ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΙΑΣ

Δημιουργία πρωτοπόρου Κέντρου στη Θεσσαλία για την Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση των Ανισοτήτων στον Τομέα της Υγείας

Δημιουργείται στη Θεσσαλία και συγκεκριμένα στο Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφολογίας των Τρικάλων υπό τη σκέπη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ένα **Κέντρο Αξιολόγησης και Βελτίωσης της Φυσικής Δραστηριότητας για την Αντιμετώπιση των Ανισοτήτων στον Τομέα της Υγείας**, που αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική καινοτομία με έντονο το κοινωνικό πρόσημο και τη διάθεση κοινωνικής προσφοράς. Το Κέντρο θα ιδρυθεί στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος RIS3, το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Περιφέρεια Θεσσαλίας. Η ερευνητική ομάδα από το Τμήμα μας αποτελείται από τους Άρη Βεσκούκη (Επιστημονικά Υπεύθυνος του Έργου), Γιώργο Μέτσιο και Μαρία Παπαγιάννη. Η προσπάθεια αυτή έχει προσελκύσει ήδη το ενδιαφέρον του τύπου σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή.

https://www.larissanet.gr/2025/09/05/dimiourgia-protoporou-kentrou-sti-thessalia-gia-tin-axiologisi-kai-antimetopisi-ton-anisotiton-ston-tomea-tis-ygeias/

ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Δημιουργία πρωτοπόρου Κέντρου στη Θεσσαλία

Για την Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση των Ανισοτήτων στον Τομέα της Υγείας

Οι ανισότητες στην υγεία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και άλλους διεθνείς φορείς, είναι ένα τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα διεθνώς. Με βάση τη Διεύθυνση Στατιστικών Πληθυσμού, Απασχόλησης και Κόστους Ζωής της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, τη δεκαετία 2014 – 2023, οι ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες που είχε 1 στους 10 Έλληνες δεν ικανοποιήθηκαν για διάφορους λόγους (οικονομικοί, μεγάλη απόσταση από τον γιατρό, έλλειψη μέσων συγκοινωνίας για να πάει στο νοσοκομείο) (1).

Επιπλέον, τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας για την Ελλάδα δείχνουν ότι οι άνθρωποι με υψηλότερο εισόδημα έχουν καλύτερη υγεία από τους χαμηλόμισθους. Ταυτόχρονα, όσοι Έλληνες δεν έχουν ανώτερες σπουδές, είναι τρεις φορές πιο πιθανό να νοσήσουν από χρόνιες παθήσεις συγκριτικά με όσους έχουν σπουδάσει στο Πανεπιστήμιο. Επιπρόσθετα, 1 στους 4 Έλληνες που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις δυσκολεύεται να επισκεφθεί μονάδες υγείας (νοσοκομείο ή κέντρο υγείας) διότι μένει σε γεωγραφικά (και κοινωνικά) απομονωμένες περιοχές (2). Αν επικεντρωθούμε στη Θεσσαλία, παρότι τα δεδομένα είναι φτωχά, μπορούμε να αντιληφθούμε ότι το πρόβλημα των ανισοτήτων είναι ιδιαίτερα σοβαρό. Αφορμή αποτελεί το γεγονός ότι η Θεσσαλία είναι μία περιοχή που την τελευταία πενταετία έχει πληγεί από φαινόμενα όπως ο κακλώνας Ιανός, ο σεισμός με επίκεντρο τον Τύρναβο και η κακοκαιρία Daniel, που προκάλεσαν σοβαρότατα προβλήματα στους νομούς της.

Αυτά τα παραδείγματα από τη χώρα μας καταδεικνύουν γλαφυρά το μέγεθος του κοινωνικού προβλήματος των ανισοτήτων στην υγεία. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι ανισότητες στην υγεία είναι διαφορές στην κατάσταση της υγείας ή στην κατανομή των πόρων υγείας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, λόγω των κοινωνικών συνθηκών στις οποίες γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν οι άνθρωποι.

