογίας Εταιρείας):** Καλημέρα σας κύριε Πρόεδρε, της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, κ. Στύλιο, κύριε Πρόεδρε του Ιατρικού Συλλόγου της Αθήνας, κύριοι Βουλευτές, κυρίες και κύριοι. Είμαι πραγματικά πάρα πολύ ευχαριστημένος που μας δίνεται η ευκαιρία να παρουσιάσουμε ειδικά θέματα τεράστιας κοινωνικής σημασίας μπροστά σε ένα σύνολο ανθρώπων. Το σύνολο ανθρώπων, όπως βλέπετε, αποτελείται από ανθρώπους που αποφασίζουν για μας, αποτελείται από πολίτες και οπωσδήποτε διακριτή – και το τονίζω αυτό - είναι η παρουσία της βιομηχανίας, η οποία έχει τεράστιο ρόλο σε μία διαφανή σχέση με τα επαγγέλματα υγείας.

Στα 7- 8 λεπτά που θα μιλήσω θα εστιάσω στο Δίκτυο Ιατρικής Ακριβείας – κρατήστε τη λέξη – και στην πρόληψη του νεανικού αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Δύο κουβέντες πολύ γρήγορα για ένα γενικό ακροατήριο σχετικά με την Ιατρική Ακριβείας. Η Ιατρική Ακριβείας είναι η εξατομίκευση και η εξατομικευμένη προσέγγιση της διάγνωσης και της θεραπείας, βασισμένη σε γενετικά, βιολογικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς. Ένα νούμερο δεν μπορεί να ικανοποιήσει τους πάντες. Ένα νούμερο για ένα παντελόνι δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες όλων. Στόχος, λοιπόν, όλων μας προοδευτικά είναι η βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και η ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων παρενεργειών. Δεν έχουμε χρόνο να μιλήσουμε σήμερα πολύ για να σας περιγράψουμε τι έρχεται με βάση την τεχνητή νοημοσύνη στην εξατομικευμένη ιατρική.

Είναι ενδιαφέρον ότι ο Ομπάμα ήταν αυτός που πριν μερικά χρόνια έβαλε στην πολιτική ατζέντα των Ηνωμένων Πολιτειών και συνεχόμενα την επιστημονική έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών, το θέμα της προσωποποιημένης και το εξατομικευμένο της ιατρικής. Ήταν μία εξαιρετικά σημαντική συγκυρία τεράστιων δυνατοτήτων, η οποία έκτοτε δουλεύει σε όλα τα μήκη και πλάτη του πλανήτη.

Τελειώνοντας με το θέμα της εξατομικευμένης ιατρικής, θα εστιάσω στον αιφνίδιο νεανικό θάνατο. Όπως γράφει από παλιά η φιλοσοφία και η μυθολογία, ο Ύπνος, ο Μόρος και ο Θάνατος ήταν ουσιαστικά τέκνα της ίδιας θεότητας. Ο Μόρος είναι ο νεανικός βρεφικός αιφνίδιος καρδιακός θάνατος. Ο αιφνίδιος νεανικός θάνατος ορίζεται ως ο απρόσμενος, ο μη τραυματικός και φυσικός θάνατος ατόμου ηλικίας συνήθως κάτω των 35 ή 40 ετών, που συμβαίνει εντός μίας ώρας από την έναρξη των συμπτωμάτων ή σε περιπτώσεις όπου το άτομο βρέθηκε νεκρό, ενώ ήταν πριν από μερικές ώρες υγιές.

Κυρίες και κύριοι, ακόμη και για αυτούς που δεν είναι γιατροί, αυτό εδώ είναι το μεγαλύτερο κατά τη γνώμη μου το τεράστιο λάθος της φύσης. Συνηθίζουμε να λέμε ότι «η φύση τα πάντα εν σοφία εποίησε» και όπως καταλαβαίνετε αυτό είναι ένα ρηματικό ανέκδοτο. Η φύση δεν τα έκανε σε ένα βράδυ. Τα εξέλιξε μέσα σε δισεκατομμύρια χρόνια. Η φύση δεν τα έκανε όλα εν σοφία και εν πάση περιπτώσει για εμάς τους ανθρώπους, αυτό είναι το μεγαλύτερο λάθος της φύσης. Η κοιλιακή μαρμαρυγή, δηλαδή η αρρυθμία είναι που παραλύει τον καρδιακό μυ σε ελάχιστα δευτερόλεπτα και κανένας άλλος μυς δεν παραλύει ξαφνικά. Ο μόνος μυς που παραλύει ξαφνικά είναι αυτός εδώ για να πεθάνει άνθρωπος και δεν μπόρεσε στην ιστορία της η φύση να διαμερισματοποιήσει την καρδιά όπως κάνουν οι εφοπλιστές στα καράβια με πολλά αμπάρια ώστε αν ένα τρυπήσει το σκάφος να μην βυθίζεται. Τα κατάφερε η φύση και διαμερισματοποίησε την καρδιά μεταξύ κόλπων και κοιλιών.

Δεν θα πω περισσότερα. Κάτι σώζει, αλίμονο μας αν δεν ήταν και αυτό. Αν δεν ήταν διαμερισματοποιημένη η καρδιά μεταξύ κόλπων και κοιλιών κάθε, κολπική μαρμαρυγή θα σκότωνε τον άνθρωπο. Αυτή όμως είναι η κοιλιακή μαρμαρυγή και ο αιφνίδιος θάνατος. Δύο παραδείγματα των προηγούμενων ημερών στα πρωτοσέλιδα των εφημερίδων, «18χρονη κατέρρευσε στο γυμναστήριο και υπέστη δύο ανακοπές και τελικά πέθανε χθες». Αυτά για να γίνουν αυτά που λέμε, μέρος της καθημερινής αντίληψης και συν αντίληψης. «Στα Χανιά 34 χρονών υπέστη ανακοπή και κατέρρευσε την ώρα που διασκέδαζε σε νυχτερινό μαγαζί». Είναι ακριβώς αυτοί οι θάνατοι στους οποίους στοχεύει το δίκτυο ιατρικής ακριβείας στην καρδιολογία που κάνει από 35 έως 40 χρονών και κάτω. Ο αιφνίδιος νεανικός θάνατος, λοιπόν, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων σχετίζεται με καρδιακά αίτια, μυοκαρδιοπάθειες. Ιδιαίτερα όταν ακούτε αθλητή κατέρρευσε στο γήπεδο, το 90% να το πω έτσι απλοϊκά είναι μυοκαρδιοπάθειες. Δεν είναι η ισχαιμική καρδιακή νόσος, κληρονομικές διαταραχές αγωγιμότητας, δηλαδή αυτές οι ηλεκτρικές παθήσεις της καρδιάς και σπανιότερα φλεγμονώδεις παθήσεις.

Έρχομαι στο Δίκτυο, το οποίο θα παρουσιάσει πολύ αναλυτικότερα ο κύριος Αναστασάκης και εν μέρει το παρουσίασε και ο κύριος Βλαχόπουλος. Το Δίκτυο Ιατρικής Ακριβείας, κύριοι Βουλευτές, κυρίες και κύριοι, είμαι συγκινημένος να λέω ότι είναι ένα διακομματικό διακύβευμα, διακομματικό project, που δύο Κυβερνήσεις των τελευταίων δέκα ετών, η Κυβέρνηση του ΣΥΡΙΖΑ και η κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας, το σεβάστηκαν απολύτως. Το Δίκτυο Ιατρικής Ακριβείας χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Έρευνας από τον κύριο Κώστα Φωτάκη, τον καθηγητή όταν ήταν Υπουργός Έρευνας και απλά του εξήγησα ότι τα χρήματα του Κράτους, γιατί μιλάμε για κρατικά ιερά χρήματα, δεν πηγαίνουν μόνο για τον καρκίνο, με τη μέγιστη συμπάθεια και εκτίμηση που έχω στους συναδέλφους αυτού του χώρου, αλλά και στους ασθενείς.

Εξήγησα ότι χρειάζεται να δούμε και τα θέματα της καρδιάς και ο τότε Υπουργός, ο κύριος Φωτάκης, ένας πολύ εξαιρετικός ερευνητής, είχε την ευκαιρία να μας χρηματοδοτήσει για να γίνει ένα δίκτυο το οποίο θα σας το πω αμέσως μετά, ώστε να ξεκινήσει αυτή η προσπάθεια. Τα χρήματα τελείωσαν μέσα σε τρία χρόνια και απευθύνθηκα στον κύριο Δήμα, τον τότε Υπουργό Έρευνας της Νέας Δημοκρατίας, ο οποίος επίσης έδειξε την ίδια σοβαρότητα και το ίδιο ενδιαφέρον. Το Δίκτυο Ιατρικής Ακριβείας αξιολογήθηκε από το ΕΣΕΤΕΚ, το Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας και Τεχνολογίας το βρήκε εξαιρετικό και ξανά χρηματοδοτήθηκε και έτσι θέλουμε να είναι το Δίκτυο Ιατρικής Ακριβείας, μία διακομματική, αντικειμενοποιημένη, σοβαρή, έντιμη στο βαθμό που δεν μπορείτε να φανταστείτε προσπάθεια.

Στο Δίκτυο Ιατρικής Ακριβείας, οι κύριοι στόχοι του Δικτύου είναι η συστηματική συσχέτιση κλινικών και γενετικών δεδομένων σε οικογένειες με κληρονομικές καρδιοπάθειες, δημιουργία επιδημιολογικού χάρτη της Ελλάδος για τις κληρονομικές καρδιοπάθειες και τον αιφνίδιο θάνατο σε νέους και τον εντοπισμό γενετικών εστιών. Αυτό θα σας το πει ο κύριος Αναστασάκης. Επίσης, αναγνώριση φορέων, παθολογικών γονιδίων πριν την εκδήλωση της νόσου, δηλαδή απλά ένας πεθαίνει και όλη η οικογένεια θα διερευνηθεί, για να μην χάσουμε συγγενείς και παιδιά από αμέλεια. Το Δίκτυο, όπως σας είπα, για λόγους transparency ήταν επιθυμία μας να μην υπάρξει κεντρική δομή στο Δίκτυο. Ούτε ένα ευρώ δεν διαχειριζόμαστε εμείς σαν κεντρική δομή ή επιβλέπουσα αρχή. Όλα τα χρήματα με βάση το τεχνικό δελτίο δίδονται κατευθείαν στα νοσοκομεία, καθώς δεν προβλέπεται κανένα κόστος, ούτε για ένα γεύμα στην επιβλέπουσα αρχή. Ποτέ δεν πήραμε.

Επομένως, έχω την τιμή να είμαι ο Πρόεδρος της Εποπτεύουσας Αρχής με εκλεκτά μέλη τον κύριο Αναστασάκη, τον καθηγητή Elliott, που όλοι το γνωρίζουν στο Λονδίνο, την καθηγήτρια την κυρία Σπηλιοπούλου, τον καθηγητή κύριο Τσιούφη, την κυρία Δωροθέα Τσεκούρα, καρδιολόγο και μέλος του ειδικού διδακτικού προσωπικού. Αυτή είναι η επιβλέπουσα αρχή. Οπωσδήποτε σημαντική είναι η επιστημονική επιτροπή του δικτύου στην οποία προεδρεύει ο κύριος Αναστασάκης και συμμετέχει το «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, που είναι το κέντρο του δικτύου, το ΕΚΠΑ, το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, το ΑΧΕΠΑ, το ΠΑΓΝΗ στην Κρήτη, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο στα Ιωάννινα με καθηγητές την κυρία Νάκα και τον κύριο Μιχάλη, ο «Ευαγγελισμός» ασφαλώς, το «Ιπποκράτειο», το ΕΚΕΤΑ στην Θεσσαλονίκη, το ΙΤΕ, το ΙΙΒΕΑΑ και 12 επιπλέον δημόσια νοσοκομεία. Επομένως, έχουμε φροντίσει όλη την εικόνα, όλη την ανθρωπογεωγραφία των ειδικών της χώρας ώστε να τους συμπεριλάβουμε.

Ο στόχος είναι να καλυφθεί ολόκληρη η ελληνική επικράτεια, μέσα από ένα καλά οργανωμένο δίκτυο με πρωτεύοντα και δευτερεύοντα κέντρα αναφοράς. Το Δίκτυο υποστηρίζει την κλινική και την γενετική έρευνα, όπως σας είπα. Κυρίες και κύριοι, εδώ πρέπει να σταματήσω λέγοντας ότι το δίκτυο αυτό έχει κάνει έργο. Χιλιάδες έχουν μελετηθεί, χιλιάδες έχουν ταυτοποιηθεί και εμείς παλεύουμε σε μία προσπάθεια «για μια μοίρα άγνωστη» όπως το λέει ο ποιητής και παλιότερα ο Φιλόστρατος. Οι άνθρωποι γνωρίζουν τα γενόμενα, τα μέλλοντα τα γνωρίζουν οι θεοί «πλήρης και μόνοι κάτοχοι πάντων των φώτων». Εμείς όμως σε πείσμα του αγνώστου θα προσπαθήσουμε να κάνουμε ότι μπορούμε. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Να πω ότι στη συνεδρίαση μας είναι Βουλευτές εκπρόσωποι από όλα τα κόμματα. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών είναι γιατροί.

Τον λόγο έχει ο κ. Αναστασάκης.

**ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗΣ (MD, PhD, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Μονάδας Κληρονομικών Παθήσεων Καρδιάς, Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα στο «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο):** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Είναι μεγάλη μου τιμή να παρουσιάζω την προσπάθεια που κάνουμε σε πανελλαδική κλίμακα όσον αφορά την εφαρμογή της γενετικής και της ιατρικής ακρίβειας στη χώρα. Το Δίκτυο Ιατρικής Ακρίβειας ουσιαστικά είναι η «αιχμή του δόρατος» της εφαρμογής της κλινικής γενετικής στη χώρα μας στον τομέα της καρδιολογίας. Αποτελεί ένα κομμάτι μιας στρατηγικής που επεξεργάζεται η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία σταδιακά, ώστε να καλύψει σε τρεις βασικούς τομείς το πρόβλημα του νεανικού αιφνίδιου θανάτου.

Το ένα είναι το καρδιογράφημα στον έλεγχο των αθλητών, που ξεκίνησε το 2017 και με το νέο νόμο που ψηφίστηκε για τον αθλητισμό, εγκαθιδρύεται πλήρως και αποτελεί μια μεγάλη καινοτομία στη χώρα μας. Είναι οι πρώτες βοήθειες στην κοινότητα, που πρωτοβουλία έχει η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία σε αυτό και στην εκπαίδευση των πολιτών, ώστε ό,τι ξεφεύγει να μπορούμε να το αντιμετωπίσουμε όταν έχουμε ένα συμβάν στην κοινότητα, όπως συμβαίνει σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

Ο τρίτος πυλώνας, η τρίτη παράμετρος σε αυτή την προσπάθεια είναι το Δίκτυο Ιατρικής Ακρίβειας που στην ουσία αυτό που προσπαθεί είναι να εντοπίσει τους ανθρώπους που βρίσκονται σε κίνδυνο πριν κινδυνεύσουν να πεθάνουν ξαφνικά. Να μπορέσουμε, δηλαδή, μέσα στις οικογένειες που ήδη έχουν υποστεί αιφνίδιο θάνατο ή φέρουν άτομα με κληρονομικό νόσημα της καρδιάς και το γνωρίζουμε, αυτή η πληροφορία να μη χάνεται, όπως γινόταν παλιά, αλλά να αξιοποιείται στην προσπάθεια να εντοπίσουμε τους συγγενείς των ανθρώπων, που είτε πάσχουν από κληρονομικό νόσημα, είτε που έχουν υποστεί αιφνίδιο θάνατο και να δούμε ποιοι από αυτούς ενδεχομένως κινδυνεύουν και να τους προφυλάξουμε.

Η όλη ιστορία ξεκίνησε από την ίδια την κλινική πείρα μας. Ένα πολύ χαρακτηριστικό περιστατικό είναι η διαχείριση ενός ανθρώπου που είχε αρρυθμίες και είχε ένα κληρονομικό νόσημα της καρδιάς σε ένα μεγάλο τριτοβάθμιο κέντρο της χώρας. Αυτός ο άνθρωπος ζει, είναι πάρα πολύ καλά, ο τρόπος που τον διαχειριστήκαμε ήταν εξαιρετικός, αλλά μετά από τέσσερα χρόνια πέθανε η ανιψιά του 24 χρονών ενώ χόρευε. Το ερώτημα που προέκυψε, κοιτώντας ξανά την οικογένεια από την αρχή, είναι θα μπορούσαμε να σώσουμε αυτό το κορίτσι; Κοιτώντας το οικογενειακό ιστορικό και βλέποντας ότι ο θείος είχε ένα κληρονομικό νόσημα της καρδιάς όταν ελέγξαμε τον πατέρα, συνειδητοποιήσαμε ότι και αυτός είχε το ίδιο νόσημα, χωρίς όμως ιδιαίτερες ενοχλήσεις. Διότι τα κληρονομικά νοσήματα της καρδιάς έχουν το χαρακτηριστικό ότι μπορεί να μην υπάρχει η προειδοποιητική φάση, αλλά η πρώτη εκδήλωση να είναι ο ίδιος ο αιφνίδιος θάνατος.

Άρα, λοιπόν, αυτό επιβάλλει μια μεθόδευση από την Πολιτεία, από τους επιστημονικούς φορείς, να δράσουν με τέτοιο τρόπο και να εφαρμόσουν μια μεθοδολογία που να μπορούμε να βρούμε αυτά τα παιδιά πριν τα βρει ο αιφνίδιος θάνατος. Η γενετική μας δίνει δυνατότητες αφενός να τα βρούμε, αφετέρου να ελέγξουμε την οικογένειά τους, αλλά παράλληλα εάν θέλουμε να σταματήσουμε και την αλυσίδα της κληρονομικότητας. Να πάψει, δηλαδή, αυτό το κακό γονίδιο να μεταδίδεται στις επόμενες γενιές. Άρα, λοιπόν, η ωφέλεια πολλαπλασιάζεται. Ο τρόπος είναι η έγκαιρη διάγνωση. Είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιούμε στην Ελλάδα από πάρα πολλά χρόνια. Έχουμε πολύ καλές ομάδες και ικανές να εφαρμόσουν αυτή τη μέθοδο, διότι τη χρησιμοποιήσαμε πολύ στην αντιμετώπιση της μεσογειακής αναιμίας.

Τα κληρονομικά νοσήματα της καρδιάς, που πολύ ωραία παρουσίασε την υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια ο κ. Βλαχόπουλος, έχουν τη δυσκολία ότι δεν εμφανίζονται πάντα με την εικόνα που έχουμε στα βιβλία. Μπορεί να έχουμε υποκλινικές μορφές μέσα στην οικογένεια ή να έχουμε ανθρώπους που φέρουν το παθολογικό γονίδιο χωρίς να εκδηλώσουν το νόσημα. Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό αυτών των νοσημάτων είναι ότι, ενώ είναι σπάνια στο γενικό πληθυσμό, η αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια, για παράδειγμα, έχει ένα ποσοστό 1 στους 5.000. υπάρχουν περιπτώσεις που τα νοσήματα αυτά εμφανίζονται σε αθροίσματα, σε φωλιές.

Στη Νάξο, ας πούμε, η αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια και στην περιοχή των Κυκλάδων από 1 προς 5.000 στο γενικό πληθυσμό, είναι 1 στους 800 και οι φορείς των παθολογικών γονιδίων σε ετεροζυγωτία είναι 1 στους 200. Άρα, λοιπόν, βλέπουμε ότι είναι ένα σπάνιο νόσημα σε ορισμένες περιοχές χωρών και η Ελλάδα είναι μια χαρακτηριστική τέτοια χώρα και θα δούμε γιατί μπορεί να εκδηλωθεί, όχι σαν σπάνιο νόσημα, αλλά σαν ένα δημόσιο πρόβλημα υγείας.

Το τρίτο χαρακτηριστικό αυτών των νοσημάτων είναι αυτό που σας είπα ήδη, ότι αυτά τα νοσήματα μπορεί η πρώτη εκδήλωση να είναι ο αιφνίδιος θάνατος. Για αυτό το λόγο, λοιπόν, αναπτύχθηκε αυτό το πρότζεκτ, το Δίκτυο, το οποίο, αποτελείται από 18 κέντρα πανεπιστημιακά ή ινστιτούτα με πολύ καλό επιστημονικό προφίλ, όπως είναι το ΕΚΕΤΑ, όπως είναι το ΙΙΒΕΑΑ, όπως είναι το ΙΤΕ στην Κρήτη και το γενετικό τμήμα του «Ωνασείου» στην Αθήνα. Πλαισιώνεται από όλες τις Πανεπιστημιακές Κλινικές της χώρας και από το μεγαλύτερο νοσοκομείο του ΕΣΥ, τον «Ευαγγελισμό», και επίσης από τα Ιατροδικαστικά Πανεπιστημιακά Τμήματα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

Εφαρμόζεται μία μέθοδος όπου, όταν εντοπίζουμε έναν αιφνίδιο θάνατο ή ένα κληρονομικό νόσημα σε μια οικογένεια, όπως τόνισε ο Καθηγητής, ο κ. Βάρδας, ελέγχουμε όλη την οικογένεια τόσο κλινικά όσο και γενετικά. Η Πολιτεία έχει δώσει χρήματα και έχει διαμορφωθεί μία εθνική πλατφόρμα όπου όλα τα κέντρα της χώρας αυτή τη στιγμή τοποθετούν τα δεδομένα τους κλινικά και γενετικά σε αυτή την πλατφόρμα. Και αυτή η πλατφόρμα κρέμεται κάτω από το Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης στο Ινστιτούτο της ΕΔΥΤΕ Α.Ε.. Άρα, λοιπόν, υπάρχει ένα νομικό πλαίσιο πια που μπορούμε να κινούμεθα και το οποίο να είναι ασφαλές, να προστατεύει τα δεδομένα των ασθενών μας τόσο τα κλινικά, αλλά κυρίως τα γενετικά.

Παράλληλα, το Δίκτυο εκπαιδεύει γιατρούς σε περιφερικά κέντρα, όπως στην Αλεξανδρούπολη, στην Πάτρα, στη Λάρισα, στα Γιάννενα, που ήδη έχει αναπτυχθεί ένα κέντρο πάρα πολύ καλής ποιότητας, παρόλο που είναι καινούργιο, υπό την καθοδήγηση του κ. Μιχάλη και της κ. Νάκα. Ήδη από το 20109 το Δίκτυο συγκεντρώνει ένα μεγάλο αριθμό οικογενειών, οι οποίες έχουν κληρονομικά νοσήματα ή έχουν την εμπειρία του νεανικού αιφνίδιου θανάτου. Ωριμάζει σταδιακά το Δίκτυο, γιατί βλέπουμε τη διείσδυση της γενετικής, γιατί αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι. Η πρόκληση δεν είναι απλώς να ελέγξεις τον ασθενή, τον άνθρωπο που πάσχει και να βρεις το γονίδιο, το πώς θα μπορέσεις να διεισδύσεις, να δεχθεί η οικογένεια δηλαδή, να ελεγχθούν τα μέλη της για τον εντοπισμό υποκλινικών μορφών ή φορέων παθολογικών γονιδίων χωρίς κλινική έκφραση.

Ήδη τα αποτελέσματα του Δικτύου δείχνουν ότι ένα 20% περίπου των ανθρώπων που ελέγχουμε μέσα στις οικογένειες είναι άνθρωποι που έχουν το γενετικό υπόστρωμα και που δεν εκδηλώνουν κλινικά κάτι. Άρα, αυτοί οι άνθρωποι δεν θα γνώριζαν ποτέ ότι είχαν εν δυνάμει έναν κίνδυνο και δεν θα παρακολουθούνταν προληπτικά. Παράλληλα, καθώς ελέγχουμε το σύνολο της χώρας πλέον με τα κέντρα που έχουν στηθεί, βλέπουμε ότι η χώρα μας είναι ένα φυσικό πάρκο σπανίων παθήσεων, κυρίως λόγω των νησιών της, τα οποία για χρόνια λειτούργησαν σε κλειστές κοινότητες με ενδοοικογενειακούς γάμους.

Σταδιακά διαμορφώνεται αυτός ο χάρτης, ο οποίος μας δίνει τη δυνατότητα να ξέρουμε τόσο σε κλινικό όσο και σε γενετικό επίπεδο τι συμβαίνει στο επίπεδο των μυοκαρδιοπαθειών καταρχήν, αλλά και των άλλων κληρονομικών νοσημάτων στη χώρα μας. Φυσικά, έχουμε τη δυνατότητα στους ανθρώπους αυτούς, που είναι φορείς παθολογικών γονιδίων, εάν θέλουν να μην επιτρέψουμε τη μεταφορά των γονιδίων στις επόμενες γενιές. Αυτό δημιουργεί μία πολύ ευνοϊκή από πλευράς οικονομικής διαχείρισης του συστήματος υγείας, κατάσταση η οποία μπορεί να φανεί ότι στο μέλλον θα είναι πάρα πολύ σημαντικό να μην παράγουμε ασθενείς που είναι ιδιαίτερα κοστοβόροι. Ένας ασθενής με μυοκαρδιοπάθεια μπορεί να κοστίσει το έτος στο σύστημα υγείας από 50.000 ως 130.000 δολάρια και για αυτό το λόγο βλέπουμε ότι η προεμφυτευτική διάγνωση, η δυνατότητα δηλαδή να εμποδίσουμε το γονίδιο να περάσει στην επόμενη γενιά στα καρδιαγγειακά νοσήματα, διεθνώς συνεχώς αυξάνει.

Αυτή είναι η εφαρμογή της γενετικής της χώρας μας στο επίπεδο της πρόληψης και της εξατομικευμένης ιατρικής. Το Δίκτυο είναι εδώ όχι απλώς για να πει ότι θα κάνει, αλλά για να δείξει τι ακριβώς κάνει. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Σας ευχαριστούμε. Οι επικοινωνίες, η τεχνολογία, τα ψηφιακά, η καταγραφή, η χαρτογράφηση είναι η βάση για να μπορέσουμε να πάμε στα επόμενα στάδια και στα επόμενα βήματα. Να πω και εγώ ως πληροφορικός πως ό,τι μετριέται και καταγράφεται μπορεί να βελτιωθεί και να γίνει καλύτερο σε επόμενη φάση.

Το λόγο έχει η κυρία Ελισάβετ Προδρόμου, Γενική Γραμματέας του Δ.Σ. του Pharma Innovation Forum, η οποία μας υποστήριξε και συνεργαστήκαμε για να οργανώσουμε τη σημερινή εκδήλωση.

**ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΠΡΟΔΡΟΜΟΥ (Γενική Γραμματέας του Δ.Σ. του Pharma Innovation Forum):** Αξιότιμοι κ. Βουλευτές, κύριε Πρόεδρε, εκ μέρους του Pharma Innovation Forum, που είναι μια ένωση 30 εταιρειών βιοφαρμακευτικής καινοτομίας και καινοτομίας αιχμής στην Ελλάδα, που ειδικεύονται στην ανακάλυψη, ανάπτυξη και διάθεση νεότερων τεχνολογιών υγείας, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές ευχαριστίες προς τον Πρόεδρο της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, κ. Γεώργιο Στύλιο, για αυτή την πραγματικά διορατική του πρωτοβουλία να φέρει στο επίκεντρο του κοινοβουλευτικού διαλόγου ένα ζήτημα, το οποίο έχει σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και δεν είναι άλλο από την πρόληψη και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των καρδιομυοπαθειών.

Δυστυχώς, όπως ήδη αναφέρθηκε, τα καρδιαγγειακά νοσήματα εξακολουθούν να αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στη χώρα μας γεγονός, το οποίο αφήνει πραγματικά ένα βαρύ αποτύπωμα όχι μόνο υγειονομικό, αλλά ταυτόχρονα και κοινωνικό και οικονομικό απειλώντας συνολικά το σύστημα υγείας και την κοινωνική συνοχή. Σε αυτό το πλαίσιο, λοιπόν, και σε αυτό το σημείο καθίσταται πραγματικά επείγουσα η ανάγκη διαμόρφωσης μιας ενιαίας Εθνικής Στρατηγικής, ενός πλαισίου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ένα πλαίσιο το οποίο θα καλύπτει ολόκληρο το χρονικό συνεχές, το οποίο ξεκινάει από την πρόληψη, τον προσυπτωματικό έλεγχο, μέχρι την πρόσβαση στις νεότερες καινοτόμες θεραπείες και στις θεραπείες αιχμής και τελικά την αποκατάσταση ή ακόμα και την παρηγορική θεραπεία. Το συγκεκριμένο πλαίσιο θα πρέπει να αντιμετωπίσει και μια πολύ μεγάλη πρόκληση και δεν είναι άλλη από αυτή της υποδιάγνωσης των κληρονομικών καρδιοπαθειών και των μυοκαρδιοπαθειών που θέτει σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή πολλών ασθενών και πολλών νέων ασθενών όπως πριν αναφέρθηκε.

Εδώ ερχόμαστε, ακριβώς, στην πρόοδο της βιοϊατρικής τεχνολογίας και έρευνας, και της βιοτεχνολογίας, η οποία την τελευταία εικοσαετία έχει κάνει αληθινά θαύματα, έχει υπάρξει συναρπαστική ως προς τις εξελίξεις. Οι νέες θεραπείες που έχουν αναπτυχθεί για σοβαρά χρόνια νοσήματα, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, έχουν συμβάλλει ευθέως και σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, στην αποτελεσματικότητα και στη βελτίωση της κλινικής εικόνας. Αυτό προκύπτει από τη μείωση των περιφερειακών συμπτωμάτων και τον περιορισμό που αυτοί οι ασθενείς έχουν στην καθημερινότητά τους, ενώ ταυτόχρονα το υγειονομικό σύστημα δίνει εξοικονομήσεις από τη μείωση των πρόωρων θανάτων και τις μειωμένες ανάγκες για επεμβατική θεραπεία. Υπάρχουν ευρωπαϊκοί φορείς οι οποίοι αναφέρουν ότι η θνησιμότητα από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει περιορισθεί κατά 50% στις ευρωπαϊκές χώρες.

Είναι εκείνες που έχουν δίκαιη, ισότιμη και συνεχή πρόσβαση στις νεότερες καινοτόμες θεραπείες για τους ασθενείς, οι οποίοι τις χρειάζονται. Τα δεδομένα αυτά εμφατικά καταδεικνύουν ότι η καινοτομία δεν είναι απλώς μια θεραπευτική προσέγγιση, δεν είναι ένας αλγόριθμος, δεν είναι απλώς μια υπόσχεση πραγματοποιεί αυτά που υπόσχεται και αποκτά πολλαπλασιαστική αξία τόσο για τους ασθενείς και την επιβίωσή τους, όσο συνολικά και για το σύστημα υγείας. Συνολικά για το σύστημα υγείας η φαρμακευτική καινοτομία αποτελεί επένδυση και βελτιώνει την εθνική ανθεκτικότητα μέσω εξοικονομήσεων που προσφέρει στο σύστημα, σημαντικών εξοικονομήσεων από κόστη νοσηλίων και μακροχρόνιας φροντίδας.

Ωστόσο, η αξία της καινοτομίας γίνεται ρεαλιστική και πραγματώνεται, όταν έχουμε πρόσβαση στις νεότερες καινοτόμες θεραπείες, δίκαιη, έγκαιρη και ισότιμη πρόσβαση για όλους τους ασθενείς.

Εδώ, πραγματικά οφείλουμε να κάνουμε ένα βήμα πίσω και να αναγνωρίσουμε πάρα πολλές πρωτοβουλίες και προσπάθειες που έχουν γίνει από την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας. Θα αναφέρω κάποιες σημαντικές πρωτοβουλίες, όπως η αύξηση του προϋπολογισμού την τελευταία τετραετία, η επιτάχυνση της ψηφιοποίησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της βελτιστοποίησης των συνθηκών σε αυτό και η δέσμευση της Κυβέρνησης για ένα Ταμείο Καινοτομίας ή Ταμείο Μεταβατικής Αποζημίωσης, όπως λέγεται, ένα Ταμείο το οποίο θα φέρνει πιο κοντά στους ασθενείς και πιο νωρίς τεχνολογίες αιχμής, καινοτόμα προϊόντα και σημαντικά αποτελέσματα βιοτεχνολογίας υγείας.

Στον τομέα δε της πρόληψης θα ήθελα και εγώ να αναφερθώ, εκ μέρους του PharmaInnovation Forum, και να συγχαρώ την Αναπληρώτρια Υπουργό, την κυρία Αγαπηδάκη, για όλο αυτό το έργο του «Προλαμβάνω», το οποίο βασικό στόχο και σκοπό και όραμα έχει, να μειώσειν να κάνει έγκαιρη τη διάγνωση των χρόνιων νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά σε όλη την ελληνική επικράτεια και τελικά, καλύτερα, να διαχειριστεί ένα τόσο σοβαρό χρόνιο νόσημα.

Παρά τις σημαντικές προσπάθειες οι οποίες έχουν καταβληθεί τα τελευταία αρκετά χρόνια, εδώ θα ήθελα να σημειώσω ένα μείζον ζήτημα που υπάρχει για την καινοτόμο φαρμακευτική βιομηχανία και δεν είναι άλλο από την υπερσυσσώρευση ενός δημοσιονομικού φορτίου, που επιβαρύνει κυρίως την καινοτομία, επιβαρύνει κυρίως τις εταιρείες οι οποίες φέρνουν πιο κοντά στους ασθενείς όλα αυτά τα θαύματα της τεχνολογίας και καθόλου δεν συνάδει, γίνεται μέσω των υποχρεωτικών επιστροφών το γνωστό σε όλους  claw-back και καθόλου δεν συνάδει με την υγιή ανάπτυξη, με ένα περιβάλλον που ευνοεί την καινοτομία. Αντίθετα δε, λειτουργεί ως ένα αντικίνητρο, για τη δίκαιη και συνεχή και βιώσιμη πρόσβαση των νεότερων θεραπειών στη χώρα μας και αυτό οι Έλληνες ασθενείς δεν το αξίζουν.

Επομένως, χρειάζεται επιτάχυνση των μεταρρυθμίσεων. Χρειάζεται, εξυγίανση της φαρμακευτικής πολιτικής και ενίσχυση της προβλεψιμότητας και η προβλεψιμότητα είναι μία πολύ κρίσιμη παράμετρος για -τις εταιρείες- τις καινοτόμες εταιρείες που δραστηριοποιούνται και επιχειρούν στη χώρα μας.