Οι ανισότητες στην υγεία είναι άδικες και θα μπορούσαν να μειωθούν με τη σωστή επιλογή κυβερνητικών πολιτικών (3). Εναρμονιζόμενη με τον ΠΟΥ, η διεθνής επιστημονική βιβλιογραφία θεωρεί καίριας σημασίας τη λεπτομερή καταγραφή του προβλήματος των ανισοτήτων στην υγεία σε διεθνές επίπεδο, ώστε να αποδελτιωθεί η σοβαρότητά του (4). Εάν αυτό γίνει μεθοδικά και τεκμηριωμένα, τότε προτείνεται η ενεργοποίηση των κοινωνικών φορέων σε τοπικό, αρχικά, επίπεδο ώστε να αναπτυχθούν δράσεις και υπηρεσίες που θα συμβάλουν στην αντιμετώπιση του τόσο σοβαρού αυτού κοινωνικού φαινομένου που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την υγεία του ανθρώπου (5).

Η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, γεγονός που σημαίνει ότι κάθε άνθρωπος δικαιούται να απολαμβάνει τις παροχές του συστήματος υγείας ανεξάρτητα από τη φυλή, τη θρησκεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις πολιτικές του πεποιθήσεις (6). Διάφοροι μη παθοφυσιολογικοί παράγοντες γνωστοί ως κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας επηρεάζουν καθοριστικά την υγεία του ανθρώπου (7). Μεταξύ αυτών είναι η εργασία, η εκπαίδευση, το εισόδημα, το περιβάλλον που ζει κανείς, το φύλο και ο κοινωνικός αποκλεισμός (8,9). Αυτοί οι παράγοντες έχουν συσχετιστεί θετικά με τις





ανισότητες και την περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (10,11).

Μία πολύ σημαντική παράμετρος που μπορεί να βελτιώσει την υγεία του ανθρώπου και κατ' επέκταση να μειώσει τις ανάγκες του για περίθαλψη είναι η φυσική δραστηριότητα/άθληση. Είναι αναντίρρητο ότι η φυσική δραστηριότητα προσφέρει πολυποίκιλα οφέλη στην ανθρώπινη υγεία, με το κυριότερο από αυτά να είναι η προστασία από τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα (12,13). Την άποψη αυτή υποστηρίζει και ο ΠΟΥ αναρτώντας συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να ασκείται ο πληθυσμός. Ταυτόχρονα, προτρέπει τις χώρες του κόσμου να προτείνουν και να υιοθετήσουν συστάσεις βασισμένες σε ερευνητικά δεδομένα, ώστε να ακολουθούνται τα σωστά πρωτόκολλα φυσικής δραστηριότητας και να προστατεύεται η υγεία του πληθυσμού παγκοσμίως (14). Σημειώνεται ότι η φυσική δραστηριότητα θεωρείται μία μη φαρμακευτική παρέμβαση που έχει, ωστόσο, εν μέρει τη δράση φαρμάκων απέναντι σε μη μεταδιδόμενα νοσήματα (15). Ως εκ τούτου, καθίσταται σαφές ότι αποτελεί επιτακτική ανάγκη να αξιολογηθούν τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σε πληθυσμούς της Θεσσαλίας που υφίστανται ανισότητες στον τομέα της υγείας. Η συγκέντρωση τέτοιων στοιχείων θα προσφέρει τη δυνατότητα αλιστικής αξιολόγησης του προβλήματος και το γόνιμο έδαφος για να προκύψουν κατευθυντήριες γραμμές που θα συμβάλουν στην αναβάθμιση της υγείας του πληθυσμού έχοντας ως βάση τη βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας.

Υπό αυτό το πρίσμα, δημιουργείται στη Θεσσαλία και συγκεκριμένα στο Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφολογίας των Τρικάλων υπό τη σκέπη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ένα **Κέντρο Αξιολόγησης και Βελτίωσης της Φυσικής Δραστηριότητας για την Αντιμετώπιση των Ανισοτήτων στον Τομέα της Υγείας**, που αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική καινοτομία με έντονο το κοινωνικό πρόσημο και τη διάθεση κοινωνικής προσφοράς.