Ως PharmaInnovation Forum, λοιπόν και εκπροσωπώντας αυτό το θεσμό, θα έλεγα ότι θεωρούμε ότι ο ρόλος μας σε αυτή τη χώρα, δεν είναι απλώς να ανακαλύψουμε, να αναπτύξουμε και να καταστήσουμε διαθέσιμες τις νεότερες θεραπείες, δεν περιορίζεται εκεί. Θεωρούμε ότι έχουμε ενεργό ρόλο και είμαστε εδώ για αυτό, να προσφέρουμε τεκμηριωμένες προτάσεις πολιτικής υγείας, τεκμηριωμένες λύσεις, να αναδείξουμε λύσεις, να συμβάλουμε στην ενημέρωση του κοινού, του πληθυσμού, για τις ασθένειες, να ενισχύσουμε την πρόληψη και τελικά να βοηθήσουμε στην καλύτερη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και είμαστε εδώ για αυτό.

Ένα εμφατικό χαρακτηριστικό παράδειγμα, είναι αυτό που συζητάμε σήμερα και υλοποιήθηκε πρόσφατα. Είναι μια πρωτοβουλία σε συνεργασία με το Δίκτυο Ιατρικής Ακριβείας στην καρδιολογία και της Ένωσης Ασθενών και έγινε με σκοπό να εκπονηθούν προτάσεις πολιτικής υγείας για την καλύτερη διαχείριση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των μυοκαρδιοπαθειών στην Ελλάδα. Ευελπιστούμε, λοιπόν, ότι η σημερινή συνεδρίαση θα αποτελέσει την αφετηρία μιας διακομματικής σύγκλισης, μίας πολιτικής πρωτοβουλίας της Κυβέρνησης και των υπόλοιπων κομμάτων, για την ανάπτυξη ενός εθνικού στρατηγικού σχεδίου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενός μεσοπρόθεσμου εθνικού πλάνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Από την πλευρά μας, ως PharmaInnovation Forum και εκπροσωπώντας την βιοϊατρική τεχνολογία, την καινοτομία και τις τεχνολογίες αιχμής, λέμε ότι είμαστε παρόντες σε όλες αυτές τις διεργασίες και σε άλλες παρόμοιες, μαζί με την επιστημονική κοινότητα, μαζί με τους συλλόγους ασθενών, μαζί με την Πολιτεία, προκειμένου να αναδειχτούν όλα τα μέχρι σήμερα επιτεύγματα και όλες οι καλές δράσεις και όλες τις καλές πρακτικές. Ταυτόχρονα, όμως, είμαστε εδώ για να δουλέψουμε, προκειμένου να καλύψουμε τα κενά στη φροντίδα των ασθενών σε ένα τόσο σοβαρό χρόνιο νόσημα. Σας ευχαριστώ θερμά.

Στο σημείο αυτό έγινε η β΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Ακτύπης Διονύσιος, Βλαχάκος Νικόλαος, Βρεττάκος Γεώργιος, Γιόγιακας Βασίλειος, Γιώργος Ιωάννης, Γκολιδάκης Διαμαντής, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλογερόπουλος Δημήτριος, Καλλιάνος Ιωάννης, Καραμπατσώλη Κωνσταντίνα, Καρασμάνης Γεώργιος, Κεφάλα Μαρία-Αλεξάνδρα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Λυτρίβη Ιωάννα, Μαντάς Περικλής, Μονογυιού Αικατερίνη, Μπαραλιάκος Ξενοφών (Φώντας), Οικονόμου Θωμαΐδα (Τζίνα), Παπαθανάσης Αθανάσιος, Παπακώστα – Παλιούρα Αικατερίνη (Κατερίνα), Παπασωτηρίου Σταύρος, Σενετάκης Μάξιμος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σταμάτης Γεώργιος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Αποστολάκη Ελένη – Μαρία (Μιλένα), Καζάνη Αικατερίνη, Παππάς Πέτρος, Παρασκευαΐδης Παναγιώτης, Πουλάς Ανδρέας, Τσίμαρης Ιωάννης, Χρηστίδης Παύλος, Γαβρήλος Γεώργιος, Γιαννούλης Χρήστος, Καλαματιανός Διονύσιος – Χαράλαμπος, Νοτοπούλου Αικατερίνη (Κατερίνα), Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Πολάκης Παύλος, Κομνηνάκα Μαρία, Κατσώτης Χρήστος, Λαμπρούλης Γεώργιος, Κτενά Αφροδίτη, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Φερχάτ Οζγκιούρ, Φωτίου Θεανώ, Οικονομόπουλος Τάσος, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Μπιμπίλας Σπυρίδων, Ασπιώτης Γεώργιος, Λινού Αθηνά, Μπαράν Μπουρχάν, Παπαδόπουλος Νικόλαος και Φλώρος Κωνσταντίνος.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε, να δώσω τώρα τον λόγο στην κυρία Μένη Τσεκούρα, είναι η Β΄ Αντιπρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος και στη συνέχεια είναι ο εκπρόσωπος της ΕΣΑμεΑ και ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου της Αθήνας και ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου μέσω Webex και μετά οι Βουλευτές εκπρόσωποι των Κομμάτων.

Τον λόγο έχει η κυρία Τσεκούρα.

**ΜΕΜΗ ΤΣΕΚΟΥΡΑ (Β΄ Αντιπρόεδρος της Ένωσης Ασθενών Ελλάδος):** Σας ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε. Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε της Επιτροπής, κυρίες και κύριοι Βουλευτές, αξιότιμοι κυρίες και κύριοι, σήμερα θα μιλήσουν οι ασθενείς με ένα διαφορετικό ρόλο, να δούμε πώς συμβάλλουν προς την κατεύθυνση της πρόληψης και των πολιτικών της υγείας. Εκπροσωπώ την Ένωση Ασθενών Ελλάδας και θέλουμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες για την πρόσκληση και την ευκαιρία να συμμετάσχουμε στη σημερινή συνεδρίαση για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τις μυοκαρδιοπάθειες, ένα θέμα διαχρονικά κρίσιμο για τη δημόσια υγεία, που μας αγγίζει όλους και παρά την εσφαλμένη πεποίθηση, αγγίζει και όλες εμάς τις γυναίκες.

Πριν από τη συνεδρίαση, ο συνάδελφός μου που βρίσκεται εδώ, μου έλεγε ότι το 2005 η μητέρα του σε ηλικία 50 ετών υπέστη ξαφνικά ανακοπή καρδιάς. Η γυναίκα αυτή δεν είχε κάνει ποτέ σχετικές εξετάσεις, δεν είχε πάει ποτέ σε καρδιολόγο. Αυτό το προσωπικό παράδειγμα αποτυπώνει με τον πιο σαφή τρόπο γιατί είναι τόσο σημαντική η πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας για το Εθνικό Πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου καρδιαγγειακού κινδύνου που βρίσκεται αυτή τη στιγμή σε εξέλιξη. Η δυνατότητα πρώιμου εντοπισμού ασθενών υψηλού κινδύνου μπορεί να σώσει ζωές, αρκεί να διασφαλιστεί η προσβασιμότητα, η κατανόηση και η αποδοχή του προγράμματος από τον πληθυσμό.

Σε αυτό το σημείο και σε αυτό το σκέλος, οι σύλλογοι ασθενών, μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά με δράσεις ενημέρωσης, κινητοποίησης και συζητήσεις με τις τοπικές κοινωνίες. Πριν από λίγες μέρες, αυτή την βδομάδα και μάλιστα γύρισα χτες το βράδυ, με το σύλλογό μου κάναμε εξετάσεις στη Νεάπολη Λακωνίας. Είναι τέσσερις με τεσσεράμισι ώρες δρόμος, μακριά, σε χωριά, σε πληθυσμό που πραγματικά είχαν πάρει το sms, όμως μας είπαν, ότι είτε χρειαζόντουσαν καθοδήγηση για να καταλάβουν τι ήταν αυτό το sms ή επειδή δεν είχαν ούτε καν πρόσβαση σε γιατρούς και διαγνωστικά κέντρα.

Όλοι οφείλουμε, λοιπόν, να στηρίξουμε αυτές τις κοινότητες και είμαστε έτοιμοι να συνεργαστούμε με την πολιτεία στο σχετικό πρόγραμμα που σχεδιάζει να υλοποιήσει, γιατί εκεί πραγματικά είναι η ανάγκη. Η Ένωση Ασθενών Ελλάδας, είναι η Εθνική Συνομοσπονδία των Συλλόγων Ασθενών, εκπροσωπεί περισσότερους από τους 80 συλλόγους-μέλη από όλες τις θεραπευτικές κατηγορίες από κάθε γωνιά της Ελλάδας. Ο ρόλος μας, όπως προβλέπεται θεσμικά στο άρθρο 60 του ν.4931/2022, είναι η συμβολή στη διαμόρφωση και υλοποίηση και παρακολούθηση των πολιτικών υγείας, με επίκεντρο τον άνθρωπο λήπτη των υπηρεσιών υγείας. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, παραμένουν η πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και συνδέονται άμεσα με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, όπως η κακή διατροφή, η καθιστική ζωή, το κάπνισμα, η υπέρταση.

Επιπλέον, συναντώνται συχνά ως επιπλοκή ή συννοσηρότητα σε χρόνια νοσήματα όπως ο διαβήτης, οι νεφροπάθειές ή τα αυτοάνοσα. Για χιλιάδες ασθενείς στη χώρα μας, οι καρδιακές επιπλοκές δεν είναι εξαίρεση, είναι η καθημερινότητά τους. Ακριβώς για αυτό το λόγο η προσέγγιση απέναντι στα καρδιαγγειακά νοσήματα δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατη ή αποσπασματική. Απαιτείται μια ολιστική πολυεπίπεδη στρατηγική, που θα συνδυάζει, την πρόληψη, την έγκυρη διάγνωση, τη συστηματική παρακολούθηση και την ενδυνάμωση του ασθενούς και σε αυτή την κατεύθυνση οι σύλλογοι ασθενών, έχουν κρίσιμο ρόλο.

Η συμβολή των συλλόγων ασθενών είναι διττή. από τη μία πλευρά λειτουργούν ως δίκτυο υποστήριξης πληροφόρησης και κινητοποίησης των ασθενών και, από την άλλη, συνιστούν συλλογικούς φορείς διαβούλευσης και μεταφοράς τεκμηριωμένων προτάσεων στην πολιτεία. Οι σύλλογοι είναι οι πρώτοι που αναγνωρίζουν τα εμπόδια στην εφαρμογή των πολιτικών, αλλά και οι πρώτοι που κινητοποιούνται και φέρνουν την προώθηση λύσεων. Λειτουργούμε σαν μια γέφυρα ανάμεσα στους πολίτες και το Κράτος. Καταγράφουμε ανάγκες, αναδεικνύουμε τις δυσλειτουργίες, υποβάλλουμε τεκμηριωμένες προτάσεις και συμβάλλουμε στην υλοποίηση των πολιτικών, με κοινωνική νομιμοποίηση.

Ειδικά για τους χρόνιους ασθενείς, που αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της πολυνοσηρότητας, η δικιά μας παρέμβαση είναι πολύτιμη. Θεωρούμε, απολύτως, αναγκαία την εκπόνηση και την υιοθέτηση του εθνικού σχεδίου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, με συγκεκριμένους άξονες ποσοτικούς και δείκτες αξιολόγησης, κυρίως, με θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό και την παρακολούθησή του. Ένα τέτοιο σχέδιο πρέπει να περιλαμβάνει, μεταξύ των άλλων, ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ένα μονοπάτι διασύνδεσης χρονίων ασθενών με συννοσηρότητες, δράσεις πρόληψης και εγγραμματοσύνης υγείας με προσαρμογή σε ευάλωτες ομάδες, αποκατάσταση, φυσική άσκηση, ψυχοκοινωνική υποστήριξη μετά από καρδιακά προβλήματα και συμβάντα και, βέβαια, αξιοποίηση του Συλλόγου Ασθενών. Αυτό απαιτεί η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων.

Με βάση τα παραπάνω, η Ένωση Ασθενών Ελλάδας σχεδιάζει, μεταξύ άλλων, την υλοποίηση μιας στοχευμένης εκστρατείας ευαισθητοποίησης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα με τους εξής άξονες. Ενίσχυση της εγγραμματοσύνης υγείας σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, πολυκαναλικές δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού, προσαρμοσμένες σε απομακρυσμένες και ανάγκες διαφορετικές πληθυσμιακών ομάδων και παρεμβάσεις στο πεδίο, κοντά στον ασθενή, στις τοπικές κοινωνίες, με ιδιαίτερη στόχευση σε απομακρυσμένες και προβληματικές περιοχές, για τη μείωση ανισοτήτων στην Υγεία.

Πριν από λίγο καιρό αναφέρθηκε ότι είναι αναντικατάστατη η αξία της ανθρώπινης επαφής. Όποιος έρχεται αντιμέτωπος με διάγνωση, χρειάζεται ένα πρόσωπο, χρειάζεται ένα χέρι. Τα ψηφιακά εργαλεία, δε, μπορούν να αποκαταστήσουν το ανθρώπινο κομμάτι. Η συμμετοχή των συλλόγων είναι κρίσιμη για να στηρίξουμε τους ασθενείς σε κάθε τους βήμα, σε κάθε τους αγωνία. Χτίζουμε ένα ενιαίο οικοσύστημα, όπου η επιστήμη, οι επαγγελματίες yγείας και οι πολίτες συμμετέχουν εξίσου. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Σας ευχαριστούμε, κυρία Τσεκούρα.

Επόμενος ομιλητής είναι ο εκπρόσωπος της ΕΣΑμεΑ, ο κ. Κωνσταντίνος Χόρτης.

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΧΟΡΤΗΣ (Εκπρόσωπος της ΕΣΑμεΑ):** Σας χαιρετώ όλους. Ευχαριστώ, καταρχάς, τον Πρόεδρο, τον κ. Στύλιο. Ευχαριστώ όσους συνέβαλαν στην σημερινή εκδήλωση, όσους παρευρίσκονται, τους εκπροσώπους της επιστημονικής κοινότητας, τους βουλευτές, τους εκπροσώπους της βιομηχανίας, συναδέλφους, συμπάσχοντες. Νομίζω, όμως, ότι είμαι ο μόνος καρδιοπαθής αυτή τη στιγμή στην αίθουσα. Μπορεί να κάνω λάθος. Παραβρίσκομαι εδώ με διττή ιδιότητα, ως μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας της Εθνικής Ομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία και Πασχόντων από Χρόνιες Παθήσεις, είμαι μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας της από το 2017 και του Γενικού Συμβουλίου από το 2009. Επομένως, μπορώ να πω ότι επειδή πάσχω από συγγενή καρδιοπάθεια – και αυτό διαρκεί κάποιες δεκαετίες – είμαι ένας έμπειρος ασθενής που έχει περάσει από πολλές φάσεις και έχει γνωρίσει την πραγματικότητα και 10, 20, 30, 40, 50 χρόνια. Έχω γεννηθεί στο εξωτερικό, έχω ζήσει στο εξωτερικό, ταξιδεύω συχνά στο εξωτερικό, οπότε έχω και τη δυνατότητα να κάνω και κάποιες συγκρίσεις.

Πέραν, λοιπόν, των ευχαριστιών εκ μέρους της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία, η οποία αποτελεί το τριτοβάθμιο όργανο, αναγνωρισμένο από την Πολιτεία, εκπροσώπησης συλλόγων και φορέων, ομοσπονδιών, σωματείων κ.λπ. Ατόμων με Αναπηρία και χρονίως πασχόντων και πασχόντων από σπάνιες καρδιοπάθειες και τον επίσημο συνομιλητή της Πολιτείας πάνω στα θέματα αυτά, ταυτόχρονα, φέρω και την ιδιότητα του Προέδρου του Πανελλήνιου Συνδέσμου Πασχόντων από Καρδιοπάθειες, πρώην «Συγγενείς Καρδιοπάθειες».

Υπήρξε ένα rebranding, 2 με 2,5 χρόνια, το οποίο αποσκοπούσε στο να καλύψουμε ένα κενό, το οποίο ήταν πολύ έντονο στον χώρο μας και αυτό το κενό αφορούσε ότι, ενώ υπήρχαν κάποιοι εκπρόσωποι συλλόγων, οι σύλλογοι αυτοί αφορούσαν αποκλειστικά παιδιά, δηλαδή, συγγενείς καρδιοπάθειες, ούτε καν ενήλικες πάσχοντες από συγγενείς καρδιοπάθειες. Οι εστίες ήταν αποκλειστικά – και φαίνεται και από το όνομα των σωματείων αυτών – στα παιδιά που γεννιούνται με συγγενείς καρδιοπάθειες. Τα χρόνια πέρασαν, κάποτε, δε, φτάναμε στην ενηλικίωση. Εγώ γεννήθηκα στα τέλη της δεκαετίας του 60, είμαι 56 ετών, έχω ενηλικιωθεί εδώ και πάρα πολλά χρόνια και είναι χαρακτηριστικό ότι ο πληθυσμός των ενηλίκων που πάσχουν από συγγενείς καρδιοπάθειες σήμερα, για πρώτη φορά και στην Ελλάδα, ξεπερνά τον πληθυσμό των ανήλικων που πάσχουν από συγγενείς καρδιοπάθειες. Συνολικά, δηλαδή, είμαστε 40.000 με 45.000 παιδιά και ενήλικες σε ολόκληρη τη χώρα. Αυτό ως μία εισαγωγή.

Επειδή έχω μιλήσει πολλές φορές σε αυτή την αίθουσα και για διάφορα θέματα – ακόμη και για το δημογραφικό θέμα έχω μιλήσει εκπροσωπώντας την ΕΣΑμεΑ – έχω τον άχαρο ρόλο να μιλάω, ουσιαστικά, τελευταίος. Αυτό σημαίνει, πρακτικά, ότι επειδή οι εισηγήσεις όλων των προηγηθέντων ήταν πραγματικά πολύ υψηλού επιπέδου – και αυτό το λέει κάποιος που είχε συμμετάσχει σε πολλά διεθνή συνέδρια – εξαιρετικά ενδιαφέρουσες, εξαιρετικά εμπεριστατωμένες, έχουν καλύψει σχεδόν το σύνολο αυτών που θα ήθελα να πω.

Παρόλα αυτά, θα περιοριστώ, απλά, στο στόχο που έχουμε εμείς, ως εκπρόσωποι θεσμικά κατοχυρωμένοι και πιστοποιημένοι του χώρου μας. Αυτή τη στιγμή είμαστε ο μοναδικός φορέας ο οποίος εκπροσωπεί όλες τις υποκατηγορίες της λεγόμενης CVD, των καρδιαγγειακών παθήσεων, μεταξύ των οποίων, βέβαια, είναι και οι μυοκαρδιοπάθειες, στις οποίες έχει γίνει και μια ιδιαίτερη αναφορά και αποτελούν μία πολύ σημαντική υποκατηγορία, αν και όχι τη μόνη. Οι υποκατηγορίες είναι δεκάδες.

Η σημασία της εκπόνησης μιας εθνικής στρατηγικής, ενός εθνικού σχεδίου πέραν του «Προλαμβάνω», το οποίο ήταν ένα πολύ θετικό βήμα και απόλυτα πετυχημένο, αλλά ενός βραχυπρόθεσμου και μεσοπρόθεσμου για να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα, το οποίο είναι πολύ συνηθισμένο και συνεπάγεται, πραγματικά, τεράστιο κόστος σε όλους τους τομείς, όχι μόνο για τους ασθενείς, όχι μόνο για τις οικογένειές τους, αλλά γενικότερα για την κοινωνία, το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τον Κρατικό Προϋπολογισμό.

Άρα, η πρόληψη, η οποία έχει 3 στάδια, η σε πρώτο βαθμό πρόληψη είναι η πιο σημαντική από όλες, διότι αποτρέπει πολύ δυσάρεστες καταστάσεις. Έγινε ήδη αναφορά στη σημασία της τεχνητής νοημοσύνης. Είναι ο μεγάλος «game changer», το μεγάλο «νέο παιχνίδι» στο χώρο μας. Θα υπάρξουν μεγάλες εξελίξεις στο εξωτερικό. Έγινε αναφορά στο γονιδιακό έλεγχο και στην καταγραφή του γονιδιώματος. Είναι το λεγόμενο sequencing, το οποίο βρίσκεται σε εξέλιξη και θα φέρει μια πραγματική επανάσταση. Πάρα πολλές παθήσεις θα προλαμβάνονται πριν καν εκδηλωθούν και πριν μεταφερθούν στις επόμενες γενεές.

Ο στόχος ο δικός μας είναι η εκπροσώπηση του ασθενούς, η εκπροσώπηση στην καθημερινότητά του και η βελτίωση στην καθημερινότητά του. Ο διεθνής όρος είναι «advocacy». Στα ελληνικά είναι «συνηγορία», «προστασία», «υπεράσπιση» κ.λπ.. Αυτός είναι ο στόχος μας, να αποτελέσουμε και το έχουμε προσπαθήσει τα τελευταία 2 χρόνια - υπάρχουν περιθώρια, βέβαια, για πολύ μεγαλύτερη βελτίωση, να εκφράσουμε το μέσο ασθενή, έναν πολύ δύσκολο ασθενή. Ο καρδιολογικός ασθενής είναι πολύ δύσκολο να τον πλησιάσεις, να τον κινητοποιήσεις, να τον ενημερώσεις και αυτό γιατί τα καρδιαγγειακά δεν επηρεάζουν τόσο το lifestyle, την καθημερινότητα, δηλαδή, όπως ο καρκίνος, όπως ο διαβήτης, όπως κάποια αυτοάνοσα, όπως οι κλασικές αισθητηριακές, κινητικές και νοητικές αναπηρίες και άλλες παθήσεις.

Άρα, παρά το ότι είμαστε σχεδόν το 15% του πληθυσμού παγκοσμίως και οι παθήσεις μας αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου, όχι μόνο στην Ελλάδα, επίσης παγκοσμίως φτάνοντας περίπου το 35% με κάποιες μικρές διακυμάνσεις, ανάλογα με τις συνθήκες ζωής και την κοινωνική δομή σε κάθε χώρα και την οικονομική της κατάσταση, είναι ένας δύσκολος ασθενής. Αυτό που χρειαζόμαστε για να πετύχουμε στο έργο μας πέραν της συμμετοχής των ίδιων των ασθενών, είναι και η έμπρακτη συμμετοχή όλων αυτών που εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα. Πάλι θα χρησιμοποιήσω τον διεθνή όρο stake holders. Χρειαζόμαστε την Πολιτεία, χρειαζόμαστε την επιστημονική κοινότητα, χρειαζόμαστε την κοινωνία των πολιτών. Χρειαζόμαστε άλλα σωματεία που κινούνται στον ίδιο χώρο με εμάς. Nα συνεργαστούμε χωρίς προκαταλήψεις, χωρίς αντιπαλότητες, χωρίς προϋποθέσεις. Ο χώρος χωράει τους πάντες. Είμαστε όλοι ισότιμοι και συνεργάτες σε αυτό. Επειδή έγινε εκτεταμένη αναφορά στα θέματα στα οποία θα μπορούσα να τοποθετηθώ, περιορίζομαι μόνο στο δικό μας ρόλο.

Κλείνοντας, θέλω να τονίσω κάτι πολύ σημαντικό το οποίο δεν θα πρέπει να διαφεύγει σε κανέναν. Πριν 15, 20 χρόνια ο ασθενής δεν υπήρχε πουθενά. Δεν υπήρχε ούτε ως έννοια. Υπήρχε μία ιατρική στενά βιολογική επιστημονική προσέγγιση του ασθενούς. Αυτό την τελευταία δεκαπενταετία περίπου έχει αλλάξει και έχει αλλάξει διεθνώς και αυτό τα τελευταία χρόνια έχει έρθει και στην Ελλάδα. Ο ασθενής πλέον είναι στο κέντρο. Το κάθε πρόγραμμα και κάθε στρατηγική είναι ασθενοκεντρική. Ο ασθενής δεν είναι το απλό επίκεντρο είναι ο ενεργός παίκτης, είναι ο actor. Είναι ο βασικός stake holder. Προς αυτή την κατεύθυνση κινούμαστε. Γνωρίζουμε ότι η Κυβέρνηση έχει κάνει βήματα και αυτοί και οι προηγούμενες. Περιμένουμε ακόμη περισσότερα. Το κέρδος θα είναι πολλαπλασιαστικό για ολόκληρη την ελληνική κοινωνία και την ελληνική οικονομία. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Και εμείς ευχαριστούμε.

Τον λόγο έχει ο κ. Εξαδάκτυλος.

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ (Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου)**: Σας ευχαριστώ πάρα πολύ. Θέλω να ξεκινήσω με τα θερμότερα συγχαρητήρια για τη σημερινή συνεδρίαση της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων. Έχει την προσωπική σας σφραγίδα και έχει και το κύρος που προσδίδεται από τις ομιλίες των συναδέλφων Καθηγητών της Καρδιολογίας που προηγήθηκαν, που ανέλυσαν ένα θέμα με έναν τρόπο τόσο πλήρη, που να περισσεύει η οποιαδήποτε άλλη προσθήκη από όλους εμάς. Για να μη διολισθήσουμε λοιπόν στον βερμπαλισμό, ο οποίος συχνά τροφοδοτεί μια γραφειοκρατία και αυτό δεν είναι και πολύ καλό στην πρακτική ιατρική, θα ήθελα να κάνω δύο επισημάνσεις.

Η επιστήμη προοδεύει, θα προοδεύει και θα δίνει διαρκώς περισσότερα εργαλεία, τα οποία θα τα χρειάζεται μια κοινωνία η οποία γηράσκει και αντιμετωπίζει και δημογραφικό πρόβλημα στη χώρα μας. Τα προγράμματα πρόληψης ορθώς είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της Πολιτείας. Θα πρέπει όμως όλοι μαζί να δούμε το εξής. Ένα 30% - 40% των συμπολιτών μας δεν κάνουν χρήση των προγραμμάτων πρόληψης. Ειπώθηκε εκεί από την κυρία Αναπληρώτρια Υπουργό προηγουμένως. Είναι και η δική μας άποψη. Να ενώσουμε, λοιπόν, όλοι τις προσπάθειές μας, έτσι ώστε το ποσοστό αυτό να εκμηδενιστεί. Διότι, όταν θα εκμηδενιστεί αυτό το ποσοστό, θα έχουμε την καλύτερη απόδοση όλων όσων η επιστήμη μας έχει περιγράψει σήμερα με τον πλέον γλαφυρό τρόπο ότι μπορεί να προσφέρει και θα έχουμε τη μέγιστη ωφέλεια τόσο για την κοινωνία μας όσο και για την προσωπική υγεία του καθενός, αλλά και την βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων, οι οποίοι δεν είναι ατελείωτοι. Ολοκληρώνω συγχαίροντας για μια ακόμη φορά για τη σημερινή συνεδρίαση. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής)**: Ευχαριστούμε, κύριε Πρόεδρε.

Τον λόγο έχει ο κ. Πατούλης.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΤΟΥΛΗΣ (Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών)**: Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Κύριοι Βουλευτές, αγαπητοί καθηγητές, συνάδελφοι, Πρόεδροι των φορέων, καταρχάς να συγχαρώ για τις άρτιες επιστημονικά, αλλά και σε επίπεδο απόψεων των Εισηγητών που ακούστηκαν σε αυτή την αίθουσα. Πραγματικά, πιστεύω ότι είναι μια συζήτηση, η οποία μπορεί να προστεθεί ως κρίκος σε μία διαχρονική προσπάθεια που κάνει η Πολιτεία και η κοινωνία για το ζήτημα της ζωής και προφανώς για το πώς μπορεί η επιστήμη να βοηθήσει για τη διατήρησή της.

Θα μιλήσω για λίγο με δύο καπέλα, ως Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, αλλά και την τιμή που έχω για πολλά χρόνια να είμαι Πρόεδρος του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπου διαχρονικά μιλούσε για το ότι πρέπει να ξεφύγουμε από το νοσοκομειοκεντρικό επίπεδο της υγείας και να επεκταθούμε στην πρόληψη, τον προσυμπτωματικό έλεγχο και προφανώς τη σωστή ενημέρωση των πολιτών από τη γέννησή τους μέχρι και το τέλος του βίου τους. Αυτό τα τελευταία χρόνια βλέπουμε ότι λαμβάνει «σάρκα και οστά» διεθνώς και στη χώρα μας ιδιαίτερα και είναι το ελπιδοφόρο, διότι αυτό σαφέστατα εξοικονομεί όχι μόνο πόρους που θα έλεγε κανείς για το σύστημα της υγείας έχει πολύ μεγάλη αξία, αλλά εξασφαλίζει ποιότητα ζωής και προφανώς την ίδια τη ζωή.

Είναι σαφές ότι το ζήτημα του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι κάτι το οποίο θα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλες νόσους. Πολύ περισσότερο, βεβαίως και σωστά, στον καρδιαγγειακό κίνδυνο, που, όπως ακούστηκε και από τους Καθηγητές μας, είναι η πρώτη αιτία θανάτου και στην Ελλάδα και παγκοσμίως. Είναι προφανές, όμως, ότι θα πρέπει να συνδυαστούν και άλλες συνήθειες του ανθρώπου, όπως το θέμα της διατροφής, της άσκησης, αλλά και γενικότερα όλων εκείνων των φαρμακευτικών προσεγγίσεων, οι οποίες θα μπορέσουν ουσιαστικά να δώσουν τη δυνατότητα τού να μην υπάρξει πρόβλημα στη λειτουργία της καρδιάς.

Βεβαίως, ακούστηκαν πολύ σημαντικά πράγματα. Πραγματικά, φεύγω ιδιαίτερα ικανοποιημένος από τις άρτιες επιστημονικές απόψεις όλων των ομιλητών, αλλά και τη νέα τεχνολογία, στην οποία θα πρέπει η Ελλάδα να δώσει ιδιαίτερη έμφαση. Αυτή είναι η πρόθεση έχω την εντύπωση. Αλλά ας το πούμε και εδώ, κύριε Στύλιο, στο ότι η τεχνητή νοημοσύνη μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά ακόμα και στο γονιδιακό επίπεδο, αλλά και στη σωστότερη ακόμα προσέγγιση της θεραπείας. Είναι προφανές ότι ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών έχει πολλούς γιατρούς της χώρας μας. Είναι έτοιμοι να δώσουν όπως κάθε φορά και στα εύκολα και στα δύσκολα τον δικό τους αγώνα και προφανώς σήμερα θέλω να πω, εκ μέρους εκείνων των γιατρών της Αθήνας, εκπροσωπώντας τους, ότι θα είμαστε κοντά σε αυτή την ενωτική προσπάθεια.

Κλείνοντας, θα ήθελα να πω ότι θα μπορούσε να παίξει πάρα πολύ σημαντικό ρόλο και η ίδια η αυτοδιοίκηση. Δηλαδή, συμβολή της επιστήμης, της ακαδημαϊκής κοινότητας, των φορέων, προφανώς της Πολιτείας, αλλά και της ίδιας της αυτοδιοίκησης που σε αυτόν τον εγγύτερο βαθμό υπάρχει ο τρόπος της ενημέρωσης όλων των πολιτών με πολύ συστηματικό τρόπο.

Προφανώς, το θέμα του σχεδίου «Προλαμβάνω», που αυτή τη στιγμή εφαρμόζεται επ΄ αφορμής και του Ταμείου Ανάκαμψης, πολύ σημαντικό για τη χώρα και θεωρώ ότι αυτό συνέβαλε, αφενός μεν, η πολιτική βούληση, οι πόροι που βρέθηκαν, αλλά ακόμα και την προσπάθεια που κάναμε να επικοινωνήσουμε προς στην κοινωνία μέσα και από το ΕΔΔΥΠΠΥ και από την Καρδιολογική Εταιρεία, αλλά και από εσάς τους ίδιους τους καρδιολόγους ανά τη χώρα να μπορέσει να εκμεταλλευτεί ο κάθε πολίτης αυτής τη δυνατότητα την οποία έχει για την πρόληψη και να δει πριν υπάρξει οποιοδήποτε πρόβλημα πώς μπορεί να θεραπεύσει ενδεχομένως κάτι το οποίο ενδεχομένως να μην ήξερε κιόλας.

Με αυτές τις σκέψεις, συγχαρητήρια στην Επιτροπή σας κύριε Πρόεδρε. Συγχαρητήρια στους γιατρούς μας. Μην ξεχνάμε ότι είμαστε η χώρα του Ιπποκράτη. Εδώ γεννήθηκε η ιατρική σκέψη, η δυτική ιατρική σκέψη και έχουμε μεγάλο βάρος να πρωταγωνιστήσουμε σε αυτό, να κρατήσουμε ψηλά την επιστημονική σημαία και είμαι σίγουρος ότι αυτό γίνεται και αυτό θα συνεχίσουμε να κάνουμε μαζί. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου της Αθήνας. Να πω έτσι για να δίνουμε σε αυτούς που ανήκουν οι πρωτοβουλίες. Να πω ότι η Επιτροπή ξεκίνησε με τον προηγούμενο Πρόεδρο, με τον κύριο Βασίλη Οικονόμου, μια σειρά από ειδικές συνεδριάσεις και από ημερίδες. Δικιά του ήταν η πρώτη κίνηση, η πρώτη πρωτοβουλία και σε επόμενη συνεδρίασή μας θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα των ημερίδων και των συνεδριάσεων που έγιναν στη θητεία του κ. Βασίλη Οικονόμου ως Προέδρου της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων.

Πάμε τώρα στους βουλευτές εκπροσώπους των κομμάτων. Κύριος Βασίλειος Γιόγιακας, εκ μέρους της Νέας Δημοκρατίας θα τοποθετηθεί.

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΓΙΟΓΙΑΚΑΣ:** Κύριε Πρόεδρε, να σας συγχαρώ για την πρωτοβουλία να διοργανώσετε αυτή την όμορφη εκδήλωση. Καταρχήν, θέλω να σας χαιρετήσω σαν συνάδελφος βουλευτής τους βουλευτές και σας συνάδελφος καρδιολόγος στους καρδιολόγους που μας τίμησαν σήμερα με την παρουσία τους, καταξιωμένοι καθηγητές, καταξιωμένοι συνάδελφοι και με τις τοποθετήσεις τους ειλικρινά μας κάνανε ακόμη πάρα πολύ πιο σοφούς.