Το Κέντρο απευθύνεται σε τρεις κατηγορίες πληθυσμών της Περιφέρειας Θεσσαλίας που αντιμετωπίζουν μειωμένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας: α) ασθενείς με μη μεταδιδόμενα νοσήματα (καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτης, καρκίνος, αυτοάνοσες παθήσεις κ.ά.) που υπόκεινται σε ανισότητες στον τομέα της υγείας εξαιτίας της κατάστασής τους σε επίπεδο κοινωνικό (ζουν απομονωμένοι ή σε μεγάλη απόσταση από αστικά κέντρα), μορφωτικό (λόγω του ψηφιακού και όχι μόνο αναλφαβητισμού τους δεν έχουν τη δυνατότητα να εκμεταλλευτούν τις παροχές υγείας που είναι διαθέσιμες μέσω της τεχνολογίας), και οικονομικό (δεν έχουν τους πόρους να επωφεληθούν από τις παροχές του συστήματος υγείας που δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς τους φορείς), β) εξαρτημένους από ηρωίνη και γ) έγκλειστους σε σωφρονιστικά ιδρύματα. Στόχος του Κέντρου είναι να αξιολογεί το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των πληθυσμών αυτών και να συγκεντρώνει επιδημιολογικά δεδομένα αφενός μέσω έρευνας σε δομές υγείας και άλλες και αφετέρου μέσω μετρήσεων σε επίπεδο Βιοχημείας (αιματολογικές μετρήσεις οξειδωτικού στρες) (16) και Φυσιολογίας (σύσταση σώματος, φυσική κατάσταση). Κατόπιν, θα εμπλουτίζεται σταδιακά μία διαδραστική ηλεκτρονική πλατφόρμα που θα δημιουργηθεί και στην οποία θα συσσωρευθούν όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν από τους συμμετέχοντες, ανώνυμα και αυστηρά βάσει του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία των Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τελικά, με βάση τα επιστημονικά τεκμηριωμένα αυτά δεδομένα, θα συνταχθούν κατευθυντήριες γραμμές/οδηγίες από την επιστημονική ομάδα του Κέντρου που αφορούν τρόπους βελτίωσης της φυσικής δραστηριότητας/κατάστασης του πληθυσμού.

Η επιστημονική ομάδα αποτελείται από: α) τον **Δρ. Αριστείδη Βεσκούκη**, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Διαιτολογίας και Διατροφολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας στα Τρίκαλα και Επιστημονικά Υπεύθυνο του Έργου, ο οποίος έχει πολυετή εμπειρία τόσο στη Βιοχημεία της φυσικής δραστηριότητας όσο και στην έρευνα σε πληθυσμούς που αντιμετωπίζουν ανισότητες, όπως είναι οι εξαρτημένοι ασθενείς από ηρωίνη. Επιπλέον, κάνει διαλέξεις σε σχολεία φυλακών και είναι ενήμερος για τα προβλήματα των έγκλειστων πληθυσμών, β) τη **Δρ. Καλλιόπη Λιαδάκη** η οποία είναι Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Βιοχημείας και Βιοτεχνολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και Αναπληρώτρια Επιστημονικά Υπεύθυνη του Έργου. Έχει μακροχρόνια εμπειρία στον βιοχημικό τρόπο με τον οποίο δρουν τα φάρμακα σε ασθενείς με μη μεταδιδόμενα νοσήματα, γ) τον **Δρ. Γεώργιο Μέτσιο**, Καθηγητή του Τμήματος Διαιτολογίας και Διατροφολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ο οποίος ανήκει στο 2% των κορυφαίων επιστημόνων παγκοσμίως στον τομέα του με μακροχρόνια ερευνητική δραστηριότητα στην εφαρμογή της φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς, καθώς και στη σύνταξη κατευθυντήριων γραμμών υγείας, δ) τη **Δρ. Μαρία Παπαγιάννη**, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Διαιτολογίας και Διατροφολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και κλινική γιατρό με μακροχρόνια εμπειρία στο αντικείμενο της ενδοκρινολογίας.

Μέσω της δημιουργίας και λειτουργίας του Κέντρου, αναμένεται να αναδειχθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι προς μελέτη πληθυσμοί και να υιοθετηθούν προτάσεις και δράσεις από τοπικούς και εθνικούς φορείς. Ως αποτέλεσμα, θα προσεγγιστεί τεκμηριωμένα το ζήτημα των ανισοτήτων στην υγεία, μέσω στοχευμένων μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων, και θα δοθούν προτάσεις για την αντιμετώπισή του.