Εγώ είμαι βουλευτής Θεσπρωτίας από την Ήπειρο και χαίρομαι που σήμερα πολλοί ηπειρώτες καταξιωμένοι γιατροί, όπως ο καθηγητής μας ο κ. Μιχάλης Λάμπρος που τιμάει το πανεπιστήμιό μας. Ως φοιτητής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων έκανα την ειδικότητα μου στα Γιάννενα, όποτε νιώθω ειλικρινά τυχερός που συνεργάστηκα μαζί του, όπως και με τον καθηγητή τον κ. Γουδέβενο, καθότι και κουμπάρος μου, έμαθα αρκετά πράγματα και από τους δύο φυσικά. Ενασχολούμενος τόσα χρόνια με τα κοινά, νιώθω ότι η ιατρική είναι μεράκι, όπως και η πολιτική. Το να τα κάνεις και τα δύο μαζί – γιατί φεύγοντας από εδώ θα πάω να δω ασθενείς, γιατί έχουν και αυτοί την αίσθηση της αμοιβαιότητας, την ανάγκη να έχουν κάποιον δικό τους γιατρό να τους συμβουλεύει να τους θεραπεύει και να τους προλαμβάνει – νιώθω ιδιαίτερα τυχερός, κύριε Πρόεδρε, έχοντας αυτά τα δύο μετερίζια να τα υπηρετώ με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Επίσης, θέλω να πω ότι με τον κ. Βλαχόπουλο – δεν ξέρω αν θυμάται και αυτός – το 1997 τιμηθήκαμε σαν καλύτεροι νέοι καρδιολόγοι. Ο κ. Βλαχόπουλος, βέβαια, έγινε καθηγητής. Είχε άλλη πορεία. Εμένα με κέρδισαν τα κοινά. Θέλω να πω, λοιπόν, ότι όλα αυτά τα χρόνια με ιδιαίτερη αγάπη, ιδιαίτερη προσπάθεια, κατάφερα να συμβαδίζω και στα δύο. Η ιατρική και η καρδιολογία ιδιαίτερα έχει εξελιχθεί πάρα πολύ σημαντικά. Τεχνικές που τότε, το 1993 – 1996, κύριε καθηγητά δεν φανταζόμαστε ότι θα μπορούσαν να γίνονται στα Γιάννενα, με μεράκι και προσπάθεια καταφέρατε όντως να οδηγήσετε το νοσοκομείο σε πρωτοπόρες τεχνικές, πρωτοπόρες σε επεμβάσεις, που εκτιμώ ότι για την ήπειρο και για όλη τη βορειοδυτική Ελλάδα κοσμεί την περιοχή και οι αναφορές που γίνανε και από τους εκλεκτούς καθηγητές ήταν πάρα πολύ σημαντικές για την περιοχή μας.

Θέλω να πω λοιπόν, ότι η καρδιολογία, η επιστήμη γενικότερα και η ιατρική στη χώρα μας, έχει σημειώσει πάρα πολλά και σημαντικά βήματα. Έχουν γίνει και πάρα πολλές τομές το τελευταίο διάστημα με τις δυνατότητες των γιατρών, γιατί πρέπει να πω ότι οι γιατροί είναι πολλών ταχυτήτων. Είναι πανεπιστημιακοί, είναι ιδιώτες, είναι στρατιωτικοί. Όλες αυτές, λοιπόν, οι ταχύτητες των γιατρών δημιουργούν και πάρα πολλές δυσκολίες σε μια Κυβέρνηση και σε ένα Υπουργείο Υγείας, προκειμένου να διαχειριστεί τα πολλαπλά συμφέροντα όλων αυτών των ταχυτήτων, με την καλή πάντα έννοια. Άρα, λοιπόν, οι τομές που έχουν γίνει το τελευταίο διάστημα να μπορούν οι γιατροί να εξασκούν και ιδιωτικά το επάγγελμα ή πανεπιστημιακοί που ήταν και παλιότερα, νομίζω ότι έχει λύσει πάρα πολλά προβλήματα, αγαπητέ κύριε Πατούλη, και δίνει τη δυνατότητα στον κόσμο, στους ασθενείς, να εξυπηρετούνται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Κλείνοντας τη σύντομη τοποθέτησή μου, για μια ακόμη φορά να σας ευχαριστήσουμε θερμά για τις άριστες τοποθετήσεις και παρουσιάσεις. Νομίζω, αγαπητέ Πρόεδρε, ότι τέτοιες πρωτοβουλίες δίνουν τη δυνατότητα και σε εμάς τους βουλευτές, αλλά και στον επιστημονικό κόσμο, να μας παραθέτει τα καινούργια επιτεύγματα, τις καινούργιες μεθόδους και ότι καλύτερο που πάντα οι Έλληνες γιατροί που είναι πάρα πολύ μπροστά σε όλο τον κόσμο να καθοδηγούν την ιατρική επιστήμη. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε τον κ. Γιόγιακα. Πρέπει να κάνω κάτι γνωστό, να μοιραστώ μαζί σας. Μέχρι χθες είχαμε νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας για το αλκοόλ και τα καπνικά προϊόντα. Ο κύριος Γιόγιακας ήταν Εισηγητής και πάντα εντός του χρόνου, πάντα ουσιαστικός. Νομίζω ότι έτσι είμαστε και πιο χρήσιμοι και πιο ωφέλιμοι.

Τώρα τον λόγο έχει ο κ. Ιωάννης Τσίμαρης ως εκπρόσωπος από το ΠΑΣΟΚ.

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΜΑΡΗΣ:** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Αγαπητοί συνάδελφοι Βουλευτές, αγαπητοί συνάδελφοι, γιατί και εγώ είμαι ουρολόγος σε δημόσιο νοσοκομείο, σας καλωσορίζω. Ευχαριστούμε πάρα πολύ για τις εμπεριστατωμένες εισηγήσεις σας. Δείξατε ότι με συνέργεια μπορούμε να πετύχουμε πάρα πολλά πράγματα. Το επιστημονικό υπόβαθρο των Ελλήνων ιατρών είναι πάρα πολύ υψηλό και με τη βοήθεια και το πλαίσιο που μπορεί να κάνει η Πολιτεία για να σας βοηθήσει, όχι μόνο μπορούμε να ακολουθούμε τις εξελίξεις ή να συμβαδίζουμε, αλλά θεωρούμε ότι μπορούμε να τις οδηγούμε και αυτός είναι ο ρόλος μας. Να σας δώσουμε όλα εκείνα τα εχέγγυα και τα υλικά, έτσι ώστε να αναπτύξετε το γνωστικό σας αντικείμενο και τις δεξιότητες που έχουν όλοι οι Έλληνες γιατροί, πόσο μάλλον ακαδημαϊκή κοινότητα η οποία μπορεί και χαράσσει δρόμους.

 Σήμερα συζητούμε ένα ζήτημα, το οποίο έχει τεράστια σημασία για τη δημόσια υγεία, όπως όλοι γνωρίζετε. Έχει ακουστεί και αυτό που πρέπει προσημάνουμε είναι ότι έχει υγειονομική και κοινωνική πρόκληση και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με αποσπασματικά μέτρα. Είναι μια σιωπηλή πανδημία και όπως ακούστηκε παραμένει η πρώτη αιτία θανάτου. Γενικά στις επιπτώσεις και στο αποτύπωμα της ασθένειας είμαστε περίπου στο μέσο όρο της Ευρώπης, εμφανίζοντας όμως μια βαλτώδη κατάσταση για τους πρόωρους θανάτους, όπου είμαστε υψηλότερα από τον μέσο όρο και έχουμε υψηλό δείκτη χαμένων ετών υγιούς ζωής, αρκετά πάνω από τον μέσο όρο. Είναι μια ασθένεια που πλήττει τον κοινωνικό ιστό, οικογένειες, κοινότητες.

Αυτό που θέλω να αναδείξω είναι σε επίπεδο πολιτικής τέσσερις βασικούς άξονες, για να μειώσουμε την έκθεση κινδύνου, αλλά και να ενισχύσουμε την πρόληψη, γιατί τελικά δεν πλήττονται όλοι το ίδιο. Υπάρχουν στρώματα της κοινωνίας, τα οποία έχουν δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Υπάρχει ο κίνδυνος της φτώχειας, υπάρχει ο κίνδυνος του τρόπου της εργασίας, είναι όλα αυτά πολλαπλασιαστές κινδύνου και θα πρέπει να τα αναδείξουμε και ως Πολιτεία να παρέμβουμε, έτσι ώστε να μειώσουμε την επίπτωση της ασθένειας. Άρα, θα πρέπει μέσω της πρόληψης και της εκπαίδευσης να επέμβουμε, γιατί η καρδιακή υγεία χτίζεται νωρίς.

Είναι κρίσιμο να χτίσουμε και να ενισχύσουμε τη διατροφική αγωγή στα σχολεία, την προώθηση της σωματικής άσκησης, την αντικαπνιστική πολιτική, όχι μόνο σε επίπεδο νομοθεσίας, όπως κάναμε χθες και καταστολής, αλλά κυρίως ευαισθητοποίησης και πρόληψης, να κάνουμε εκστρατείες ενημέρωσης για την αναγνώριση των πρόωρων συμπτωμάτων, των παραγόντων κινδύνων. Καλό είναι το προλαμβάνουμε. Ακούσατε ότι πολύ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παρόλο που είναι δωρεάν οι εξετάσεις δεν έχει την κουλτούρα, την πρόθεση ή έχει την άγνοια να τις εκτελέσει. Άρα, πρέπει να κάνουμε καμπάνιες στοχευμένες σε ευπαθείς ομάδες, έτσι ώστε να καταφέρουμε πληθυσμός, ο οποίος είναι κυρίως σε περιοχές χαμηλού εισοδήματος, αγροτικές κοινότητες, άνεργους, ανασφάλιστους, που μεγαλώνουν σε περιβάλλοντα τα οποία έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην ενημέρωση, στοχευμένα να τους φέρουμε και να αναδείξουμε τα προτερήματα τόσο της πρόληψης όσο και της αλλαγής του τρόπου ζωής.

Φυσικά χρειάζεται ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κατ’ επέκταση του δημόσιου συστήματος υγείας. Εμείς είμαστε υπέρ της ένταξης της πρωτοβάθμιας στους δήμους, έτσι ώστε να γίνεται καλύτερη διαχείριση και παρέμβαση σε επίπεδο κοινωνίας. Αυτό που προτείνουμε είναι η δημιουργία ενός εθνικού προγράμματος τακτικού καρδιολογικού ελέγχου για πολίτες, αφού περάσουν και το screening, όπως σωστά εισηγείστε, πάνω από 40 ετών, το οποίο μπορούσε να σώσει ζωές. Φυσικά μιλάμε για την ανάγκη ενός εθνικού μητρώου και μιας εθνικής στρατηγικής ενός ολοκληρωμένου μητρώου καρδιαγγειακών νοσημάτων, γιατί αυτό είναι ένα εμπόδιο για την αξιολόγηση των πολιτικών υγείας που εφαρμόζουμε εμείς ως Πολιτεία. Δηλαδή, χωρίς δεδομένα δεν έχουμε πολιτική και χωρίς καταγραφή δεν έχουμε σχεδιασμό και εκεί πάσχουμε.

Χρειαζόμαστε επενδύσεις στην επιδημιολογική παρακολούθηση, χρειαζόμαστε ενίσχυση των ερευνητικών φορέων και συνεργασία με τα πανεπιστήμια, όπως γίνεται και τα νοσοκομεία και φυσικά να πρωτοστατήσουμε στην ανάπτυξη καινοτόμων θεραπειών. Χρειαζόμαστε ένα εθνικό μητρώο καρδιαγγειακών νοσημάτων, ένα ολοκληρωμένο εθνικό σχέδιο δράσης, με σαφείς στόχους, δείκτες αξιολόγησης που είναι το ζητούμενο και διαφάνεια στην υλοποίηση. Χρειαζόμαστε διαγενεακή συμμετοχή και συμμετοχική πολιτική υγείας. Όπως ακούσαμε και πολύ σωστά υπάρχουν αυτές οι παρεμβάσεις και πρέπει να σας ενισχύσουμε, να σταθούμε στο πλευρό σας, για να δούμε από νωρίς ποιος γενετικός παράγοντας επηρεάζει και να σας βοηθήσουμε με ενημέρωση και πόρους για να εφαρμόσουμε αυτές τις πολιτικές.

Φυσικά όλοι θα πρέπει να κάτσουμε στο ίδιο τραπέζι, επιστημονικοί φορείς, Πολιτεία και ασθενείς, στο τραπέζι των αποφάσεων ομότιμα, για να καθορίσουμε και να αξιολογήσουμε τις πολιτικές. Βεβαίως, θα πρέπει να έχουμε πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα, είναι αναγκαίο. Η υγεία για εμάς ως κόμμα δεν είναι κόστος, είναι επένδυση στην κοινωνία και στο μέλλον των παιδιών μας.

 Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, βουλευτές και γιατροί, το ζήτημα δεν είναι μόνο ιατρικό, είναι κοινωνικό και οικονομικό. Η καρδιακή νόσος πλήττει κυρίως τα πιο ευάλωτα στρώματα, επιβαρύνει το σύστημα υγείας, μειώνει την παραγωγικότητα και την ποιότητα ζωής. Εμείς πιστεύουμε σε ένα κράτος φροντίδας και δεν μπορούμε να αποδεχτούμε την Ελλάδα δύο ταχυτήτων στην υγεία. Άλλοι προλαμβάνουν και απολαμβάνουν και άλλοι, δυστυχώς από άγνοια ή λόγω μη σωστής πρόσβασης, καταλήγουν. Ο αγώνας για την καρδιαγγειακή υγεία είναι αγώνας στην ισότητα, την κοινωνική προστασία και την αξιοπρέπεια. Η καρδιαγγειακή υγεία είναι και θέμα κοινωνικής δικαιοσύνης και η εθνική απόκριση πρέπει να είναι συστημική, οριζόντια και μακροπρόθεσμη, με διακομματική στήριξη. Σας καλώ, λοιπόν, να εργαστούμε όλοι μαζί για ένα εθνικό σχέδιο καρδιαγγειακής υγείας. Σας καλώ να οικοδομήσουμε μια εθνική στρατηγική για την καρδιά, με δημόσιο χαρακτήρα, επιστημονική τεκμηρίωση, κοινωνική ευαισθησία και ρεαλιστικούς στόχους. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Τον λόγο έχει ο κ. Παναγιωτόπουλος.

**ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ:** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Αγαπητοί συνάδελφοι, βουλευτές και γιατροί, με ιδιαίτερη χαρά μετέχουμε σήμερα της συνεδρίασης αυτής, καθότι είμαι και εγώ μέλος της καρδιολογικής οικογένειας, οπότε η χαρά είναι μεγαλύτερη, γιατί άσκησα την καρδιολογία για πολλά χρόνια ως καρδιολόγος της κοινότητας. Επειδή κουβεντιάζουμε ένα εξειδικευμένο ζήτημα σήμερα, τις μυοκαρδιοπάθειες που αφορούν και σε νεαρές ηλικίες, θα πρέπει να στοχεύσουμε στην ενημέρωση του καρδιολόγου της κοινότητας, της επαρχίας, της υπαίθρου και της κοινωνίας, αλλά και της γειτονιάς και τη διασύνδεσή τους με το δίκτυο και τα εξειδικευμένα κέντρα, ούτως ώστε να μπορούμε να συλλαμβάνουμε από την ώρα που γίνεται το συμβάν τον ίδιο, την οικογένεια, το περιβάλλον, για να προχωρήσουμε σε όλα αυτά που η επιστήμη και η τεχνολογία σήμερα έχει καταφέρει.

Φανταστείτε ότι εγώ είμαι καρδιολόγος που από την Πάτρα στέλναμε στεφανιογραφία στο Λονδίνο. Φανταστείτε τι εποχής είμαι εγώ, η ιατρική στην Ελλάδα και πού έφτασε η ιατρική σήμερα. Η καρδιά είναι ένα από τα σοβαρότερα όργανα, αλλά και συμβάντα που μπορούν να συμβούν σε έναν άνθρωπο, καθότι αφορά τη ζωή του επειδή τα δέχεται όλα. Για αυτό και η κοινωνία και οι άνθρωποι την ψυχή δεν τη έβαλαν στο μυαλό, στην καρδιά τη βάλανε, γιατί τα δέχεται όλα, για αυτό έχει αυτές τις επιρροές, έχει και αυτά τα αποτελέσματα. Τα έπαθα και εδώ δηλαδή, ως καρδιοπαθής μπορώ να νιώσω και τη μια πλευρά και την άλλη. Λέω ότι η σύνδεση σήμερα με τα εξειδικευμένα κέντρα πρέπει να είναι τέτοια που να μην μας ξεφεύγει κανένας πλέον στη χώρα.

Τα δε καινοτόμα φάρμακα θα πρέπει ασφαλώς να απαλλαγούν από claw-back και να έχουν και άλλες ρυθμίσεις τέτοιες για να αποδώσουν τα αναμενόμενα. Η δε έρευνα πρέπει και άλλο να υποστηριχθεί εκ μέρους του κράτους και της Κυβέρνησης, για παράδειγμα με κατάργηση του ΦΠΑ στα υλικά που παίρνουν, διότι και τα αναλώσιμα έχουν ΦΠΑ μεγάλο. Βέβαια, δεν είναι μόνο ελληνικό φαινόμενο είναι πανευρωπαϊκό, η Αμερική δεν έχει όμως, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι επειδή το έχει η Ευρώπη εμείς πρέπει να το κρατάμε. Δεν πρέπει να κρατάμε μόνο τα κακά της Ευρώπης και ένα σωρό άλλα, τα οποία πρέπει να στηρίξουμε και βεβαίως τα προγράμματα γενικότερα, τα οποία εκπονούνται και με τα οποία συμφωνούμε, δεν πρέπει να αποτελούν πυγολαμπίδες ενημέρωσης, εντυπωσιασμού του κόσμου και να αποδώσουν αυτό που αποδώσανε και τελειώσαμε. Πρέπει να αποκτήσουν μόνιμη βάση μέσα στο εθνικό σύστημα υγείας, να εμπεδωθούν μέσα στο δημόσιο σύστημα υγείας, μέσα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Γιατί η πρωτοβάθμια είναι εκείνη που είναι δικτυωμένη με τους ανθρώπους του πεδίου.