Η δημιουργία του Κέντρου έχει ενταχθεί στο Πρόγραμμα «Θεσσαλία 2021-2027», το οποίο χρηματοδοτείται από την Περιφέρεια Θεσσαλίας και έχει πάρει άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.https://www.statistics.gr/documents/20181/18268733/LivingConditionsInGreece_0524.pdf/a74428a5-4b84-c852-cc0a-ff1f2298ef83.

2. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf

3. https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes

4. Hosseinpoor AR, Bergen N, Kirkby K. Schlotheuber A (2023). Strengthening and expanding health inequality monitoring for the advancement of health equity: a review of WHO resources and contributions. Int J Equity Health 22, 49. https://doi.org/10.1186/s12939-022-01811-4.

5. Gkiouleka A, Wong G, Sowden S, Bambra C, Siersbaek R, Manji S, Moseley A, Harmston R, Isla Kuhn I, Ford J (2023). Reducing health inequalities through general practice Lancet Public Health 8: e463–72.

6. World Health Organization (2014). Basic Documents. Available at: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basicdocuments-48th-edition-en.pdf#page=1

7. Jenkins K, Schmidt K, Weigl A (2020). Addressing Social Determinants of Health-A Large Employer Perspective. Am J Health Promot. 34(2):224–6.

8. Islam MM (2019). Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. Front Public Health 7:11.

9. Douki, S., & Spyridakis, E. (2024). Inequalities in Access to Health Services: The Case of Greece. HAPSc Policy Briefs Series, 5(2), 28–33. https://doi.org/10.12681/hapscpbs.40777.

10. Organization for Economic Co-operation and Development (2019). Health for everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3c8385d0-en/index.html?itemId=/content/publication/3c8385d0-en.

11. Forster T, Kentikelenis A, Bambra C. (2018). Health inequalities in Europe: setting the stage for progressive policy action. Dublin: TASC.

12. Dhuli K, Naureen Z, Medori MC, Fioretti F, Caruso P, Perrone MA, Nodari S, Manganotti P, Xhufi S, Bushati M, Bozo D, Connelly ST, Herbst KL, Bertelli M (2022). Physical activity for health. J Prev Med Hyg. 63(2 Suppl 3):E150-E159. https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2756.

13. Metsios GS, Brodin N, Vlieland TPMV, Van den Ende CHM, Stavropoulos-Kalinoglou A, Fatouros I, van der Esch M, Fenton SAM, Tzika K, Moe RH, van Zanten JJCSV, Koutedakis Y, Swinnen TW, Veskoukis AS, Bostrøm C, Kennedy N, Nikphorou E, Fragoulis GE, Niedermann K, Kitas GD; IMPACT-RMD Consortium (2021). Position Statement on Exercise Dosage in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases: The Role of the IMPACT-RMD Toolkit. Mediterr J Rheumatol. 32(4):378-385. doi: 10.31138/mjr.32.4.378.

14. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity.

15. Saqib ZA, Dai J, Menhas R, Mahmood S, Karim M, Sang X, Weng Y (2020). Physical Activity is a Medicine for Non-Communicable Diseases: A Survey Study Regarding the Perception of Physical Activity Impact on Health Wellbeing. Risk Manag Healthc Policy 13:2949-2962. https://doi.org/10.2147/RMHP.S280339.

(16). Veskoukis AS, Kerasioti E, Priftis A, Kouka P, Spanidis Y, Makri S, Kouretas D (2019). A battery of translational biomarkers for the assessment of the in vitro and in vivo antioxidant action of plant polyphenolic compounds: the biomarker issue. Curr Opin Toxicol, 13:99-109.

Αριστείδης Βεσκούκης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιστημονικά Υπεύθυνος του Έργου, https://aveskoukis.weebly.com/ https://dnd.uth.gr/index.php/prosopiko/didaktiko-prosopiko/epikouroi-kathigites/team/dep-veskoukis-gr

Γεώργιος Μέτσιος, Καθηγητής, https://dnd.uth.gr/index.php/prosopiko/didaktiko-prosopiko/kathigites/team/dep-metsios-gr

Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Τρίκαλα)