Δεν είναι δυνατόν ο κ. Βλαχόπουλος να βρει πού είναι στην επαρχία το κάθε συμβάν. Εκείνος που θα το πιάσει να μπορεί να το φέρει εδώ. Άρα, τους δρόμους αυτούς της διασύνδεσης έχει υποχρέωση το ίδιο το Κράτος, η ίδια η Πολιτεία, το ίδιο το Υπουργείο, να τους διασφαλίσει, για να έχουμε το καλύτερο αποτέλεσμα, γιατί η ζωή δεν μετριέται με όλους μαζί. Με έναν-έναν μετριέται στη ζυγαριά, αλλά δεν υπάρχει αντίβαρο στην ανθρώπινη ζωή. Δεν μπορούμε να τη ζυγίσουμε και να πούμε τόσο κάνει ή τόσο δεν κάνει.

Είναι αναντικατάστατη, ανεπανάληπτη και πάρα πολύ ακριβή. Γιατί, είναι «θείον δώρον», όπως λέει ο κ. Παπαδόπουλος ή «δώρον της φύσης», όπως είπε κ. Βάρδας, ό,τι θέλετε κρατάτε. Πάντως, είναι τόσο ακριβό, τόσο πολύτιμο και αναντικατάστατο. Άρα, έχουμε υποχρέωση, να το διαφυλάξουμε. Σας ευχαριστώ, πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε τον κ. Παναγιωτόπουλο.

Τον λόγο έχει η κυρία Αθανασίου, από την «Ελληνική Λύση». Ιατρός και η κυρία Αθανασίου.

**ΜΑΡΙΑ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ:** Ευχαριστώ, κύριε Πρόεδρε. Ευχαριστώ και τους συναδέλφους καλεσμένους. Ως γιατρός και εγώ γυναικολόγος, παρότι σήμερα η τοποθέτηση θα είναι περισσότερο πολιτική. Οι απόψεις της Ελλάδας απέναντι στα καρδιακά νοσήματα, όπως είναι οι καρδιοπάθειες, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, η υπέρταση, περιλαμβάνει ένα συνδυασμό πολιτικών δημόσιας υγείας, πρόληψης, θεραπευτικής αντιμετώπισης και εκπαίδευσης. Η Ελληνική απόκριση στην αντιμετώπιση των καρδιακών νοσημάτων και των μυοκαρδιοπαθειών, αφορούν στην πρόληψη.

 Πρώτον, πρέπει να διεξάγονται με καμπάνιες ευαισθητοποίησης του πληθυσμού, με βάση τη διακοπή του καπνίσματος, την υγιεινή διατροφή και τον οδοντιατρικό έλεγχο, τη σωματική άσκηση. Επίσης, μέσω των προγραμμάτων ενημέρωσης για την υπέρταση, τη χοληστερίνη, το σακχαρώδη διαβήτη, τα οποία αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου. Ο προληπτικός έλεγχος ο οποίος αφορά στη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δέον να περιλαμβάνει συστάσεις για περιοδικούς καρδιολογικούς ελέγχους σε άτομα 40 ετών και άνω, καθώς και ενίσχυση του προγράμματος προληπτικής ιατρικής μέσω των κέντρων Υγείας και ΤΟΜΥ. Για αυτό το λόγο η «Ελληνική Λύση», θεωρεί πρωταρχικής σημασίας ζήτημα, την υγιή λειτουργία των κέντρων Υγείας και τον ΤΟΜΥ, αλλά και τον ΚΟΜΥ, στο πλαίσιο στο οποίο αυτές δραστηριοποιούνται.

 Είναι γεγονός ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, παραμένουν η πρώτη αιτία θανάτων στην Ελλάδα, όπως και παγκοσμίως. Τα κυριότερα προβλήματα συνίστανται στην καθυστέρηση στη διάγνωση, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές, στην έλλειψη προσωπικού και υποδομών, τόσο σε κεντρικά όσο και σε περιφερειακά νοσοκομεία, στα χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης σε θεραπεία και πρόληψης. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος, για τον οποίο η «Ελληνική Λύση», προτείνει, τη στελέχωση των περιφερειακών νοσοκομείων και όχι μόνο αυτόν, διότι η πλήρης και ορθή λειτουργία τους σώζει ζωές. Επίσης, η σωστή λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, θα αποσυμφορεί τα νοσοκομεία και σώζει επίσης ζωές. Οι νεότερες πρωτοβουλίες που έχουν ληφθεί συνίσταται στην ανάπτυξη του ψηφιακού φακέλου υγείας και συγκεκριμένα στην καταγραφή παραγόντων κινδύνου και στη συνταγογράφηση.

Επιπροσθέτως, σε ανάπτυξη προγραμμάτων τηλεϊατρικής σε νησιά και απομακρυσμένες περιοχές, σε συνεργασία με ιδρύματα όπως το Ίδρυμα «Νιάρχος», για ενίσχυση υποδομών, παραδείγματος χάρη, «Ωνάσειο» Εθνικό Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, ένας πλήρης εθνικός σχεδιασμός, στον οποίο θα πρέπει να υιοθετήσει πλήρως και η Ελλάδα. Συνίσταται η υιοθέτηση ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για καρδιαγγειακά νοσήματα, το οποίο αποτελεί και πάγιο αίτημα της Ελληνικής Καρδιολογικής εταιρείας, η οποία ζητά την άμεση κατάρτιση ενός τέτοιου ισχυρού Εθνικού Σχεδίου, το οποίο θα θέτει συγκεκριμένους στόχους, με χρονικούς ορίζοντες και προϋπολογισμό.

Το πλαίσιο περιλαμβάνει, πρώτον, πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη, με έγκαιρη ανίχνευση. Δεύτερον, πρόσβαση σε κατάλληλα φάρμακα και τεχνολογίες. Τρίτον, υποστήριξη, αποκατάσταση και βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σε αυτό μπορεί να περιλαμβάνονται δράσεις, όπως στοχευμένους περιορισμός του καπνίσματος και χρήση ατμίσματος.

Η «Ελληνική Λύση», εν προκειμένω, επιμένει στην ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με έμφαση σε προγράμματα προληπτικών ελέγχων και υγειονομικής προστασίας ευάλωτων ομάδων. Είναι πολύ σημαντική ενίσχυση των κατά τόπους κέντρων Υγείας, ακόμα και σε πόλεις όπως η Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα, Ηράκλειο, Χανιά, με στόχο να συνδεθούν με νοσοκομεία και να αναβαθμίσουν την πρωτοβάθμια υγείας.

Εγώ το γνωρίζω αυτό πάρα πολύ καλά, γιατί έκανα πάρα πολλά χρόνια σε ένα νησί, τη Λήμνο, όπου εκεί ήδη είχαμε πολλά προβλήματα όσον αφορά όταν ερχόταν ένας νέος με έμφραγμα. Προτείνουμε, λοιπόν, την ανάπτυξη της δυνατότητας αντιμετώπισης επείγουσας περίθαλψης και αποκατάστασης, όπως τη δυνατότητα άμεσης χορήγησης θρομβόλυσης σε έμφραγμα, στις απομακρυσμένες και νησιωτικές περιοχές, μέσω εκπαίδευσης γενικών γιατρών. Επίσης, αναδεικνύουμε την επιτακτική ανάγκη δημιουργίας Κέντρων Αποκατάστασης Καρδιοπαθών, με πολυεπιστημονικές ομάδες για την εν γένει φροντίδα, την πρόληψη και την επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής.

Για το σκοπό αυτό θεωρούμε σημαντική τη δημιουργία Εθνικών Μητρώων για σπάνιες ασθένειες, για καλύτερη καταγραφή και διαμόρφωση πολιτικών υγείας και την ενσωμάτωση εκπαιδευτικού υλικού κατά των καρδιακών νοσημάτων και καπνίσματος, από το δημοτικό σχολείο. Επίσης, την ενίσχυση, με εκστρατείες ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης για διατροφικούς, κινητικούς και καπνικούς κινδύνους.

Βέβαια, καλά όλα αυτά, ωστόσο, για την υλοποίησή τους, απαιτείται άμεση στελέχωση των κέντρων υγείας και επίλυση όλων των ελλείψεων στο ΕΣΥ. Επίσης, απαιτείται και συνεργασία, συντονισμός της πολιτείας, του ΕΟΔΥ, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και του εκπαιδευτικού τομέα. Ήδη, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως επίσης και οι μυοκαρδιοπάθειες, αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στην πατρίδα μας. Η φύση των ασθενειών της καρδιάς είναι τέτοια που, με την κατάλληλη πρόληψη, μπορεί να περιορίσει κατά πολύ τη θνησιμότητα, αρκεί να λειτουργούν όλα όπως πρέπει.

Η Κυβέρνηση, λοιπόν, μιας και τα ίδια τα στελέχη της ομολογούν το προφανές, ότι δηλαδή η ορθή λειτουργία του ΕΣΥ και η έγκαιρη πρόληψη σώζουν χιλιάδες ζωές, βρίσκεται μπροστά στην πρόκληση να φροντίσει την ενίσχυση του ΕΣΥ, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προκειμένου να μη χαθούν ζωές από αμέλεια, είτε από αδυναμία να λειτουργήσουν στοιχειωδώς οι δομές του ΕΣΥ. Είναι ζήτημα ζωής και θανάτου και η «Ελληνική Λύση» θα είναι δίπλα σε κάθε εγχείρημα, προς όφελος όλων των ασθενών. Σας ευχαριστώ.

**ΙΩΑΝΝΑ ΛΥΤΡΙΒΗ (Προεδρεύουσα της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε την κυρία Αθανασίου. Το λόγο έχει ο κ. Φερχάτ.

**ΟΖΓΚΙΟΥΡ ΦΕΡΧΑΤ:** Ευχαριστώ, κυρία Πρόεδρε. Σήμερα είναι μια πάρα πολύ σημαντική μέρα για την Επιτροπή μας, καθώς αναδεικνύονται ζητήματα, τα οποία απασχολούν μεγάλη μερίδα του πληθυσμού. α ήθελα να ξεκινήσω λέγοντας ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι μυοκαρδιοπάθειες αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου και παγκοσμίως και στην Ελλάδα. Η συστηματική αντιμετώπισή τους δεν αποτελεί μόνο υγειονομική, αλλά και κοινωνικοοικονομική αναγκαιότητα. Η εθνική απόκριση πρέπει να είναι συνολική, διατομεακή και στρατηγικά στοχευμένη.

Παρά τη σημαντική μείωσή τους, την τελευταία εικοσαετία, οι θάνατοι από καρδιαγγειακό εξακολουθούν να είναι η πρώτη αιτία θανάτου στη χώρα μας, περίπου στο 40%. Τα νοσήματα αυτά παρουσιάζουν αυξανόμενη επίπτωση σε νεότερους ενήλικες, λόγω καθιστικής ζωής, κακής διατροφής και ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων. Οι μυοκαρδιοπάθειες, αν και σπανιότερες, είναι υποδιαγνωσμένες και συχνά διαγιγνώσκονται όταν έχουν ήδη εξελιχτεί σε σοβαρή δυσλειτουργία του μυοκαρδίου.

Η μείωση, επιγραμματικά, οφείλεται στη γνώση που οδήγησε σε πιο εκτεταμένη πρόληψη, με στόχευση κυρίως στον τρόπο ζωής – άσκηση, διατροφή – και τα εκπαιδευτικά σεμινάρια και η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, στην εμφάνιση αποτελεσματικών νέων φαρμάκων, για την καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου, στην ανάπτυξη νέων ιατρικών δυνατοτήτων, για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των εγκατεστημένων παθήσεων.

Όμως, υπάρχει ακόμη πολύς δρόμος να διανύσουμε. Όταν μιλάμε για στρατηγικούς στόχους εθνικής απόκρισης, θα πρέπει να εννοούμε – και μέσα σε αυτά συμπεριλαμβάνονται και οι προτάσεις μας ως Νέα Αριστερά – για την πρόληψη πρώτου επιπέδου ενημέρωση των πολιτών για την πρόληψη και τις δράσεις που πρέπει να γίνουν προς την κατεύθυνση της αλλαγής του τρόπου ζωής, με ευθύνη της πολιτείας. Εκπαίδευση των πολιτών, με ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, για τροποποίηση παραγόντων κινδύνου, όπως κάπνισμα, διατροφή, άσκηση, αντιμετώπιση παχυσαρκίας, αποφυγή στρεσογόνων παραγόντων. Έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση. Καθολικός δημόσιος και δωρεάν καρδιολογικός έλεγχος σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι διαβητικοί, οι υπερτασικοί και οι παχύσαρκοι. Η ψηφιακή παρακολούθηση. Ενσωμάτωση ψηφιακών συστημάτων πρόβλεψης και τηλεκαρδιολογίας, στα Κέντρα Υγείας και τις ΤΟΜΥ. Εθνικό Μητρώο Καρδιοπαθειών. Καταγραφή περιστατικών για επιδημιολογική παρακολούθηση και στοχευμένες πολιτικές.

Για να αναφερθούμε και στην εξειδίκευση, στην αντιμετώπιση μυοκαρδιοπαθειών. δημιουργία αναφοράς σε μυοκαρδιοπαθητικά - καρδιομυοπαθητικά κέντρα, συνεργασία με γενετιστές και μεταμοσχευτικά προγράμματα.

Ας αναφερθούμε λίγο για τις δράσεις. Δράσεις όπως ο περιορισμός του καπνίσματος, η άσκηση, η ποιοτική διατροφή, η καταπολέμηση της παχυσαρκίας κ.λπ., πρέπει να μπουν στην καθημερινή ενημέρωση προς τον πολίτη. Η παρακολούθηση όλων αυτών είναι ανάγκη να στηρίζεται σε ένα ισχυρό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ένα δομημένο σύστημα δημόσιας υγείας. Και τα δύο σήμερα είναι υποστελεχωμένα και υπολειτουργούν.

Τα φάρμακα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να επανέλθουν σε καθεστώς μειωμένης συμμετοχής. Ας αναφερθούμε όμως και στους άξονες της πολιτικής υγείας. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εκπαίδευση ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην αναγνώριση πρόδρομων συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας και μυοκαρδιοπαθειών. Δωρεάν καρδιολογικός έλεγχος στις ηλικίες 40 και άνω με επικαιροποιημένο ιατρικό φάκελο.

Οι εξετάσεις που διερευνούν τους παράγοντες κινδύνου να είναι δωρεάν, χωρίς συμμετοχή για τους πολίτες, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κατάσταση και παράλληλα, χωρίς claw-back για τα εργαστήρια. Να ενισχύσουμε επιτέλους κανόνες στη συμμετοχή του ασφαλισμένου στις εξετάσεις υψηλού κόστους που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση των παθήσεων του καρδιαγγειακού, όπου σήμερα οι μεγάλοι όμιλοι εισπράττουν συμμετοχές κατά το δοκούν.

Ένα παράδειγμα που πρέπει να ελέγξει ο ΕΟΠΥΥ και το Υπουργείο είναι τι γίνεται με τις αξονικές στεφανιογραφίες. Να λειτουργήσει ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας για να μπορέσει ο κάθε φορά θεράπων ιατρός να παρακολουθεί ουσιαστικά τον κάθε πολίτη. Τέλος, να καταργηθεί ο περιορισμός του απαράδεκτου 15λεπτου που διατίθεται στους συμβεβλημένους και στους γιατρούς του ΕΣΥ για να εξετάσουν τον ασθενή και το οποίο δεν επαρκεί ούτε για τη συνταγογράφηση.

Πρέπει στη δευτεροβάθμια και στην τριτοβάθμια φροντίδα να γίνει ενίσχυση Καρδιολογικών Κλινικών και ΜΕΘ με εξειδικευμένο προσωπικό. Δικτύωση νοσοκομείων με δυνατότητα διακομιδής επειγόντων καρδιολογικών περιστατικών και να γίνουν εκστρατείες πρόληψης σε σχολεία, χώρους εργασίας και όπου αλλού χρειαστεί.

Στην έρευνα και στην καινοτομία πρέπει να υπάρχει μία γενναία χρηματοδότηση για την έρευνα γενετικών μεταβολικών και φλεγμονωδών παραγόντων μυοκαρδιοπαθειών και πρέπει να υπάρχουν οπωσδήποτε συνεργασίες και διεθνή παραδείγματα προς εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών από προγράμματα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και ευρωπαϊκών και διεθνών εξειδικευμένων οργανισμών.

Είναι αναγκαία η δημιουργία Διατομεακού Εθνικού Συμβουλίου Καρδιαγγειακής Υγείας με τη συμμετοχή Υπουργείων, ΕΟΠΥΥ, ΕΛΣΤΑΤ, των Ιατρικών Συλλόγων και επιστημονικών φορέων και εταιρειών. Προσδοκούμε μείωση νοσηρότητας και θνητότητας, ελάφρυνση κόστους του ΕΣΥ, αποφυγή επιπλοκών και νοσηλίων, βελτίωση της ποιότητας ζωής για χιλιάδες πολίτες και ενίσχυση κουλτούρας πρόληψης στην κοινωνία.

Κλείνοντας, η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των μυοκαρδιοπαθειών δεν είναι πολυτέλεια. Είναι μια επιτακτική ανάγκη, μια εθνική απόκριση βασισμένη στην πρόληψη, τη γνώση, τη συνεργασία και την καινοτομία που μπορεί να σώσει ζωές και να δημιουργήσει ένα πιο υγιές και ανθεκτικό σύστημα υγείας. Βέβαια, για να ισχύσουν τα παραπάνω είναι απόλυτη η ανάγκη για ισχυρό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ένα δομημένο σύστημα δημόσιας υγείας. Δυστυχώς και τα δύο σήμερα είναι υποχρηματοδοτούμενα, υποστελεχωμένα και υπολειτουργούντα. Σας ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Το λόγο έχει ο κ. Οικονομόπουλος.

**ΤΑΣΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ:** Ευχαριστώ, κ. Πρόεδρε. Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, κύριοι Καθηγητές, ευχαριστούμε για την ενημέρωση. Η εθνική απόκριση στα καρδιαγγειακά νοσήματα και στις μυοκαρδιοπάθειες αποτελεί σημαντική παράμετρο για την αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων που αποτελούν τους μεγαλύτερο παράγοντες θνησιμότητας.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων όλους τους επιστήμονες που μας ενημέρωσαν και δηλώνουμε απερίφραστα ότι εκτιμούμε την προσφορά που είναι κρίσιμης σημασίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και για την υγεία του ελληνικού λαού γενικότερα. Οι περισσότεροι από εμάς, αν και δεν είμαστε ειδικοί, αντιλαμβανόμαστε το παλαιότερο σύνθημα «η πρόληψη σώζει ζωές» έχει κυριολεκτική εφαρμογή στα νοσήματα που έχουν πολλαπλασιαστεί σε βαρύτητα και σε εύρος, λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Η εθνική ανταπόκριση στα νοσήματα αυτά περιλαμβάνει ένα σύνολο δράσεων και πολιτικών που αποσκοπούν στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση όσο και στην αποτελεσματική διαχείριση αυτών των παθήσεων. Εκτός από αυτές τις πτυχές περιλαμβάνεται και η ευαισθητοποίηση του κοινού, η παροχή δωρεάν προληπτικών εξετάσεων, η ανάπτυξη εξειδικευμένων κέντρων και η βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη.

Ως προς τις κύριες πτυχές της εθνικής απόκρισης γνωρίζουμε ότι κατά καιρούς διεξάγονται με διάφορες δράσεις. Παραδείγματος χάρη, για την πρόληψη έχουμε ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού για τους παράγοντες κινδύνου, κάπνισμα, παχυσαρκία, έλλειψη άσκησης, κακή διατροφή και άλλα, προώθηση υγιεινού τρόπου ζωής, σωματική δραστηριότητα, ισορροπημένη διατροφή και αποφυγή καπνίσματος και επικέντρωση σε πληθυσμιακές ομάδες με υψηλό κίνδυνο.

Αντίστοιχα για την έγκαιρη διάγνωση υπάρχουν ήδη σε εξέλιξη προγράμματα για δωρεάν προληπτικές εξετάσεις για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ειδικά προγράμματα για την έγκαιρη διάγνωση των μυοκαρδιοπαθειών. Θα ήταν χρήσιμο σε αυτό το σημείο να υπογραμμιστεί ότι παρά την κοινή αποδοχή αυτών των προγραμμάτων πρέπει να έχουμε μια λεπτομερέστερη ενημέρωση για το ποσοστό επιτυχίας και για την κάλυψη του κόστους σήμερα.

Η «Νίκη» εκ προοιμίου διάκειται θετικά σε κάθε πρωτοβουλία που αναβαθμίζει το επίπεδο υγείας του ελληνικού λαού, με μόνη επιφύλαξη να μην αποβαίνει υπερβολικά κοστοβόρα συγκριτικά με άλλες εναλλακτικές μεθόδους εφόσον υπάρχουν. Επίσης, θεωρούμε πως πρέπει να ενισχυθεί η ικανότητα τόσο των νοσοκομείων όσο και των κέντρων υγείας να διενεργούν έγκαιρες διαγνώσεις και γενικότερα να ενισχυθεί η πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Προτείνουμε να υπάρξει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη διαφάνεια στην πορεία τέτοιων προγραμμάτων, καθώς και στο ποσοστό επιτυχίας τους – δηλαδή να είναι προσβάσιμα σε πραγματικό χρόνο τα δεδομένα από όλους τους πολίτες και σε αυτά να περιλαμβάνονται και πηγές χρηματοδότησης από εθνικούς ή ευρωπαϊκούς πόρους – καθώς επίσης η δυνατότητα να συντελέσει θετικά στην αύξηση της συμμετοχής των πολιτών που πολλές φορές αμελούν και δεν αξιοποιούν τις ευκαιρίες αυτές.

Επίσης, θα θέλαμε να ενισχυθεί το δημόσιο σύστημα με περαιτέρω δυνατότητες άμεσης εκτέλεσης προληπτικών εξετάσεων τέτοιων προγραμμάτων, γιατί μεγάλο μέρος του ελληνικού λαού εμπιστεύεται περισσότερο το δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και επειδή μπορεί να γίνει εξοικονόμηση πόρων. Ίσως χρειαστεί ανάπτυξη εξειδικευμένων κέντρων καρδιολογικής περίθαλψης ή εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας ή και βελτίωση της πρόσβασης σε φάρμακα θεραπείας.

Δεν αγνοούμε τη σημερινή συνεισφορά του ιδιωτικού τομέα και θα θέλαμε περισσότερα στοιχεία, τα οποία, επίσης, θα προτείναμε να είναι δημόσια προσβάσιμα από κάθε πολίτη. Ο κάθε επαγγελματίας υγείας ή επιχείρηση που παρέχει σχετικές υπηρεσίες δεν έχει κανένα λόγο να κρύψει στατιστικά δεδομένα εφόσον δρα με ευσυνειδησία και υπευθυνότητα στον τομέα της. Οι ευσυνείδητοι επαγγελματίες θα πρέπει να ενισχύονται πάντοτε και να αναδεικνύονται μέσω αξιόπιστων και αξιοκρατικών διαδικασιών ελέγχου, ώστε να αναβαθμίζονται και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τον ελληνικό λαό από τον ιδιωτικό τομέα. Η απουσία ορθολογικών και συστηματικών ελέγχων όπως διαπιστώνουμε αυτές τις μέρες με όσα συνεχώς αναδύονται στην επιφάνεια την περίπτωση του ΟΠΕΚΕΠΕ προκαλεί κατάρρευση τόσο της αξιοπιστίας του κράτους όσο και της ποιότητας των υπηρεσιών ή προϊόντων του ιδιωτικού τομέα.

Αναμένουμε μια λεπτομερή περιγραφή των αποτελεσμάτων έως τώρα από τα σχετικά προγράμματα ή δράσεις καθώς και των προβλημάτων που παρουσιάζονται ώστε η Επιτροπή να είναι πιο προετοιμασμένη σε τυχόν προτεινόμενες νομοθετικές πρωτοβουλίες. Θα ήταν ενδιαφέρον να γνωρίζουμε το ποσοστό ανταπόκρισης του ελληνικού λαού, καθώς και τη διαχρονική εκτιμώμενη εξοικονόμηση πόρων από προηγηθέντα ανάλογα προγράμματα. Θα μπορούσαν ακόμα και να προταθούν βελτιώσεις από κάθε παράταξη εφόσον, βέβαια, έχουμε λεπτομερή πληροφόρηση για τα ανωτέρω. Θεωρούμε θετικό βήμα τη σημερινή ενημέρωση και ευελπιστούμε ότι θα υπάρξουν επόμενα ανάλογα βήματα με σκοπό πάντα την αναβάθμιση της υγείας και της ευζωίας του ελληνικού λαού.

Μία ερώτηση θα ήθελα να κάνω σε όποιον από τους καθηγητές είναι σε θέση να μας απαντήσει. Δεν μας πληροφόρησε κανείς για τις συνέπειες που είχε το εμβόλιο του Covid και για τα στατιστικά στοιχεία στους νέους ανθρώπους, που υπάρχει διάχυτη η εντύπωση στον ελληνικό λαό ότι έχουν αυξηθεί και ιδίως οι μυοκαρδιοπάθειες μετά τα εμβόλια του Covid. Θα ήμουν υπόχρεος, αν έστω κάποια στιγμή, μετά από τόσα χρόνια που έχουμε εμβολιαστεί στην συντριπτική μας πλειοψηφία, είχαμε ένα τέτοιο στατιστικό. Αν υπάρχει αύξηση ή όχι συνεπεία του εμβολίου στις μυοκαρδιοπάθειες κυρίως στους νέους ανθρώπους. Σας ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε τον κ. Οικονομόπουλο. Επικοινώνησα με τον κ. Λαμπρούλη, δεν θα τοποθετηθεί. Ο κ. Μπιμπίλας, εκπρόσωπος της Κ.Ο. «Πλεύσης Ελευθερίας», ήταν εδώ στην αρχή της συνεδρίασης μας και για αρκετή ώρα, αλλά είχε μία αμετάθετη υποχρέωση και έπρεπε να φύγει. Τώρα θα δώσω το λόγο στους βουλευτές.

Ο κ. Παπαδόπουλος, ανεξάρτητος βουλευτής, έχει το λόγο.

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ:** Ευχαριστώ πολύ. Ήθελα, παρόλο που το αεροπλάνο ετοιμάζεται να φύγει, να δω και εγώ τους συναδέλφους μου σε μια ευχάριστη για μένα σήμερα παρουσία που κάνατε εδώ στη Βουλή. Πραγματικά, από την ιατρική πολλά περιμένει ο κόσμος και θέλουμε, βέβαια, η ιατρική να είναι ενταγμένη σε αυτό που έλεγαν οι αρχαίοι «επιστήμη χωριζομένη της αρετής». Να είμαστε με την αρετή για να μπορέσουμε να προσφέρουμε στον κόσμο, γιατί πραγματικά υπηρετούμε κάτι πολύ σπουδαίο.

Σήμερα ακούσαμε για την καρδιά, σκεφτείτε και πόσα άλλα όργανα υπάρχουν. Εγώ είμαι καρδιοχειρουργός, ήμουν πολλά χρόνια στον ιδιωτικό τομέα, λίγο πήγα στο ΕΣΥ και μετά βρέθηκα εδώ πέρα. Η καρδιά μας, ως όργανο αν την δείτε, είναι ένας μυς 250 με 300 γραμμάρια. Αν αφαιρέσεις το υποεπικαρδιακό λίπος είναι αυτό το βάρος που σας λέω. Τι κάνει; Εσείς που κάθεστε περίπου ανά λεπτό δίνει 5,5 λίτρα. Εγώ που είμαι εδώ πέρα όρθιος δίνει πολύ περισσότερα και σε κάποιον που τρέχει μπορεί αυτά τα λίτρα να είναι μέχρι και 50, 60, σε καταστάσεις υπερδυναμικής κυκλοφορίας το λεπτό. Σκεφτείτε ότι στην ώρα διακινεί 330 λίτρα αυτός ο μικρός μυς και στο εικοσιτετράωρο διακινεί περίπου 8 τόνους υγρών αυτό το μικρό πραγματάκι. Πόσο πρέπει να το σεβόμαστε;

Ακούσατε για την παθολογία που είπαν πριν εδώ οι συνάδελφοι και είπαν μόνο «ψύλλους στα άχυρα». Για την παθολογία της καρδιάς, αν μπορούσαμε να μιλήσουμε, τους τόμους που μπορούσαμε να γράψουμε, η αίθουσα αυτή θα ήταν πάρα πολύ μικρή για να τους χωρέσει. Τι θέλω να πω με αυτό; Να τη σεβόμαστε. Είπε ο προηγούμενος συνάδελφος, ότι οι αρχαίοι έλεγαν ότι το κέντρο των συναισθημάτων είναι η καρδιά. Οι ερωτευμένοι σχηματίζουν καρδιά για να δείξουν τον έρωτα τους. Γιατί όμως; Γιατί είναι συνυφασμένη η καρδιά μας με τη ζωή. Όπως έλεγαν οι αρχαίοι – ας το πάμε και λίγο φιλοσοφικά, γιατί εμείς οι γιατροί αρερσκόμαστε να μιλάμε και φιλοσοφικά – το να δημιουργήσουμε ένα ον πραγματικά που δεν θα αρρωσταίνει ποτέ, τι θα ήταν, αγαπητοί συνάδελφοι; Ίσως θα ήταν το πιο αφύσικο ον στον πλανήτη.

Εμείς μαχόμαστε, όμως, γιατί έτσι είμαστε μαθημένοι, να μαχόμαστε και αυτό το μεταφέρουμε στην κοινωνία. Στην κοινωνία, όμως, υπάρχει και παθογένεια. Αλλά και όταν υπάρχουν καθεστώτα – που πάει λίγο να «μυρίσει» αυτό το καθεστώς της μηδενικής ανοχής – είναι και αυτό πραγματικά μια παρά φύσιν κοινωνία. Αυτά θα τα βρούμε μόνο στον παράδεισο όσοι αξιωθούμε να πάμε αν τα καταφέρουμε. Εκεί όμως δεν είναι παρά φύσιν, εκεί είναι υπέρ φύσιν.

Πραγματικά η πρόληψη είναι πάρα πολύ σπουδαία, είτε για την αποφρακτική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, είτε για τη στεφανιαία νόσο. Για αυτό τα παιδιά μέχρι να βγουν από το δημοτικό, δεν το συζητάμε, πρέπει να τα έχει δει καρδιολόγος. Ένα καρδιογράφημα και ένα υπερηχογράφημα είναι επιβεβλημένα από ειδικό καρδιολόγο που ξέρει υπέρηχο. Το επαναλαμβάνω αυτό, από καρδιολόγο που ξέρει υπέρηχο. Σας το λέω μετά λόγου γνώσεως. Σαν τους γυναικολόγους, όλοι οι καρδιολόγοι βάζουν εκεί και ξέρουμε τι βλέπουν. Πρέπει ένα παιδί να εξεταστεί από ειδικό γιατρό που θα βρει 2, 3 σημεία για να αποκλείσει αυτά τα νοσήματα.

 Δεν είναι όπως σας είπα μόνο η καρδιά, πρέπει να βάλουμε μπροστά και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Είχα βρεθεί όταν ήμουνα ειδικευόμενος και χρειάστηκε ένα νεφρό να το μεταφέρουμε. Μας βάλανε δυο τρεις ειδικευόμενους και είδα τα δρακόντεια μέτρα ασφαλείας που πήραν οι καθηγητές μου για να μεταφέρουμε ένα νεφρό. Και λέω για να μεταφέρουμε ένα νεφρό κάνουμε τέτοια στρατιωτική πειθαρχία, ένα νεφρό. Σκεφτείτε εμείς που έχουμε μέσα μας δύο νεφρά, δύο πνευμόνια, μία καρδιά, δύο μάτια, έναν εγκέφαλο, πόσους μύες και πόσα οστά, πόσο πρέπει να προσέχουμε, πόσο πρέπει να σεβόμαστε.

Είπε ο Πρόεδρος πριν, αν οδηγείτε σταματήστε. Πράγματι, πόσο σοβαρά πρέπει να τα δούμε ορισμένα πράγματα και πόσο πολύ σημασία πρέπει να δώσει η κυβέρνηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην αγωγή υγείας που πρέπει να ξεκινάει από το σπίτι μας, δηλαδή από τους γονείς, από την οικογένεια. Πρέπει ο άνθρωπος να θεραπεύεται. Όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το 70% των περιπτώσεων στα νοσοκομεία δεν θα υπήρχαν, αν λειτουργούσε σωστά η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πρέπει ο άνθρωπος να θεραπεύεται μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον, μέσα στο περιβάλλον του.

Μία ακόμα νύξη θέλω να κάνω κύριε Πρόεδρε, γιατί έχει παραγκωνιστεί λίγο με τις σούπερ εξειδικεύσεις. Είναι ορισμένα χοντρά πράγματα, πέρα από τη διατροφή μας, πέρα από την άσκηση που πολύ σωστά πρέπει να βάλουμε. Ο άνθρωπος είναι φτιαγμένος για να περπατάει. Γι’ αυτό μας έφτιαξε ο Θεός. Είναι το καλύτερο πράγμα για την καρδιά και βέβαια η διατροφή. Κάτι ακόμα που έχει διαφύγει πολύ από την ιατρική κοινότητα τα τελευταία χρόνια -χαίρομαι που έρχεται μπροστά μας- είναι ο ύπνος. Ο ύπνος είναι ένα πολύ σπουδαίο τμήμα της ζωής μας.

Οι γιατροί το έχουν ξεχάσει και θέλω να το τονίσω ότι δεν είμαστε νυκτόβια όντα, δεν μας έκανε ο Θεός κουκουβάγιες ή νυχτοπούλια. Υπάρχει το κωνάριο, η επίφυση που παλιά λέγαμε είναι ασήμαντης αξίας, αλλά παράγει τη μελατονίνη. Αυτή παράγεται σε ορισμένες ώρες. Ξεκινάει από το δειλινό και φτάνει μέχρι τη μία το βράδυ. Μετά όταν το χάσουμε αυτό, όταν δίνουμε φωτόνια στον αμφιβληστροειδή δεν παράγεται αυτή η ουσία η μελατονίνη και έτσι έχουμε προβλήματα. Αυτά τα τρία Κ που λένε οι Αμερικανοί, κατάθλιψη, καρδιοπάθεια καρκινώματα. Αυτό ήθελα να το θέσω υπόψιν του Σώματος.

Τέλος, να πω ότι η καρδιολογία και η καρδιοχειρουργική ήταν από τις ειδικότητες που συνέβαλαν πραγματικά στο να αυξηθεί ο μέσος όρος ζωής. Ήταν και άλλες ειδικότητες. Ας πούμε για τα καρκινώματα, είναι πολύ φτωχά αποτελέσματα, θα θέλαμε να ήταν περισσότερα. Αλλά μετά την ανακάλυψη των αντιβιοτικών και τις επιδημιολογικές εφαρμογές με τα εμβόλια κτλ., που όντως βοήθησαν –όχι σαν αυτά τα εμβόλια που υπαινίχθηκε πριν ο συνάδελφος και βγαίνουν πολλά από την Αμερική και ξέρουμε ακόμα περισσότερα, αλλά δεν θέλω να χαλάσω την ωραία ατμόσφαιρα- οπωσδήποτε η καρδιολογία και η καρδιοχειρουργική συνέβαλαν τα μέγιστα.

Παλιά θυμάμαι πάθαινε κανείς ένα έμφραγμα -πρόλαβα λίγο τότε τα πρώτα χειρουργεία καρδιάς τη δεκαετία του 90 με τον καθηγητή τον κύριο Σπανό ήμουνα- και για μια περισπώμενη ή για μια δεξιά ένας 40χρονος οδηγούνταν στο χειρουργείο. Ακόμα πιο παλιά, αν δεν προλάβαινε να πάει στην Αγγλία και τα λοιπά πέθαναν αυτοί οι άνθρωποι. Τώρα μπορούν να ζήσουν άλλα τόσα χρόνια, άλλα 40 χρόνια, εφόσον έχουν υποστεί μια ωραία αγγειοπλαστική ή μια αορτοστεφανία παράκαμψη. Ευχαριστώ πάρα πολύ και ευχαριστούμε και το Προεδρείο για τις πρωτοβουλίες αυτές για την υγεία του πληθυσμού μας. Ευχαριστώ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Να είστε καλά, κύριε Παπαδόπουλε, ευχαριστούμε. Τον λόγο έχει η κυρία Λινού. Γιατρός και η κυρία Λινού και ο κύριος Παπαδόπουλος. Γιατρούς η Επιτροπή έχει αρκετούς.

**ΑΘΗΝΑ ΛΙΝΟΥ**: Ευχαριστώ πολύ, κύριε Πρόεδρε και σας συγχαίρω για την πρωτοβουλία. Όλοι οι γιατροί είμαστε ενθουσιασμένοι. Επίσης, ευχαριστώ όλους τους συναδέλφους και τους συγχαίρω για τις παρουσιάσεις, όπως επίσης και τους εκπροσώπους των ασθενών. Θα μιλήσω πιο πολύ σαν ειδική της κοινωνικής ιατρικής, την οποία υπηρέτησα επί 40 - 50 χρόνια και το προλέγω αυτό, γιατί θα μιλήσω για τις μεθόδους πρόληψης. Αισθάνομαι ευτυχής που τουλάχιστον ο Υπουργός αναφέρθηκε σε πρωτογενή πρόληψη, στην αρχή δηλαδή, σε άσκηση ελέγχου της διατροφής, η καλή διατροφή, η πρόληψη του διαβήτη ίσως και της υπέρτασης. Γιατί όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση η οποία αυτή τη στιγμή ασκείται από το Υπουργείο δεν έχει καλή πρόγνωση.

Είναι πολύ απογοητευτικό να δει κανείς τι λέει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας που δεν συστήνει έγκαιρη διάγνωση, καθολική, δηλαδή, εξέταση των πληθυσμών για διάγνωση καρδιαγγειακών παθήσεων. Το Αμερικανικό CDC επίσης λέει ότι δεν συστήνεται η καθολική εξέταση του πληθυσμού. Το NHS λέει ότι συστήνεται μόνο κλινική εξέταση κάθε πέντε χρόνια από καρδιολόγο για βασικά πράγματα. Το ΝΙΗ επίσης έχει άρθρο που λέει ότι δεν συστήνονται, γιατί δεν αποδίδουν, δεν μειώνουν οι καθολικές εξετάσεις του πληθυσμού ούτε τη νοσηρότητα ούτε την θνησιμότητα. Καμία μελέτη δεν το αποδεικνύει. Προσπάθησε η Σουηδία να το εφαρμόσει, στη βόρεια Σουηδία, για μια περίοδο, αλλά το διέκοψε, γιατί δεν αποδίδει.

Η Αμερικανική Εταιρεία σε ένα task force που έχει ορίσει η Αμερική για προληπτικές εξετάσεις, επίσης λέει ότι το μέγιστο που μπορούμε να κάνουμε είναι να ελέγχουμε με υπερηχογράφημα κάτω κοιλιακής αορτής άτομα 65 έως 75 ετών που καπνίζουν. Επομένως, πρέπει να βρούμε άλλους τρόπους. Βέβαια, αντίθετα, διεθνώς είναι γνωστό ότι η έγκαιρη διάγνωση σε ομάδες υψηλού κινδύνου, ουσιαστικά το Δίκτυο στο οποίο αναφέρθηκαν οι σεβαστοί καθηγητές, είναι αυτό που πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται.

Επομένως, πολιτικά αυτή τη στιγμή, επειδή έχουμε πάντα και περιορισμένες δυνατότητες οικονομικές, θα πρέπει να ενισχύσουμε το δίκτυο, να ενισχύσουμε την έρευνα μήπως και βρεθεί κάποιος καλύτερος τρόπος έγκαιρης διάγνωσης. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει, ενώ υπάρχει για τον καρκίνο και αυτή είναι η απάντηση, γιατί κάνουμε όλα αυτά τα screening για τον καρκίνο και δεν κάνουμε για την καρδιαγγειακή νόσο. Θα πρέπει επίσης να επιλέξουμε να προωθήσουμε την πρωτογενή πρόληψη, δηλαδή, να ενημερώσουμε τους ανθρώπους να μετράνε πού και πού την πίεσή τους, γιατί όντως είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου.

Πέρα από αυτό, όμως, οι άλλοι παράγοντες όσο και αν το κάνουμε, αν το κάνουμε στο γενικό πληθυσμό δεν αποδίδει. Ξέρω ότι αυτό θα ακουστεί πολύ αιρετικό, αλλά το λέω με γνώση, γιατί και πριν να υπάρξουν οι Οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επαναλαμβάνω του Αμερικάνικου ECDC, του NHS, γιατί το ευρωπαϊκό ECDC δεν ασχολείται καθόλου βέβαια με χρόνια νοσήματα, οπότε δεν θα μπορούσε να συστήσει κάτι και του task force της Αμερικής για πρόληψη, συμφωνούν ότι το καθολικό screening για έγκαιρη διάγνωση καρδιαγγειακών νόσων έχει αποτύχει και δεν μπορεί να βοηθήσει. Αφού και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μέσα στους 10 κανόνες για το πώς καθορίζεις, αν θα εφαρμόσεις ένα Πρόγραμμα screening ή όχι, περιλαμβάνει παράγοντες που δεν είναι αποδοτικοί στο συγκεκριμένο screen, θα πρέπει να το ξανασκεφτούμε και να επενδύσουμε σε άλλες μορφές.

Το να επενδύσουμε στην έγκαιρη διάγνωση της μυοκαρδιοπάθειας, με τους απλούς τρόπους, να εντοπίσουμε κάθε αιφνίδιο θάνατο, το να επενδύσουμε στις θεραπείες, πρέπει να το κάνουμε και να περιμένουμε για το πότε θα αποφασίσουμε για καθολική έγκαιρη διάγνωση καρδιαγγειακών νοσημάτων, με τους τρόπους που πιθανόν να βρει η επιστήμη στο μέλλον. Ξέρω ότι θα δημιουργήσει αντίδραση αυτή η παρουσίαση, αλλά αισθάνθηκα υπεύθυνη να το κάνω.

Στους φοιτητές, στην Ιατρική Σχολή, όταν μιλάμε για screening, παρουσιάζαμε το check upαποτυχία, το γενικό check up,λέγοντας, ότι στην Αγγλία είχε εφαρμοστεί σε ορισμένες κοινότητες, σε ορισμένες μικρές πόλεις, οι οποίες στοιχειοποιήθηκαν στις μισές του γενικευμένου check up,στις άλλες μισές τίποτα και μετά από αρκετά χρόνια, η θνησιμότητα αυξήθηκε εκεί που γινόταν το check up. Για αυτό χρειάζεται να έχουμε αρκετή προσοχή στο τι προτείνουμε για το γενικό πληθυσμό. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Ευχαριστούμε και εμείς την κυρία Λινού, που πάντοτε παρεμβαίνει στην Επιτροπή και έχει ουσιαστικά πράγματα να μας πει, ειδικά για την Ιατρική.

Το λόγο έχει ο κ. Αναστασάκης.

**ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗΣ (MD, PhD, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος, Μονάδα Κληρονομικών Παθήσεων Καρδιάς, Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο):** Κυρία Λινού, πολύ σημαντικές οι παρατηρήσεις σας, απλώς θα ήθελα λίγο να μου πείτε, το screening που κάνει το δίκτυο, είναι στοχευμένο screening, δεν είναι, δηλαδή, για το γενικό πληθυσμό.

**ΑΘΗΝΑ ΛΙΝΟΥ:** Συστήνεται screening σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

**ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗΣ (MD, PhD, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος, Μονάδα Κληρονομικών Παθήσεων Καρδιάς, Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο):** Έτσι, εκεί είμαστε, σε αυτή τη κατηγορία, σωστό. Επομένως, συμφωνώ με την κυρία Λινού, απλώς ήθελα να γίνει αυτή η διευκρίνιση.

**ΑΘΗΝΑ ΛΙΝΟΥ:** Χάρηκα για την ερώτηση και σας ευχαριστώ πάρα πολύ, κύριε Καθηγητά. Είπα, ίσως δεν έγινα σαφείς, ότι χρειάζεται screening σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Αυτό το κάνουμε, παραδείγματος χάριν, αν θέλουμε να κάνουμε τεστ Παπανικολάου και δεν έχουμε λεφτά, κάνουμε μόνο στις πόρνες, γιατί είναι υψηλού κινδύνου.

**ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗΣ (MD, PhD, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος, Μονάδα Κληρονομικών Παθήσεων Καρδιάς, Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο):** Δεν είμαι καθηγητής, είμαι Αναπληρωτής Διευθυντής στο Ωνάσειο.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Θέλει να απαντήσει κάποιος στην ερώτηση που έκανε ο κ. Οικονομόπουλος;

Το λόγο έχει ο κ. Μιχάλης.

**ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ (Αντιπρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Καθηγητής Καρδιολογίας):** Εγώ θα ήθελα, ως εκπρόσωπος της Καρδιολογικής Εταιρείας, πραγματικά να σας ευχαριστήσω για αυτή την πρωτοβουλία σας, να σας ευχαριστήσω πάρα πολύ, να ευχαριστήσω όλους όσους ήταν εδώ και τους βουλευτές, για τα εποικοδομητικά τους σχόλια.

Θα ήθελα να κάνω μια μικρή παρατήρηση στην κυρία Λινού. Δεν κάνουμε screening καρδιοπαθειών. Κάνουμε screening παραγόντων κινδύνου. Αυτό νομίζω ότι είναι λίγο διαφορετικό πράγμα και νομίζω ότι αυτό θα βοηθήσει, γιατί υπάρχουν και κατευθυντήριες οδηγίες. Μια χοληστερίνη θα πρέπει να μετριέται σε οποιονδήποτε περνάει κάποια χρόνια σε κάποια ηλικία και νομίζω ότι, αυτό πάντοτε το λέγαμε, δεν ψάχνουμε ενεργά να βρούμε τη στεφανιαία νόσο. Νομίζω ότι τέτοιου είδους πρωτοβουλίες θα μας βοηθήσουν όλους και εσείς θα καταλάβετε καλύτερα και εμείς θα καταλάβουμε τις διαδικασίες με τις οποίες γίνονται όλες αυτές οι ζυμώσεις και το πώς προχωράει ο τόπος πιο μπροστά.

Όπως σας είπα, ευχαριστώ πάρα πολύ και ελπίζω να έχουμε πάλι ξανά σε κάποιο χρονικό διάστημα την ευκαιρία να μιλήσουμε και να συζητήσουμε πάλι τέτοιου είδους θέματα, τα οποία ενδιαφέρουν εμάς, αλλά νομίζω ενδιαφέρουν και όλη την κοινωνία. Πιστεύω ότι το σημερινό, αυτό που ήθελα να καταλήξω είναι, ότι καταλάβανε όλοι πλέον ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα δεν είναι κάτι με το οποίο πρέπει να πάψουμε να ασχολούμαστε. Είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας. Δεν είναι μια κερδισμένη, τελειωμένη μάχη. Είναι εδώ και χρειάζεται διαρκής αγώνας. Ευχαριστώ πολύ.

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ (Πρόεδρος της Επιτροπής):** Κλείνοντας να πω ότι, όπως ειπώθηκε από τους Εισηγητές, είναι πρώτη αιτία θανάτου και ειπώθηκε ότι υπάρχουν και κάποιοι που δεν το ξέρουμε και ίσως η πρώτη ένδειξη να είναι και η μοιραία ένδειξη και να «χαθούν», όπως είπε ο κ. Αναστασάκης. Άρα καταλαβαίνουμε πόσο σημαντικό ζήτημα είναι οι μυοκαρδιοπάθειες και πόσο σημαντικό είναι να συγκροτήσουμε μια Εθνική Στρατηγική, όταν ήδη η Ευρωπαϊκή Ένωση ετοιμάζεται και πάει προς αυτή την κατεύθυνση. Η Ελλάδα, η χώρα μας, να βρεθεί μπροστά, να πρωτοπορήσει, έχοντας πάντοτε στο επίκεντρο τον ασθενή, δηλαδή τον άνθρωπο. Διότι εδώ είμαστε για να κάνουμε το καλύτερο για τον άνθρωπο, για τη νέα γενιά και για το μέλλον της πατρίδας μας.

Κλείνοντας η σημερινή Ειδική Συνεδρίαση της Επιτροπής μας στη Βουλή στέλνει ένα μήνυμα ισχυρό. Έχει έναν συμβολισμό ότι η Βουλή «αγκαλιάζει» τις Εθνικές Στρατηγικές, προνοεί, δρα, έχει συνεργασία με την επιστημονική κοινότητα, δίνει βήμα στους επιστήμονές μας και θέλουμε από τους ειδικούς τις εισηγήσεις τους για να μπορέσουμε να διαμορφώσουμε και τις πολιτικές και τη νομοθεσία την Ελληνική και την Ευρωπαϊκή. Σας ευχαριστώ πολύ.

Ολοκληρώθηκε η συζήτηση.

Στο σημείο αυτό έγινε η γ΄ ανάγνωση του καταλόγου των μελών της Επιτροπής. Παρόντες ήταν οι Βουλευτές κ.κ. Ακτύπης Διονύσιος, Βλαχάκος Νικόλαος, Γιώργος Ιωάννης, Γκολιδάκης Διαμαντής, Ιατρίδη Τσαμπίκα (Μίκα), Καλλιάνος Ιωάννης, Καραμπατσώλη Κωνσταντίνα, Κεφάλα Μαρία-Αλεξάνδρα, Κρητικός Νεοκλής, Λιάκος Ευάγγελος, Λυτρίβη Ιωάννα, Μαντάς Περικλής, Μονογυιού Αικατερίνη, Οικονόμου Θωμαΐδα (Τζίνα), Μπαραλιάκος Ξενοφών (Φώντας), Παπαθανάσης Αθανάσιος, Παπασωτηρίου Σταύρος, Σκόνδρα Ασημίνα, Σούκουλη – Βιλιάλη Μαρία – Ελένη (Μαριλένα), Σταμάτης Γεώργιος, Στύλιος Γεώργιος, Συρεγγέλα Μαρία, Τσιλιγγίρης Σπυρίδων (Σπύρος), Χρυσομάλλης Μιλτιάδης (Μίλτος), Αποστολάκη Ελένη – Μαρία (Μιλένα), Καζάνη Αικατερίνη, Παππάς Πέτρος, Παρασκευαΐδης Παναγιώτης, Πουλάς Ανδρέας, Τσίμαρης Ιωάννης, Χρηστίδης Παύλος, Γαβρήλος Γεώργιος, Γιαννούλης Χρήστος, Καλαματιανός Διονύσιος – Χαράλαμπος, Νοτοπούλου Αικατερίνη (Κατερίνα), Παναγιωτόπουλος Ανδρέας, Πολάκης Παύλος, Κομνηνάκα Μαρία, Κατσώτης Χρήστος, Λαμπρούλης Γεώργιος, Κτενά Αφροδίτη, Αθανασίου Μαρία, Γραμμένος Βασίλειος, Φερχάτ Οζγκιούρ, Φωτίου Θεανώ, Οικονομόπουλος Τάσος, Κεφαλά Γεωργία (Τζώρτζια), Μπιμπίλας Σπυρίδων, Ασπιώτης Γεώργιος, Λινού Αθηνά, Μπαράν Μπουρχάν, Παπαδόπουλος Νικόλαος και Φλώρος Κωνσταντίνος.

Τέλος και περί ώρα 13.10΄ λύθηκε η συνεδρίαση.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

 **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΟΣ ΜΑΡΙΑ – ΝΕΦΕΛΗ ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΙΔΟΥ**