

Εθνικό Σχέδιο Δράσης
για τη Διατροφή και τις
Διατροφικές Διαταραχές
2008 - 2012

δυσ

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

**Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές
2008 - 2012**



Αθήνα 2008

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς

Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης

για τη Δημόσια Υγεία - Επιμέλεια: Έφη Σίμου

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Επιστημονική - Γνωμοδοτική Επιτροπή

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

Ευχαριστίες

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

Συγκεκριμένα, ευχαριστούμε τους κ.κ. **A. Τριχοπούλου**, Ομότιμη Καθηγήτρια Διατροφής και Προληπτικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών και Πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής, **A. Κύρλεση**, Ιατρό Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., Γενική Διευθύντρια Δημόσιας Υγείας Υ.Υ.Κ.Α., **X. Ζηλίδη**, Ιατρό, Διδάκτωρ Κοινωνικής Ιατρικής, **Τζ. Κακαλιούρα**, Ιατρό Δημόσιας Υγείας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής Υ.Υ.Κ.Α., **B. Κωστούλα**, Επόπτρια Δημόσιας Υγείας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής, Υ.Υ.Κ.Α., **N. Κατσιλάμπρο**, Καθηγητή Παθολογίας και Διευθυντή Α΄ Προπαιδευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, **E. Μαγκλάρα-Κατσιλάμπρου**, Διαιτολόγο, **B. Μπενέτου**, Ιατρό, Λέκτορα Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **E. Αλευρίτου**, Πρόεδρο ΕΚ.Π.ΟΙ.ΖΩ., **P. Γαμβρό**, Χημικό, Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Συνδέσμου Ελληνικών Βιομηχανιών Τροφίμων (Σ.Ε.Β.Τ), **B. Κρέστο**, Διευθυντή Διατροφικής Πολιτικής και Ερευνών (Ε.Φ.Ε.Τ), **P. Βώρου**, Ιατρό Βιοπαθολόγο, Υπεύθυνη Γραφείου Διερεύνησης Επιδημιών - Εκπαίδευσης Ζωοθρονόσων και Τροφιμογενών Νοσημάτων, **N. Φραγκιαδάκη**, Καθηγήτη Εφαρμογών του Τμήματος Ηλεκτρονικής του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, **Σμ. Αντωνοπούλου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Διευθύντρια του Εργαστηρίου Βιολογίας, Πρόεδρο Τμήματος Επιστήμης Διατολογίας - Διατροφής, Αντιπρύτανη Οικονομικού Προγραμματισμού και Ανάπτυξης, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, **Φ. Μαγγανάρη**, Γενική Διευθύντρια Ιδρύματος «Αριστείδης Δασκαλόπουλος», **Φ. Μωρόγιαννη**, Ψυχίατρο, Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μέλος του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (ECED), τη μη-κυβερνητική οργάνωση «ΑΝΑΣΑ» (**A. Χονδροματίδου**, **Z. Δούκα**), **E. Παπαδοπούλου**, Πρόεδρο του Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων - Διατροφολόγων, **M. Μανωλαράκη**, Πρόεδρο Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων - Τεχνολόγων Διατροφής, **X. Παπαβαγγέλη**, Πρόεδρο Πανελληνίου Συλλόγου Νοσοκομειακών Διαιτολόγων και την Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρία.

Επίσης, ευχαριστούμε τους Οικονομολόγους της Υγείας κ.κ. **A. Μαστρογιαννάκη** και **M. Κακούρο**, καθώς και την κα **Δ. Βλαντώνη**, Κοινωνική Ψυχολόγο, για την ουσιαστική τους συμβολή στην εκπόνηση της οικονομοτεχνικής μελέτης.

Περιεχόμενα

Πρόλογος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

σελ. 10

Εισαγωγικό Σημείωμα

σελ. 12

Κεφάλαιο Ιο: Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης

σελ. 14 1. Διατροφή και Υγεία
σελ. 21 2. Η Διατροφή στην Ελλάδα
σελ. 25 3. Διατροφικές Τάσεις
σελ. 32 4. Το Προφίλ των Διατροφικών Συνηθειών των Ελλήνων
σελ. 37 5. Οικονομικές Διαστάσεις
σελ. 38 6. Μέτρα και Πολιτικές για τη Διατροφή στην Ελλάδα
σελ. 39 7. Η Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας
σελ. 41 8. Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης
σελ. 43 9. Ευρωπαϊκές Πολιτικές για την Υγιεινή Διατροφή και την Παχυσαρκία
σελ. 45 10. Ερευνητική Δραστηριότητα και Υφιστάμενες Υπηρεσίες
σελ. 50 11. SWOT Ανάλυση

Κεφάλαιο 2ο: Στρατηγικός Σχεδιασμός

σελ. 52 1. Όραμα
σελ. 52 2. Αποστολή
σελ. 52 3. Στόχοι
σελ. 54 4. Αξίες του Σχεδίου Δράσης
σελ. 54 5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
σελ. 58 6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Κεφάλαιο 3ο: Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

σελ. 60 1ος Άξονας: Πρόληψη - Προώθηση Υγιεινών Διαιτητικών Επιλογών
σελ. 78 2ος Άξονας: Έγκαιρη Διάγνωση και Θεραπεία
σελ. 82 3ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία για μια Εθνική Διατροφική Πολιτική
σελ. 85 4ος Άξονας: Επιστημονική Υποστήριξη, Παρακολούθηση και Αξιολόγηση

Κεφάλαιο 4ο: Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση

σελ. 90 1. Διαδικασία Υλοποίησης
σελ. 92 2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Παράρτημα

σελ. 94

Βιβλιογραφία

σελ. 104

Πρόλογος

Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Δημήτρης Λ. Αβραμόπουλος



Εισαγωγικό Σημείωμα

Η διάδοση και υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα προώθησης της ατομικής υγείας, καθώς και βασικό συντελεστή προαγωγής της Δημόσιας Υγείας. Η δραστική αλλαγή του σύγχρονου τρόπου ζωής, η μείωση του ελεύθερου χρόνου, η μετεξέλιξη της οικογενειακής δομής και η επακόλουθη υιοθέτηση νέων διατροφικών συνηθειών, που οδηγούν στην κατανάλωση έτοιμου και τυποποιημένου φαγητού, είναι μια από τις πιο σοβαρές προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία στη σημερινή εποχή. Την ίδια στιγμή, η συστηματική καλλιέργεια αισθητικών προτύπων που αποκλίνουν από μια υγιή στάση ζωής, σε συνδυασμό με την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας, αυξάνουν τη συχνότητα νοσημάτων που συνδέονται με διατροφικές διαταραχές.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει πλέον ευρεία ευαισθητοποίηση προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της πληροφόρησης και της ενίσχυσης της κατανάλωσης υγιεινών τροφίμων. Στην Ευρώπη, όλο και περισσότερες χώρες υιοθετούν στρατηγικές και προγραμματισμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Με τις πολιτικές αυτές, σε πολλές χώρες έχουν επιτευχθεί ορισμένα ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, τόσο στα πρότυπα διατροφής όσο και στη βελτίωση της υγείας του γενικού πληθυσμού, όπως είναι για παράδειγμα ο περιορισμός της συχνότητας και της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν την αποτελεσματικότητα που μπορεί να έχει ένα οργανωμένο σχέδιο δράσης στον τομέα της διατροφής.

Ωστόσο, στη χώρα μας, τα διατροφικά δεδομένα ακολουθούν μια πορεία που μας απομακρύνει όλο και περισσότερο από την επιθυμητή κατεύθυνση. Η κατανάλωση λιπιδίων βρίσκεται σε ιστορικά υψηλά επίπεδα και οι χαμηλοί δείκτες θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και ορισμένους καρκίνους που συνδέονται με τη διατροφή είναι πλέον παρελθόν. Τα μόνα στοιχεία που μπορούν να επιτρέψουν μια συγκρατημένη αισιοδοξία είναι η αυξημένη κατανάλωση φυτικών τροφίμων και ορισμένα στοιχεία της διατροφικής παράδοσης, εφόσον και αυτά μπορέσουν να αξιοποιηθούν.

Τα δεδομένα αυτά καθιστούν πλέον επιτακτική την ανάγκη ανάληψης στοχευμένων πρωτοβουλιών και δράσεων, που θα φέρουν τη διατροφική πολιτική στο επίκεντρο της εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.

Το ζήτημα της διατροφικής πολιτικής δεν εξαντλείται μόνο στην υγειονομική του προέκταση, αλλά παρουσιάζει πολλές άλλες σημαντικές συνιστώσες. Ενδιαφέρει καταρχήν ένα μεγάλο μέρος της

συνολικής οικονομικής δραστηριότητας της χώρας, στον πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή τομέα, ενώ παράλληλα απορροφά ένα μεγάλο μέρος της ιδιωτικής κατανάλωσης. Επιπλέον, παρουσιάζει σημαντικές προεκτάσεις που αφορούν την απλή ανθρώπινη καθημερινότητα και τον πολιτισμό μας. Οι διαστάσεις αυτές υπογραμμίζουν τη σημασία που έχει η διατομεακή συνεργασία και η ανάληψη δράσεων για να υπάρξουν πραγματικά αποτελέσματα.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές προτείνεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως ένας αποτελεσματικός οδηγός στην προσπάθεια επίλυσης και αντιμετώπισης του διατροφικού προβλήματος και των διατροφικών διαταραχών που απειλούν την υγεία του ελληνικού λαού και ως το κατάλληλο σχέδιο για την προώθηση μιας υγιεινής διατροφής, ανάλογης της μεσογειακής μας παράδοσης και του πολιτισμού μας.

Το παρόν Σχέδιο Δράσης ανταποκρίνεται στην ανάγκη μιας ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής για την προώθηση της υγιεινής διατροφής, που θα περιλαμβάνει ένα σύνολο πολιτικών και οργανωτικών παρεμβάσεων, με ενιαίο συντονισμό, συνοδευόμενο από μια διαρκή διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης.

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

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

Αλέξης Ζορμπάς
Συντονιστής Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης



I. Διατροφή και Υγεία

I.1 Η Σημασία της Διατροφής για τη Δημόσια Υγεία

Η επιστημονική έρευνα έχει αποδείξει ότι πολλά από τα σοβαρότερα νοσήματα στα οποία αποδίδεται το μεγαλύτερο νοσολογικό φορτίο, συνδέονται άμεσα με παράγοντες που σχετίζονται με τη σύγχρονη διατροφή. Η συσχέτιση αυτή έχει φέρει τη διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες στο άμεσο ενδιαφέρον της Δημόσιας Υγείας και την έχει αναδείξει σε μια από τις πρώτες προτεραιότητες για την προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

I.2 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι η συχνότερη διατροφική διαταραχή στις αναπτυγμένες κοινωνίες. Η κύρια αιτία της παχυσαρκίας είναι η λήψη τροφής σε ποσότητα μεγαλύτερη από όσο επιβάλλουν οι φυσιολογικές ανάγκες και η φυσική δραστηριότητα του ατόμου.

Ο ορισμός της παχυσαρκίας γίνεται με κριτήριο το δείκτη μάζας σώματος ($\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{B}/\text{Υ}^2$). Για παράδειγμα, όταν ο $\Delta\text{Μ}\Sigma$ κυμαίνεται μεταξύ 25 και 30, το άτομο θεωρείται υπέρβαρο, ενώ άνω του 30 θεωρείται παχύσαρκο.

Η παχυσαρκία συνδέεται με την εμφάνιση σειράς σοβαρών παθολογικών καταστάσεων, όπως:

- Σακχαρώδης διαβήτης
- Υπέρταση
- Υπερχοληστερολαιμία
- Στεφανιαία νόσος
- Αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου
- Καρκίνος του παχέος εντέρου και του μαστού
- Παθήσεις της χοληδόχου κύστης και του ήπατος (λιπώδες ήπαρ)
- Αναπνευστικές διαταραχές
- Ουρική αρθρίτιδα και οστεοπόρωση
- Περιορισμός της δραστηριότητας
- Κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα

Το προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ δεν επηρεάζεται ουσιαστικά στα υπέρβαρα άτομα, είναι αισθητά χαμηλότερο στα άτομα με παχυσαρκία. Ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει ότι η παχυσαρκία ευθύνεται για το 7,8% των χαμένων ετών ζωής λόγω πρόωρου θανάτου ή αναπηρίας στην Ευρώπη (WHO 2002; Branca et al. 2007).

I.3 Διατροφή και Καρδιαγγειακά Νοσήματα

I.3.1 Αρτηριακή Υπέρταση

Η υπέρταση είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας στις περισσότερες χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα στις περισσότερο αναπτυγμένες. Η υπέρταση διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικών επεισοδίων, καρδιακής ανεπάρκειας και άλλων αγγειακών παθήσεων, η θνησιμότητα από τις οποίες ξεπερνά το 50% του συνόλου των θανάτων (Reddy & Katan 2004). Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η υπέρταση ευθύνεται για 12,8% του συνόλου των χαμένων ετών ζωής λόγω πρόωρου θανάτου ή αναπηρίας στην Ευρώπη (WHO 2002).

Σήμερα το 30% των ενηλίκων πάσχει από αρτηριακή υπέρταση, η παρουσία της οποίας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επιπλοκών. Τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης αυξάνονται με την πάροδο της ηλικίας και αυτό, σε συνδυασμό με την αύξηση του μέσου όρου ζωής, οδηγεί ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων τρίτης ηλικίας στην αρτηριακή υπέρταση (Ελληνική Αντιυπερτασική Εταιρία 2007)!

Οι κυριότεροι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης είναι η υψηλή κατανάλωση άλατος, η παχυσαρκία, γενετικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, καθώς και ένας αριθμός άλλων νοσημάτων που μπορούν δευτεροπαθώς να οδηγήσουν σ' αυτή. Άλλοι διατροφικοί παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης είναι η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και, πιο πρόσφατα, η χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου και η υψηλή αναλογία καλίου/νατρίου.

¹<http://www.hypertasi.gr/el/news/deltio.pdf>.

1.3.2 Στεφανιαία Νόσος

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο είναι η υπερχοληστερολαιμία, η υπέρταση, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Με εξαίρεση το κάπνισμα, οι άλλοι παράγοντες συνδέονται με τη διατροφή. Ο καθοριστικός ρόλος της υπερχοληστερολαιμίας στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου συνδέει τη νόσο με τη μεγάλη κατανάλωση κεκορεσμένων λιπαρών οξέων και τη χαμηλή πρόσληψη μονο- και πολυακόρεστων. Η παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο, του οποίου η σημασία αυξάνει όταν συνυπάρχει με άλλους παράγοντες. Η υπέρταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου και ο κίνδυνος των υπερχοληστερολαιμικών να εκδηλώσουν τη νόσο μπορεί να είναι έως και πενταπλάσιος έναντι των νορμοτασικών (Reddy & Katan 2004).

Τέλος, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου, καθώς συνδέεται με διαταραχές στο μεταβολισμό των λιπιδίων, ανάπτυξη υπέρτασης και πολλαπλές βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία.

1.3.3 Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια

Οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου αποτελούν τη συχνότερη αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες. Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου είναι η υπέρταση. Η ισχυρή αιτιολογική συσχέτιση των αγγειακών παθήσεων του εγκεφάλου με την υπέρταση οδηγεί στη δευτερογενή τους συσχέτιση με αρκετούς διατροφικούς παράγοντες. Η μεγάλη κατανάλωση άλατος και η μεγάλη θερμιδική πρόσληψη που οδηγεί σε παχυσαρκία, αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με τις εγκεφαλικές αγγειακές παθήσεις.

1.4 Διατροφή και Μεταβολικές Διαταραχές

1.4.1 Υπερλιπιδαιμία

Η κλινική σημασία της αυξημένης συγκέντρωσης χοληστερόλης ή τριγλυκεριδίων στο αίμα συνίσταται στο γεγονός ότι συνδέεται με αυξημένη επίπτωση διαφόρων αγγειακών διαταραχών και ιδιαίτερα της στεφανιαίας νόσου, της οποίας η υπερχοληστερολαιμία θεωρείται ως μια από τις κύριες αιτίες. Η εμφάνιση υπερλιπιδαιμίας συνδέεται κατά κύριο λόγο με διατροφικούς παράγοντες. Η αυξημένη πρόσληψη κεκορεσμένων λιπών, ζωικής κυρίως προέλευσης, οδηγεί σε αύξηση της χοληστερόλης, ενώ τα πολυακόρεστα, τα οποία περιέχονται στα ψάρια και στις φυτικές τροφές, οδηγούν σε μείωση της χοληστερόλης. Τα μονοακόρεστα (κύρια πηγή των οποίων στη χώρα μας είναι το ελαιόλαδο) καθώς και τα ω-3 λιπαρά οξέα που υπάρχουν κυρίως στα ψάρια, επιφέρουν μείωση του επιπέδου της ολικής χοληστερόλης, έχουν θετική επίπτωση στο επίπεδο της HDL και έχουν προστατευτική δράση έναντι της νόσου.

1.4.2 Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από αγγειακές παθήσεις της καρδιάς, του εγκεφάλου, των νεφρών, των περιφερικών αγγείων, του οφθαλμού κ.λπ. Αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες εμφάνισης των καρδιαγγειακών παθήσεων και παρουσιάζει διεθνώς τάσεις ταχείας αύξησης.

Ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος τύπος του διαβήτη (τύπος 2), του οποίου η αιτιολογία συνδέεται κατά κύριο λόγο με διατροφικές παραμέτρους, αντιπροσωπεύει το 90% των κρουσμάτων της νόσου. Η πρώτη παράμετρος που έχει στενή αιτιολογική σχέση με το διαβήτη είναι η παχυσαρκία, καθιστώντας τα υπέρβαρα άτομα την ομάδα με την υψηλότερη συγκέντρωση κινδύνου για την εμφάνιση του διαβήτη τύπου 2 (WHO 1998).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης ή υδατανθράκων αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου και ότι οι φυτικές ίνες μπορούν να έχουν προληπτικό ρόλο έναντι αυτής.

1.5 Διατροφή και Καρκίνος

Μολονότι οι αποδεδειγμένα καρκινογόνοι διατροφικοί παράγοντες είναι πολύ λίγοι, εντούτοις επιδημιολογικές έρευνες αποδεικνύουν ότι η διατροφή συνδέεται με την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου σε σημαντικό βαθμό. Από πολλούς θεωρείται ότι οι διατροφικές συνήθειες μπορεί να σχετίζονται με το 30% των καρκίνων στις αναπτυγμένες χώρες και πιθανώς με το 20% των καρκίνων στις αναπτυσσόμενες χώρες (WCRF 1997). Τα δεδομένα αυτά αναγορεύουν τη διατροφή στη δεύτερη μετά το κάπνισμα αιτία καρκίνου, η οποία μπορεί να προβλεφθεί.

1.5.1 Καρκίνος Παχέος Εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί έναν από τους συχνότερους καρκίνους στις αναπτυγμένες χώρες, όπου είναι μέχρι και 10 φορές συχνότερος από ό,τι στις φτωχότερες χώρες (WHO 2008). Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών τεκμηριώνει τη συσχέτιση της νόσου με μερικά από τα κύρια χαρακτηριστικά της σύγχρονης διατροφής: Την υψηλή πρόσληψη λιπών, τη μεγάλη κατανάλωση κόκκινου κρέατος, την υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και την περιορισμένη πρόσληψη φυτικών ινών.

1.5.2 Καρκίνος Στομάχου

Ο καρκίνος του στομάχου είναι ένας από τους λίγους καρκίνους που η συχνότητά τους στις αναπτυγμένες χώρες μειώνεται. Η συχνότητα της νόσου παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των διαφόρων χωρών και είναι συχνότερη σε άτομα ομάδας αίματος A (γεγονός που δείχνει την επίδραση κάποιου γενετικού παράγοντα), καθώς και σε ασθενείς με ατροφική γαστρίτιδα. Έρευνες έχουν δείξει θετική συσχέτιση του καρκίνου του στομάχου με τη μεγάλη κατανάλωση αλατισμένων τροφίμων, όπως παστά, τουρισιά και αλμυρά, καθώς και με αυξημένη περιεκτικότητα των τροφίμων σε νιτρικά άλατα εξαιτίας περιβαλλοντικών λόγων. Αντίθετα, αρνητική συσχέτιση έχει παρατηρηθεί με την κατανάλωση λαχανικών, εσπεριδοειδών και γαλακτοκομικών.

1.5.3 Καρκίνος Μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρία Καρκίνου (2008) ο καρκίνος του μαστού είναι μαζί με τον καρκίνο του δέρματος ο συχνότερα διαγνωσμένος καρκίνος στις γυναίκες: «Στις αναπτυγμένες χώρες οι τρεις πιο κοινοί τύποι καρκίνου στους άντρες είναι του προστάτη, των πνευμόνων και του παχέος εντέρου, ενώ στις γυναίκες, του μαστού, του παχέος εντέρου και του πνεύμονα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, όμως, οι πιο κοινές μορφές καρκίνου είναι των πνευμόνων, του στομάχου, του ήπατος για τους άνδρες και του μαστού, του τράχηλου της μήτρας, του στομάχου για τις γυναίκες» (Garcia et al. 2007).

Μολονότι οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου συνδέονται με αναπαραγωγικές και ορμονικές λειτουργίες, υπάρχουν εντούτοις αποδείξεις για τη συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με ορισμένους διατροφικούς παράγοντες, και ειδικότερα τη συνολική πρόσληψη λιπιδίων, την κατανάλωση αλκοόλ και την παχυσαρκία. Μερικές έρευνες διαπιστώνουν επίσης συσχέτιση με την κατανάλωση κρέατος ή με το επίπεδο πρόσληψης των κεκορεσμένων λιπαρών οξέων, ενώ άλλες παρέχουν ενδείξεις για πιθανό προστατευτικό ρόλο των βιταμινών A και E, της β-καροτίνης και της ρετινόλης.

1.5.4 Άλλοι Καρκίνοι

Ο καρκίνος του οισοφάγου έχει σχετισθεί με τη μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, την κατανάλωση μπίρας από καλαμπόκι και ορισμένες παραδοσιακές μορφές διατροφής.

Οι γλυκαντικές ουσίες κυκλαμάτη και σακχαρίνη προκαλούν σε πειραματόζωα καρκίνο της ουροδόχου κύστης, ενώ οι αφλατοξίνες των τροφίμων καρκίνο του ήπατος.

Αντίθετα υπάρχουν ενδείξεις ότι η επαρκής πρόσληψη βιταμίνης A με τις τροφές μπορεί να έχει προστατευτική δράση έναντι του καρκίνου του πνεύμονα.

1.6 Διατροφή και Ψυχική Υγεία

Οι πιο συνηθισμένες διαταραχές της διατροφής είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχαναγκαστική υπερφαγία. Είναι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από ακραία συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές σχετικά με τη λήψη τροφής, το βάρος και την εικόνα του σώματος, και που δυνητικά μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο του πάσχοντα.

Παρόλο που τα πρώτα επιδημιολογικά δεδομένα μιλούσαν για διαταραχές που αφορούσαν κυρίως σε νεαρά κορίτσια, τελευταία παρουσιάζεται αύξηση των περιπτώσεων σε παιδιά και ενήλικες, και ειδικότερα άνδρες. Γενετικοί, ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ανορεξικών ή βουλιμικών ασθενών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν και οι ίδιοι διαταραχή στην πρόσληψη της τροφής². Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι ορμονικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες πιθανώς να συμβάλλουν στην εξέλιξη των διαταραχών αυτών. Η δομή της οικογένειας, στοιχεία της προσωπικότητας, το στρες, η εφηβεία και κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες επίσης θεωρούνται επιβαρυντικοί παράγοντες.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ακαδημίας για τις Διαταραχές της Διατροφής³, είναι γενικά αποδεκτό ότι τα κρούσματα διαταραχών της διατροφής έχουν αυξηθεί τα τελευταία 30-40 χρόνια. Περίπου 0,5 – 1% του συνόλου των εφήβων και ενήλικων γυναικών εμφανίζουν τα κριτήρια διάγνωσης της ψυχογενούς ανορεξίας, ενώ περίπου 1-2% είναι το αντίστοιχο ποσοστό για την ψυχογενή βουλιμία.

Ωστόσο, σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, περίπου το 10% των εφήβων και νέων γυναικών μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα διατροφικών διαταραχών. Παρόλο που αυτά τα συμπτώματα μπορεί να μην καλύπτουν τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια, συνήθως προκαλούν έντονο στρες. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να αποτρέψει την εκδήλωση σοβαρότερων διαταραχών.

1.6.1 Ψυχογενής Ανορεξία (anorexia nervosa)

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια σοβαρή και σε μερικές περιπτώσεις επικίνδυνη για τη ζωή κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντική μείωση της πρόσληψης τροφής. Τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι η εκούσια μείωση του σωματικού βάρους με μείωση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) κάτω του 17,5, ο έντονος φόβος για αύξηση του βάρους και παχυσαρκία, η διαταραγμένη εικόνα του σώματος, με αποτέλεσμα το άτομο, παρόλο που παραμένει ελλιποβαρές, να συνεχίζει τις προσπάθειες για απώλεια βάρους, ενώ παράλληλα αρνείται τη σοβαρότητα των επιπτώσεων του χαμηλού σωματικού του βάρους. Σε γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία παρατηρείται συχνά αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων.

1.6.2 Ψυχογενής Βουλιμία (bulimia nervosa)

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από έναν κύκλο συμπεριφορών που συνήθως ξεκινούν με επεισόδια ανεξέλεγκτης και υπερβολικής πρόσληψης τροφής. Το βάρος του ατόμου παραμένει κατά κανόνα στα ευρέως φυσιολογικά όρια. Τα χαρακτηριστικά στοιχεία στη συμπεριφορά του ασθενούς με ψυχογενή βουλιμία είναι τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και η απώλεια αυτοέλεγχου κατά την κατανάλωση της τροφής. Προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, ο ασθενής καταλήγει σε πρόκληση εμετού, λήψη καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Σε σύγκριση με τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία τείνουν να παρουσιάζουν συχνότερα συναισθηματικές διαταραχές, η πάθηση συνυπάρχει δε σε μεγάλο βαθμό με κατάθλιψη.

²(στοιχεία από το διαδικτυακό τόπο: www.anasa.com.gr).

³Academy for Eating Disorders, http://www.aedweb.org/eating_disorders/prevalence.cfm.

1.6.3 Επεισοδιακή Πολυφαγία (binge eating)

Η κατάσταση αυτή σχετικά πρόσφατα αναγνωρίστηκε ως μια ξεχωριστή κατηγορία. Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα είδος παχυσαρκίας, που χαρακτηρίζεται από επεισόδια ανεξέλεγκτης και παρορμητικής υπερφαγίας (binge eating), πέρα από το σημείο του να αισθανθείς «ικανοποιητικά χορτάτος». Όχι σπάνια, τα επεισόδια αυτά συνοδεύονται από ενοχές και δυσaréσκεια για το γεγονός. Η πάθηση διαφέρει από την ψυχογενή βουλιμία στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν επεισόδια προκλητού εμετού. Τα επεισόδια πολυφαγίας συμβαίνουν κατά μέσο όρο 2 μέρες την εβδομάδα για διάστημα 6 μηνών ή και περισσότερο. Παρόλα αυτά, η επεισοδιακή πολυφαγία δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της Νευρικής Ανορεξίας ή της Νευρικής Βουλιμίας.

1.6.4 Κώδικας της Διεθνούς Ακαδημίας για την Αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας και άτυπες μορφές), αποτελούν ένα αυξανόμενο και ιδιαίτερα ανησυχητικό πρόβλημα των νεαρών γυναικών του αναπτυγμένου κόσμου. Όσο η συχνότητά τους αυξάνει, τόσο το πρόβλημα αντιμετωπίζεται επιφανειακά επικοινωνιακά, παραμένοντας ταυτόχρονα κρυμμένο και συχνά αθεράπευτο, με αποτέλεσμα πολλά νεαρά άτομα -κυρίως γυναίκες- να παραμένουν αβοήθητα, χωρίς πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικής θεραπείας. Δεδομένου των ανωτέρω, η Διεθνής Ακαδημία για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής εξέδωσε πρόσφατα μια Διακήρυξη, όπου επισημαίνει την ανάγκη για παγκόσμια εγρήγορση σε σχέση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Επισημαίνει τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη θεραπεία, το σεβασμό των ατομικών ελευθεριών και των ατομικών δικαιωμάτων των πασχόντων, την ανάγκη δημιουργίας ειδικών δομών για την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή θεραπεία, το δικαίωμα πρόσβασης και ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών, καθώς και τη συμμετοχή των συγγενών στη θεραπευτική διαδικασία.

Η βασικότερη αρχή που προβάλλεται στη διακήρυξη αυτή, είναι ότι η συνεργασία ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, των οικογενειών τους και της θεραπευτικής ομάδας, υπό το καθεστώς σεβασμού για τα δικαιώματα της κάθε πλευράς, είναι επιβεβλημένη και επιτακτική αν η αρμόδια υπηρεσία θέλει να παρέχει υψηλό επίπεδο θεραπείας και προγραμμάτων αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών, αλλά και για κάθε ατομική, εθελοντική ή κοινοτική προσπάθεια που στοχεύει στην παροχή θεραπευτικής φροντίδας στους πάσχοντες από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.

Τα δικαιώματα⁴ των ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και των συγγενών τους:

1. Δικαίωμα στην επικοινωνία και στη συνεργασία με τους ειδικούς θεραπευτές στο χώρο της υγείας.
2. Δικαίωμα στην πολυδιάστατη κλινική θεραπευτική αντιμετώπιση και στη συμμετοχή στο θεραπευτικό σχεδιασμό.
3. Δικαίωμα στην πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, με πλήρη ασφαλιστική κάλυψη, και θεραπεία από εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα.
4. Δικαίωμα πρόσβασης σε αποτελεσματικά και αξιοπρεπή θεραπευτικά προγράμματα και δομές με επιστημονική αρτιότητα και ποιότητα, ανάλογα με την ηλικία του κάθε ασθενούς (παιδιά - έφηβοι- ενήλικες).
5. Δικαίωμα στα μέλη της οικογένειας (γονείς, συγγενείς) να πληροφορούνται για τη φύση του προβλήματος των διαταραχών πρόσληψης τροφής, να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και να εκλαμβάνονται ως σύμμαχοι στη θεραπευτική αντιμετώπιση των αντίστοιχων διαταραχών.
6. Δικαίωμα στους γονείς, συγγενείς και λοιπά μέλη της οικογένειας να έχουν πρόσβαση σε ομάδες υποστήριξης, σε πηγές πληροφόρησης και αναζήτησης βοήθειας, καθώς και συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες (συμβουλευτική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία).

⁴Επεξεργασία: Φ.Μωρόγιαννης, Ψυχίατρος, Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μέλος του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (ECED).

1.7 Άλλες Παθήσεις

1.7.1 Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι νόσημα κατά το οποίο μειώνεται η πυκνότητα των οστών, με συνέπεια την αύξηση του κινδύνου για κατάγματα. Σύμφωνα με στοιχεία του Διεθνούς Οργανισμού για την Οστεοπόρωση⁵, η συχνότητά της στα άτομα άνω των 50 ετών φτάνει τη μια στις τρεις γυναίκες και έναν στους πέντε άνδρες. Μολονότι γενετικοί παράγοντες καθορίζουν αν ένα άτομο βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για οστεοπόρωση, εντούτοις διατροφικοί παράγοντες και τρόποι ζωής που σχετίζονται με τη σωματική άσκηση έχουν σημαντική επίδραση στην εκδήλωσή της (Prentice 2004).

1.7.2 Ουρική Αρθρίτιδα

Η ουρική αρθρίτιδα οφείλεται στην εναπόθεση ουρικών αλάτων στις αρθρώσεις, εξαιτίας αύξησης του ουρικού οξέος στο αίμα. Η συχνότητά της στις δυτικές χώρες κυμαίνεται στο 3% για τους άνδρες και στο 0,4% για τις γυναίκες άνω των 30 ετών.

Στην αιτιολογία της νόσου εμπλέκονται αφενός γενετικοί και αφετέρου διατροφικοί παράγοντες. Οι σημαντικότεροι διατροφικοί παράγοντες είναι η παχυσαρκία, η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, η πλούσια σε πουρίνες διαίτα, αλλά και η μη λήψη τροφής, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε απότομη αύξηση του ουρικού οξέος στο αίμα.

1.7.3 Ενδημική Βρογχοκήλη

Κύρια αιτία της ενδημικής βρογχοκήλης είναι η μειωμένη πρόσληψη ιωδίου με τις τροφές και το νερό, σε ποσότητα μικρότερη των 50 mg ημερησίως.

Η σημασία της ενδημικής βρογχοκήλης εντοπίζεται στις συνέπειες που έχει όταν λάβει τη μορφή υποθυρεοειδισμού κατά την προγεννητική περίοδο, οπότε μπορεί να οδηγήσει σε αποβολές, θανάτους, συγγενείς ανωμαλίες και κρετινισμό, και κατά τη νεογνική περίοδο, οπότε οδηγεί σε μυξοίδημα. Η πρόληψη της νόσου μπορεί να επιτευχθεί με τη μαζική χορήγηση ιωδίου, συνήθως μέσω της βιομηχανικής ιωδίωσης του μαγειρικού αλάτος, η οποία εγγυάται την επαρκή πρόσληψη του στοιχείου από όλο τον πληθυσμό.

1.7.4 Σιδηροπενική Αναιμία

Έλλειψη σιδήρου στον οργανισμό από κακή διατροφή οδηγεί στην εμφάνιση σιδηροπενικής αναιμίας, η οποία είναι η συχνότερη μορφή αναιμίας στον κόσμο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. (WHO 2004), η νόσος εμφανίζεται περίπου στο 30% του συνολικού πληθυσμού ή αυτή τη στιγμή νοσούν γύρω στα 2 δισεκατομμύρια άνθρωποι. Η συχνότητα της νόσου στις έγκυες γυναίκες, τα βρέφη και τα παιδιά κυμαίνεται γύρω στο 20% για τις δυτικές χώρες και στο 40-50% για τις αναπτυσσόμενες χώρες (WHO)⁶. Η πρόληψη της σιδηροπενικής αναιμίας μπορεί να επιτευχθεί αφενός με αύξηση της πρόσληψης σιδήρου με τις τροφές και χορήγηση τροφής εμπλουτισμένης σε σίδηρο και αφετέρου με μείωση της απώλειας αίματος.

1.7.5 Παθήσεις του Πεπτικού

Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες κίρρωσης του ήπατος. Διατροφικοί παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση λιπώδους ήπατος ή άλλων ηπατικών βλαβών είναι η φτωχή σε πρωτεΐνες διαίτα και η ανεπάρκεια βιταμίνης Ε. Διαιτητικοί παράγοντες και συγκεκριμένα η υψηλή πρόσληψη χοληστερόλης σε συνδυασμό με χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών και πολυακόρεστων λιπών, φαίνεται να επηρεάζουν την ανάπτυξη χολολίθων.

1.7.6 Έλλειψη Φθορίου

Το φθόριο είναι στοιχείο το οποίο υπάρχει στο νερό, στο τσάι και σε αρκετές τροφές (ιδιαίτερα θαλασσινές). Η βασική του σημασία εντοπίζεται στην προστασία των δοντιών από την τερηδόνα. Το

⁵<http://www.iofbonehealth.org/facts-and-statistics.html>.

⁶http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf.

νερό αποτελεί επαρκή πηγή φθορίου, όταν έχει περιεκτικότητα 1 ppm. Όταν η περιεκτικότητα είναι μικρότερη από 0,5 ppm συνιστάται η φθορίωση του νερού. Άλλοι τρόποι χορήγησης φθορίου είναι ο εμπλουτισμός διαφόρων τροφίμων (π.χ. αλάτι ή γάλα), η χρήση φθοριούχων προϊόντων κ.λπ.

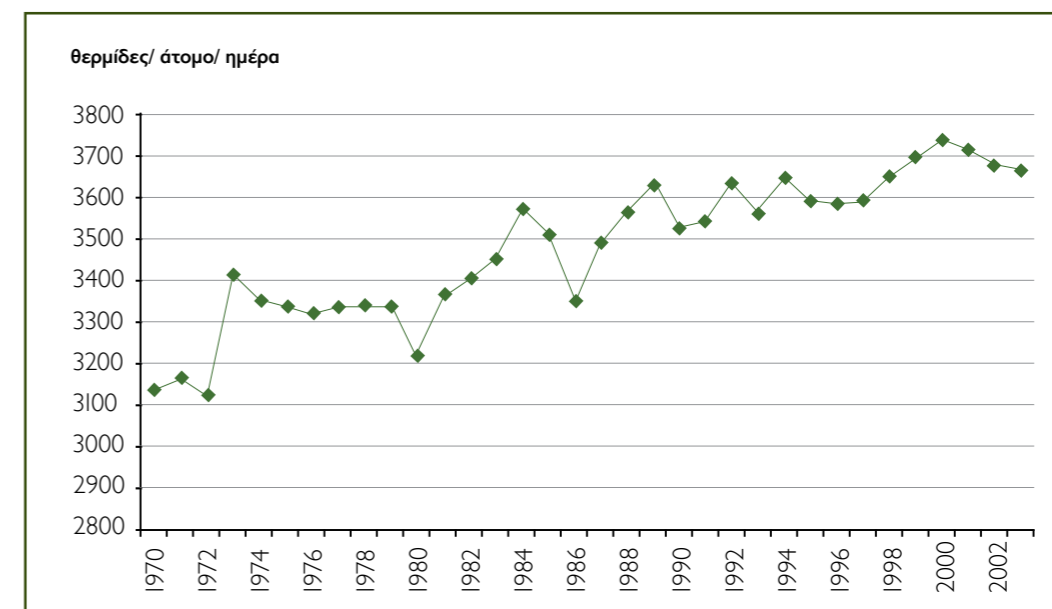
2. Η Διατροφή στην Ελλάδα

2.1. Κατανάλωση Θερμίδων

Από τη δεκαετία του 1960 και εξής, σημειώθηκαν στην Ελλάδα ταχύτατες μεταβολές, οι οποίες άλλαξαν ριζικά την εικόνα των διατροφικών αλλαγών στη χώρα.

Η μέση κατά κεφαλή κατανάλωση θερμίδων σημείωσε σταθερή και συνεχή άνοδο και από 2.912 θερμίδες την περίοδο 1961-3 έφθασε μέχρι το 2003 τις 3.666 θερμίδες, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 25,9% (διάγραμμα 1). Ενώ στις αρχές της δεκαετίας του 1960 η μέση κατανάλωση θερμίδων ήταν στην Ελλάδα η χαμηλότερη της Δυτικής Ευρώπης, μέσα σε 4 δεκαετίες έφτασε να συγκρατείται ανάμεσα στις υψηλότερες (πίνακας 1).

Διάγραμμα 1: Μέση κατά κεφαλή κατανάλωση θερμίδων στην Ελλάδα, 1971-2003.



Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

Πίνακας 1: Μέση ημερήσια κατά κεφαλή κατανάλωση θερμίδων σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (1961-3, 2003).

	1961-3 (1)	2003 (2)	μεταβολή (%)
Αυστρία	—	3732	
Γαλλία	3256	3623	11,3
Γερμανία	3153	3484	10,5
Δανία	3140	3472	10,6
Ελλάδα	2912	3666	25,9
Ιταλία	2984	3675	23,2
Ισπανία	2848	3421	20,1
Ολλανδία	3190	3495	9,6
Σουηδία	2884	3208	11,2
Μ. Βρετανία	3355	3450	2,8

Πηγή: (1) FAO, Production yearbook, 1989, (2) WHO, Health for All Database, 2008.

2.2. Κατανάλωση Τροφίμων

Μέσα στις δύο πρώτες δεκαετίες μετά το '60, η κατανάλωση κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων αυξήθηκε κατά 100-130% (FAO 1989) και κατόπιν συνέχισε την ανοδική της πορεία με βραδύτερους ρυθμούς. Αντίστοιχη πορεία ακολούθησε και η κατανάλωση λαχανικών και πατάτας, ενώ αντίθετα, η κατανάλωση δημητριακών και οσπρίων σημείωσε μείωση. Μικρότερη αύξηση σημειώθηκε στην κατανάλωση φρούτων. Η κατανάλωση ζωικών λιπών άρχισε να αυξάνεται από τη δεκαετία του '80, χωρίς ωστόσο να υποκαταστήσει την κατανάλωση φυτικής προέλευσης ελαίων και κυρίως ελαιόλαδου, που παραμένει υψηλή. Τέλος, υπερδιπλασιάστηκε η κατανάλωση ζάχαρης (WHO 2008).

Σε επίπεδο θερμίδων, οι παραπάνω εξελίξεις εκφράζονται ως εξής: στην περίοδο 1971-2001, η μέση ημερήσια κατά κεφαλή διαθεσιμότητα θερμίδων από κρέας και γαλακτοκομικά αυξήθηκε κατά 43,2% και από λίπη, έλαια και ζάχαρη κατά 27,8%. Η θερμιδική διαθεσιμότητα από φρούτα, όσπρια και λαχανικά αυξήθηκε λιγότερο, κατά 16,5%, ενώ αντίθετα η αντίστοιχη από δημητριακά μειώθηκε κατά 7,5% (πίνακας 2).

Οι εξελίξεις αυτές διαφοροποίησαν σημαντικά το προφίλ της ελληνικής διατροφής σε σχέση με την παραδοσιακή εικόνα που χαρακτήριζε τη χώρα. Η μέση κατανάλωση κρεάτων και γαλακτοκομικών τείνει σταδιακά να προσεγγίσει τα επίπεδα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Η θερμιδική σημασία των λιπών, ελαίων και της ζάχαρης βρίσκεται ήδη σε υψηλά επίπεδα, μολονότι πρέπει να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο μέρος αυτής αφορά το ελαιόλαδο. Παράλληλα όμως, η χώρα διατηρεί την υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση φρούτων, οσπρίων και λαχανικών, και μια από τις υψηλότερες σε δημητριακά.

2.3. Κατανάλωση θρεπτικών συστατικών

Εξαιτίας των παραπάνω μεταβολών, σημειώθηκε σημαντική διαφοροποίηση στην ποιοτική σύνθεση της θερμιδικής πρόσληψης. Το ποσοστό συμμετοχής των λιπιδίων στη συνολική θερμιδική κατανάλωση αυξάνει σταδιακά και από 27% το 1960 φτάνει στο 35,6% το 2003 (FAO 1989; WHO 2008). Αντίθετα, η συμβολή των υδατανθράκων μειώνεται, και μέχρι το 2003 περιορίζεται στο 51,6%, ενώ η συμμετοχή των πρωτεϊνών μένει σχετικά αμετάβλητη. Συνεπώς, το κύριο χαρακτηριστικό των μεταπολεμικών εξελίξεων στην ποιοτική σύνθεση της θερμιδικής κατανάλωσης είναι η συνεχής αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής των λιπιδίων και κυρίως των ζωικών λιπών.

Σε απόλυτες τιμές, η μέση κατά κεφαλή κατανάλωση λιπιδίων στην Ελλάδα, από 92,8 gr το 1961-3,

ανήλθε σε 150 gr το 1997 για να μειωθεί στη συνέχεια σε 145 gr μέχρι το 2003. Το διάγραμμα 2 παρουσιάζει τη διαχρονική πορεία της κατά κεφαλή κατανάλωσης λιπιδίων στη χώρα.

Πίνακας 2: Μέση ημερήσια κατά κεφαλή διαθεσιμότητα θερμίδων αναλόγως της πηγής προέλευσης. 1971-2001.

	ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ		ΦΡΟΥΤΑ – ΟΣΠΡΙΑ ΛΑΧΑΝΙΚΑ – ΠΑΤΑΤΕΣ		ΚΡΕΑΣ – ΨΑΡΙΑ – ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ		ΛΙΠΗ – ΕΛΑΙΑ – ΖΑΧΑΡΗ	
	1971	2001	1971	2001	1971	2001	1971	2001
Αυστρία	865	928	329	382	721	913	1064	1274
Δανία	662	807	282	372	579	913	1439	1055
Γαλλία	731	886	405	351	961	1056	874	1128
Γερμανία		800		409		716		1356
Ελλάδα	1161	1074	496	578	553	792	868	1109
Ιταλία	1311	1165	398	439	567	770	884	1138
Ολλανδία	575	602	366	418	764	999	1126	1025
Νορβηγία	695	986	343	320	801	894	1106	1012
Ισπανία	801	753	495	499	520	875	778	1096
Σουηδία	621	788	303	275	749	855	1063	1085
Μ. Βρετανία	704	818	352	440	919	867	1093	1024

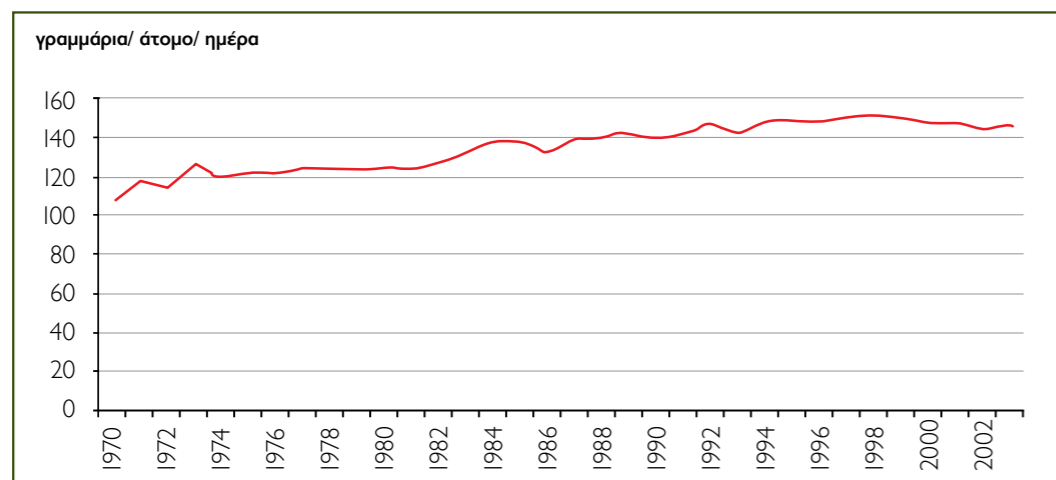
Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

Πίνακας 3: Ποσοστιαία (%) συμμετοχή των διαφόρων κατηγοριών τροφίμων στη συνολική θερμιδική κατανάλωση το 2001.

	ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ		ΦΡΟΥΤΑ – ΟΣΠΡΙΑ – ΛΑΧΑΝΙΚΑ – ΠΑΤΑΤΕΣ		ΚΡΕΑΣ – ΨΑΡΙΑ – ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ		ΛΙΠΗ – ΕΛΑΙΑ – ΖΑΧΑΡΗ	
	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001
Αυστρία	24,5	10,1	24,1	33,7	721	913	1064	1274
Δανία	23,8	11,0	26,9	31,1	579	913	1439	1055
Γαλλία	24,3	9,6	29,0	30,9	961	1056	874	1128
Γερμανία	23,1	11,8	20,7	39,1		716		1356
Ελλάδα	28,9	15,6	21,3	29,9	553	792	868	1109
Ιταλία	31,8	12,0	21,0	31,0	567	770	884	1138
Ολλανδία	18,0	12,5	29,9	30,7	764	999	1126	1025
Νορβηγία	28,8	9,3	26,1	29,5	801	894	1106	1012
Ισπανία	22,4	14,8	26,0	32,6	520	875	778	1096
Σουηδία	25,3	8,8	27,4	34,8	749	855	1063	1085
Μ. Βρετανία	23,8	12,8	25,3	29,8	919	867	1093	1024

Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

Διάγραμμα 2: Μέση ημερήσια κατά κεφαλή κατανάλωση λιπιδίων στην Ελλάδα, 1970-2003.



Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

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

	1961-3 (1)	2003 (2)	μεταβολή (%)
Αυστρία		161,0	
Βέλγιο	145,0	179,8	21,0
Γαλλία	109,2	143,5	31,4
Γερμανία	131,9	155,1	17,6
Δανία	127,5	138,5	8,6
Ελλάδα	92,8	144,9	56,1
Ιταλία	85,0	156,1	83,6
Ισπανία	82,2	156,6	90,5
Ολλανδία	136,5	139,6	2,3
Σουηδία	125,9	126,6	0,6
Μ. Βρετανία	143,8	134,7	-6,3

Πηγή: (1) FAO, Production yearbook, 1989, (2) WHO, Health for All Database, 2008.

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

3. Διατροφικές Τάσεις

3.1. Παχυσαρκία

Οι προαναφερθείσες μεταβολές στις διατροφικές συνήθειες των Ευρωπαίων είχαν σημαντικές συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού. Πληθυσμιακές μελέτες στον ευρωπαϊκό χώρο δείχνουν ότι η παχυσαρκία (BMI>30) έχει αυξηθεί μέσα στην τελευταία μόνο δεκαετία κατά 10-40% και η συχνότητά της στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται πλέον μεταξύ 10% και 27% του συνολικού πληθυσμού στους άνδρες και μέχρι 38% στις γυναίκες (IOTF 2005). Σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες (βλ. πίνακα 5 στη συνέχεια), πάνω από το 50% του πληθυσμού είναι υπέρβαρο (BMI>25), ενώ σε ορισμένες από αυτές ξεπερνά το 67% (WHO 2002).

Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στον γενικό πληθυσμό βρίσκεται πλέον στα υψηλότερα επίπεδα μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης (πίνακας 5). Στους άνδρες άνω των 15 ετών φθάνει το 26%, που αποτελεί την υψηλότερη τιμή του πίνακα 5, ενώ στις γυναίκες το 18,2%, που είναι η δεύτερη υψηλότερη μεταξύ των γυναικών.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, το ποσοστό των υπέρβαρων με BMI>27 κατά ηλικία φαίνεται στον πίνακα 6. Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτουν τα εξής:

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

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

Πίνακας 5: Ποσοστά (%) παχυσαρκίας σε άτομα άνω των 15 ετών, κατά φύλο, σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες.

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

Πηγή: WHO, European Health For All Database, 2008.

Πίνακας 6: Ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων (ΔΜΣ>27) κατά φύλο, σε επιλεγμένες ομάδες ηλικιών, σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες (1996-2003).*

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

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

Σε ό,τι αφορά στην παιδική παχυσαρκία, υπολογίζεται ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχουν περίπου 3 εκατ. υπέρβαρα παιδιά και ο αριθμός τους αυξάνει κατά 400.000 ετησίως. Το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών υπολογίζεται συνολικά στο 25% στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά σε ορισμένες χώρες ξεπερνά το 30% (IOTF 2004; Currie et al. 2004).

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα ευρήματα για το ποσοστό παχυσαρκίας παιδιών ηλικίας 13 και 15 ετών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, από την έρευνα HBSC του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, της περιόδου 2001/2002. Στην ηλικία των 13 ετών, η Ελλάδα παρουσιάζει το τρίτο υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών του πίνακα. Στην ηλικία των 15 ετών, στα μεν αγόρια παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό της Δυτικής Ευρώπης, ενώ στα κορίτσια ένα μέσο ποσοστό, αισθητά χαμηλότερο από εκείνο των αγοριών. Από τη γεωγραφική κατανομή της παχυσαρκίας στην Ευρώπη φαίνεται υψηλότερη συχνότητα παχυσαρκίας σε χώρες της νότιας Ευρώπης. Το πρόβλημα φαίνεται να είναι ακόμη εντονότερο στις ηλικίες 7-11 ετών, όπου οι χώρες του ευρωπαϊκού νότου αναφέρουν ποσοστά υπέρβαρων παιδιών που ξεπερνούν το 30% (IOTF 2004; Currie et al. 2004).

3.2. Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη υπολογίζεται στην Ελλάδα σε 6,1%, ενώ μέχρι το 2025 εκτιμάται ότι θα φτάσει το 7,3% (πίνακας 8).

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

Πίνακας 7: Ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 13 και 15 ετών, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, 2001/2.

	13 ετών		15 ετών	
	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια
Αυστρία	13,3	10,1	10,0	7,5
Βέλγιο	11,2	9,7	10,3	7,9
Γαλλία	11,8	7,9	10,3	7,6
Γερμανία	11,9	7,2	13,7	5,5
Δανία	7,5	8,3	12,8	8,6
Ελλάδα	17,5	10,4	20,3	7,5
Ισπανία	21,5	11,1	17,7	10,0
Ιταλία	17,9	10,9	17,1	6,6
Νορβηγία	11,7	6,6	12,6	8,4
Ολλανδία	7,4	4,2	8,8	7,1
Πορτογαλία	16,1	11,6	15,1	6,4
Σουηδία	10,5	7,0	12,7	6,0
Φινλανδία	12,8	9,8	14,3	7,9

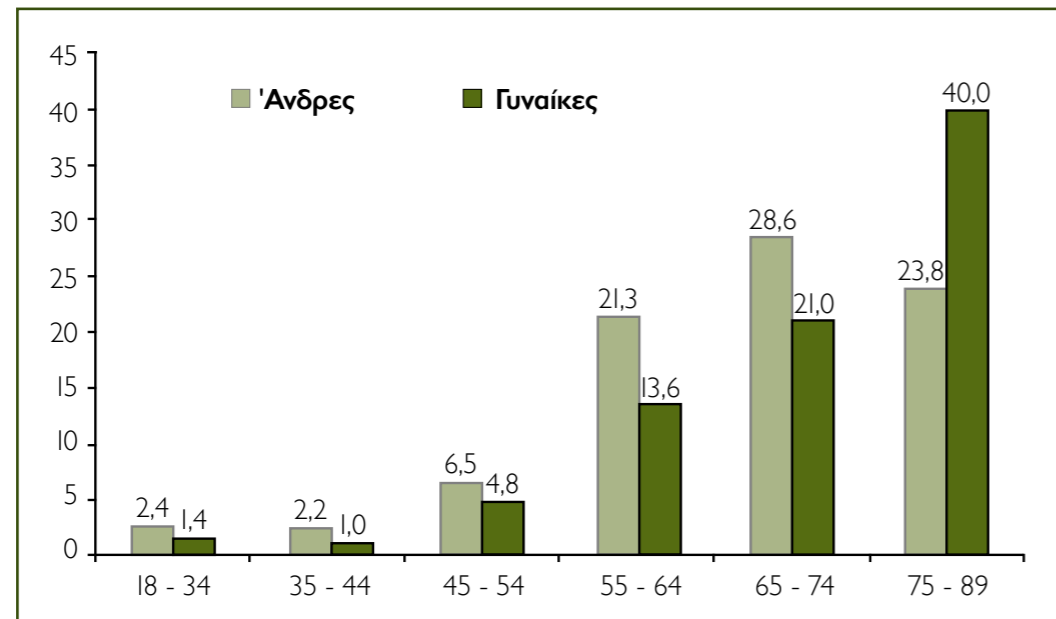
Πηγή: Currie et al. 2004.

Πίνακας 8: Εκτίμηση του επιπολασμού του σακχαρώδη διαβήτη στην Ευρώπη.

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

Πηγή: International Diabetes Foundation, 2003.

Διάγραμμα 3: Ποσοστά (%) σακχαρώδη διαβήτη κατά ηλικία και φύλο, 2003.



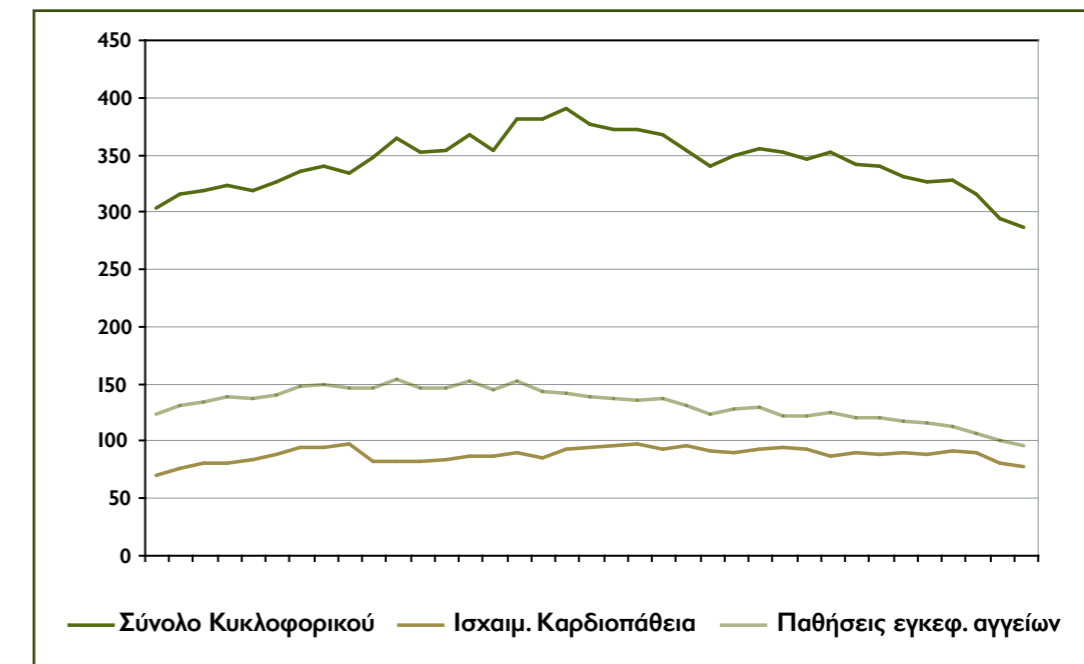
Πηγή: Pitsavos., et al, 2003.

3.3. Παθήσεις του Κυκλοφορικού - Στεφανιαία Νόσος

Η προτυποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού σημείωσε διαχρονικά στην Ελλάδα σημαντική αύξηση μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και, στη συνέχεια, αισθητή μείωση. Η μείωση είναι μεγαλύτερη όσον αφορά την προτυποποιημένη θνησιμότητα από παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων, ενώ η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια φαίνεται διαχρονικά περισσότερο σταθερή, με τάσεις μείωσης μόλις τα δύο τελευταία χρόνια (διάγραμμα 4).

Η κατά ηλικία θνησιμότητα από τις δύο αυτές κατηγορίες νοσημάτων φαίνεται στον πίνακα 9. Διαπιστώνεται η ύπαρξη υψηλής θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια ήδη από τις ηλικίες 45-59 ετών, καθώς και η σημαντική θνησιμότητα από την ίδια νόσο στην ηλικία των 30-44 ετών. Σε σύγκριση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα (πίνακας 10), η Ελλάδα φαίνεται να παρουσιάζει έναν ιδιαίτερα υψηλό δείκτη θνησιμότητας από παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων, χαμηλότερο μόνο από τον αντίστοιχο της Πορτογαλίας. Σε ό,τι αφορά τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια, η Ελλάδα έχει μια μέση θνησιμότητα σε σχέση με τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, η οποία εντούτοις είναι υψηλότερη από όλες τις χώρες της νότιας Ευρώπης.

Διάγραμμα 4: Προτυποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού στην Ελλάδα, 1970-2006.



Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

Πίνακας 9: Ειδική κατά ηλικία θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια και παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων στην Ελλάδα, 2004. (Θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους της ίδιας ηλικίας).

Ηλικία	Ισχαιμική καρδιοπάθεια	Παθήσεις εγκεφαλικών αγγείων
0-14	0	0,1
15-29	2,6	1,2
30-44	15,9	5,0
45-59	84,2	24,2
60-74	221,3	155,2
75+	1024,4	2019,7

Πηγή: Τούντας και συν. Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού, Αθήνα, 2007.

Πίνακας 10: Προτυποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού σχετιζόμενα με τη διατροφή, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

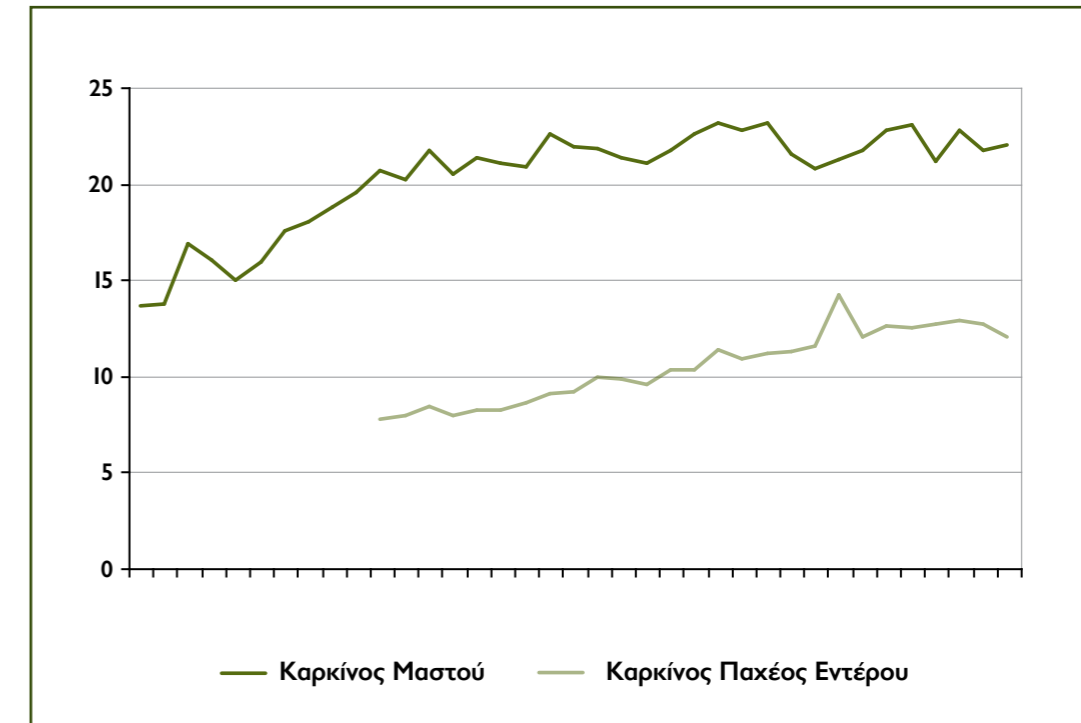
	Παθήσεις Εγκεφαλικών αγγείων	Ισχαιμική Καρδιοπάθεια
Αυστρία (2006)	39,4	107,7
Βέλγιο (1997)	59,4	82,1
Γαλλία (2004)	32,5	41,6
Γερμανία (2004)	47,9	110,1
Δανία (2001)	59,8	111,5
Ελλάδα (2006)	93,8	76,3
Ισπανία (2005)	45,7	56,3
Ιταλία (2002)	59,1	72,4
Μ. Βρετανία (2005)	54,9	106,1
Νορβηγία (2005)	44,7	79,1
Ολλανδία (2004)	47,4	64,0
Πορτογαλία (2004)	101,4	56,9
Σουηδία (2004)	49,5	104,6
Φινλανδία (2005)	53,1	142,0

Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

3.4 Καρκίνοι Σχετιζόμενοι με τη Διατροφή

Η θνησιμότητα από τους καρκίνους που συνδέονται με τη διατροφή παρουσιάζει διαχρονικά στην Ελλάδα τάσεις συνεχούς αύξησης (διάγραμμα 5). Σε ό,τι αφορά τον καρκίνο του μαστού, η αύξηση που παρατηρήθηκε κατά την περίοδο 1970-2006 ήταν 61,9%, ενώ σε ό,τι αφορά τον καρκίνο του παχέος εντέρου, από το 1980 και εξής, η αύξηση έφτασε το 55,1%. Σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα έχει φτάσει ήδη σε αντίστοιχα επίπεδα, ενώ η θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου βρίσκεται στα χαμηλότερα ευρωπαϊκά επίπεδα (πίνακας 11). Η χαμηλότερη θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου συνδέεται πιθανότατα με την παραδοσιακά υψηλότερη κατανάλωση στην Ελλάδα λαχανικών, φρούτων και γενικότερα φυτικής προέλευσης τροφίμων. Πρέπει εντούτοις να υπογραμμισθεί ότι σε καμία άλλη δυτικοευρωπαϊκή χώρα, με εξαίρεση την Ισπανία, δεν παρατηρούνται διαχρονικά τόσο έντονες τάσεις αύξησης της θνησιμότητας από τη νόσο. Αντίθετα, μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα, σχεδόν το σύνολο των χωρών της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης πέτυχαν μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο (WHO 2008). Οι γενικότερες διατροφικές εξελίξεις στη χώρα τείνουν με ταχείς ρυθμούς να εξαφανίσουν το πλεονέκτημα που υπήρχε σε σχέση με τη θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Διάγραμμα 5: Προτυποποιημένη θνησιμότητα από καρκίνο παχέος εντέρου και καρκίνο μαστού στην Ελλάδα, 1970-2006.



Πηγή: WHO, European mortality database, 2008.

Πίνακας 11: Προτυποποιημένη θνησιμότητα από καρκίνους σχετιζόμενους με τη διατροφή, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

	Καρκίνος μαστού	Καρκίνος παχέος εντέρου
Αυστρία (2006)	24,3	18,8
Βέλγιο (1997)	35,0	22,1
Γαλλία (2004)	25,9	18,2
Γερμανία (2004)	26,8	21,4
Δανία (2001)	36,1	28,1
Ελλάδα (2006)	22,0	11,9
Ισπανία (2005)	18,5	20,0
Ιταλία (2002)	24,9	18,6
Μ. Βρετανία (2005)	28,3	18,3
Νορβηγία (2005)	21,3	22,5
Ολλανδία (2004)	30,6	21,3
Πορτογαλία (2004)	11,2	21,5
Σουηδία (2004)	22,7	17,3
Φινλανδία (2005)	21,4	13,9

Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

4. Το Προφίλ των Διατροφικών Συνηθειών των Ελλήνων

4.1 Το Προφίλ των Διατροφικών Συνηθειών των Παιδιών στην Ελλάδα, το 2008

Στη συνέχεια παρατίθενται τα κύρια συμπεράσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε από το Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» το 2007, αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών ηλικίας 3-18 ετών (Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος 2007). Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 1305 άτομα ηλικίας 3-18 ετών. Στην έρευνα απάντησαν οι υπεύθυνοι για τη διατροφή των παιδιών ηλικίας 3-12 ετών (συνήθως οι μητέρες τους), ενώ για τις ηλικίες 13-18 ετών απάντησαν οι ίδιοι.

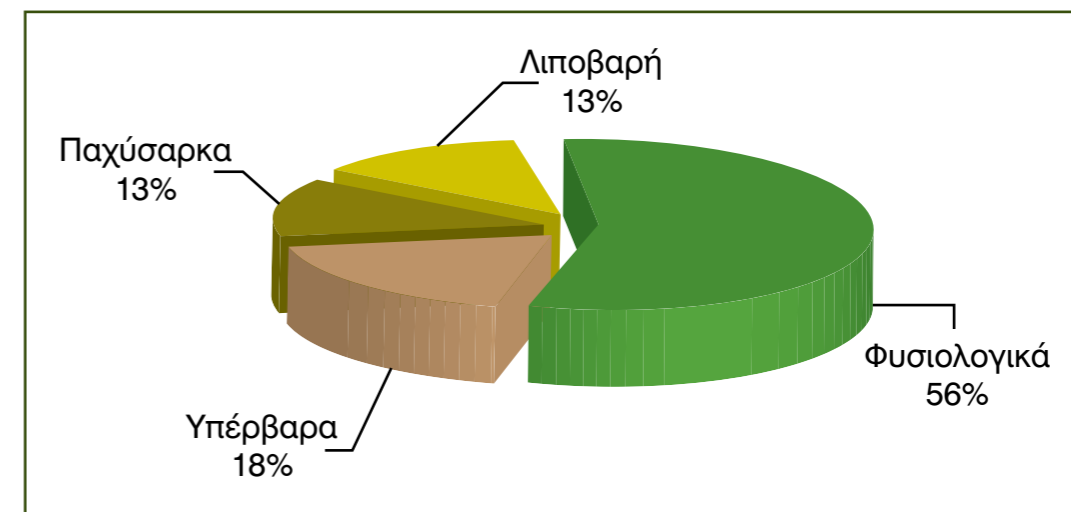
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας:

1. Ένα στα τρία παιδιά ηλικίας 3-12 ετών έχει σωματικό βάρος πάνω από το κανονικό (Σχήμα 1).
2. Το πρόβλημα του υπερβάλλοντος βάρους κορυφώνεται στις ηλικίες των 7-12 ετών και μάλιστα στις αγροτικές περιοχές, όπου το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών φτάνει περίπου στο ένα στα δύο. Στη νηπιακή ηλικία των 3-6 ετών, 1 στα 5 παιδιά είναι λιποβαρή.
3. Στο σύνολο του δείγματος, 1 στα 4 παιδιά ηλικίας 3-18 ετών είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο.
4. Σχετικά με τις καταναλωτικές συνήθειες των παχύσαρκων παιδιών, η έρευνα κατέδειξε ότι σε σχέση με τα παιδιά φυσιολογικού βάρους, αυτά:
 - καταναλώνουν περισσότερα γλυκά ή μη σιπικά γλυκά αρτοσκευάσματα στο πρωινό τους (32% έναντι 20%)
 - καταναλώνουν λιγότερα λαχανικά (4,9 φορές την εβδομάδα έναντι 6)
 - καταναλώνουν σνακ όπως γαριδάκια, πατατάκια κ.λπ. σε υπερδιπλάσια συχνότητα (125%)
 - δεν καταναλώνουν καθόλου πρωινό σε μεγαλύτερο βαθμό (19% σε σχέση με 12%)
 - καταναλώνουν σε μικρότερο βαθμό ένα «επαρκές πρωινό»⁷ (30% έναντι 46%).
5. Από τα πορίσματα της έρευνας προέκυψε ότι οι ερωτηθέντες δεν έχουν την πραγματική εικόνα του βάρους τους. Έτσι, από τη μια μεριά οι μητέρες παιδιών ηλικίας 3-12 ετών θεωρούν σε μεγάλο βαθμό τα παιδιά τους είναι φυσιολογικά σε βάρος, ενώ, όπως φαίνεται στο Σχήμα 1, τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών αυτής της ηλικίας είναι υψηλά (31%). Από την άλλη, οι έφηβοι ηλικίας 13-18 ετών θεωρούν σε μεγάλο βαθμό ότι έχουν παραπάνω βάρος από το φυσιολογικό, ενώ αυτό δεν ισχύει, με αποτέλεσμα οι έφηβοι να υποβάλλονται σε δίαιτες χωρίς πολλές φορές να το χρειάζονται.
6. Ένα εξίσου σημαντικό εύρημα είναι ότι σχεδόν οι μισοί παχύσαρκοι και υπέρβαροι είναι ικανοποιημένοι με το βάρος τους, μάλιστα 1 στους 10 θεωρεί ότι είναι πιο αδύνατος από όσο θα ήθελε. Αντίθετα, 1 στους 10 λιποβαρείς και 2 στους 10 με φυσιολογικό βάρος θεωρούν τον εαυτό τους πιο βαρύ από όσο θα ήθελαν και καταλήγουν σε δίαιτα.
7. Λιγότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες τρώνε ένα «επαρκές» πρωινό, ενώ το 14% δεν τρώει καθόλου πρωινό (Σχήμα 2), με την κακή αυτή συνήθεια να υιοθετείται περισσότερο από τους νέους 16-18 ετών, όπου 1 στους 4 φεύγει το πρωί από το σπίτι με άδειο στομάχι.
8. Όσον αφορά στην κατανάλωση φρούτων, με δεδομένο ότι η ενδεικτική ποσότητα ημερήσιας κατανάλωσης είναι 2-3 φρούτα, οι μισοί περίπου ερωτηθέντες, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, καταναλώνουν μόνο ένα φρούτο ή ένα ποτήρι χυμό την ημέρα ή δεν καταναλώνουν καθόλου φρούτα. Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες η κατανάλωσή τους είναι χαμηλότερη από 1 φορά την ημέρα.
9. Οι έφηβοι καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα, όπως άλλωστε ήταν αναμενόμενο, γρήγορο φαγητό, με ένα ποσοστό 11% να το καταναλώνει περισσότερες από 5 φορές την εβδομάδα. Κύρια προτίμησή τους, και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τα υπόλοιπα, το σουβλάκι.

⁷Το «επαρκές» πρωινό περιλαμβάνει ένα γαλακτοκομικό προϊόν ή ένα φρούτο/χυμό και τουλάχιστον κάποιο ακόμα τρόφιμο από διαφορετική διατροφική ομάδα.

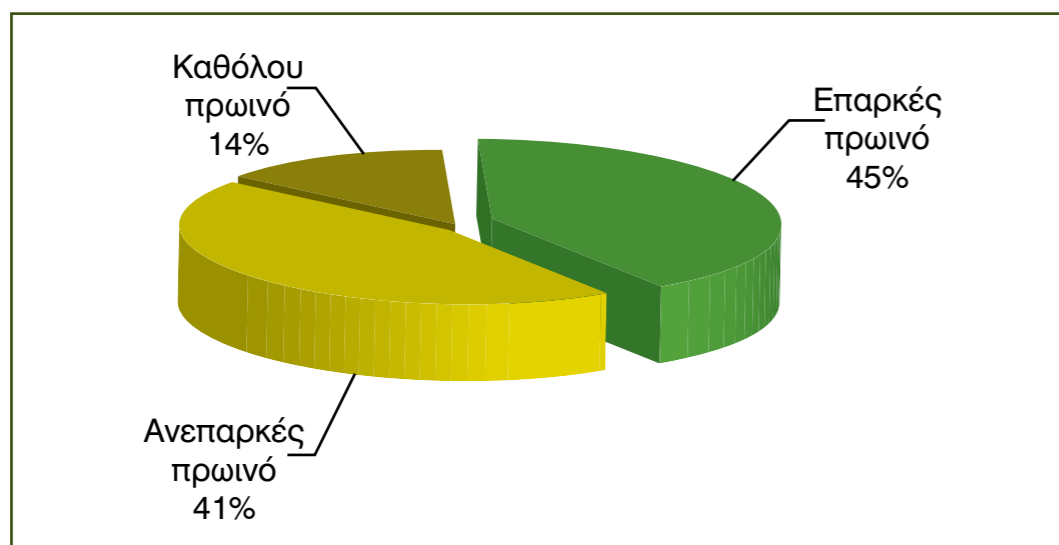
10. Η έρευνα ακόμα έδειξε ότι η σχέση των παιδιών μας με τη μεσογειακή διατροφή δεν είναι ιδιαίτερα καλή, αφού μοντέλο μεσογειακής διατροφής («καλό» σκορ⁸) ακολουθεί μόλις το 10% του συνόλου των ερωτηθέντων, με τους έφηβους να έχουν το χαμηλότερο σκορ. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αντίστοιχη μελέτη που έχει γίνει σε μια άλλη μεσογειακή χώρα, την Ισπανία, «καλό» σκορ μεσογειακής διατροφής είχε το 46% των ερωτηθέντων. Όπως έδειξε η έρευνα, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, αλλά και το να τρώει το παιδί έστω μια φορά την ημέρα μαζί με κάποιο γονιό του, επηρεάζει θετικά το σκορ μεσογειακής διατροφής.
11. Σημαντικά είναι και τα ευρήματα της έρευνας για τη σωματική και την καθιστική δραστηριότητα των παιδιών μας. Ενώ ο ενδεδειγμένος χρόνος σωματικής δραστηριότητας είναι τουλάχιστον 1 ώρα την ημέρα, σχεδόν τα μισά Ελληνόπουλα βρίσκονται κάτω από αυτό το όριο. Το ποσοστό αυτό αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας, και φτάνει στους νέους 16-18 ετών σχεδόν στο 70% (Σχήμα 3). Από την άλλη μεριά, ο χρόνος των καθιστικών δραστηριοτήτων (παρακολούθηση τηλεόρασης, παιχνίδια σε Η/Υ, κ.λπ.) πρέπει να περιορίζεται σε λιγότερες από 2 ώρες. Από την έρευνα προέκυψε ότι το 14% των ερωτηθέντων ξεπερνά τις 2 ώρες καθιστικών δραστηριοτήτων, με το ποσοστό αυτό να αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας. Συγκεκριμένα, το όριο των 2 ωρών ξεπερνά διπλάσιο ποσοστό εφήβων (13-18 ετών) απ' ό,τι παιδιών (3-12 ετών).

Σχήμα 1: Κατανομή βάρους σώματος σε παιδιά ηλικίας 3 - 12 ετών.

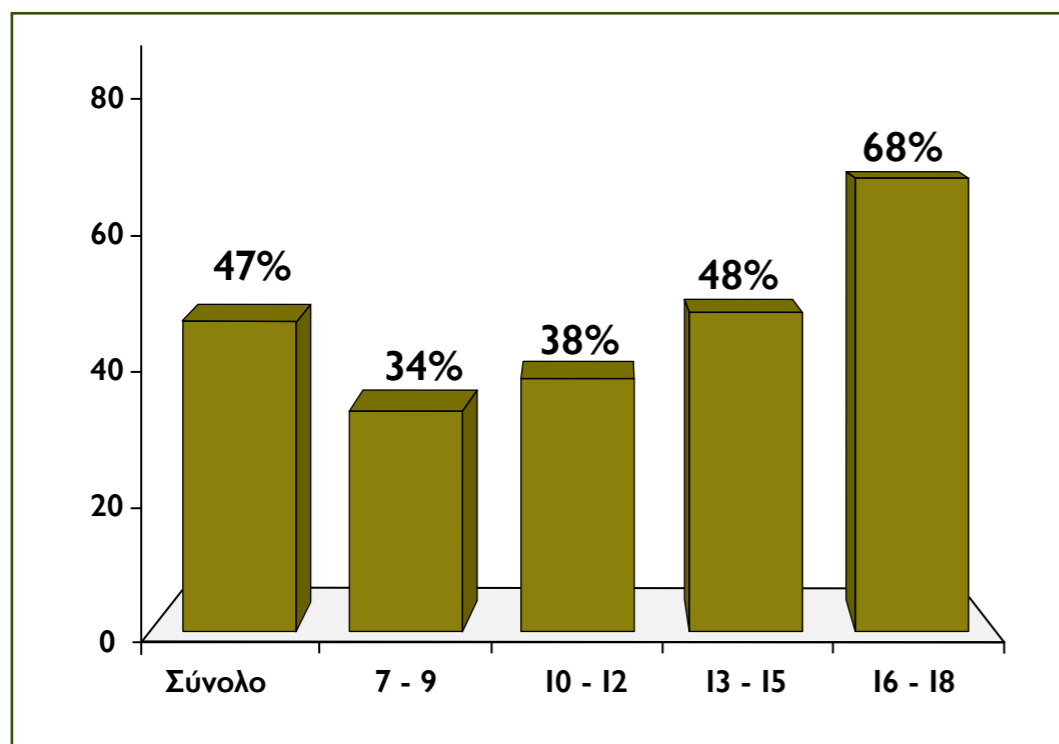


⁸Το σκορ μεσογειακής διατροφής (KIDMED) είναι ένας δείκτης που βασίζεται στις αρχές της μεσογειακής διατροφής και δείχνει πόσο ακολουθούν τα παιδιά και οι έφηβοι τις αρχές αυτές. Όσο πιο μεγάλο είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερη είναι και η συμμόρφωση με τη μεσογειακή διατροφή. Περισσότερες λεπτομέρειες για τον δείκτη και τη συγκεκριμένη αναφορά θα βρείτε: Luis Serra-Majem et al. 2004. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents; Public Health Nutrition7(7), 931-935.

Σχήμα 2: Σύνηθες πρωινό για τα παιδιά ηλικίας 3 - 18 ετών.



Σχήμα 3: Ποσοστό ερωτηθέντων με σωματική δραστηριότητα ≤ 1 ώρα την ημέρα (ενδεικτικός χρόνος).



4.2 Το Προφίλ των Διατροφικών Συνηθειών των Ενηλίκων στην Ελλάδα, το 2008

Σε έρευνα η οποία διενεργήθηκε από το ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» το 2008 σε δείγμα 1000 ατόμων ηλικίας 15-65 ετών σε όλες τις αστικές περιοχές της χώρας, καταγράφηκαν οι διατροφικές και καταναλωτικές συνήθειες των Ελλήνων (Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος 2008). Τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας συνοψίζονται παρακάτω:

- Ένα ποσοστό της τάξεως του 16% των ερωτηθέντων απάντησε ότι αγοράζει αρκετά έως πολύ συχνά είδη διατροφής που δεν χρειάζεται, με το φαινόμενο αυτό να συναντάται περισσότερο στους νέους 15-25 ετών και στα άτομα της ανώτερης και μεσο-ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Στον αντίποδα, περισσότεροι από 4 στους 10 ερωτηθέντες δεν αγοράζουν ποτέ τέτοια προϊόντα. Υψηλότερα είναι τα ποσοστά αυτών που παρασύρονται αρκετά έως πολύ συχνά από προσφορές στο σημείο πώλησης (24%). Οι νεαρότεροι σε ηλικία παρουσιάζουν εντονότερα αυτό το χαρακτηριστικό.
- Τρεις στους δέκα Έλληνες απαντούν ότι δοκιμάζουν προϊόντα που διαφημίζονται αρκετά έως πολύ συχνά, με την τάση αυτή να παρατηρείται εντονότερα στους ερωτηθέντες ηλικίας 15-45 ετών και στις γυναίκες. Υπάρχει πάντως και ένα ποσοστό σχεδόν της τάξεως του 20% που δηλώνει ότι δεν επηρεάζεται από τις διαφημίσεις και δεν θέλει να δοκιμάζει καθόλου τα προϊόντα που διαφημίζονται, γεγονός που πιθανά οφείλεται στην ιδιοσυγκρασία κάποιων ανθρώπων να θέλουν ή να αποφεύγουν να δοκιμάζουν κάτι καινούργιο, αλλά και στην οικονομική τους κατάσταση. Φαίνεται πάντως ότι υπάρχει μια μέτρια επίδραση της διαφήμισης.
- Λίγο περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (52%), κυρίως τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 25 ετών και οι γυναίκες, θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά έως πολύ ενημερωμένο σε σχέση με τις αγορές των ειδών διατροφής. Από προηγούμενες όμως πανελλήνιες έρευνες, έχει φανεί ότι οι καταναλωτές διαβάζουν ελάχιστα στοιχεία από τη συσκευασία (την ημερομηνία λήξης σε ποσοστό σχεδόν 70%, τα συστατικά σε ποσοστό 43% και τη χώρα παραγωγής σε ποσοστό σχεδόν 20% - Σχήμα 3) και σχεδόν 6 στους 10 θεωρούν ότι η συσκευασία δεν έχει την πληροφόρηση που χρειάζονται. Μικρός είναι και ο βαθμός εμπιστοσύνης των ερωτηθέντων προς τις πληροφορίες που παρέχει η συσκευασία, αφού λιγότεροι από 1 στους 3 εμπιστεύονται αρκετά έως πολύ πληροφορίες όπως «χωρίς συντηρητικά», «με αγνά προϊόντα», «πλούσιο σε κάποιο θρεπτικό συστατικό».
- Επιπλέον, περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες ηλικίας 15-65 ετών θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά έως πολύ ενημερωμένο σχετικά με θέματα διατροφής. Και πάλι την πρωτιά στην ενημέρωση κατέχουν οι γυναίκες, αφού 6 στις 10 γυναίκες έναντι 4 στους 10 άνδρες αισθάνονται αρκετά έως πολύ ενημερωμένες. Ο βαθμός ενημέρωσης είναι μεγαλύτερος στα αστικά κέντρα, στις μεγαλύτερες ηλικίες και στην ανώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη. Η ενημέρωση σχετικά με τη διατροφή προέρχεται κυρίως από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο (64.6%), καθώς και από τα σχετικά με τη διατροφή έντυπα (41.8%).
- Σχεδόν ένας στους 3 ερωτηθέντες επιλέγει τρόφιμα και ποτά μαρκών Super Market, με βασικότερο κριτήριο τη χαμηλότερη τιμή τους. Η επιλογή προϊόντων μαρκών Super Market αποθήκης γίνεται κυρίως από άτομα μεγαλύτερων ηλικιών (56-65 ετών), σε ποσοστό 39%, και κατώτερης κοινωνικοοικονομικής (κ/ο) τάξης, σε ποσοστό 38%. Οι λόγοι προτίμησης προϊόντων συγκεκριμένης μάρκας βιομηχανίας (2 στους 3 ερωτηθέντες τα προτιμούν) είναι η ποιότητα που πιστεύουν οι καταναλωτές ότι έχουν τα προϊόντα αυτά, η εμπιστοσύνη που τους εμπνέουν, καθώς τα θεωρούν ασφαλή, ελεγμένα και αξιόπιστα, και η συνήθεια χρήσης τους. Παρατηρούμε ότι η τάση για τα προϊόντα μάρκας Super Market ή αποθήκης έχει επεκταθεί σε μεγάλο βαθμό και στα τρόφιμα.

- Όσον αφορά στην επιλογή μεταξύ ελληνικών και εισαγόμενων προϊόντων, παρατηρείται προτίμηση προς τα ελληνικά προϊόντα, αφού, όπως φαίνεται από τα πορίσματα, τα προτιμούν περίπου 9 στους 10 ερωτηθέντες σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις και τις περιοχές διαμονής. Το μεγαλύτερο ποσοστό προτίμησης στα εισαγόμενα προϊόντα (11%) εμφανίζεται στους νέους ηλικίας 15-25 ετών. Στις ηλικίες άνω των 35 ετών, η προτίμηση στα ελληνικά προϊόντα είναι ακόμα μεγαλύτερη, φτάνοντας στις ηλικίες των 56-65 ετών στο 97%. Οι λόγοι αυτής της προτίμησης έγκεινται στην ποιότητα που πιστεύουν οι καταναλωτές ότι έχουν τα ελληνικά προϊόντα, στην εμπιστοσύνη που τους εμπνέουν (τα θεωρούν ασφαλή, ελεγμένα, αξιόπιστα), αλλά και στη διάθεσή τους να ενισχύσουν την ελληνική οικονομία. Όσοι, λίγοι στο σύνολο, προτιμούν τα εισαγόμενα προϊόντα, προτάσσουν την ποιότητα και την ασφάλεια ως τους δύο πιο σημαντικούς λόγους, αλλά τα αποτελέσματα αυτά μόνο ενδεικτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αφού η βάση ανάλυσης ήταν πολύ μικρή. Αξίζει ακόμα να σημειωθεί ότι η τιμή δεν φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην προτίμηση των ελληνικών προϊόντων (μόνο 5% των ερωτηθέντων που προτιμά τα ελληνικά προϊόντα, τα επιλέγει για την τιμή τους).
- Την πρώτη θέση στις προτιμήσεις των καταναλωτών καταλαμβάνουν τα ντόπια προϊόντα, με ποσοστό 66.5% των ερωτηθέντων να τα θεωρούν αρκετά έως πολύ ασφαλή, ενώ μόλις 21% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τα εισαγόμενα προϊόντα τού παρέχουν αντίστοιχη ασφάλεια. Η πρωτιά των ελληνικών προϊόντων θεωρείται ιδιαίτερα ενθαρρυντική, και πιθανά να αντικατοπτρίζει τα αποτελέσματα των ενεργειών των Ελλήνων παραγωγών προς την κατεύθυνση της ασφάλειας των προϊόντων τους, ίσως όμως να δείχνει και μια ανασφάλεια ή/και δυσπιστία που έχουν οι Έλληνες για τα ξένα προϊόντα. Τα προϊόντα των μεγάλων εταιριών χαίρουν αναγνώρισης για την ασφάλειά τους από το 51% των ερωτηθέντων, σε αντίθεση με τα προϊόντα των μικρών εταιριών, όπου το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 30%. Τέλος, τα συσκευασμένα προϊόντα θεωρούνται αρκετά ως πολύ ασφαλή από το 51,6% των ερωτηθέντων, σε αντίθεση με τα χύμα προϊόντα, τα οποία θεωρούνται αρκετά ως πολύ ασφαλή μόλις από το 15% των ερωτηθέντων. Μάλιστα, περίπου 1 στους 3 ερωτηθέντες θεωρεί ότι τα χύμα προϊόντα δεν είναι καθόλου ασφαλή. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι Έλληνες αντιλαμβάνονται την ανάγκη τυποποίησης των τροφίμων και ποτών, ως ένα μέσο προστασίας και ασφάλειας.
- Ο δείκτης ασφάλειας των προϊόντων διατροφής και των ποτών, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, κινείται σε μέτρια επίπεδα, με την υψηλότερη βαθμολογία να συγκεντρώνουν τα ντόπια προϊόντα, που θεωρούνται «αρκετά ασφαλή» (3,82 σε κλίμακα 1-5), και τη χαμηλότερη τα χύμα προϊόντα, που θεωρούνται «λίγο ασφαλή» (2,3). Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι τη χαμηλότερη κατά μέσο όρο βαθμολογία παίρνουν τα χύμα προϊόντα, με μόνη την ηλικιακή ομάδα των 56-65 ετών να δίνει ακόμη πιο χαμηλή βαθμολογία στα εισαγόμενα προϊόντα. Επιπλέον, φαίνεται από τα πορίσματα της έρευνας ότι οι Αθηναίοι θεωρούν τα χύμα προϊόντα λιγότερο ασφαλή και τα προϊόντα των μεγάλων εταιριών περισσότερο ασφαλή από τους ερωτηθέντες των άλλων γεωγραφικών περιοχών που ελέγχθηκαν.
- Οι κρατικοί φορείς καταλαμβάνουν, σύμφωνα με την έρευνα, την τελευταία θέση στην εμπιστοσύνη των καταναλωτών ως προς την προστασία που τους παρέχουν. Μόνο το 14% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι κρατικοί φορείς τον προστατεύουν αρκετά έως πολύ (βαθμολογία 2,25 σε μια κλίμακα από 1-5), ενώ περισσότερο από 1 στους 3 ερωτηθέντες (36%) θεωρούν ότι οι κρατικοί φορείς δεν παρέχουν καμία προστασία. Όλες οι ελπίδες του καταναλωτή εναποτίθενται στην οικογένεια, η οποία αναγνωρίζεται από όλες τις ηλικιακές ομάδες ως «πρωταθλητής» στην προστασία των μελών της (βαθμολογία 4,37), και για την οποία το 86% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τους προστατεύει αρκετά έως πολύ. Ακολουθούν οι επιστήμονες (3,39) και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (3,0).

- Τέλος, χαμηλό είναι το ποσοστό των καταναλωτών που προβάλλει κάποια μορφή αντίδρασης, όταν το προϊόν που αγοράζει ή σκοπεύει να αγοράσει έχει κάποιο πρόβλημα. Συγκεκριμένα, 4 στους 10 ερωτηθέντες προβαίνουν σε κάποια μορφή διαμαρτυρίας στο σημείο πώλησης ή επιστρέφουν το προϊόν, το 36% των ερωτηθέντων δεν το αγοράζουν ξανά, ενώ μόλις το 14% τηλεφωνεί στην εταιρία παραγωγής του για να διαμαρτυρηθεί. Τέλος, το 11% των ερωτηθέντων καταναλωτών δήλωσε ότι δεν αντιδρά με κανένα τρόπο. Είναι εντυπωσιακό ότι ο καταναλωτής επιλέγει μορφές διαμαρτυρίας που εξαρτώνται μόνο από τις δικές του δυνάμεις, ενώ δεν χρησιμοποιεί σχεδόν καθόλου τις κρατικές αρχές.

5. Οικονομικές Διαστάσεις

Πέραν των πολλαπλών και σημαντικών συνεπειών που έχει η διατροφή στην υγεία του πληθυσμού, υπάρχουν επίσης και σημαντικότερες οικονομικές επιπτώσεις. Οι οικονομικές επιπτώσεις περιλαμβάνουν αφενός τα άμεσα κόστη που αφορούν τις δαπάνες περίθαλψης των νοσημάτων, τα οποία συνδέονται με τη διατροφή και την παχυσαρκία και, αφετέρου, το έμμεσο κόστος από τη χαμένη παραγωγικότητα λόγω ασθένειας, ανικανότητας και πρόωρου θανάτου.

Αρκετές μελέτες σε ευρωπαϊκές χώρες υπολογίζουν το άμεσο κόστος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας σε ένα ποσοστό 1,7-3% των συνολικών δαπανών υγείας (Branca et al. 2007). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ. στην Ε.Ε., η παχυσαρκία απορροφά ποσοστό μέχρι και 7% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (WHO 1998), ενώ αντίστοιχο ποσοστό έχει υπολογισθεί και στις ΗΠΑ (Kenkel & Manning 1999). Εκτιμάται ακόμη ότι το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί περισσότερο, λόγω των αυξανόμενων τάσεων που παρατηρούνται στην παχυσαρκία.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η παχυσαρκία στην Αγγλία προκαλεί ετησίως από μόνη της 18 εκατ. ημέρες απουσιών λόγω ασθένειας και 30.000 πρόωρους θανάτους, που αντιστοιχούν σε ετήσια άμεση δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης ύψους τουλάχιστον 500 εκατ. βρετανικών λιρών (National Audit Office 2001). Το γενικότερο κόστος για την οικονομία, που περιλαμβάνει τη χαμηλότερη παραγωγικότητα και τη χαμένη παραγωγή, σύμφωνα με εκτιμήσεις ανέρχεται σε επιπλέον 2 δις λίρες ετησίως. Σε επίσημη έκθεσή του σχετικά με το αντίκτυπο της σωματικής άσκησης και τη σχέση της με την υγεία, εκτιμάται ότι το κόστος της έλλειψης σωματικής άσκησης ανέρχεται σε 8,2 δις λίρες ετησίως (συμπεριλαμβανομένων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και του γενικότερου κόστους για την οικονομία, όπως π.χ. οι ημέρες απουσίας από την εργασία) (Chief Medical Officer 2004). Στην Ιρλανδία, το άμεσο κόστος της φροντίδας για την παχυσαρκία κατά το 2000, εκτιμάται σε περίπου 70 εκατ. Ευρώ (IOTF 2004).

Στις ΗΠΑ, το Centre for Diseases Control (CDC) εκτιμά ότι οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης που συνδέονται με την παχυσαρκία ανέρχονται σε 75 δις δολάρια (Finkelstein et al. 2004). Σε ατομικό επίπεδο, ο μέσος παχύσαρκος ενήλικας στις Ηνωμένες Πολιτείες προκαλεί ετήσιες ιατροφαρμακευτικές δαπάνες υψηλότερες κατά 37% από τις δαπάνες ενός μέσου ατόμου φυσιολογικού βάρους (OECD 2004). Οι εν λόγω άμεσες δαπάνες δεν λαμβάνουν υπόψη τη μειωμένη παραγωγικότητα λόγω ανικανότητας και πρόωρης θνησιμότητας.

Στις αρχές της δεκαετίας του '90, μελέτη του Γερμανικού Υπουργείου Υγείας υπολόγιζε ότι λαμβάνοντας υπόψη τόσο το άμεσο, όσο και το έμμεσο κόστος, το κόστος των ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή έφτανε σε ένα ύψος που αντιστοιχούσε στο 30% των δαπανών υγείας της χώρας (WHO 2004). Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, η κατηγορία των νοσημάτων με το υψηλότερο κόστος ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα οποία αντιπροσωπεύουν το 12% των δαπανών υγείας, στη συνέχεια τα οδοντικά νοσήματα με 7% και οι σχετιζόμενοι με τη διατροφή καρκίνοι με 3%.

Συνεπώς, η αντιμετώπιση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας δεν είναι σημαντική μόνον σε σχέση με τη Δημόσια Υγεία, αλλά επίσης και σε σχέση με τις μακροπρόθεσμες δαπάνες των υγειονομικών υπηρεσιών και το σύνολο της οικονομίας, καθώς και για τη δυνατότητα των πολιτών να ζουν παραγωγική ζωή μέχρι τα γεράματά τους.

6. Μέτρα και Πολιτικές για τη Διατροφή στην Ελλάδα

6.1 Ασφάλεια και Υγιεινή των Τροφίμων

Η πολιτική για τη διατροφή στην Ελλάδα έχει ως κύρια κατεύθυνση τη διασφάλιση της υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων, καθώς και των επιχειρήσεων τροφίμων και εστίασης. Στον τομέα αυτό, ο κύριος φορέας σχεδιασμού και άσκησης της πολιτικής τροφίμων είναι ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.).

Ο Ε.Φ.Ε.Τ. ιδρύθηκε με το Ν. 2741/1999, ως Ν.Π.Δ.Δ. που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Ανάπτυξης.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. είναι:

- Η προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της εισαγωγής, της παραγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων.
- Η πιστοποίηση της ποιότητας και η ποιοτική αναβάθμιση των τροφίμων.
- Η αποτροπή φαινομένων νοθείας, καθώς και η μέριμνα για την αποτροπή της παραπλάνησης και η προστασία των οικονομικών συμφερόντων του καταναλωτή. Επιπλέον, από το 2000, ορίστηκε ως ο αρμόδιος φορέας για την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής των τροφίμων (H.A.C.C.P.) στις επιχειρήσεις τροφίμων.

Η οργανική διάρθρωση του Ε.Φ.Ε.Τ. περιλαμβάνει (α) την κεντρική και (β) τις 13 περιφερειακές του υπηρεσίες.

Η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. υλοποιείται με τις ακόλουθες κατηγορίες ενεργειών:

- Συστηματικούς ελέγχους και επιθεωρήσεις τροφίμων και επιχειρήσεων τροφίμων.
- Παροχή τεχνικής βοήθειας προς τους παραγωγικούς κλάδους.
- Καθορισμό και έλεγχο της εφαρμογής προτύπων και διαδικασιών ποιότητας και ασφάλειας.
- Διαμόρφωση θέσεων, εισηγήσεων και πολιτικών σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Πληροφόρηση και εκπαίδευση του καταναλωτή.

6.2 Υγιεινή Διατροφή

Στον τομέα της προώθησης υγιεινών προτύπων διατροφής, τα μέτρα που έχουν ληφθεί στη χώρα μας αφορούν κύρια την αγωγή υγείας στα παιδιά και τη λήψη μέτρων για τα σχολεία.

Η διατροφική αγωγή στα σχολεία προωθείται μέσα από τις δράσεις του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Το Υπουργείο, σε συνεργασία και με άλλους φορείς, οργανώνει προγράμματα πληροφόρησης και βιωματικής εκπαίδευσης για την παραδοσιακή ελληνική διατροφή, την υγιεινή διατροφή, την παχυσαρκία και τη σωματική άσκηση στα σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Παράλληλα, σε συνεργασία των Υπουργείων Παιδείας και Υγείας, έχουν προωθηθεί μέτρα απαγόρευσης της πώλησης σκευασμάτων υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι από τα σχολικά κυλικεία και έχουν οργανωθεί πρωτοβουλίες για την προώθηση υγιεινών τροφίμων (π.χ. φρούτων).

Στο επίπεδο του γενικού πληθυσμού, οι πρωτοβουλίες που έχουν ληφθεί αναφέρονται κυρίως στην προώθηση του ελαιόλαδου αντί των ζωικών λιπών και κατά περιόδους στην προώθηση της κατανάλωσης φρούτων ή άλλων ομάδων τροφίμων. Συχνά, οι πρωτοβουλίες αυτές προωθούνται

από φορείς του ιδιωτικού τομέα και έχουν κύρια οικονομική κατεύθυνση και όχι υγειονομική. Στο νομοθετικό επίπεδο, έχουν θεσπισθεί μέτρα που αναφέρονται στο φρέσκο γάλα, το ψωμί κ.λπ., αλλά και στο πεδίο αυτό τα μέτρα που λαμβάνονται έχουν κύρια κατεύθυνση τη ρύθμιση της αγοράς και την προστασία του καταναλωτή και λιγότερο μια υγειονομική κατεύθυνση.

6.3 Διατροφική Πολιτική

Το 1999, αναπτύχθηκε από ειδική επιτροπή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ένα σύνολο συστάσεων και οδηγιών υγιεινής διατροφής για τους ενήλικες (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας 1999). Στη διάρκεια της Ελληνικής Προεδρίας το 2003, οργανώθηκε στην Αθήνα μια συνάντηση του Ευρωπαϊκού τμήματος του Π.Ο.Υ. με αντικείμενο την αξιολόγηση της προόδου του πρώτου Σχεδίου Δράσης. Παράλληλα, συγκροτήθηκε εθνική επιτροπή διατροφικής πολιτικής, πορίσματα και συστάσεις της οποίας έχουν ενταχθεί λεπτομερώς στο παρόν σχέδιο δράσης.

Οι ελλείψεις στον τομέα αυτό αφορούν:

- Την απουσία επαρκούς πολιτικής πρωτοβουλίας.
- Την απουσία ενός επιστημονικού συμβουλευτικού οργάνου της πολιτείας.
- Την έλλειψη ενός μηχανισμού συλλογής και επεξεργασίας των στοιχείων για τη διατροφή και την υγεία.
- Την απουσία μέτρων και πολιτικών για την πληροφόρηση, τη σήμανση, την προώθηση υγιεινών προτύπων κ.λπ.
- Την περιορισμένη διατομεακή συνεργασία.

7. Η Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Από το Σεπτέμβριο του 2000, το ευρωπαϊκό τμήμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, με το «Πρώτο Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφική Πολιτική και Πολιτική Τροφίμων» (WHO 2001), ανέπτυξε μια συνολική στρατηγική στα ζητήματα της διατροφής και της ασφάλειας των τροφίμων, με σκοπό να μεγιστοποιήσει τα οφέλη για τη Δημόσια Υγεία. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει μια ενιαία πολιτική τροφίμων και διατροφής, με τρεις διακριτές στρατηγικές:

- στρατηγική προώθησης της υγιεινής διατροφής
- στρατηγική προώθησης της ασφάλειας των τροφίμων και
- στρατηγική για την εξασφάλιση του εφοδιασμού στα ενδεδειγμένα τρόφιμα.

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

Το «Δεύτερο Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφική Πολιτική και Πολιτική Τροφίμων 2007-2012» (WHO 2003a), συνεχίζει στην ίδια κατεύθυνση, συμπεριλαμβάνοντας και τη στάθμιση κινδύνων - ωφελειών των νέων τροφίμων.

Η προσέγγιση αυτή προϋποθέτει ότι η ανάπτυξη της ενιαίας πολιτικής τροφίμων και διατροφής θα στηρίζεται απόλυτα πάνω σε μια ευρεία διατομεακή συνεργασία, η οποία θα εμπλέκει όλους τους τομείς από την παραγωγή τροφίμων, μέχρι την επεξεργασία και την κατανάλωση.

Τα δύο Σχέδια Δράσης του ευρωπαϊκού τμήματος του Π.Ο.Υ. καθορίζουν στόχους για τη μείωση των βλαπτικών συνεπειών της διατροφής στην υγεία, στα εξής πεδία:

- Περιορισμό της πρόσληψης κεκορεσμένων λιπαρών, ζάχαρης και αλατιού και αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.
- Μείωση των μη λοιμωδών νοσημάτων που σχετίζονται με τη διατροφή.
- Μείωση της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους.
- Περιορισμό των ανεπαρκειών σε μικροδιατροφικούς παράγοντες.

- Περιορισμό των τροφιμογενών λοιμώξεων.
- Μείωση κατά 50% του ποσοστού των ανθρώπων που υποφέρουν από πείνα.

Η στρατηγική του Π.Ο.Υ. καθορίζει τις παρακάτω έξι περιοχές παρεμβάσεων:

Υποστήριξη ενός υγιούς ξεκινήματος: Φροντίδα για τη μητέρα και το παιδί

Οι δράσεις - κλειδιά αφορούν στη διασφάλιση της κατάλληλης διατροφής της εγκύου, το θηλασμό για 6 μήνες, τη βελτίωση της συμπληρωματικής διατροφής του βρέφους και τη διασφάλιση ασφαλών και ισορροπημένων γευμάτων για τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας.

Διασφάλιση της ασφάλειας και της υγιεινής των τροφίμων για όλους

Οι δράσεις απευθύνονται στο εμπόριο και τη βιομηχανία τροφίμων και αποβλέπουν στην ενίσχυση της υπευθυνότητάς τους για ασφαλή και υγιεινή διατροφή, συμπεριλαμβανομένων και οικονομικών μέτρων, καθώς και στην προβολή της στον πληθυσμό.

Πληροφόρηση και εκπαίδευση καταναλωτών: Πώς και τι να τρώμε και πώς να μειώσουμε τους κινδύνους

Δράσεις επικοινωνίας και πληροφόρησης για την προώθηση υγιών τρόπων ζωής και συνηθειών, και ασφαλών προμηθειών τροφίμων. Στο πεδίο αυτό περιλαμβάνονται οι εκστρατείες ενημέρωσης των καταναλωτών, η επισήμανση των τροφίμων και η προώθηση μέτρων για τη βελτίωση της πληροφόρησης, τα οποία είναι αναγκαία για την υποστήριξη υγιεινών επιλογών.

Ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων που λαμβάνουν υπόψη και άλλους παράγοντες κινδύνου (π.χ. τη σωματική άσκηση)

Αυτό το πεδίο δράσης αναφέρεται στην ανάγκη ανάπτυξης ολοκληρωμένων παρεμβάσεων, οι οποίες θα συνυπολογίζουν και άλλους παράγοντες κινδύνου και ιδίως την κατανάλωση αλκοόλ και τη σωματική άσκηση, αλλά και περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ασφάλεια του νερού και των τροφίμων.

Ενίσχυση της υγιεινής διατροφής και της ασφάλειας των τροφίμων στον υγειονομικό τομέα

Οι δράσεις στον τομέα αυτό αποβλέπουν στο να αξιοποιήσουν τον υγειονομικό τομέα στην προώθηση υγιεινής και ασφαλούς διατροφής και να μειώσουν τις επιβλαβείς δράσεις της διατροφής στην υγεία.

Παρακολούθηση και αξιολόγηση

Αναφέρεται στην ανάγκη ανάπτυξης συστημάτων εποπτείας της υγείας και της διατροφής, τα οποία να εξασφαλίζουν τη δυνατότητα παρακολούθησης των εξελίξεων στις διάφορες παραμέτρους της παραγωγής, διαθεσιμότητας και κατανάλωσης τροφίμων, τη σύνθεση της διατροφής, την πορεία των τροφιμογενών μη λοιμωδών και λοιμωδών νοσημάτων και την παρακολούθηση των βιολογικών και χημικών κινδύνων.

Παράλληλα, ο Π.Ο.Υ. προωθεί την ανάπτυξη επιμέρους στρατηγικών, που επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (Branca et al. 2007) και στην προώθηση της σωματικής άσκησης (Cavill et al. 2006), προτείνοντας στις χώρες μέτρα και πολιτικές οι οποίες μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

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

8. Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η βάση πάνω στην οποία αναπτύσσεται η στρατηγική της Ε.Ε. στον τομέα της διατροφής είναι η διακηρυγμένη απαίτηση, «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας να εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας». Η απαίτηση αυτή στην Ε.Ε. ερμηνεύεται ότι οι προτάσεις σε όλους τους τομείς της κοινοτικής δραστηριότητας (εσωτερική αγορά, έρευνα, γεωργία, εμπόριο και πολιτική ανάπτυξης, περιβάλλον κ.λπ.) πρέπει να προάγουν ενεργητικά την προστασία της υγείας. Πάνω σε αυτή τη θεμελιακή αφετηρία, η στρατηγική της Ε.Ε. στον τομέα της διατροφής κινείται σε δύο άξονες:

- α) Ο ένας άξονας αφορά την ασφάλεια των τροφίμων και την προστασία του καταναλωτή από βιολογικούς, χημικούς, τοξικούς ή άλλους κινδύνους που μπορεί να απειλήσουν την υγεία, με σκοπό την εξασφάλιση υψηλότερου επιπέδου ασφάλειας των τροφίμων.
- β) Ο δεύτερος άξονας είναι η προσέγγιση της διατροφής μέσα από την οπτική της Δημόσιας Υγείας, ως σημαντικού καθοριστικού παράγοντα της υγείας, αλλά και της νοσηρότητας των ανθρώπων. Σε σχέση με τον πρώτο άξονα, η στρατηγική της Ε.Ε. έχει καθορισθεί από το 2000 με τη «Λευκή Βίβλο» για την ασφάλεια των τροφίμων, που ορίζει ένα σύνολο ενεργειών για τη συμπλήρωση και τον εκσυγχρονισμό της κοινοτικής νομοθεσίας στον τομέα αυτό. Επιπλέον, το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών για την περίοδο 2007-2013, περιλαμβάνει στον τομέα της υγιεινής των τροφίμων:
 - κοινές δράσεις και συνέργειες με άλλους τομείς
 - δράσεις του προγράμματος Δημόσιας Υγείας και
 - δράσεις που αφορούν την προστασία του καταναλωτή.

Ο δεύτερος άξονας της στρατηγικής της Ε.Ε. είναι η οικοδόμηση μιας ειδικής πολιτικής για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, με σκοπό τον περιορισμό των σχετιζόμενων με τη διατροφή και την παχυσαρκία ασθενειών. Στον τομέα αυτό, το 2007, η Ε.Ε. προχώρησε στην οριστικοποίηση της «Ευρωπαϊκής στρατηγικής για θέματα υγείας που έχουν σχέση με τη διατροφή, το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία» [COM (2007) 279], και επιβεβαίωσε τις δράσεις που από το 2005 είχαν προσδιορισθεί με την «Πράσινη Βίβλο» για τη διατροφή και την παχυσαρκία [COM (2005) 637]. Το πλαίσιο που καθορίζουν οι δύο αυτές οδηγίες περιλαμβάνει δράσεις στους παρακάτω τομείς:

Σφαιρική και ολοκληρωμένη προσέγγιση της διατροφής, με παρεμβάσεις σε όλες τις συναφείς πολιτικές.

Θέσπιση μέτρων, ώστε σε όλες τις συναφείς πολιτικές σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, να λαμβάνεται υπόψη ο αντίκτυπος στη διατροφική υγεία και τη σωματική άσκηση, με την αξιολόγηση των επιπτώσεων, τη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος που να διευκολύνει την υγιεινή διατροφή, τη σωματική άσκηση κ.λπ.

Πληροφόρηση των καταναλωτών και διαφήμιση.

Περιλαμβάνει τη θέσπιση μέτρων για την παροχή των αναγκαίων πληροφοριών στους καταναλωτές, οι οποίες θα τους επιτρέψουν να κάνουν ορθές επιλογές όσον αφορά τη διατροφή τους, και μέτρα αναφορικά με τη διασφάλιση της αποφυγής παραπλανητικής διαφήμισης στον τομέα της διατροφής. Για το ζήτημα αυτό, η Ε.Ε., ήδη από το 2003 έχει ψηφίσει σχετική οδηγία που αναφέρεται στη ρύθμιση θεμάτων για τη διατροφική ενημέρωση στις ετικέτες των τροφίμων [COM (2003) 424].

Εκπαίδευση των καταναλωτών.

Η δράση αυτή αποσκοπεί στο να προσφέρει στους καταναλωτές με απλό και σαφή τρόπο βασικές πληροφορίες για τη σχέση διατροφής με την υγεία, τον τρόπο που οι διάφοροι διατροφικοί παράγοντες συμβάλλουν στην παχυσαρκία και για τα κριτήρια υγιεινών επιλογών στην καθημερινή διατροφή.

Μέτρα τα οποία απευθύνονται στα παιδιά και στους νέους.

Ανάπτυξη και διάδοση βέλτιστων πρακτικών για την προώθηση της υγείας, της υγιεινής διατροφής και της φυσικής άσκησης στα παιδιά και στους νέους.

Προώθηση της υγιεινής διατροφής στους χώρους εργασίας.

Ανάπτυξη μέτρων και δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην ενθάρρυνση και προώθηση υγιεινών επιλογών διατροφής και σωματικής άσκησης στους χώρους εργασίας.

Διευκόλυνση της πρόσβασης στην υγιεινή διατροφή.

Αξιοποίηση των δυνατοτήτων της κοινής αγροτικής πολιτικής και της πολιτικής μεταποίησης των τροφίμων και προώθηση πολιτικών που θα διευκολύνουν τη διαθεσιμότητα υγιεινών τροφίμων στον πληθυσμό.

Ενθάρρυνση της σωματικής άσκησης.

Ενθάρρυνση και υποστήριξη πρωτοβουλιών και πολιτικών για την προώθηση όλου του φάσματος δραστηριοτήτων από τα οργανωμένα αθλήματα έως τους «τρόπους ενεργητικής μετακίνησης».

Αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων.

Λήψη μέτρων και ανάληψη ειδικών πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων που παρατηρούνται στον τομέα της υγιεινής διατροφής, εξαιτίας μορφωτικών, οικονομικών, πολιτιστικών ή άλλων παραγόντων.

Αξιοποίηση του ρόλου των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας.

Προώθηση μέτρων με σκοπό τη μέγιστη αξιοποίηση των επαγγελματιών υγείας στη βελτίωση της διατροφής και της σωματικής άσκησης των ασθενών τους, αλλά και για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Προώθηση της έρευνας.

Μέτρα για την προώθηση της έρευνας στο πεδίο της διατροφής, ώστε να αυξηθούν οι γνώσεις σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες των διατροφικών επιλογών σε σχέση με την υγεία.

Πολιτικές παρακολούθησης.

Μέτρα για την οργάνωση σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο της παρακολούθησης των δεδομένων σχετικά με τη διατροφή και την παχυσαρκία.

Συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα.

Προώθηση της συνεργασίας και της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα, με σκοπό την προώθηση υγιεινών επιλογών στα βιομηχανικά τρόφιμα και στα καταστήματα εστίασης, καθώς και για την προώθηση υγιεινών επιλογών στον τομέα της σωματικής άσκησης.

Διεθνής συνεργασία.

Ενίσχυση της συνεργασίας με τον Π.Ο.Υ. και τους άλλους διεθνείς οργανισμούς.

9. Ευρωπαϊκές Πολιτικές για την Υγιεινή Διατροφή και την Παχυσαρκία

Ακολουθώντας τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατά τα τελευταία χρόνια πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναλάβει πρωτοβουλίες για την προώθηση της υγιεινής διατροφής, της σωματικής άσκησης και την καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Η διασφάλιση της δυνατότητας υγιεινών επιλογών από τον πληθυσμό, με την κατάλληλη ενημέρωση αλλά και με τη διασφάλιση της δυνατότητας προσφυγής σε υγιεινές επιλογές, αποτελεί έναν τομέα προτεραιότητας στον οποίο αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία, ιδίως σε σχέση με τον παιδικό πληθυσμό.

Ορισμένες χώρες, όπως η Ιρλανδία και η Ισπανία, έχουν αναπτύξει εθνικές στρατηγικές για τον έλεγχο της παχυσαρκίας, στις οποίες εμπλέκουν τη δημόσια διοίκηση, ομάδες ειδικών, τη βιομηχανία τροφίμων, τους τομείς που σχετίζονται με τη σωματική άσκηση, μη-κυβερνητικές οργανώσεις κ.λπ., σε μια πολυτομεακή δράση που στοχεύει στην προώθηση υγιεινότερης διατροφής και μεγαλύτερης σωματικής δραστηριότητας (Commission of the European Communities 2005).

Η Γαλλία από το 2001 προώθησε ένα πενταετές σχέδιο εθνικής διατροφικής πολιτικής, το οποίο καλύπτει ένα ευρύ φάσμα μέτρων και διατομεακών δράσεων. Πιο πρόσφατα, το 2005, το Κοινοβούλιο της Σλοβενίας ενέκρινε ένα Εθνικό Πρόγραμμα Διατροφικής Πολιτικής για την περίοδο 2005-2010 (Commission of the European Communities 2005).

Η Ολλανδία έχει ενσωματώσει την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας ως μια από τις προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής πρόληψης. Ομοίως και στη Μεγάλη Βρετανία, η διατροφή και η σωματική άσκηση αναφέρονται ως σημαντικά πεδία δραστηριότητας της Δημόσιας Υγείας, στο πλαίσιο της εθνικής πολιτικής υγείας, όπως προσδιορίστηκε από τα τέλη του 2004.

Η Γερμανία καθόρισε επίσης μια εθνική καμπάνια για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης, μολονότι οι δράσεις στον τομέα της Δημόσιας Υγείας είναι αρμοδιότητα των τοπικών κυβερνήσεων.

Οι πλέον προωθημένες στον τομέα αυτό είναι οι σκανδιναβικές χώρες Δανία, Ισλανδία, Φινλανδία, Νορβηγία και Σουηδία, οι οποίες έχουν αναπτύξει από κοινού ένα ειδικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, τα κύρια σημεία του οποίου συνοψίζονται στον πίνακα 12 και αποτελούν ένα καλό παράδειγμα ολοκληρωμένης πολιτικής.

Πολλές από τις χώρες αυτές έχουν καθορίσει συγκεκριμένους διατροφικούς στόχους, καθώς και στόχους για την κατανάλωση τροφίμων (π.χ. συγκεκριμένους στόχους για την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών ή τη μείωση της κατανάλωσης ζάχαρης κ.λπ.) και έχουν αναπτύξει κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις υγιεινής διατροφής για τον πληθυσμό. Αρκετές χώρες έχουν οργανώσει ειδικά συστήματα εποπτείας και παρακολούθησης των εξελίξεων στον τομέα της διατροφής και έχουν καθιερώσει την έκδοση τακτικών εθνικών αναφορών (WHO 2003).

Πίνακας Ι2: Πρόγραμμα δράσης των Σκανδιναβικών Χωρών, κατά της παχυσαρκίας.

<p>I. Εκτίμηση και παρακολούθηση της έκτασης του προβλήματος</p> <p>II. Δέσμευση στο συντονισμό των δράσεων</p> <p>III. Στόχοι (βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι)</p> <ul style="list-style-type: none">• Βελτίωση της δίαιτας μέχρι το 2011 με αύξηση της κατανάλωσης λαχανικών και περιορισμό λιπαρών και ζάχαρης, Επίτευξη των διατροφικών στόχων μέχρι το 2021.• Πλειοψηφία του πληθυσμού με επαρκή σωματική δραστηριότητα, με εμφανή αύξηση μέχρι το 2011 και στη συνέχεια, μέχρι το 2021, σε ποσοστό 75% για τους ενήλικες και 85% για τα παιδιά.• Μείωση του ποσοστού των υπέρβαρων, ιδίως στα παιδιά, με στόχο αντιστροφή της αυξητικής τάσης μέχρι το 2011 και μείωση σε ποσοστό 30% για τους ενήλικες και 50% για τα παιδιά μέχρι το 2021.• Μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στη διατροφή και τη σωματική αύξηση, με αναστροφή της τάσης αύξησης μέχρι το 2011 και περιορισμός σε αποκλίσεις κάτω του 20% μέχρι το 2021. <p>IV. Σχέδιο δράσης και προτεραιότητες</p> <ul style="list-style-type: none">• Ενίσχυση της δυνατότητας υγιεινών επιλογών από τα παιδιά<ul style="list-style-type: none">• Βελτίωση διατροφής στα σχολεία• Αύξηση φόρων σε ζάχαρη, σοκολάτες και ανθρακούχα• Απαγόρευση διαφήμισης για ανθυγιεινά προϊόντα• Ενθάρρυνση όλου του πληθυσμού σε υγιείς επιλογές<ul style="list-style-type: none">• Ενημερωτικές καμπάνιες• Βελτίωση της σήμανσης των τροφίμων• Ενίσχυση πρωτοβουλιών για υγιεινές συνθήκες στο περιβάλλον εργασίας• Επιδότηση της παραγωγής υγιεινών προϊόντων• Ειδική στόχευση στις ευπαθείς ομάδες και ομάδες υψηλού κινδύνου<ul style="list-style-type: none">• Συμβουλευτικές υπηρεσίες σε ειδικές ομάδες, όπως έγκυες και μετανάστες.• Προώθηση της έρευνας για τους παράγοντες που συνδέονται με την παχυσαρκία, τη μη υγιεινή διατροφή και την περιορισμένη σωματική δραστηριότητα <p>V. Management υλοποίησης</p> <ul style="list-style-type: none">• Διακρατική συνεργασία και συντονισμός• Κοινές μέθοδοι• Κοινές διαδικασίες αξιολόγησης παρεμβάσεων• Παρακολούθηση της πορείας του προγράμματος• Ετήσια έκθεση προόδου
--

Πηγή: Nordic Council of Ministers, 2002.

Σε ό,τι αφορά τους επιμέρους τομείς της διατροφικής πολιτικής:

Σχεδόν το σύνολο των χωρών της Ευρώπης, όπως το Βέλγιο, η Μεγάλη Βρετανία, η Ισπανία κ.ά. έχουν θεσπίσει διαφορετικούς περιορισμούς στην τηλεοπτική διαφήμιση διατροφικών προϊόντων που απευθύνονται σε παιδιά. Οι περιορισμοί αυτοί υπαγορεύονται από ευρήματα μελετών που δείχνουν ότι τα προϊόντα αυτά συνήθως δεν εκπληρώνουν τις ενδεδειγμένες διατροφικές προϋποθέσεις, και η διαφήμισή τους επηρεάζει άμεσα την κατανάλωση από τα παιδιά, ήδη από την προσχολική ηλικία (IOTF 2004 Hastings 2003).

Η επισήμανση των τροφίμων αποτελεί ένα πεδίο πολιτικής το οποίο έχει πρόσφατα αρχίσει να αναπτύσσεται σε αρκετές χώρες, δεδομένων και των σχετικών πρωτοβουλιών του Π.Ο.Υ. και της Ε.Ε. Η Μεγάλη Βρετανία, η Γερμανία, η Ιταλία και οι βόρειες χώρες έχουν ήδη υιοθετήσει μέτρα για την προώθηση της κατάλληλης και κατανοητής σήμανσης των τροφίμων.

Πολλές χώρες έχουν συνδέσει την προώθηση της υγιεινής διατροφής και τη σωματική άσκηση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με προγράμματα και δράσεις στο χώρο εργασίας. Η ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης και αγωγής υγείας που απευθύνονται στα παιδιά αποτελεί έναν τομέα στον οποίο αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία σε πολλές χώρες. Η Γαλλία, η Γερμανία, η Δανία, η Ολλανδία, η Μ. Βρετανία και οι βόρειες χώρες έχουν αναπτύξει ειδικά προγράμματα δράσης στο χώρο της εκπαίδευσης, που περιλαμβάνουν μέτρα στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης, στα είδη που διατίθενται στα κυλικεία, στην προώθηση της σωματικής άσκησης, την ενημέρωση των γονέων κ.λπ., ή έχουν αναπτύξει ειδικές διατροφικές οδηγίες και συστάσεις που απευθύνονται σε παιδιά.

Οι εθνικές εκστρατείες πληροφόρησης και ενημέρωσης για τη διατροφή και τη σωματική άσκηση αποτελούν ένα σημαντικό στοιχείο στις εθνικές διατροφικές πολιτικές αρκετών χωρών, όπως της Γερμανίας, της Μ. Βρετανίας, της Δανίας, της Ισπανίας κ.ά. Οι εκστρατείες αυτές μπορεί να έχουν διαφορετικούς προσανατολισμούς σε κάθε χώρα και να περιλαμβάνουν διαφορετικά μέτρα και δραστηριότητες.

Μέτρα και πολιτικές που απευθύνονται στον τομέα της παραγωγής, επεξεργασίας και εμπορίου τροφίμων έχουν υιοθετήσει οι σκανδιναβικές χώρες, η Γαλλία, η Γερμανία κ.λπ.

Τέλος, αρκετές χώρες αναπτύσσουν ειδικές πολιτικές για την προώθηση της σωματικής άσκησης και δραστηριότητας, που συμπεριλαμβάνουν μέτρα για τη διευκόλυνση των μετακινήσεων πεζών και ποδηλάτων, την προώθηση της σωματικής άσκησης στους χώρους εργασίας κ.λπ.

Όπως υπογραμμίζεται σε σχετική μελέτη του Π.Ο.Υ., μερικά κρίσιμα στοιχεία σε ό,τι αφορά τη χάραξη εθνικής διατροφικής πολιτικής είναι:

- Η ύπαρξη ενός επιστημονικού συμβουλευτικού οργάνου της πολιτείας, με σκοπό την εξασφάλιση της αναγκαίας επιστημονικής υποστήριξης για τη χάραξη της πολιτικής.
- Η καθιέρωση γραπτής αναφοράς για την εθνική διατροφική πολιτική και τις προτεραιότητές της.
- Ο καθορισμός συγκεκριμένων διατροφικών στόχων και η ανάπτυξη εθνικών συστάσεων και οδηγιών προς τον πληθυσμό.
- Η οργάνωση ενός συστήματος παρακολούθησης της διατροφής και των προβλημάτων υγείας που συνδέονται με αυτή.
- Η διασφάλιση της αναγκαίας διατομεακής συνεργασίας.

10. Ερευνητική Δραστηριότητα και Υφιστάμενες Υπηρεσίες

Στην Ελλάδα έχει αναπτυχθεί επί σειρά ετών σημαντική ερευνητική δραστηριότητα σε θέματα που σχετίζονται με τη διατροφή. Η ανάπτυξη αυτού του ερευνητικού τομέα ήρθε σαν συνέπεια της αναγνώρισης του ρόλου της διατροφής στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, καθώς και της ανάγκης για εκπαίδευση και δράση στο χώρο της Δημόσιας Υγείας.

Στο χώρο της έρευνας διακρίνονται οι κάτωθι φορείς:

10.1 Μονάδα Διατροφής στη Δημόσια Υγεία και Διατροφικής Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών

Οι δραστηριότητες της Μονάδας που παράγει έργο από το 1999 -πέραν της εκπαίδευσης- είναι κυρίως ερευνητικές.

Σημαντικές πηγές στοιχείων για την εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του Ελληνικού πληθυσμού αποτελούν οι βάσεις δεδομένων DAFNE (Data Food Networking) και Ε.Π.Ι.Κ. (Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Ιατρικής και Κοινωνίας), οι οποίες είναι διαθέσιμες στο Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Η βάση διατροφικών δεδομένων DAFNE περιλαμβάνει συγκρίσιμα στοιχεία, τα οποία συλλέχθηκαν από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία μέσω των περιοδικά διεξαγόμενων Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών (Ε.Ο.Π.). Οι έρευνες αυτές καταγράφουν, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού, την ποσότητα των τροφίμων που καταναλώνεται οικιακά, ενώ δεν καταγράφουν τις ποσότητες των τροφίμων που καταναλώνονται εκτός της οικίας (π.χ. σε εστιατόριο). Τα δεδομένα της βάσης επιτρέπουν την παρακολούθηση της διαθεσιμότητας τροφίμων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα νοικοκυριών της χώρας και την καταγραφή των διατροφικών επιλογών υπομάδων του πληθυσμού, όπως αυτές ορίζονται βάση των κοινωνικο-δημογραφικών τους χαρακτηριστικών. Η βάση περιλαμβάνει επίσης αντίστοιχα δεδομένα άλλων δεκαπέντε Ευρωπαϊκών χωρών (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Νορβηγία, Ουγγαρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σουηδία και Φινλανδία) και σύντομα θα ενημερωθεί με τα δεδομένα οκτώ ακόμη κρατών (Αλβανία, Κροατία, Κύπρος, Λετονία, Μάλτα, Σλοβακία, Σλοβενία, Σερβία και Μαυροβούνιο) όπως και με πλέον πρόσφατα ελληνικά δεδομένα, η συλλογή των οποίων πραγματοποιήθηκε το διάστημα 2003-04, επιτρέποντας έτσι τη σύγκριση των διατροφικών επιλογών του ελληνικού με άλλους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς. Οι καταχωρημένες στη βάση πληροφορίες είναι διαθέσιμες μέσω του λογισμικού προγράμματος DafneSoft, το οποίο διατίθεται ελεύθερα στο διαδίκτυο (<http://www.nut.uoa.gr/dafnesoftweb/>).

Το πρόγραμμα Ε.Π.Ι.Κ. αποτελεί επιδημιολογική, προοπτική, πολυκεντρική μελέτη διαχρονικής παρακολούθησης, με στόχο τη διερεύνηση του ρόλου της διατροφής και του τρόπου διαβίωσης (lifestyle) γενικότερα, στην αιτιολογία χρόνιων νοσημάτων. Διεξάγεται σε δέκα ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα πραγματοποιείται από το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ο εξεταζόμενος πληθυσμός αποτελείται από 28.572 άτομα, ηλικίας 20-86 ετών και καλύπτει όλες τις ευρύτερες ελληνικές περιφέρειες και όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Στο πλαίσιο της αρχικής εξέτασης, έλαβε χώρα η καταγραφή των συνήθων διατροφικών επιλογών των συμμετεχόντων, με τη συμπλήρωση ημι-ποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Το ερωτηματολόγιο επιτρέπει την καταγραφή ειδικών διατροφικών συνηθειών (π.χ. δίαιτα χαμηλή σε γλυτένη), την εκτίμηση της εποχιακής διακύμανσης στην κατανάλωση τροφίμων και την αποτύπωση διατροφικών συνηθειών τοπικού χαρακτήρα. Η επαναληψιμότητα και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου συχνότητας αξιολογήθηκαν στην προκαταρκτική φάση της έρευνας.

Τα δεδομένα της μελέτης Ε.Π.Ι.Κ. αποτελούν σημαντική πηγή πληροφοριών για την ατομική κατανάλωση τροφίμων στον ελληνικό πληθυσμό και, τα ευρήματα, προσεγγίζουν καλύτερα από οποιαδήποτε άλλα διαθέσιμα, τα ιδανικώς και κατά συνέπεια αντιπροσωπευτικά, όπως προέκυψε από επανειλημμένες αναλύσεις ευαισθησίας (sensitivity analysis), με διαφορετική σημασιολόγηση (weighting) των επιμέρους δειγματοληπτικών πηλίκων. Δυστυχώς όμως, η αδυναμία εκπόνησης, προς το παρόν, διατροφικών μελετών αυτού του τύπου σε τακτά χρονικά διαστήματα, στερεί από τα δεδομένα το πλεονέκτημα της περιοδικής ενημέρωσής τους, στοιχείο απαραίτητο για τη χρησιμότητά τους ως εργαλεία παρακολούθησης της αποδοχής και της επιτυχούς εφαρμογής της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.

Σε αντιδιαστολή, τα δεδομένα της βάσης DAFNE βασίζονται σε έρευνες οι οποίες διεξάγονται κάθε πέντε έτη από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος και καταγράφουν τις διατροφικές επιλογές και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά αντιπροσωπευτικού δείγματος νοικοκυριών της χώρας. Τα διατροφικά αυτά δεδομένα πληρούν αρκετά από τα απαραίτητα χαρακτηριστικά, προκειμένου να είναι χρήσιμα στη σύνταξη και αξιολόγηση της διατροφικής πολιτικής. Επιπλέον,

η δυνατότητα διεξαγωγής διακρατικών συγκρίσεων, δίνει τη δυνατότητα παρακολούθησης της εμπειρίας άλλων ευρωπαϊκών κρατών, με παράδοση στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή εθνικής διατροφικής πολιτικής.

10.2 Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας - Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας που ιδρύθηκε το 1977

Το ερευνητικό ενδιαφέρον του τομέα επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν στην καταγραφή των διατροφικών συνηθειών του ελληνικού πληθυσμού και στη διερεύνηση των συσχετίσεων διατροφικών (και άλλων παραμέτρων) με χρόνια κυρίως νοσήματα που διαμορφώνουν το σύγχρονο νοσολογικό φάσμα. Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων στον ευρύτερο χώρο της Δημόσιας Υγείας, ο τομέας έχει δραστηριοποιηθεί στη διατροφική αγωγή με τη δημιουργία και διανομή εκπαιδευτικού υλικού αλλά και τη διοργάνωση σειράς σεμιναρίων και διαλέξεων με θέμα την Υγιεινή Διατροφή και την προώθηση της Μεσογειακής Δίαιτας.

10.3 Κλινική Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης

Οι δραστηριότητες της Κλινικής, η οποία παράγει έργο στο χώρο εδώ και 15 χρόνια, εστιάζονται -πέραν του διδακτικού έργου- κυρίως στους παρακάτω τομείς:

- Προσφορά ιατρικών υπηρεσιών που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, όπως παχυσαρκία, προβλήματα θρέψης και ανάπτυξης των παιδιών, διατητηκή αντιμετώπιση όλων των ασθενειών σε παιδιά και ενήλικες.
- Εκπαίδευση του κοινού σε θέματα διατροφής και προαγωγής της Υγείας.
- Ερευνητικό έργο στην Κλινική Διατροφή και Επιδημιολογία νοσημάτων.

10.4 Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής - Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Η αποστολή του Τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, όπως αυτή ορίζεται στο ΦΕΚ 9712.06.1992 τ. Α', αφορά την κατάρτιση επιστημονικών στελεχών για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα με ειδικές γνώσεις των επιστημονικών αρχών για τη διατροφική αξία των τροφίμων και το ρόλο τους στην υγεία.

Συγκεκριμένα, το ΦΕΚ 175/01.08.2001 τ. Α' ορίζει:

- Α) το Εργαστήριο Χημείας, Βιοχημείας και Φυσικοχημείας Τροφίμων, το οποίο εξυπηρετεί τις εκπαιδευτικές και ερευνητικές ανάγκες στα γνωστικά αντικείμενα: Γενική και Αναλυτική Χημεία, Βιοχημεία και Φυσικοχημεία Τροφίμων.
- Β) το Εργαστήριο Βιολογίας, Βιοχημείας και Φυσιολογίας του ανθρώπου και των μικροοργανισμών, το οποίο εξυπηρετεί τις εκπαιδευτικές και ερευνητικές ανάγκες στα γνωστικά αντικείμενα: Μοριακή Βιολογία, Βιοχημεία, Φυσιολογία και Περιβαλλοντική Μικροβιολογία.
- Γ) το Εργαστήριο Διατροφής και Κλινικής Διαιτολογίας, το οποίο εξυπηρετεί τις εκπαιδευτικές και ερευνητικές ανάγκες στα γνωστικά αντικείμενα: Μεταβολισμός της Διατροφής, Διατροφική Αξιολόγηση, Αλληλεπιδράσεις Διατροφής και Γενετικών Παραγόντων, Επιδημιολογία της Διατροφής, Ανθρωπολογία της Διατροφής, Διατροφική Αγωγή, Κλινική Διαιτολογία, Διατροφή και Άσκηση, Διατροφή και Δημόσια Υγεία, Πολιτική της Διατροφής.

10.5 Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος»

Το Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» (Ι.Α.Δ.) είναι ένας ανεξάρτητος, κοινωφελής, μη κερδοσκοπικός οργανισμός, ο οποίος δραστηριοποιείται τα τελευταία 3 χρόνια στο χώρο της διατροφής. Αποστολή του Ιδρύματος είναι η συμβολή του στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων. Το Ίδρυμα έχει ήδη πραγματοποιήσει πλήθος ερευνών και έχει οργανώσει συνέδρια και σεμινάρια σε συνεργασία με ελληνικούς και ξένους φορείς, όπως το Πανεπιστήμιο του Harvard, το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, το Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, κ.ά. Επιπλέον, έχει να επιδείξει πλούσια εκδοτική, ενημερωτική και επιμορφωτική δραστηριότητα.

10.6 Ερευνητική Δραστηριότητα έχουν επίσης αναπτύξει:

- Το Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας του Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης το οποίο ιδρύθηκε με το Π.Δ.561 (ΦΕΚ 199/27-11-85 τεύχος πρώτο) και δέχθηκε τους πρώτους φοιτητές το Σεπτέμβριο του 1985. Μαζί με το τμήμα Τεχνολογίας Τροφίμων, αποτελούν τη Σχολή Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής του Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.
- Το Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, το οποίο ιδρύθηκε το 1999 και λειτουργεί στην πόλη της Σητείας.

10.7 Θεραπευτικές Υπηρεσίες

Οι θεραπευτικές υπηρεσίες στη χώρα μας σε ζητήματα που σχετίζονται άμεσα (παχυσαρκία) ή έμμεσα (αντιμετώπιση διαβήτη, κ.ά.) με τη διατροφή δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένες, γι' αυτό και ο στρατηγικός σχεδιασμός που προτείνουμε δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στον άξονα της ανάπτυξης θεραπευτικών υπηρεσιών.

Σήμερα δραστηριοποιούνται στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ. ιατρεία παχυσαρκίας και συμβουλευτικά γραφεία διατροφής σε μια σειρά δημόσιων νοσοκομείων (ακολουθεί αναλυτικός πίνακας). Παράλληλα, στα διαβητολογικά ιατρεία σε όλη την Ελλάδα έμμεσα μπορεί να αντιμετωπιστεί και το ζήτημα της παχυσαρκίας, αφού πρόκειται για μια επιπλοκή που επιβαρύνει ιδιαίτερα τους διαβητικούς ασθενείς.

Πίνακας 13: Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., στα οποία λειτουργούν ιατρεία αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.

ΑΘΗΝΑ	
Γενικό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»
Γενικό «Λαϊκό» Νοσοκομείο Αθηνών	Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»
«Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» Νοσοκομείο	Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα»
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»	Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»
Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ»	Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»
Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά»	Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	
ΓΠΝΘ «Ιπποκράτειο»	Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»	Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας
Γενικό Νοσοκομείο Σερρών	Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτών
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης	
ΗΠΕΙΡΟΣ	
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων	
ΚΡΗΤΗ	
Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου	
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Κορίνθου	

II. SWOT Ανάλυση

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (STRENGTHS)	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ (WEAKNESSES)
<ul style="list-style-type: none"> • Σχολές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στους τομείς της διατροφής και των τροφίμων. • Δράση του Ε.Φ.Ε.Τ. και των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. • Εκστρατεία του Υπουργείου Υγείας «Η Ζωή έχει χρώμα» και «Ρίξε το Βάρος στο παιδί». • Πρωτοβουλίες από τους φορείς της παραγωγής και τους εκπροσώπους των καταναλωτών. • Η ενσωμάτωση στην ελληνική νομοθεσία σειράς κοινοτικών οδηγιών για την υγιεινή διατροφή. • Δίκτυο ιδιωτικών υπηρεσιών διαιτολογίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Απουσία σχεδιασμένης ευρείας διατροφικής πολιτικής. • Απουσία διατομεακής συνεργασίας για την προώθηση της υγιεινής διατροφής. • Απουσία πληροφόρησης, επισήμανσης τροφίμων. • Ανεπάρκεια των μέτρων για την προστασία των νέων. • Απουσία πολιτικών σύνδεσης της υγιεινής διατροφής με την εργασία. • Απουσία μέτρων για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. • Απουσία διαιτητικών υπηρεσιών και υπηρεσιών αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)	ΚΙΝΔΥΝΟΙ (THREATS)
<ul style="list-style-type: none"> • Η παραδοσιακή μεσογειακή δίαιτα. • Η υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. • Η κατανάλωση ελαιόλαδου στο σύνολο των λιπιδίων. • Η μεγάλη εγχώρια παραγωγή φυτικών τροφίμων. • Η αυξανόμενη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα διατροφής και παχυσαρκίας. • Η δυνατότητα αξιοποίησης των μέσων μαζικής ενημέρωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η υψηλή μέση θερμιδική πρόσληψη. • Το υψηλό ποσοστό παχυσαρκίας στα παιδιά και στο σύνολο του πληθυσμού. • Το χαμηλό ποσοστό σωματικής άσκησης. • Η ταχεία αύξηση της κατανάλωσης ζωικών λιπών και γενικότερα ζωικών τροφίμων. • Η απώλεια επωφελών χαρακτηριστικών της παραδοσιακής δίαιτας. • Υιοθέτηση διατροφικών προτύπων και μοντέλων διασκέδασης συνδεδεμένων με υψηλή κατανάλωση θερμίδων και λιπών.



Στρατηγικός Σχεδιασμός



1. Όραμα

Το όραμα που κατευθύνει την ανάπτυξη των προγραμμάτων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές είναι αφενός η δυναμική εναρμόνιση της διατροφικής πραγματικότητας στην Ελλάδα με τα ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα που έχει θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η διεθνής επιστημονική κοινότητα και αφετέρου η ανάδειξη και αξιοποίηση της παραδοσιακής ελληνικής διατροφής ως παράγοντα υγείας και πολιτισμού.

2. Αποστολή

Η αποστολή του Σχεδίου είναι η θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για την προώθηση της υγιεινής διατροφής, την καταπολέμηση της παχυσαρκίας και τη μείωση όλων των διατροφοεξαρτώμενων νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων πολιτικών, νομοθετικών ρυθμίσεων και δράσεων, στη βάση στοχευμένων προγραμμάτων.

3. Στόχοι

Πολιτικοί Στόχοι

- Η εξασφάλιση διακομματικής συναίνεσης για την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Η διασφάλιση της συνέχειας της κυβερνητικής πολιτικής στο χρονικό πλαίσιο της υλοποίησης του Σχεδίου.

Κοινωνικοί Στόχοι

- Η ανάδειξη των κοινωνικών και πολιτιστικών προκλήσεων που σηματοδοτεί για τη χώρα μας η στρατηγική για την υγιεινή διατροφή.
- Η οικοδόμηση μιας διαρκούς προσπάθειας από το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας και η συνεχής συνεργασία με την Κοινωνία των Πολιτών για την εφαρμογή των πολιτικών και τη διάδοση των αξιών με τα οποία συνδέεται η υλοποίηση της στρατηγικής.
- Η ανάδειξη και προβολή νέων κοινωνικών προτύπων, αξιών και συμπεριφορών για μια κοινωνία απαλλαγμένη από το βάρος της παχυσαρκίας και της ανθυγιεινής διατροφής.

Οργανωτικοί Στόχοι

- Η εξασφάλιση σταθερής διατομεακής συνεργασίας για την υλοποίηση οριζόντιων δράσεων και παρεμβάσεων.
- Η ενεργητική συμμετοχή της χώρας μας στα διεθνή φόρα, οργανισμούς και κέντρα λήψης αποφάσεων που διαμορφώνουν τις βασικές κατευθύνσεις για τη διατροφική πολιτική.

Επιδημιολογικοί Στόχοι

- Η ανάπτυξη ενός συστήματος παρακολούθησης της εξέλιξης και των χαρακτηριστικών της διατροφής στην Ελλάδα, των τάσεων στη συχνότητα της παχυσαρκίας, καθώς και των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Μέχρι το 2012, ανακοπή των τάσεων αύξησης της παχυσαρκίας στο γενικό πληθυσμό, με στόχο μέχρι το 2020 τη μείωση του ποσοστού παχυσαρκίας κατά 20%.
- Στοχευμένες δράσεις, ώστε μέχρι το 2012 να ανακοπεί η τάση αύξησης της παιδικής παχυσαρκίας και μέχρι το 2020 να σημειωθεί μείωση στο ποσοστό της.

Διατροφικοί Στόχοι

- Μέχρι το 2012, ανακοπή στην τάση αύξησης της μέσης θερμιδικής πρόσληψης στο σύνολο του πληθυσμού και μέχρι το 2020 περιορισμός της θερμιδικής πρόσληψης κατά 10%.
- Μέχρι το 2012, αύξηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, οσπρίων και ανεπεξέργαστων καρπών και μείωση της κατανάλωσης ζάχαρης.
- Μέχρι το 2012, ανακοπή στην τάση αύξησης της κατανάλωσης λιπιδίων και μέχρι το 2020, περιορισμός της λιπιδιακής πρόσληψης κατά 20%.
- Στοχευμένες δράσεις, ώστε μέχρι το 2012 να ανακοπεί η τάση αύξησης της θερμιδικής και λιπιδιακής πρόσληψης στα παιδιά και μέχρι το 2020 να μειωθεί στο επίπεδο των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

4. Αξίες του Σχεδίου Δράσης

Η σύγχρονη δημοκρατική πολιτική υγείας εκφράζεται μέσα από τη λειτουργία ενός συστήματος Δημόσιας Υγείας που κινητοποιεί τη συμμετοχή όλων στο σχεδιασμό των πολιτικών και στην ανάπτυξη και διαχείριση των προγραμμάτων.

Η αντίληψη για μια αντίστοιχη πολιτική Δημόσιας Υγείας αποτελεί στοιχείο πολιτισμού που διαπερνά όλες τις πολιτικές, τις δράσεις, τα προγράμματα και τις διοικητικές πρακτικές.

Η γνώση. Η ενίσχυση των ερευνητικών μας υποδομών, η κατοχύρωση των στοιχείων που διαθέτουμε για να χαράξουμε πολιτική, η ενίσχυση των μηχανισμών της επιτήρησης και της παρακολούθησης.

Η ισότητα στην υγεία. Η έμπρακτη δηλαδή ενίσχυση της αρχής της ίσης πρόσβασης και της ίσης ωφελιμότητας όλων από την υγειονομική μας πολιτική. Οι διατροφικές διαταραχές και η παχυσαρκία αποτελούν κινδύνους που απειλούν όλο τον ελληνικό λαό. Η ανάληψη δράσεων και πρωτοβουλιών στις υποεξυπηρετούμενες και τις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες του πληθυσμού αποτελεί βασικό στοιχείο της εθνικής στρατηγικής.

Η οικονομική αποτελεσματικότητα. Βασική μας αρχή είναι ότι κάθε σύστημα Δημόσιας Υγείας οφείλει να βασίζεται σε χρηστές διοικητικές πρακτικές και στην καλύτερη δυνατή διαχείριση των πόρων που είναι στη διάθεσή μας.

Η στοχευμένη προστασία των νέων. Σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς των πολιτών, υλοποιούμε ειδικά προγράμματα για τα παιδιά και τους νέους, που αποτελούν το μέλλον της χώρας.

Η εφαρμογή ευρείας διατομεακής πολιτικής. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης συμπεριλαμβάνει συγκεκριμένες προτάσεις για την υλοποίηση της διυπουργικής και διατομεακής συνεργασίας.

Η κοινωνική συμμετοχή και η συνευθύνη με την ελληνική κοινωνία στο στόχο για μια υγιεινή διατροφή. Το κράτος μόνο του δεν μπορεί να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Είναι καιρός να δεχτούμε ότι ως οργανωμένη κοινωνία, πρέπει να αντιμετωπίσουμε όλοι μαζί τις σύγχρονες προκλήσεις για την υγεία και την ευημερία μας.

5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα βελτιώσει σημαντικά το επίπεδο της υγείας των πολιτών και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, και θα συμβάλει στον έλεγχο και στη συγκράτηση των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών που απορρέουν από τη φροντίδα των νοσημάτων που συνδέονται με τις λανθασμένες διατροφικές συνήθειες.

5.1 Βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία

Οι διατροφικές διαταραχές και η παχυσαρκία έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη νοσηρότητα, στη θνησιμότητα και στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού.

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, υπολογίζεται ότι η παχυσαρκία οδηγεί στην εκδήλωση 5 πρώων θανάτων ανά 10.000 κατοίκους ετησίως (National Audit Office 2001). Για τα ελληνικά πληθυσμιακά δεδομένα, αυτό σημαίνει έναν συνολικό αριθμό περίπου 5.500 πρώων θανάτων ετησίως, θνησιμότητα

που μπορεί να περιορισθεί αισθητά με την εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης.

Ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει ότι η κακή διατροφή, η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής άσκησης ευθύνονται από κοινού για το 9,7% των χαμένων ετών ζωής λόγω πρόωρου θανάτου ή αναπηρίας (DALY's) στην Ευρώπη. Ειδικότερα, αποδίδονται 4,5% των DALY's στην κακή διατροφή, 3,7% στην παχυσαρκία και 1,4% στην έλλειψη σωματικής άσκησης (WHO 2005). Στην Ελλάδα, ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει το σύνολο των χαμένων ετών ζωής λόγω πρόωρου θανάτου ή αναπηρίας κατά το 2002 σε 1.393.137 DALY's (WHO 2005). Συνεπώς τα νοσήματα που συνδέονται με τη διατροφή και την παχυσαρκία ευθύνονται για 133.741 χαμένα έτη ζωής ετησίως, αριθμός ο οποίος αναμένεται να παρουσιάσει αισθητή μείωση με την εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης.

Ειδικότερα, οι προβλεπόμενες δράσεις για την πρόληψη-προώθηση υγιεινών διαιτητικών επιλογών (οι οποίες σε γενικές γραμμές αφορούν ενέργειες αγωγής υγείας, ενημέρωσης του πληθυσμού, νομοθετικές και άλλες ρυθμίσεις για την αγορά και την ασφάλεια των τροφίμων κ.λπ.), επιδιώκεται να τροποποιήσουν τις διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού, αλλά και να συνεισφέρουν στη διαμόρφωση ενός ευρύτερου ευνοϊκού πλαισίου που θα συμβάλει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής. Επίσης, οι δράσεις έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας ενισχύουν τις υποδομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και των διατροφικών διαταραχών, επιδιώκοντας την άμβλυση των κοινωνικών επιπτώσεων και των επιπτώσεων στη νοσηρότητα, στη θνησιμότητα και στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού.

5.2 Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες που οφείλονται στην παχυσαρκία και στην κακή διατροφή ως παράγοντες κινδύνου: η εφαρμογή του Σχεδίου θα οδηγήσει στην εξοικονόμηση και στην ορθολογική κατανομή των πόρων

Η παχυσαρκία και η κακή διατροφή συνδέονται με υψηλό άμεσο κόστος για τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, το άμεσο κόστος (κόστος περίθαλψης) των νοσημάτων που οφείλονται στη διατροφή κυμαίνεται μεταξύ 1,7 και 3% των συνολικών δαπανών υγείας (Branca et al. 2007, WHO 2005). Για την Ελλάδα, που κατά το 2006 έχει σύνολο δαπανών υγείας 24.372 εκ. Ευρώ, (WHO 2008), το ποσοστό αυτό υποδηλώνει κόστος που κυμαίνεται μεταξύ 400 και 730 εκ. Ευρώ ετησίως.

Στις Η.Π.Α., οι κατά κεφαλή δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους παχύσαρκους υπολογίζεται ότι είναι κατά 37% αυξημένες σε σχέση με τα άτομα κανονικού βάρους (Finkelstein et al. 2004, OECD 2004). Εάν η επιβάρυνση των δαπανών υγείας είναι αντίστοιχου μεγέθους και στην Ελλάδα, τότε με βάση τη συχνότητα της παχυσαρκίας στη χώρα μας, το άμεσο κόστος περίθαλψης υπολογίζεται σε υπερδιπλάσια επίπεδα από τα προαναφερθέντα και συγκεκριμένα σε 1,5 δις. Ευρώ ετησίως.

Είναι λοιπόν φανερό ότι το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές μπορεί να μειώσει σημαντικά το άμεσο κόστος περίθαλψης για τις παθολογικές συνέπειες της παχυσαρκίας και της κακής διατροφής. Μία ενδεχόμενη μείωση της παχυσαρκίας στη χώρα μας κατά 10%, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των άμεσων δαπανών περίθαλψης κατά 70-150 εκατ. Ευρώ ετησίως.

Το έμμεσο οικονομικό κόστος περιλαμβάνει το κόστος από τη χαμένη παραγωγικότητα λόγω νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας. Στη Μ. Βρετανία υπολογίστηκε ότι η παχυσαρκία και οι διατροφικές διαταραχές οδηγούν ετησίως σε 303,5 ημεραργίες ανά 1000 κατοίκους (National Audit Office 2001). Η αναλογία αυτή αντιπροσωπεύει για την Ελλάδα ένα συνολικό αριθμό 3.338.000 ημεραργιών ετησίως και ένα έμμεσο οικονομικό κόστος αντίστοιχο 3,34 εκ. ημερών παραγωγικότητας (ή 3,34 εκ. ημερομισθίων). Μία ενδεχόμενη μείωση της παχυσαρκίας κατά 10% μπορεί να επιφέρει περιορισμό της απώλειας παραγωγικότητας κατά 334.000 ημεραργίες ετησίως.

Σύμφωνα με υπολογισμούς του Π.Ο.Υ., το συνολικό κόστος των νοσημάτων που συνδέονται με τη

διατροφή φτάνει το 7% των δαπανών υγείας (WHO 1998). Αυτό για την Ελλάδα σημαίνει ότι το 2006 το συνολικό κόστος έφτανε τα 1.706 εκ. Ευρώ. Οι υπολογισμοί του Π.Ο.Υ. συγκλίνουν στην εκτίμηση ότι το έμμεσο κόστος είναι περίπου τριπλάσιο από ότι το άμεσο.

Στη Μ. Βρετανία υπολογίζεται ότι το έμμεσο οικονομικό κόστος είναι υψηλότερο, και μάλιστα τετραπλάσιο του άμεσου (Chief Medical Officer 2004 National Audit Office 2001). Με βάση τα δεδομένα αυτά, τόσο το έμμεσο, όσο και το συνολικό οικονομικό κόστος της κακής διατροφής και της παχυσαρκίας στην Ελλάδα, εκτιμάται σε ακόμη υψηλότερα επίπεδα από ότι υποδεικνύουν οι υπολογισμοί του Π.Ο.Υ. (μεταξύ 1.600 και 2.900 εκατ. Ευρώ ετησίως).

Το παρόν Σχέδιο Δράσης μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση του έμμεσου και του συνολικού οικονομικού κόστους που αντιπροσωπεύουν για τη χώρα τα νοσήματα αυτά. Ένας ενδεχόμενος περιορισμός της απώλειας παραγωγικότητας κατά 10% εκτιμάται ότι μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό του έμμεσου οικονομικού κόστους κατά 160-290 εκατ. Ευρώ ετησίως.

6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

1ος Άξονας: Πρόληψη - Προώθηση Υγιεινών Διαιτητικών Επιλογών

- Δράση 1: Προώθηση της Επισήμανσης των Τροφίμων.
- Δράση 2: Μέτρα για τη Διαφήμιση και το Marketing.
- Δράση 3: Αύξηση της Κατανάλωσης Οσπρίων, Λαχανικών και Ψαριών και Μείωση της Κατανάλωσης Κρέατος.
- Δράση 4: Εφαρμογή των Αρχών Σωστής Διατροφής στην Ομαδική Τροφοδοσία (ευθύνης του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης).
- Δράση 5: Ασφάλεια των Τροφίμων.
- Δράση 6: Ενημέρωση του Γενικού Πληθυσμού για την Υγιεινή Διατροφή και τη Σωματική Δραστηριότητα.
- Δράση 7: Δράσεις Ενημέρωσης για την Πρόληψη των Διατροφικών Διαταραχών (νευρική ανορεξία-βουλιμία).
- Δράση 8: Προώθηση Προτύπων και Συμπεριφορών Υγιεινής Διατροφής και Σωματικής Ασκήσης στα Παιδιά και τους Νέους για την Πρόληψη της Παιδικής Παχυσαρκίας.
- Δράση 9: Το 5λεπτο του Φρούτου.
- Δράση 10: Προώθηση Υγιεινών Διατροφικών Προτύπων και Συμπεριφορών στους Χώρους Εργασίας.
- Δράση 11: Πρόληψη Διαταραχών Πρόσληψης της Διατροφής.

2ος Άξονας: Έγκαιρη Διάγνωση και Θεραπεία

- Δράση 1: Ενίσχυση και Επέκταση της Λειτουργίας των Ιατρικών Παχυσαρκίας στο Πλαίσιο του Ε.Σ.Υ.
- Δράση 2: Πιστοποίηση Ιδιωτικών Φορέων Αντιμετώπισης της Παχυσαρκίας και Συμβουλευτικών Υπηρεσιών Διατροφής-Διαιτολογίας.
- Δράση 3: Δημιουργία Δικτύου Φροντίδας για την Αντιμετώπιση των Διαταραχών της Διατροφής.

3ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία για μια Εθνική Διατροφική Πολιτική

- Δράση 1: Διατομεακή Συνεργασία για την Επίτευξη των Στόχων της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.
- Δράση 2: Συνεργασία με τη Βιομηχανία και το Εμπόριο Τροφίμων.
- Δράση 3: Συνεργασία για την Αντιμετώπιση του Περιβάλλοντος που Προκαλεί Παχυσαρκία.

4ος Άξονας: Επιστημονική Υποστήριξη, Παρακολούθηση και Αξιολόγηση

- Δράση 1: Ερευνητικά Προγράμματα.
- Δράση 2: Ο Υγειονομικός Χάρτης.
- Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Υγείας στην Πρόληψη και Αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών.
- Δράση 4: Εθνικό Μητρώο Διαιτολόγων-Διατροφολόγων.

Άξονες & Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης



Ιος Άξονας: Πρόληψη - Προώθηση Υγιεινών Διαιτητικών Επιλογών

Δράση I: Προώθηση της Επισήμανσης των Τροφίμων

Περιγραφή

Λήψη μέτρων για την εναρμόνιση με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ε.Ε. για την προώθηση της επισήμανσης (labelling) των τυποποιημένων τροφίμων με πληροφορίες για το θρεπτικό τους περιεχόμενο. Η επισήμανση (labelling) των τυποποιημένων τροφίμων συνίσταται στην αναγραφή πάνω στη συσκευασία τους, της περιεκτικότητας των διάφορων συστατικών και στοχεύει στην παροχή πληροφοριών στους καταναλωτές, με σκοπό τη βελτίωση της δυνατότητας να προβαίνουν σε ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τη διατροφή τους.

Στόχοι

- Η βελτίωση της υπεύθυνης πληροφόρησης του πληθυσμού, σχετικά με τη σύσταση και τα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων.
- Η παροχή στους καταναλωτές της δυνατότητας να προβαίνουν σε ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τη διατροφή τους.
- Η προώθηση υγιεινών διατροφικών προτύπων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Οργάνωση της συστηματικής συνεργασίας και εναρμόνισης με την ευρωπαϊκή νομοθεσία για την επισήμανση των τροφίμων και τη διαχείριση των διατροφικών οδηγιών που θα αναγράφονται στα τρόφιμα. Ανάπτυξη νομικού πλαισίου για την επισήμανση των τροφίμων και την υποχρέωση αναγραφής πάνω στη συσκευασία, της περιεκτικότητας των διάφορων συστατικών και ιδίως της περιεκτικότητας σε θερμίδες, πρωτεΐνες, λίπη, κεκορεσμένα λίπη, ζάχαρη, αλάτι και χημικά πρόσθετα, καθώς και αναγραφή των θρεπτικών τους ιδιοτήτων.

- Καθορισμός κατηγοριών προϊόντων, στις οποίες επιβάλλεται η αναγραφή διατροφικών πληροφοριών, καθώς και το είδος των πληροφοριών για κάθε κατηγορία.
- Καθορισμός της ορολογίας, ώστε η επισήμανση των τροφίμων να είναι κατανοητή από τους καταναλωτές.
- Προώθηση μέτρων ενημέρωσης των καταναλωτών, προκειμένου να κατανοήσουν πλήρως τις πληροφορίες που περιλαμβάνουν οι ετικέτες τροφίμων.
- Οργάνωση συστήματος διασφάλισης και πιστοποίησης της έγκυρης επισήμανσης των τροφίμων και της ορθότητας των διατροφικών ισχυρισμών.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργεία και υπηρεσίες των Υπουργείων Ανάπτυξης, Βιομηχανίας, Αγροτικής Ανάπτυξης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικός Φορέας Ελέγχου Τροφίμων, Βιομηχανίας τροφίμων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Διαμόρφωση νομικού πλαισίου.
2009: Εφαρμογή συστήματος επισήμανσης.
2010: Οργάνωση μηχανισμού πιστοποίησης.
2008 - 2011: Πρόγραμμα συνεργασίας με τη βιομηχανία.

Δράση 2: Μέτρα για τη Διαφήμιση και το Marketing

Περιγραφή

Λήψη μέτρων για την προστασία των καταναλωτών από την παραπλανητική διαφήμιση και το marketing.

Στόχοι

- Η θέσπιση διατάξεων για την προστασία των καταναλωτών από την παραπλανητική διαφήμιση προϊόντων διατροφής.
- Η προστασία των ευάλωτων καταναλωτών και ιδίως των παιδιών από την εκμετάλλευση της άγνοιας και ευπιστίας τους.
- Η προώθηση πλαισίου δεοντολογικής αυτορρύθμισης της αγοράς, σε σχέση με τις διατροφικές πληροφορίες στη διαφήμιση και το marketing.

Ενέργειες Υλοποίησης

Καταρτίζεται και προωθείται κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο, στο οποίο προσδιορίζονται οι κατηγορίες προϊόντων και σκευασμάτων και το πλαίσιο προώθησης των αντίστοιχων προϊόντων στη διαφημιστική αγορά και ιδίως προϊόντων με υψηλή περιεκτικότητα λίπους, αλατιού και σακχάρων.

- Καταρτίζεται πλαίσιο πρόληψης της παραπλανητικής διαφήμισης που σχετίζεται με θέματα διατροφής και απώλειας βάρους.
- Καθορίζεται ο φορέας και η διαδικασία ελέγχου της τήρησης των περιοριστικών όρων και της εγκυρότητας των διατροφικών πληροφοριών στη διαφήμιση των τροφίμων.
- Σε συνεργασία με τους φορείς της διαφήμισης, οργανώνεται η παροχή επιστημονικής συμβουλευτικής υποστήριξης στις εταιρίες διαφήμισης, για την αποφυγή παραπλανητικών ή αναληθών ισχυρισμών κατά τη διαφήμιση προϊόντων διατροφής και απώλειας βάρους.
- Σε συνεργασία με τη βιομηχανία και το εμπόριο τροφίμων, καθώς και τους φορείς της διαφήμισης, προωθείται πλαίσιο δεοντολογικού κώδικα στη διαφήμιση, με σκοπό την αυτορρύθμιση της αγοράς σε σχέση με τις διατροφικές πληροφορίες στη διαφήμιση και στην προώθηση τροφίμων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Ραδιοτηλεοπτικό Συμβούλιο, Φορείς της Βιομηχανίας Τροφίμων, Ενώσεις Διαφημιστικών Εταιριών.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Διαμόρφωση νομοθετικού πλαισίου.

2009: Οργάνωση εποπτικού φορέα.

2009: Θέσπιση κώδικα δεοντολογίας.

Δράση 3: Αύξηση της Κατανάλωσης Οσπρίων, Λαχανικών και Ψαριών και Μείωση της Κατανάλωσης Κρέατος

Περιγραφή

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα δεδομένα, το 50% του πληθυσμού καταναλώνει ημερησίως λιγότερα από 232 γραμμάρια λαχανικών, λιγότερα από 30 γραμμάρια ψαριών και καθόλου όσπρια, γεγονός το οποίο υποδηλώνει τη μηδενική ή σπάνια κατανάλωση οσπρίων από τον πληθυσμό. Για την αξιολόγηση της σημασίας των ευρημάτων αυτών, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σύμφωνα με διεθνείς συστάσεις, η ημερήσια κατανάλωση λαχανικών πρέπει να ξεπερνά τα 250 γραμμάρια. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι στις διατροφικές οδηγίες για ενήλικες Έλληνες συστήνεται η ημερήσια κατανάλωση 600 γραμμαρίων λαχανικών (ωμών ή μαγειρεμένων), 30 γραμμαρίων μαγειρεμένων οσπρίων και 40 γραμμαρίων ψαριών (ψημένων).

Η κατάσταση είναι αντίστροφη στην περίπτωση του κρέατος. Το 75% του πληθυσμού καταναλώνει ημερησίως περισσότερα από 78 γραμμάρια, ενώ στο 25% του Ελληνικού πληθυσμού η ημερήσια κατανάλωση/διαθεσιμότητα κρέατος ξεπερνά τα 192 γραμμάρια, όταν οι διατροφικές οδηγίες συστήνουν την κατανάλωση 45 γραμμαρίων κρέατος και προϊόντων του ημερησίως (Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής).

Στόχοι

- Άμεση εφαρμογή του μέτρου τυποποίησης οπωροκηπευτικών και στην εγχώρια αγορά, ώστε ο καταναλωτής να έχει τη δυνατότητα να επιλέγει την ποιότητα και την ποικιλία που θέλει. Μέτρο που μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή της Εθνικής Αγροτικής Πολιτικής, ενημερώνοντας τους καταναλωτές σε περιόδους πλεονασμάτων γεωργικών προϊόντων. Το μέτρο απαιτεί διατομεακή συνεργασία με το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης.
- Σωστή πληροφόρηση του καταναλωτή, π.χ. για το τι είναι χυμός, τι είναι αναψυκτικό, τι είναι κομπόστα, σε σύγκριση με το νωπό φρούτο ή λαχανικό, με ενημερωτικά δελτία, εκπομπές σε Μ.Μ.Ε.
- Αναγνώριση της σημασίας προτίμησης εποχιακών λαχανικών. Η έλλειψη κατά περιόδους διάφορων λαχανικών, κυρίως όταν οι καιρικές συνθήκες είναι δυσμενείς, συμβαίνει μόνο σε προϊόντα εκτός εποχής (π.χ. τομάτες τα Χριστούγεννα). Η διατροφική πολιτική μπορεί να αναδειχθεί σωτήρια για την αγροτική πολιτική, συμβάλλοντας στην καλύτερη ρύθμιση της αγοράς σε συνεργασία με την αγροτική πολιτική, ώστε ο καταναλωτής να διατρέφεται με εποχιακά λαχανικά σε χαμηλότερες τιμές.
- Ενημέρωση για θέματα συντήρησης των οπωροκηπευτικών (νωπών και κατεψυγμένων), τρόπου σωστής διαλογής, πλυσίματος, ψύξης, απόψυξης, επεξεργασίας, μαγειρέματος κ.λπ.
- Ενημέρωση για την αποφυγή υπερκατανάλωσης κρέατος.
- Ενημέρωση για τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας στη διακίνηση, αποθήκευση και κατανάλωση προϊόντων κρέατος.
- Ενημέρωση για την κατανάλωση ψαριών.
- Ενημέρωση για τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας στη διακίνηση, αποθήκευση και κατανάλωση ψαριών.

Ενέργειες Υλοποίησης

Για την επίτευξη των στόχων της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής απαιτείται μακροχρόνια και αρθρωτή προσέγγιση, η οποία θα μπορούσε να αναφέρεται στους παρακάτω άξονες διασφαλίζοντας την οριζόντια σύνδεση των δράσεων.

Πρώτος Άξονας: Ενημέρωση και Εκπαίδευση.

- Τηλεοπτικά βραχυκρόνια μηνύματα (spot), με έμφαση στο υγιεινό και εύγευστο των οσπρίων και των λαχανικών.
- Ειδικά ένθετα σε τηλεοπτικές εκπομπές, στα οποία θα αναφέρεται η σημασία κατανάλωσης των τροφίμων αυτών, με παράλληλη αναφορά στη γαστρονομική και πολιτισμική τους ταυτότητα.
- Σχέδια ολοκληρωμένης παρέμβασης με συμμετοχή του σχολείου, των χώρων εργασίας, της κοινότητας και της βιομηχανίας τροφίμων (Σαββατοκύριακα Υγείας). Η αγωγή υγείας είναι μία δραστηριότητα συνδεδεμένη με το κοινωνικό περιβάλλον το οποίο έμμεσα την υπαγορεύει και τη διαμορφώνει. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η διαμόρφωση σκελετού δράσης, μέσω της οποίας θα δίνεται η ευκαιρία στους λειτουργούς υγείας και στο κοινό, να προγραμματίσουν και να συντονίσουν τις ενέργειές τους για την αντιμετώπιση του θέματος. Προτείνεται η παρέμβαση να γίνεται σε επίπεδο κοινότητας, αρχίζοντας από τα σχολεία. Στόχος είναι η ενεργοποίηση και συμμετοχή όλου του πληθυσμού της κοινότητας στην επίλυση του προβλήματος.

Δεύτερος Άξονας: Πρόληψη Διατροφικών Εκτροπών.

- Συνεργασία με διαιτολογικά τμήματα κέντρων υγείας και νοσοκομείων.
- Επιμορφωτικά σεμινάρια απευθυνόμενα στο υγειονομικό προσωπικό και στο προσωπικό ομαδικής τροφοδοσίας δημόσιων (κέντρων υγείας, νοσοκομείων, παιδικών σταθμών και κατασκηνώσεων, γηροκομείων, φυλακών κλπ) και ιδιωτικών (κατά περίπτωση) ιδρυμάτων και υπηρεσιών, με στόχο την πρακτική εφαρμογή μέτρων για την επίτευξη των στόχων.

Τρίτος Άξονας: Συμμετοχή των Υπηρεσιών Ομαδικής Τροφοδοσίας, της Βιομηχανίας Τροφίμων και των Καταναλωτών, μέσω των Σχετικών Οργανώσεων.

- Διαμόρφωση διαιτολογίων οργανισμών, οι οποίοι λειτουργούν υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας (π.χ. κυλικεία σχολείων, εστιατόρια νοσοκομείων), ώστε να περιλαμβάνονται συχνότερα μεταξύ των προσφερόμενων τροφίμων λαχανικά, όσπρια, ψάρια και λιγότερο κρέας και προϊόντα του. Παράλληλα, προτείνεται η χορήγηση πληροφοριών (ανάρτηση αφισών, διανομή εντύπων), οι οποίες θα παρουσιάζουν τους λόγους που οδήγησαν στην απόφαση αυτή.

Τέταρτος Άξονας: Συνεργασία με το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης.

- Ανάπτυξη διυπουργικής ομάδας μεταξύ των Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Αγροτικής Ανάπτυξης, ώστε να συντονιστεί η παραγωγή και η εύρυθμη διάθεση λαχανικών και οσπρίων και η μείωση της κατανάλωσης κρέατος, με ιδιαίτερη έμφαση στο κόκκινο εισαγόμενο κρέας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Αποστολή εγκυκλίων.

2008 - 2012: Ενέργειες ενημέρωσης και δημοσιότητας.

2009 - 2012: Σεμινάρια.

Δράση 4: Εφαρμογή των Αρχών Σωστής Διατροφής στην Ομαδική Τροφοδοσία (ευθύνης του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

Περιγραφή

Η εξασφάλιση της σωστής διατροφής στην ομαδική τροφοδοσία συνδέεται άμεσα:

- με την προώθηση της υγείας στην κοινότητα (ασφάλεια στη σίτιση, πρόληψη νοσημάτων, σωστή ανάπτυξη κ.λπ.).
- με τη συμβολή στην αποκατάσταση της νόσου σε ειδικές ομάδες πληθυσμού (ασθενείς νοσοκομείων και ιδρυμάτων, άτομα τρίτης ηλικίας, άτομα με ειδικές ανάγκες κ.λπ.).
- με οικονομικά μεγέθη που αφορούν:
 - α) στον περιορισμό των δαπανών των υπηρεσιών υγείας με τη μείωση της συχνότητας των τροφικών δηλητηριάσεων, των νοσημάτων φθοράς, των ενδο-νοσοκομειακών λοιμώξεων, του χρόνου νοσηλείας
 - β) στην προώθηση της κατανάλωσης συγκεκριμένων εθνικών προϊόντων.

Στόχοι

- Η εξασφάλιση θρεπτικά πλήρους διατροφής στην ομαδική τροφοδοσία.
- Η εξασφάλιση υγιεινών και ασφαλών τροφίμων στην ομαδική τροφοδοσία.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ενημέρωση και Εκπαίδευση.

Είναι απαραίτητη η συστηματική ενημέρωση των επαγγελματιών κλάδων και των υπευθύνων στις νοσοκομειακές μονάδες, καθώς και των προμηθευτών για τις σαφείς προδιαγραφές υγιεινής και ασφάλειας. Ακόμη, είναι υποχρεωτική η εκπαίδευση προσωπικού που απασχολείται στις νοσοκομειακές μονάδες σε θέματα ασφάλειας και υγιεινής τροφίμων.

Για τους παραπάνω λόγους προτείνεται:

- Η τακτική ενημέρωση του προσωπικού που απασχολείται στους χώρους μαζικής εστίασης, με τη μορφή υποχρεωτικών εκπαιδευτικών μαθημάτων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων από εξειδικευμένους επιστήμονες. Η οργάνωση των μαθημάτων αυτών θα γίνεται με την ευθύνη των διαιτολόγων και των επιστημόνων που θα στελεχώνουν τα τμήματα διατροφής των Νοσοκομείων ή τις διοικητικές υπηρεσίες των διάφορων ιδρυμάτων, σε συνεργασία πάντα με τη Διεύθυνση Εκπαίδευσης του Ε.Φ.Ε.Τ. (μέσω του Μητρώου Εκπαιδευτών του Ε.Φ.Ε.Τ.). Για την παρακολούθηση των μαθημάτων αυτών θα χορηγείται και ειδική βεβαίωση, η οποία θα καταχωρείται στον ατομικό φάκελο του εργαζόμενου.
 - Η τακτική ενημέρωση σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων με τη μορφή σεμιναρίων ή διαλέξεων στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, στους διαιτολόγους, καθώς και στο λοιπό επιστημονικό διοικητικό προσωπικό που εμπλέκεται στις υπηρεσίες διατροφής, από ειδικούς επιστήμονες, σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Εκπαίδευσης του Ε.Φ.Ε.Τ. (μέσω του Μητρώου Εκπαιδευτών του Ε.Φ.Ε.Τ.). Τέλος, ειδική εκπαίδευση θα πρέπει να γίνεται στα διοικητικά και τεχνικά στελέχη των ιδρυμάτων που έχουν στην ευθύνη τους τις εγκαταστάσεις και τη λειτουργία των χώρων εστίασης.
- Πρόληψη Διατροφικών Εκτροπών.
 - Σε ό,τι αφορά στην πρόληψη, προτείνονται προγράμματα εκπαιδευτικά ανά περιφέρεια και ειδικά ανά νοσοκομείο.
 - Προτείνεται η άμεση λειτουργία των Συμβουλευτικών Κέντρων Διατροφής σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία (Υπουργείου. Απόφ. Υπ' αριθμ. Α28/οικ. 2654/19.6.89), τα οποία θα

αναλάβουν τον κυριότερο ρόλο στην πρόληψη των διατροφικών εκτροπών, τόσο στους ασθενείς, όσο και στον υγιή πληθυσμό της κοινότητας που απευθύνεται σ' αυτά για διαιτητικές συμβουλές.

- Διαμόρφωση Προτύπων Εθνικών Διαιτολογίων.
 - Προτείνεται η εφαρμογή Εθνικού Ποσοτολογίου στους χώρους ομαδικής τροφοδοσίας ευθύνης του Υπουργείου Υγείας, το οποίο θα βασίζεται στις αρχές της σωστής διατροφής και της Μεσογειακής Δίαιτας. Το ποσοτολόγιο αυτό θα πρέπει να εφαρμόζεται για την παρασκευή των γευμάτων.
 - Προτείνεται επίσης η υιοθέτηση πρότυπων διαιτολογίων για κάθε υγιή ηλικιακή ομάδα (παιδιά έφηβοι-άτομα τρίτης ηλικίας) που σιτίζεται σε χώρους μαζικής εστίασης δικαιοδοσίας του Υπουργείου Υγείας π.χ. Νοσοκομεία, Γηροκομεία, κυλικεία σχολείων.
 - Προτείνεται η υιοθέτηση Διατροφικών Πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση των διάφορων νοσημάτων στους ασθενείς των Νοσοκομείων και των διαφόρων ιδρυμάτων, με βάση τις σύγχρονες αρχές της σωστής διαιτητικής παρέμβασης, έτσι όπως αυτά ορίζονται από τους επίσημους επιστημονικούς οργανισμούς. Τα Πρωτόκολλα αυτά θα αξιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν από τον διαιτολόγο του Νοσοκομείου ή του Ιδρύματος και, στην περίπτωση έλλειψης αυτού, από το υπάρχον ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό.
- Εφαρμογή συστήματος HASSP ή ISO 2200 στις κουζίνες των νοσοκομείων - νομοθετικές ρυθμίσεις.

Βασική προϋπόθεση για την υλοποίηση των ανωτέρω προτάσεων αποτελεί:

- Η αναγκαία στελέχωση των Νοσοκομείων και των διάφορων ιδρυμάτων όπου εφαρμόζεται η ομαδική τροφοδοσία, με το ανάλογο εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο θα έχει και την ευθύνη της εφαρμογής και του ελέγχου της σωστής διατροφής [Διαιτολόγοι, Τεχνολόγοι τροφίμων, Επόπτες Δημόσιας Υγείας, πτυχιούχοι μάγειροι, ειδικευμένο προσωπικό εστίασης (ειδικοί διαιτητικών εφαρμογών)].
- Η εξασφάλιση της ανάλογης υλικοτεχνικής υποδομής και της ηλεκτρονικής υποστήριξης, έτσι ώστε η ομαδική τροφοδοσία να ανταποκρίνεται απόλυτα και με ασφάλεια στις απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας εξασφαλίζοντας χαμηλότερο κόστος και καλύτερη υγεία.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Εθνικός Φορέας Ελέγχου Τροφίμων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός προγράμματος εκπαιδευτικών ημερίδων.

2008 - 2009: Διαμόρφωση εγκυκλίου προτύπων εθνικού ποσοτολογίου και διατροφικών πρωτοκόλλων στην ομαδική τροφοδοσία.

2008 - 2010: Ενεργοποίηση συμβουλευτικών κέντρων διατροφής.

Δράση 5: Ασφάλεια των Τροφίμων

Περιγραφή

Κάθε κράτος πρέπει να φροντίζει να είναι ασφαλή τα τρόφιμα για τους καταναλωτές. Αυτό μπορεί να το επιτύχει είτε με αντιμετώπιση, είτε με πρόληψη του προβλήματος. Η αντιμετώπιση πραγματοποιείται κυρίως με ελέγχους στις βιομηχανίες τροφίμων, στα καταστήματα μαζικής εστίασης και σε οποιονδήποτε προσφέρει τρόφιμα (εμπόρους). Η πρόληψη, που είναι και σημαντικότερη, δυστυχώς δεν αξιοποιήθηκε ιδιαίτερα μέχρι σήμερα. Αυτή περιλαμβάνει δύο τομείς: αφενός την ενημέρωση των παραγωγών-μεταποιητών τροφίμων, και αυτών που αποθηκεύουν και τελικά προσφέρουν τα τρόφιμα και, αφετέρου, την ενημέρωση των καταναλωτών.

Στόχοι

- Ένας από τους κύριους στόχους της επικοινωνίας των διάφορων αρχών των κρατών, σχετικά με το θέμα των τροφίμων, είναι να ενθαρρυνθεί η καταναλωτική εμπιστοσύνη στα τρόφιμα. Πρέπει ο καταναλωτής να αισθανθεί ότι τρέφεται με όσο το δυνατόν περισσότερο ασφαλή τρόφιμα. Για να επιτευχθεί αυτό, πρέπει οι διάφορες αρχές που σχετίζονται με το θέμα των τροφίμων να είναι διαφανείς και να διατηρούν καλή επικοινωνία με τους καταναλωτές.
- Ένας άλλος στόχος των αρχών που σχετίζονται με τα τρόφιμα είναι οι καταναλωτές να γνωρίζουν όλη την πορεία του τροφίμου σε όλη την τροφική αλυσίδα «από το αγρόκτημα στο τραπέζι». Πρέπει οι καταναλωτές να έχουν εμπιστοσύνη σε όλα τα στάδια της τροφικής αλυσίδας και επομένως σε όλους όσους σχετίζονται με τα τρόφιμα, από τον παραγωγό μέχρι το μεταποιητή και τον έμπορο.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ενημέρωση του καταναλωτή σχετικά με την προστασία που του παρέχει η Πολιτεία: Η Πολιτεία πρέπει να εξασφαλίζει ασφαλή τρόφιμα για τον καταναλωτή. Αυτό το επιτυγχάνει είτε μέσω των ελέγχων που πραγματοποιεί και για τους οποίους τον πληροφορεί, είτε μέσω της ενημέρωσής του, ώστε να μπορεί να επιλέγει ασφαλή τρόφιμα.
- Η ενημέρωση των καταναλωτών πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής θέματα:
 - τήρηση των Βασικών Κανόνων Υγιεινής για την Ασφάλεια των Τροφίμων.
 - βασικά στοιχεία Μικροβιολογίας τροφίμων.
 - στοιχεία για τη σωστή επιλογή σημείων προμήθειας των τροφίμων.
 - δικαιώματα και ενέργειες του καταναλωτή στην περίπτωση που κάποιο τρόφιμο δεν πληροί τους όρους ασφάλειάς του.
 - ορθές διατροφικές συνήθειες.
 - συνέπειες στην υγεία εξαιτίας της παχυσαρκίας.
- Η ενημέρωση για τα ανωτέρω σημεία μπορεί να εφαρμοστεί με τους κάτωθι τρόπους:
 - έκδοση και διάθεση ενημερωτικού υλικού.
 - ιστοσελίδες.
 - τηλεοπτικά-ραδιοφωνικά spots.
 - συνέδρια-ημερίδες.
 - σεμινάρια.
 - δελτία Τύπου.
 - ετήσιες εκθέσεις.

- Διαδικασίες πιστοποίησης ασφάλειας τροφίμων
- έλεγχος περιλαμβάνει:
 - επιθεώρηση των εγκαταστάσεων των επιχειρήσεων τροφίμων με ειδικά έντυπα ελέγχου.
 - εφαρμογή, τήρηση και επαλήθευση των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής (σύστημα HACCP) στις επιχειρήσεις παραγωγής, επεξεργασίας, αποθήκευσης, διανομής, εμπορίας, μαζικής εστίασης και διάθεσης τροφίμων.
 - έλεγχο στα τρόφιμα, στα συστατικά των τροφίμων, στα υλικά που έρχονται σε επαφή με τα τρόφιμα.
 - έλεγχο της επισήμανσης, της παρουσίασης, της διαφήμισης και των εμπορικών παραστατικών των τροφίμων.
 - δειγματοληψία, την εργαστηριακή εξέταση ή την ανάλυση ή τα άλλα μέσα διεξαγωγής ελέγχων από την αρμόδια αρχή ή από τους εντεταλμένους της.
 - έλεγχο στα οχήματα μεταφοράς τροφίμων.

Η επίτευξη των δράσεων πιστοποίησης είναι αποτέλεσμα διατομεακής συνεργασίας για την οποία θα πρέπει να καθοριστεί επακριβώς το οργανωτικό και λειτουργικό της πλαίσιο με την έκδοση διυπουργικής απόφασης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Ανάπτυξης, Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, Εθνικός Φορέας Ελέγχου Τροφίμων, Βιομηχανίες Τροφίμων, Οργανώσεις προστασίας καταναλωτών.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Πλάνο επικοινωνιακών ενεργειών.

2009 - 2011: Ενέργειες δημοσιότητας.

2008 - 2009: Έκδοση Αποφάσεων διατομεακής συνεργασίας.

Δράση 6: Ενημέρωση του Γενικού Πληθυσμού για την Υγιεινή Διατροφή και τη Σωματική Δραστηριότητα

Περιγραφή

Ο καταναλωτής θα πρέπει να ενημερώνεται σωστά για το τι είναι τα τρόφιμα και πώς ο ίδιος μπορεί να επηρεάσει την ποιότητά τους και σε αρκετές περιπτώσεις να τα καταστήσει μη ασφαλή ή και επικίνδυνα. Η επιλογή των τροφίμων από τον καταναλωτή μπορεί να επηρεαστεί βασικά από τη συνήθεια (καταναλώνει ό,τι έχει συνηθίσει και όχι κατ' ανάγκην το καλύτερης ποιότητας), τον κοινωνικό περίγυρο, τη θρησκεία, την ιστορική πορεία, την τέχνη, την επιστήμη και την οικονομία. Απαραίτητες είναι οι ορθές και με κατάλληλο τρόπο δοθείσες συμβουλές υγιεινής διατροφής και θρεπτικής αξίας των τροφίμων.

Έτσι, ο καταναλωτής θα διατρέφεται κατά το δυνατόν σωστά και υγιεινά. Επίσης, η Πολιτεία πρέπει να φροντίζει, ώστε κάθε καταναλωτής να είναι ενημερωμένος σχετικά με το ποιες πρέπει να είναι οι διατροφικές του συνήθειες, καθώς και για τη σπουδαιότητα της συστηματικής σωματικής άσκησης στη διατήρηση φυσιολογικού βάρους.

Στόχοι

- Η βελτίωση των γνώσεων του κοινού για τη σχέση μεταξύ διατροφής και υγείας.
- Η βελτίωση των γνώσεων για τις υγιεινές επιλογές τροφίμων που μειώνουν τον κίνδυνο χρόνιων ασθενειών.
- Η διατροφική πληροφόρηση που αποσκοπεί στη μείωση της υπερβολικής θερμιδικής πρόσληψης.
- Η εκπαίδευση των καταναλωτών να κατανοούν καλύτερα την αναγραφή των θρεπτικών ιδιοτήτων στην επισήμανση των τροφίμων.
- Η σύνδεση της διαιτητικής αγωγής με τις παραδόσεις και τα πολιτιστικά στοιχεία του πληθυσμού.
- Η ανάδειξη της σημαντικότητας της σωματικής δραστηριότητας στην επίτευξη σωστού σωματικού βάρους.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Εκπονείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εκστρατεία για την οργανωμένη πληροφόρηση και διαιτητική αγωγή του πληθυσμού και τη σωματική δραστηριότητα, μέσω των Μ.Μ.Ε. και του διαδικτύου. Η εκστρατεία θα δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως:
 - νεογνά και βρέφη
 - γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, έγκυες, θηλάζουσες γυναίκες
 - ηλικιωμένοι
- Εξασφαλίζεται η επιστημονική υποστήριξη της εκστρατείας, ιδίως σε σχέση με τα ενδεδειγμένα μηνύματα προς τους καταναλωτές, τον τρόπο προβολής τους και τους τρόπους με τους οποίους οι καταναλωτές μπορούν να κάνουν υγιεινές επιλογές. Αξιοποιούνται τα κατάλληλα στοιχεία της διατροφικής και πολιτιστικής παράδοσης της χώρας για την προώθηση υγιεινών διατροφικών προτύπων.
- Οργανώνεται βάση δεδομένων και ειδική ιστοσελίδα ελεύθερης πρόσβασης, με σκοπό την άμεση πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε έγκυρες πληροφορίες, υγιεινές διατροφικές λύσεις και επιλογές σε επίπεδο συνταγών, διαιτολογίων και οδηγιών καθημερινής διατροφής.
- Προωθείται με ειδικές δράσεις, η ειδική πληροφόρηση και πρόληψη σε ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, όπως οι υπερήλικες, οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα.
- Ενθαρρύνεται και υποστηρίζεται η ανάπτυξη κοινωνικών πρωτοβουλιών και δραστηριοτήτων πληροφόρησης και διαιτητικής αγωγής.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι., οργανισμοί και υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, κοινωνικοί φορείς, σύλλογοι καταναλωτών, επαγγελματικά σωματεία, επιχειρήσεις τροφίμων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Έναρξη προγράμματος.
2009: Οργάνωση ιστοσελίδας στο διαδίκτυο.

Δράση 7: Δράσεις Ενημέρωσης για την Πρόληψη των Διατροφικών Διαταραχών (Νευρική Ανορεξία-Βουλιμία)

Περιγραφή

Ενέργειες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών σε έφηβους και νέους.

Στόχοι

- Η ενημέρωση των εφήβων και των νέων για την επικινδυνότητα των διατροφικών διαταραχών.
- Ο έλεγχος των επιβαρυντικών παραγόντων, που οδηγούν στη νευρική ανορεξία και βουλιμία.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, προωθείται πρόγραμμα συστηματικής πληροφόρησης και αγωγής υγείας στα σχολεία για τις διατροφικές διαταραχές και τους κινδύνους που εγκυμονούν για την υγεία και τη ζωή. Προωθείται η ανάπτυξη ειδικού εκπαιδευτικού υλικού και ειδικών προγραμμάτων πληροφόρησης των νέων, μέσω διαδικτύου και νέων τεχνολογιών. Εξασφαλίζεται η επιστημονική υποστήριξη της εκστρατείας, ιδίως σε σχέση με τα ενδεδειγμένα μηνύματα προς τους έφηβους και νέους, μια ηλικιακή ομάδα με ιδιαιτερότητες και απαιτήσεις όσον αφορά στους τρόπους προσέγγισης. Όλες οι παραπάνω ενέργειες αναπτύσσονται και υλοποιούνται στο πλαίσιο του προγράμματος Αγωγής Υγείας «Η Ζωή έχει Χρώμα».
- Οργανώνεται βάση δεδομένων και ειδική ιστοσελίδα ελεύθερης πρόσβασης, με σκοπό την άμεση πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε έγκυρες πληροφορίες, σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και τις συνέπειές τους.
- Προωθείται η εξειδικευμένη πληροφόρηση σε γονείς για να μπορούν έγκαιρα να αναγνωρίσουν σημάδια νόσησης των παιδιών τους και άλλων νέων του ευρύτερου περιβάλλοντος.
- Αναπτύσσεται εκτεταμένο πρόγραμμα ενημέρωσης του πληθυσμού, μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι., Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μη-κυβερνητική οργάνωση «Ανάσα».

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Έναρξη προγράμματος.
2009: Οργάνωση ιστοσελίδας στο διαδίκτυο.

Δράση 8: Προώθηση Προτύπων και Συμπεριφορών Υγιεινής Διατροφής και Σωματικής Άσκησης στα Παιδιά και στους Νέους για την Πρόληψη της Παιδικής Παχυσαρκίας

Περιγραφή

Λήψη ειδικών μέτρων για την προστασία των εφήβων και των παιδιών και την καθοδήγησή τους στην πραγματοποίηση υγιεινών επιλογών σε σχέση με τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και τις ατομικές συνήθειες που σχετίζονται με την υγεία. Η εξέλιξη του προγράμματος ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Η Ζωή έχει Χρώμα» και «Ρίξε το βάρος στο παιδί» σε σταθερό πρόγραμμα αγωγής υγείας σε όλα τα σχολεία της χώρας και για τις θεματικές ενότητες που αφορούν στη διατροφή και στη σωματική δραστηριότητα.

Στόχοι

- Η βελτίωση της δυνατότητας των παιδιών και των εφήβων να πραγματοποιούν υγιεινές επιλογές σε σχέση με τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και τις ατομικές συνήθειες.
- Η βελτίωση της πρόσβασης των νέων σε υγιεινά τρόφιμα και γεύματα και ο περιορισμός της πρόσβασης σε προϊόντα υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, αλάτι και ζάχαρη.
- Η προώθηση προτύπων διασκέδασης και διατροφής που συμβάλλουν στη διαμόρφωση υγιεινών συνηθειών και συμπεριφορών.
- Η αξιοποίηση του σχολικού περιβάλλοντος για την πραγματοποίηση υγιεινών επιλογών.
- Η διαμόρφωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος προς τους νέους και τους εφήβους για τη διευκόλυνση υγιεινών επιλογών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προωθείται η εφαρμογή της Υγειονομικής Διάταξης Υ1γ/Γ.Ποικ.93828/31-7-06 αναφορικά με τους κανόνες υγιεινής και τον καθορισμό προϊόντων που διατίθενται από τα κυλικεία των δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων.
- Σχεδιάζεται και αναπτύσσεται ειδικό εκπαιδευτικό υλικό των νέων σε ηλεκτρονική διαδραστική μορφή.
- Σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, προωθείται πρόγραμμα συστηματικής πληροφόρησης για την υγιεινή διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα στα σχολεία της χώρας, στο πλαίσιο υλοποίησης του προγράμματος αγωγής υγείας «Η Ζωή έχει Χρώμα».
- Σχεδιάζονται ειδικές δράσεις ενημέρωσης γονέων μέσω των σχολείων και των σχολών γονέων, για την υιοθέτηση υγιεινών επιλογών διατροφής.
- Σχεδιάζονται ειδικές δράσεις για την ενημέρωση των παιδιάτρων, μέσω των επιστημονικών και συνδικαλιστικών τους φορέων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Σύλλογοι Γονέων, Οργανισμοί και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, Ιατρικοί σύλλογοι.

Χρονοδιάγραμμα

- 2008 - 2009: Προετοιμασία νομοθετικών ρυθμίσεων.
- 2009: Έναρξη προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία.
- 2009 - 2010: Ενέργειες ενημέρωσης γονέων.
- 2009 - 2010: Ενέργειες ενημέρωσης παιδιάτρων.
- 2009 - 2010: Έναρξη εφαρμογής περιοριστικών μέτρων.

Δράση 9: Το 5λεπτο του Φρούτου

Περιγραφή

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ενήλικες που καταναλώνουν πολλά φρούτα και λαχανικά είναι αυτοί που καταναλώνουν πολλά φρούτα και λαχανικά κατά την παιδική τους ηλικία. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι η υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σχετίζεται με την αυξημένη διαθεσιμότητά τους. Το Υπουργείο Υγείας κάθε χώρας δεν μπορεί να υπαγορεύσει τι θα πρέπει να τρώει ο καθένας. Μπορεί όμως, να παρέχει σωστή πληροφόρηση και πρόσβαση σε υγιεινό φαγητό, με έμφαση στις ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες όπως είναι τα παιδιά.

Στόχοι

- Κατανάλωση φρούτων και ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα διατροφής, συνεργασία καθηγητών, μαθητών και γονέων, συμμετοχή των γονέων σε σχολικές δραστηριότητες.
- Ενίσχυση των τοπικών παραγωγών μικρής εμβέλειας (οπωροπωλεία). Τέλος, μακροπρόθεσμα θα συμβάλει στη βελτίωση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Το πρόγραμμα, όπως υποδηλώνει και ο τίτλος, θα παρέχει ένα πεντάλεπτο διάλειμμα κατά τη διάρκεια του σχολικού ωραρίου, για την κατανάλωση ενός φρούτου. Η συχνότητα του διαλείμματος μπορεί να αποφασιστεί από κάθε σχολείο χωριστά ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητές του. Μπορεί επομένως να εφαρμόζεται καθημερινά ή δύο με τρεις φορές την εβδομάδα.
- Αρχικά τα φρούτα θα μπορούν να παρέχονται δωρεάν για μία ως δύο εβδομάδες από διάφορους φορείς (εγχώριους παραγωγούς, παραγωγικές μονάδες βιολογικών φρούτων και λαχανικών, υπερ-αγορές κ.λπ.) εφόσον επιτευχθεί συμφωνία μεταξύ σχολείων και αντίστοιχων φορέων. Μετά το διάστημα των δύο εβδομάδων, τα παιδιά θα πρέπει να φέρνουν τα φρούτα από το σπίτι ή να τα αγοράζουν στο σχολικό κυλικείο (σύμφωνα με τη νομοθετική διάταξη για τον καθορισμό των προϊόντων που θα διατίθενται στα σχολικά κυλικεία).
- Σε περίπτωση που δεν βρεθεί τρόπος δωρεάν παροχής φρούτων για τις πρώτες εβδομάδες, τα παιδιά θα πρέπει να φέρνουν το φρούτο από το σπίτι. Το πρόγραμμα είναι κατάλληλο για εφαρμογή σε δημοτικά σχολεία, γυμνάσια και λύκεια, αλλά αρχικά θα μπορούσε να εφαρμοσθεί σε συγκεκριμένο αριθμό δημοτικών σχολείων και σε συγκεκριμένη περιοχή (π.χ. δημοτικά σχολεία δυτικής Αττικής).

Το πρόγραμμα θα περιλαμβάνει τρία κυρίως στάδια:

Στάδιο 1: Φέρνοντας τα φρούτα από τη φάρμα στο σχολείο

Όπως προαναφέρθηκε, διάφοροι φορείς και παραγωγοί θα μπορέσουν ίσως να παρέχουν δωρεάν φρούτα και λαχανικά για το πρώτο διάστημα εφαρμογής του προγράμματος. Αυτό θα βοηθήσει κυρίως την τοπική παραγωγή. Επιπλέον, σε πολλές περιοχές μπορεί να είναι δυνατή και η παροχή γνησίως βιολογικών προϊόντων. Το πρόγραμμα θα μπορεί να παρουσιαστεί και να προβληθεί και στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Σε περίπτωση που δεν θα είναι εφικτή η παροχή δωρεάν φρούτων από τους προαναφερθέντες φορείς, θα πρέπει να αναζητηθούν άλλες εναλλακτικές λύσεις (π.χ. το φρούτο να παρέχεται από το σπίτι).

Στάδιο 2: Φέρνοντας τα φρούτα μέσα στην τάξη

Αυτό το στάδιο αφορά κυρίως τους εκπαιδευτικούς, διότι θα πρέπει να βρεθεί ο κατάλληλος χρόνος κατά τη διάρκεια των μαθημάτων της ημέρας για να γίνει το πεντάλεπτο διάλειμμα. Ίσως σε κάποιες περιπτώσεις το διάλειμμα να μπορεί να συνδυαστεί με το μάθημα της βιολογίας ή της οικιακής οικονομίας ή της αγωγής υγείας ή της φυσικής αγωγής. Το πεντάλεπτο διάλειμμα μπορεί να

εφαρμοστεί στην αρχή, στη μέση ή στο τέλος του μαθήματος. Κάθε σχολείο ή κάθε εκπαιδευτικός θα μπορεί να επιλέξει την πιο κατάλληλη ώρα. Σημαντικό όμως είναι να ληφθούν υπόψη και οι απόψεις των παιδιών.

Στάδιο 3: Ενθαρύνοντας την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών

Σε αυτό το στάδιο θα είναι σημαντική η συμβολή των εκπαιδευτικών, διότι είναι αυτοί που μπορούν να καθορίσουν τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για να πείσουν τους μαθητές να συμμετέχουν ενεργά. Επίσης, το σχολείο μπορεί να συμβάλλει (με τη συμμετοχή των παιδιών) στην ενίσχυση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών με την ανάρτηση αφισών, τη διανομή φυλλαδίων, την οργάνωση ημερίδων διατροφής, και τη δημιουργία «εργαστηρίων μίας ημέρας» για την επίδειξη δημιουργίας φρουτοχυμών και εδεσμάτων με βάση τα φρούτα. Τα παιδιά θα καλούνται να λάβουν μέρος ή και να οργανώσουν τα ίδια τις εκδηλώσεις, με την επίβλεψη και καθοδήγηση των δασκάλων τους. Θα πρέπει επίσης να υπάρξει ποικιλία φρούτων, λαμβάνοντας υπόψη την εποχικότητά τους, ώστε να είναι εγγυημένη η συμμετοχή των μαθητών και η συνέχιση του προγράμματος. Τέλος, μπορεί το πρόγραμμα αυτό να συνδυαστεί με άλλα προγράμματα πρόληψης που κατά καιρούς εφαρμόζουν τα διάφορα υπουργεία.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης, Α.Ε./Τ.Ε.Ι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός προγράμματος.

2009: Σταδιακή εφαρμογή στα σχολεία.

Δράση Ι0: Προώθηση Υγιεινών Διατροφικών Προτύπων και Συμπεριφορών στους Χώρους Εργασίας

Περιγραφή

Λήψη μέτρων για την προώθηση υγιεινών διατροφικών προτύπων και συνηθειών στους χώρους εργασίας, με σκοπό οι χώροι εργασίας να αποτελέσουν μέσο για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης.

Στόχοι

- Η εξασφάλιση της διαθεσιμότητας υγιεινών τροφίμων και γευμάτων στο χώρο εργασίας.
- Η ανάπτυξη της δυνατότητας υγιεινών διατροφικών επιλογών για τους εργαζόμενους.
- Η ανάπτυξη στους χώρους εργασίας κατάλληλου περιβάλλοντος για την προώθηση της σωματικής άσκησης και των υγιεινών συνηθειών, σε σχέση με τη διατροφή και την παχυσαρκία.

Ενέργειες Υλοποίησης

Πρωτεύεται θεσμικό πλαίσιο για τον καθορισμό των όρων διασφάλισης υγιεινής διατροφής στο χώρο εργασίας.

- Λαμβάνονται μέτρα (έκδοση εγκυκλίων), ώστε τα κυλικεία στους χώρους εργασίας του δημόσιου τομέα (δημόσιες υπηρεσίες, Δ.Ε.Κ.Ο., Ο.Τ.Α., δημοτικές επιχειρήσεις, νοσοκομεία κ.λπ.) να προσφέρουν στους εργαζόμενους υγιεινές επιλογές διατροφής.
- Αναπτύσσεται συνεργασία (συναντήσεις-ημερίδες) με τις εργοδοτικές και εργατικές οργανώσεις για τη λήψη μέτρων, ώστε τα κυλικεία στους χώρους εργασίας του ιδιωτικού τομέα να προσφέρουν υγιεινές επιλογές διατροφής.
- Σε συνεργασία με τις εργοδοτικές και εργατικές οργανώσεις, ενθαρρύνεται και προωθείται η δημιουργία στους χώρους εργασίας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, κατάλληλου περιβάλλοντος για τη διευκόλυνση της σωματικής άσκησης των εργαζομένων, με αντίστοιχες εγκαταστάσεις και υποδομές.
- Προωθείται η οργάνωση της πληροφόρησης και εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα υγιεινής διατροφής, σωματικής άσκησης και προαγωγής της υγείας.
- Προωθείται η ανάπτυξη συστημάτων και μηχανισμών πιστοποίησης της υγιεινής και της ποιότητας της διατροφής στους χώρους εργασίας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ε.Φ.Ε.Τ., Δ.Ε.Κ.Ο., Ο.Τ.Α., Δημόσιες Υπηρεσίες, Νοσοκομεία, εργοδοτικές και εργατικές οργανώσεις, επιχειρήσεις, επαγγελματικά σωματεία.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Νομοθετικές ρυθμίσεις.

2009 - 2012: Υλοποίηση ενημερωτικών προγραμμάτων στους χώρους εργασίας.

2011: Οργάνωση μηχανισμού πιστοποίησης.

Δράση ΙΙ: Πρόληψη Διαταραχών Πρόσληψης Διατροφής

Περιγραφή

Υπάρχουν δύο λογικές προδιαγραφές για μια επιτυχή προσέγγιση της δευτερογενούς πρόληψης ως μεθοδολογία. Το πρώτο, είναι ότι χρειάζεται να διαθέτουμε ένα απλό, εύχρηστο, ευαίσθητο και αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο για την αναγνώριση των πρόδρομων σημείων και συμπτωμάτων της διαταραχής και για τον εντοπισμό των υποψηφίων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν. Η δεύτερη προϋπόθεση είναι ότι θα πρέπει να έχουν κατοχυρωθεί αποτελεσματικές μέθοδοι θεραπείας, που θα είναι απολύτως αποτελεσματικές όταν εφαρμοστούν στις περιπτώσεις που θα διαπιστωθούν εγκαίρως. Υπάρχουν δυο δυνατές προσεγγίσεις για την έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η πρώτη εστιάζει στα πρόδρομα συμπτώματα και σημεία και η δεύτερη στις πολύ ειδικές ξεχωριστές και διακριτές συμπεριφορές των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο νόσησης. Η εναλλακτική προσέγγιση για την έγκαιρη διάγνωση, την πρώιμη αναγνώριση και την έγκαιρη παρέμβαση, είναι ο προσδιορισμός των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Στόχοι

- Έγκαιρη διάγνωση των ατόμων που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για νόσηση από διαταραχές πρόσληψης της τροφής.
- Εντοπισμός των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο.
- Ενημέρωση του ατόμου για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις και κινδύνους που επιφέρει η υιοθέτηση παθολογικών συνηθειών πρόσληψης τροφής (αυστηρή δίαιτα, εκλεκτική αποφυγή των τροφών, εντατική γυμναστική, εμετοί, έναρξη καπνίσματος ως ανορεξιογόνου, χρήση καθαρτικών κ.λπ.). Είναι εξαιρετικά σημαντικό να γίνει ενημέρωση σε βάθος, με σαφή έμφαση στους κινδύνους που προκύπτουν από την ανορεξία ή τη βουλιμία, δεδομένου ότι τόσο η ανορεκτική όσο και η βουλιμική συμπεριφορά, έχουν λάβει μια γοητευτική εικόνα από τους εφήβους μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, της βιομηχανίας του φαγητού και των ενδυμάτων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ανάπτυξη διαγνωστικών εργαλείων για την ανίχνευση των πρόδρομων σημείων και συμπτωμάτων της διαταραχής, καθώς και ατόμων σε υψηλό κίνδυνο.
- Ενέργειες ενημέρωσης και εκπαίδευσης των εφήβων.
- Ενέργειες ενημέρωσης και εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Ενέργειες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των γονέων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μη-κυβερνητική οργάνωση «Ανάσα», άλλες μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός προγράμματος ενημέρωσης και εκπαίδευσης.

2009 - 2010: Ενέργειες ενημέρωσης-εκπαίδευσης.

2ος Άξονας: Έγκαιρη Διάγνωση και Θεραπεία

Δράση Ι: Ενίσχυση και Επέκταση της Λειτουργίας των Ιατρείων Παχυσαρκίας στο Ε.Σ.Υ.

Περιγραφή

Ενίσχυση των υφιστάμενων και επέκταση της λειτουργίας των ιατρείων παχυσαρκίας που λειτουργούν στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Στόχοι

- Η αύξηση της διαθεσιμότητας θεραπευτικών υπηρεσιών παχυσαρκίας σε ολόκληρη τη χώρα.
- Η βελτίωση της πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες ατόμων που πάσχουν από σοβαρή μορφή παχυσαρκίας.
- Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θεραπευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.
- Η παροχή υπηρεσιών ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης, συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης.
- Η διασφάλιση της διαθεσιμότητας συμβουλευτικών υπηρεσιών για τη διατροφή και την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών.
- Η μεταθεραπευτική συμβουλευτική φροντίδα για την πρόληψη της υποτροπής της παχυσαρκίας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προωθείται η άμεση δημιουργία εξωτερικών ιατρείων παχυσαρκίας στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., σε όλη τη χώρα (έκδοση αποφάσεων).
- Προωθείται η κατά προτεραιότητα μετεκπαίδευση στελεχών του Ε.Σ.Υ. σε θέματα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, των διατροφικών διαταραχών και των συνεπειών τους (βλ. αναλυτικά άξονα εκπαίδευση).
- Εξασφαλίζεται η ολοκληρωμένη ιατρική αντιμετώπιση των ασθενών και η παροχή των απαιτούμενων υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης.
- Οργανώνεται η συνεργασία των ιατρείων και τμημάτων με τις συμβουλευτικές υπηρεσίες διατροφής του Ε.Σ.Υ.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Νοσοκομεία.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Ενίσχυση και επέκταση της λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων παχυσαρκίας σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Δράση 2: Πιστοποίηση Ιδιωτικών Φορέων Αντιμετώπισης της Παχυσαρκίας και Συμβουλευτικών Υπηρεσιών Διατροφής-Διαιτολογίας

Περιγραφή

Πιστοποίηση και εποπτεία μονάδων αντιμετώπισης της παχυσαρκίας του ιδιωτικού τομέα υγείας.

Στόχοι

- Η αύξηση της διαθεσιμότητας ιδιωτικών υπηρεσιών διατροφής και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.
- Η διασφάλιση της ποιότητας των ιδιωτικών διαιτολογικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.
- Καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας διαιτολογικών γραφείων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Καθιερώνεται σύστημα προδιαγραφών για τις ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών διαιτολογίας και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.
- Καθορίζεται ο μηχανισμός και η διαδικασία πιστοποίησης των προβλεπόμενων προδιαγραφών.
- Καθορίζονται οι ελάχιστες απαιτήσεις εκπαίδευσης και η διαδικασία πιστοποίησης της επάρκειας του στελεχιακού δυναμικού που θα προσφέρει υπηρεσίες διαιτολογίας και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.
- Προσδιορίζονται οι ειδικές προϋποθέσεις και απαιτήσεις για την ανάπτυξη θεραπευτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικές κλινικές.
- Καθορίζεται η διαδικασία ελέγχου και αδειοδότησης των ιδιωτικών μονάδων.
- Καθορίζεται το σύστημα και η διαδικασία παρακολούθησης και αξιολόγησης των ιδιωτικών υπηρεσιών διαιτολογίας και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, Ιδιωτικοί Φορείς.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Ανάπτυξη συστήματος προδιαγραφών.

2009 - 2010: Έναρξη λειτουργίας συστήματος πιστοποίησης και αδειοδότησης ιδιωτικών μονάδων.

Δράση 3: Δημιουργία Δικτύου Φροντίδας για την Αντιμετώπιση των Διαταραχών της Διατροφής

Περιγραφή

Ανάπτυξη μονάδων φροντίδας για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών σε συνεργασία με το Ε.Σ.Υ. και με τις μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Στόχοι

- Η διαθεσιμότητα θεραπευτικών υπηρεσιών για τις διατροφικές διαταραχές.
- Η στήριξη των οικογενειών και του ευρύτερου πλαισίου ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία και βουλιμία.

Στόχοι της Θεραπείας για την Αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας

- Αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου.
- Επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μία κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών.
- Διάγνωση και θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που τη συντηρούν.
- Επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων.
- Παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.
- Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοσύνης.

Στόχοι της Θεραπείας για την Αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας

- Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπής του φαύλου κύκλου υπερφαγίας και εμετών.
- Τροποποίηση σκέψεων, πίστεων και συναισθημάτων που συντηρούν τη βουλιμική συμπεριφορά, βάση του γνωσιακού μοντέλου.
- Θεραπεία των Ιατρικών Επιπλοκών της βουλιμίας.
- Αντιμετώπιση των συνυπάρχοντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη βουλιμία.
- Ψυχολογική προσέγγιση.
- Ατομική και Ομαδική ψυχοθεραπεία.
 - Γνωσιακή-συμπεριφορική (θεραπεία εκλογής).
 - Διαπροσωπική.
 - Ψυχοδυναμική.
 - Οικογενειακή θεραπεία.
- Φάρμακα.
- Πρόληψη των υποτροπών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προωθείται η δημιουργία μονάδας θεραπείας σε δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας συνδεδεμένων με το Ε.Σ.Υ. στην Αθήνα, για την εξασφάλιση της ολοκληρωμένης ιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών και παροχή των απαιτούμενων υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης.
- Οργανώνεται η ειδική εκπαίδευση του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και η μετεκπαίδευση στελεχών του Ε.Σ.Υ. γύρω από τις διαταραχές της διατροφής (βλ. αναλυτικά άξονα εκπαίδευσης).

Πλαίσιο Θεραπείας για Ψυχογενή Ανορεξία (επιμέλεια Φ. Μωρόγιαννης)

1. Εξωνοσοκομειακό

- βάρος 20% μικρότερο του Φ.Β.
- ισχυρό κίνητρο
- συνεργάσιμη οικογένεια
- διάρκεια νόσου μικρή
- δομές: Κέντρα Ημέρας
- κέντρα εξειδικευμένης φροντίδας
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

2. Ενδοσοκομειακό

- Παθολογική/Ενδοκρινολογική/Παιδιατρική ή Ψυχιατρική Κλινική
- Αναγκαστική ή Εκούσια Νοσηλεία
- σε ψυχιατρικές κλινικές Γενικού Νοσοκομείου με έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό
- σε Κέντρα Ημέρας και Κέντρα Εξειδικευμένης Φροντίδας για ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας.

Ψυχιατρική Αντιμετώπιση

Θεραπεία της συνυπάρχουσας Ψυχιατρικής Νόσου.

Ψυχοθεραπεία

- Οικογενειακή ή των γονέων
- Ατομική Ψυχοθεραπεία
- Τουλάχιστον για ένα χρόνο
- 1σο χρόνο με τη διάρκεια της νόσου
- Λόγω της διάρκειας της Ψυχοθεραπείας, η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της Ψ.Α. έχει εξαιρετικά υψηλό κόστος που σε κάποιες περιπτώσεις αποτελεί αίτιο διακοπής της θεραπείας και επομένως υποτροπής.

Πλαίσιο Θεραπείας για Ψυχογενή Βουλιμία (επιμέλεια: Φ. Μωρόγιαννης)

- Νοσοκομειακή (δεν είναι συνήθως απαραίτητη)
- Εξωνοσοκομειακή
- Ιατρική Ψυχιατρική αντιμετώπιση (επιπλοκές, φάρμακα, διαιτητική εκπαίδευση)
- Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία
- Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία
- Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία
- Λόγω της μεγάλης συννοσηρότητας από Δ.Π. (κυρίως Οριακή και της ενότητας Β) και από κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλης, η κατεξοχήν θεραπευτική βοήθεια ως προς το πλαίσιο παρέχεται σε κέντρα ημέρας και κέντρα εξειδικευμένης φροντίδας που είναι αναγκαίο να λειτουργήσουν γρήγορα στη χώρα μας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Νοσοκομεία, μη-κυβερνητική οργάνωση «Ανάσα», άλλες μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Ανάπτυξη μονάδων φροντίδας.

3ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία για μία Εθνική Διατροφική Πολιτική

Δράση Ι: Διατομεακή Συνεργασία για την Επίτευξη των Στόχων της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής

Περιγραφή

Διατομεακή συνεργασία για την προώθηση του συντονισμού των δράσεων στο πλαίσιο της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής. Η δράση αποσκοπεί στην εναρμόνιση της παραγωγής, διάθεσης και κατανάλωσης τροφίμων, με σκοπό την προστασία και προαγωγή της διατροφικής υγείας.

Στόχοι

- Η συμμετοχή όλων των συναρμόδιων φορέων και υπηρεσιών στο σχεδιασμό και στη διαμόρφωση μιας Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.
- Η συμμετοχή και συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων και υπηρεσιών στην υλοποίηση των δράσεων της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.
- Η προώθηση της κοινής δράσης, της αλληλοβοήθειας και της συνεργασίας των φορέων και η εξασφάλιση της επικουρικότητας και συμπληρωματικότητας των δράσεων.
- Η διασφάλιση του συντονισμού της διατομεακής συνεργασίας και της κοινής δράσης για την υλοποίηση της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.
- Η κινητοποίηση περισσότερων μέσων και πόρων για την εξυπηρέτηση της στρατηγικής για υγιεινή διατροφή.
- Η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προωθείται η διατομεακή συνεργασία σε κυβερνητικό επίπεδο.
- Προωθείται η ανάπτυξη συγκεκριμένου θεσμικού και νομικού πλαισίου για την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας στο πεδίο της διατροφής και η ύπαρξη συγκεκριμένων διαδικασιών και ενεργειών προώθησης της συνεργασίας.
- Καθορίζονται προτεραιότητες και στόχοι για κάθε τομέα δράσης, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.
- Καταρτίζονται συγκεκριμένα προγράμματα δράσης κατά τομέα, στο πλαίσιο της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.
- Οργανώνεται η κατανομή ρόλων και αρμοδιοτήτων μεταξύ των φορέων και καθορίζονται οι κανόνες και οι διαδικασίες για τη συνεργασία τους.
- Αναπτύσσονται ενέργειες προώθησης και υποστήριξης της συνεργασίας.
- Οργανώνεται η περιοδική αξιολόγηση της συνεργασίας και της προόδου στην υλοποίηση της Διατροφικής Πολιτικής.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργεία και υπηρεσίες των Υπουργείων Οικονομικών, Ανάπτυξης, Γεωργίας, Βιομηχανίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικός Φορέας Ελέγχου Τροφίμων, φορείς της παραγωγής και της εμπορίας τροφίμων, κοινωνικοί φορείς, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.

Χρονοδιάγραμμα

2000: Θεσμικό πλαίσιο.

2009 - 2012: Ενέργειες προώθησης συνεργασίας.

2010 - 2012: Αξιολόγηση προόδου.

Δράση 2: Συνεργασία με τη Βιομηχανία και το Εμπόριο Τροφίμων

Περιγραφή

Προώθηση της συνεργασίας με τη βιομηχανία και το εμπόριο τροφίμων για τη βελτίωση της διαθεσιμότητας υγιεινών τροφίμων στην αγορά.

Στόχοι

- Η συνεργασία με τη βιομηχανία και το εμπόριο τροφίμων για την προώθηση της παραγωγής υγιεινών τροφίμων.
- Η συνεργασία με το εμπόριο και τη βιομηχανία για την προώθηση ορθής πληροφόρησης και υγιεινών προτύπων και συνηθειών.
- Ο περιορισμός των λανθασμένων διατροφικών πληροφοριών στη διαφήμιση.
- Η αύξηση των προϊόντων με κατάλληλη επισήμανση.
- Η προώθηση υγιεινών κανόνων και συνηθειών μέσω των τροφίμων.
- Η οργάνωση της επιστημονικής υποστήριξης της βιομηχανίας τροφίμων.

Ενέργειες Υλοποίησης

Προωθείται η συνεργασία με τη βιομηχανία και το εμπόριο τροφίμων στους ακόλουθους τομείς:

- Παραγωγή υγιεινών τροφίμων, με βάση επιστημονικά κριτήρια και κανόνες.
- Παραγωγή προϊόντων μικρότερης περιεκτικότητας σε λίπη, ζάχαρη και αλάτι.
- Περιορισμός της χρήσης συντηρητικών.
- Χρήση υγιεινής τεχνολογίας επεξεργασίας και συντήρησης.
- Επεξεργασία τροφίμων για βελτίωση της σύνθεσης (μείωση λιπαρών, εμπλουτισμός κ.λπ.).
- Τήρηση δεοντολογίας στη διαφήμιση και τους διατροφικούς ισχυρισμούς.
- Προώθηση της εθελοντικής επισήμανσης των τροφίμων.
- Προώθηση υγιεινών συνηθειών μέσω των προϊόντων (συνταγές, κανόνες διατροφής κ.λπ.).
- Οργάνωση της επιστημονικής υποστήριξης της βιομηχανίας τροφίμων για την τήρηση αρχών υγιεινής και την παραγωγή υγιεινών προϊόντων.
- Ανάπτυξη συστήματος πιστοποίησης των υγιεινών τροφίμων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργεία και υπηρεσίες των Υπουργείων Ανάπτυξης, Βιομηχανίας, Εθνικού Φορέα Ελέγχου Τροφίμων, συλλογικοί φορείς και επιχειρήσεις παραγωγής και εμπορίας τροφίμων, επιστημονικοί φορείς.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Έναρξη συνεργασίας με τη βιομηχανία τροφίμων.

2008 - 2012: Ενέργειες προώθησης συνεργασίας.

Δράση 3: Συνεργασία για την Αντιμετώπιση του Περιβάλλοντος που Προκαλεί Παχυσαρκία

Περιγραφή

Διατομεακή συνεργασία για την αντιμετώπιση του περιβάλλοντος που προκαλεί παχυσαρκία, με σκοπό την προώθηση της σωματικής δραστηριότητας.

Στόχοι

- Η διαμόρφωση περιβάλλοντος που προάγει τη σωματική άσκηση.
- Η ένταξη της σωματικής άσκησης στην καθημερινή συνήθεια, με το περπάτημα και την ποδηλασία.
- Ο περιορισμός της χρήσης μηχανοκίνητων μέσων κατά τις μετακινήσεις.
- Η αύξηση της συμμετοχής σε δραστηριότητες άθλησης.
- Η διευκόλυνση και ενθάρρυνση του πληθυσμού για την υιοθέτηση συνηθειών που προάγουν τη σωματική άσκηση.
- Η αύξηση των δημόσιων χώρων που διατίθενται για άσκηση.
- Η αύξηση των προγραμμάτων άθλησης και σωματικής δραστηριότητας στις γειτονιές.
- Η αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών και δημόσιων επιχειρήσεων που παρέχουν δυνατότητες σωματικής άσκησης στους εργαζόμενους.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Σε συνεργασία με την τοπική και νομαρχιακή αυτοδιοίκηση και το Υπουργείο Μεταφορών αναπτύσσονται πρωτοβουλίες:
 - Για την εξασφάλιση ασφαλών διαδρομών για πεζούς και ποδηλάτες προς το σχολείο, το κέντρο των πόλεων και τις υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών.
 - Λαμβάνονται μέτρα, ώστε οι πολιτικές μεταφορών και πολεοδομίας να εξασφαλίζουν την ευκολία και την ασφάλεια στο περπάτημα, στην ποδηλασία ή άλλους τρόπους μη μηχανοκίνητης μετακίνησης.
- Σε συνεργασία με τους δημόσιους, δημοτικούς και ιδιωτικούς φορείς άθλησης, προωθείται η ανάπτυξη περισσότερων προγραμμάτων άθλησης για τον γενικό πληθυσμό και τα παιδιά, κοντά στις γειτονιές και στους τόπους κατοικίας.
- Σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, συλλόγους γονέων και φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών, προωθείται η ανάπτυξη δραστηριοτήτων άθλησης στους διαθέσιμους δημόσιους χώρους στις γειτονιές (πάρκα, πλατείες, σχολικές αυλές κ.λπ.).
- Σε συνεργασία με συνδικαλιστικούς φορείς και εργοδοτικές ενώσεις, προωθείται η δημιουργία στους χώρους εργασίας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, κατάλληλου περιβάλλοντος για τη διευκόλυνση της σωματικής άσκησης των εργαζομένων (παροχή εγκαταστάσεων ντους, αποδυτηρίων, χώρων άθλησης κ.λπ.).

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Μεταφορών και Συγκοινωνιών, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, αθλητικοί φορείς, σύλλογοι και κοινωνικές οργανώσεις, συνδικαλιστικοί φορείς.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Έναρξη συνεργασίας με τους Ο.Τ.Α. και Υπουργείο Μεταφορών.
2009: Έναρξη συνεργασίας με τις ιδιωτικές και δημόσιες επιχειρήσεις.

4ος Άξονας: Επιστημονική Υποστήριξη, Παρακολούθηση και Αξιολόγηση

Δράση I: Ερευνητικά Προγράμματα

Περιγραφή

Προώθηση της έρευνας για τη διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες.

Στόχοι

- Η καλύτερη κατανόηση του προβλήματος της διατροφής, σε όλες τις κοινωνικές πτυχές της αλυσίδας που το προσδιορίζει.
- Η βελτίωση της γνωστικής υποδομής και επιστημονικής βάσης του σχεδιασμού των δράσεων για την υγιεινή διατροφή.
- Η επιστημονική αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των μέτρων που λαμβάνονται ή που μπορούν να ληφθούν για την προώθηση της υγιεινής διατροφής.
- Η προώθηση της συνεργασίας και της ανταλλαγής ερευνητικών δεδομένων και επιστημονικών πληροφοριών με τις χώρες της Ε.Ε. και τρίτες χώρες.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Σχεδιάζεται το πρωτόκολλο μεθοδολογίας Εθνικής Διατροφικής Έρευνας, η οποία θα διεξάγεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και με την οποία καταγράφονται οι διατροφικές συνήθειες και συναφή δεδομένα σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού.
- Προωθείται η ευρεία και συστηματική συνεργασία και επιστημονική διασύνδεση με τους διεθνείς οργανισμούς και πρωτοβουλίες που δραστηριοποιούνται ερευνητικά στο πεδίο της διατροφής.

Φορείς Υλοποίησης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι., άλλοι Επιστημονικοί Οργανισμοί.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Κατάρτιση πρώτου ερευνητικού προγράμματος.
Ανά διετία 2009 - 2012: Υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων.

Δράση 2: Ο Υγειονομικός Χάρτης

Περιγραφή

Ο Υγειονομικός Χάρτης αποτελεί ένα πληροφοριακό διαχειριστικό εργαλείο χάραξης ορθολογικής πολιτικής βάσει πραγματικών αναγκών της υγείας του ελληνικού πληθυσμού και λαμβάνοντας υπόψη την πραγματική εικόνα του συστήματος υγείας και πρόνοιας σε επίπεδο υπηρεσιών, προγραμμάτων, ανθρώπινων και υλικών πόρων. Στην περίπτωση της διατροφικής πολιτικής, ο σκοπός του έργου είναι διττός, αφενός να καταγράψει τις υφιστάμενες υπηρεσίες και να αξιολογήσει τη λειτουργία τους, αφετέρου να ενσωματώσει στο γεωγραφικό και πληροφοριακό του σύστημα δείκτες που προκύπτουν από την εθνική διατροφική έρευνα και τις επιδημιολογικές μελέτες που διεξάγονται στα εκπαιδευτικά ιδρύματα και στις επιστημονικές εταιρίες.

Στόχοι

- Η οργάνωση του συστήματος συλλογής, επεξεργασίας και ανάλυσης των στοιχείων για τη διατροφική κατάσταση του πληθυσμού και τις επιπτώσεις της στην υγεία.
- Η οργάνωση παρακολούθησης της προόδου της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.
- Η εξασφάλιση των αναγκαίων πληροφοριών για τη διερεύνηση, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των προβλημάτων Δημόσιας Υγείας που έχουν σχέση με τη διατροφή.
- Η επιστημονική υποστήριξη και υποβοήθηση του σχεδιασμού και της παρακολούθησης της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής.
- Η διερεύνηση των αιτιολογικών σχέσεων μεταξύ των διάφορων κοινωνικών παραγόντων και της διατροφής.
- Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Καταγραφή υποδομών, μέτρων και προγραμμάτων στον τομέα της διατροφής.
- Καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού, του εξοπλισμού, και των παρεχόμενων υπηρεσιών ανά είδος υπηρεσίας.
- Αξιολόγηση των διαθέσιμων επιδημιολογικών δεδομένων που αφορούν στη διατροφή και στις διατροφικές συνήθειες και ένταξή τους στο γεωγραφικό-πληροφοριακό σύστημα του έργου υπό μορφή δεικτών.
- Ενσωμάτωση και διασύνδεση των δεδομένων που αφορούν στις υπηρεσίες και στα επιδημιολογικά δεδομένα με κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα.
- Διάθεση των δεδομένων στην πολιτική ηγεσία, στην επιστημονική κοινότητα και στους πολίτες.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.

Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης:

2008 - 2012

Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Υγείας στην Πρόληψη και Αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών

Περιγραφή

Εκπαίδευση στελεχών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στην πρόληψη και αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.

Στόχοι

- Η βελτίωση της επιστημονικής επάρκειας των στελεχών του εθνικού συστήματος υγείας στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.
- Η ανάπτυξη τεχνογνωσίας στους επιστήμονες για νέα ζητήματα που προκύπτουν, όπως για παράδειγμα οι διαταραχές της διατροφής.
- Η βελτίωση των δεξιοτήτων και της ικανότητας των στελεχών που εμπλέκονται στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Καταρτίζεται συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με σκοπό την κατάρτιση στελεχών σε μεθόδους και αρχές αντιμετώπισης διατροφικών διαταραχών.
- Οργανώνεται η επιστημονική υποστήριξη και τεκμηρίωση όλων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Οργανώνεται η διαρκής παρακολούθηση και αξιολόγηση όλων των εκπαιδευτικών δράσεων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Προετοιμασία εκπαιδευτικού προγράμματος.

2009 - 2012: Υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Ετησίως: Αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Δράση 4: Εθνικό Μητρώο Διαιτολόγων- Διατροφολόγων

Περιγραφή

Πιστοποίηση επιστημονικής επάρκειας των διαιτολόγων-διατροφολόγων και ένταξή τους σε ένα ενιαίο πιστοποιημένο μητρώο. Το μητρώο θα αποτελέσει σημείο αναφοράς όλων των διαιτολόγων. Το μητρώο θα αναπτύξει μηχανισμό που θα παρακολουθεί τη σύννομη και σε δεοντολογικά πλαίσια άσκηση του επαγγέλματος των διαιτολόγων.

Στόχοι

Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της διατροφής και της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Νομοθετικές ρυθμίσεις σύστασης μητρώου.
- Καθορισμός προδιαγραφών πιστοποίησης.
- Διαδικασίες πιστοποίησης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, Σωματεία και Ενώσεις Διαιτολόγων-Διατροφολόγων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Προδιαγραφές πιστοποίησης.

2009: Νομοθετικές ρυθμίσεις.

2010: Λειτουργία Εθνικού μητρώου.

Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση



I. Διαδικασία Υλοποίησης

I.1 Εθνική Αρχή Συντονισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, ο συντονισμός και η παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί στην Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής, η οποία θα περιλαμβάνει μέλη από όλους τους εμπλεκόμενους στην υλοποίηση του σχεδίου φορείς. Η Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής θα διαθέτει μία μόνιμη Γραμματεία-Συντονιστικό Κέντρο, με επικεφαλής τον Πρόεδρο της Επιτροπής. Η θητεία της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής θα είναι όση και η διάρκεια του Σχεδίου Δράσης, χωρίς να υπόκειται σε πολιτικές μεταβολές.

I.2 Πολιτική Εποπτεία και Συντονισμός

Η Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής θα συνεργάζεται άμεσα και θα λογοδοτεί:

- στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- στο Γενικό Γραμματέα Υγείας
- στο Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας

I.3 Σύστημα Ελέγχου και Αξιολόγησης - Δημόσια Λογοδοσία

Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης θα συνοδεύεται από μια διαρκή διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και τον επανασχεδιασμό των δράσεων, για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του Σχεδίου. Η διαδικασία Ελέγχου και Αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη με μία διαρκή διαδικασία δημόσιας διαβούλευσης και λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου Δράσης και των αποτελεσμάτων του, με στόχο:

- Τη βελτίωση της γνωστικής υποδομής και της επιστημονικής βάσης του σχεδιασμού των δράσεων για την υγιεινή διατροφή.
- Την τεκμηριωμένη αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των διαφόρων μέτρων που αποσκοπούν στην προώθηση της υγιεινής διατροφής.
- Τον προσδιορισμό και την ανάπτυξη πρότυπων μεθόδων και καλών πρακτικών σε κάθε κατηγορία δράσεων και ενεργειών.
- Την οργάνωση της επιστημονικής τεκμηρίωσης και τη διάχυση της επιστημονικής γνώσης στην κοινωνία, στους φορείς και στις υπηρεσίες που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της διατροφής.

- Τη διοργάνωση ενός ετήσιου επιστημονικού φόρουμ, που θα μελετά σε βάθος τα ζητήματα που σχετίζονται με τις διαταραχές της διατροφής, ζητήματα που έχουν ανακύψει σχετικά πρόσφατα στην ελληνική κοινωνία και οι γνώσεις μας γι' αυτά είναι περιορισμένες.
- Την προώθηση της συνεργασίας και της ανταλλαγής τεχνογνωσίας και επιστημονικών πληροφοριών με τις χώρες της Ε.Ε. και τρίτες χώρες.
- Την προώθηση ευρείας συνεργασίας και την επιστημονική διασύνδεση με την Ε.Ε., τον Π.Ο.Υ., τον FAO, το Διεθνή Κώδικα Τροφίμων και τους άλλους διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της διατροφής, καθώς και την ανταλλαγή πληροφοριών για την ανάπτυξη καλών πρακτικών.

Η τακτική έκδοση εκθέσεων για την παρακολούθηση της διατροφικής υγείας του πληθυσμού και των δράσεων της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής θα αποτελεί το σύστημα εσωτερικής αξιολόγησης και προόδου των εργασιών της επιτροπής.

2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Ο συνολικός προϋπολογισμός των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές ανέρχεται σε **26.104.526 Ευρώ**. Ειδικότερα, ο προϋπολογισμός κάθε άξονα του Σχεδίου Δράσης παρουσιάζεται στον Πίνακα 14, ενώ στον Πίνακα 15 παρουσιάζεται η κατανομή του προϋπολογισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης σε βάθος πενταετίας.

Αναλυτική οικονομοτεχνική μελέτη του παρόντος Εθνικού Σχεδίου Δράσης παρουσιάζεται στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη: www.ygeianet.gov.gr.

Πίνακας 14: Συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα.

A/A	ΑΞΟΝΕΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΑΞΟΝΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ €
1	ΑΞΟΝΑΣ I.	Πρόληψη - Προώθηση Υγιεινών Διαιτητικών Επιλογών	10.115.000
2	ΑΞΟΝΑΣ II.	Έγκαιρη Διάγνωση και Θεραπεία	12.586.099
3	ΑΞΟΝΑΣ III.	Διατομεακή Συνεργασία για μία Εθνική Διατροφική Πολιτική	253.427
4	ΑΞΟΝΑΣ IV.	Επιστημονική Υποστήριξη, Παρακολούθηση και Αξιολόγηση	3.150.000
		ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:	26.104.526

Πίνακας 15: Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για κάθε έτος εφαρμογής.

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟ ΣΕ €
2009	6.633.850
2010	6.688.558
2011	6.397.717
2012	6.384.401
ΣΥΝΟΛΟ	26.104.526

Επίσης, στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι πηγές χρηματοδότησης των προβλεπόμενων δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές και στον Πίνακα 17 η ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους ανά πηγή χρηματοδότησης.

Πίνακας 16: Πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

ΑΞΟΝΕΣ	ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	
	ΤΙΜΕΣ ΣΕ €	
	Ε.Σ.Π.Α.	ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ
I. Πρόληψη - Προώθηση Υγιεινών Διαιτητικών Επιλογών	8.915.000	1.200.000
II. Έγκαιρη Διάγνωση και Θεραπεία	1.297.000	11.289.099
III. Διατομεακή Συνεργασία για μία Εθνική Διατροφική Πολιτική		253.427
IV. Επιστημονική Υποστήριξη, Παρακολούθηση και Αξιολόγηση	3.150.000	
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	13.362.000	12.742.526
ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	51,19%	48,81%

Πίνακας 17: Ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους σε Ευρώ ανά πηγή χρηματοδότησης.

ΠΗΓΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	2009	2010	2011	2012	ΣΥΝΟΛΟ
Ε.Σ.Π.Α.	3.573.250	3.546.250	3.171.250	3.071.250	13.362.000
ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	3.060.600	3.142.308	3.226.467	3.313.151	12.742.526
ΣΥΝΟΛΟ	6.633.850	6.688.558	6.397.717	6.384.401	26.104.526

Παράρτημα

1. Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα, 1999

Μετά από απόφαση του Ανώτατου Ειδικού Επιστημονικού Συμβουλίου Υγείας (Α.Ε.Ε.Σ.Υ.), το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών ανέλαβε να συντάξει προσχέδιο διατροφικών οδηγιών για τους Έλληνες, με σκοπό την αναφορά -σε πρώτη φάση- στις ανάγκες των κατά τεκμήριο υγιών ενηλίκων. Στη σύνταξη του προσχεδίου συνέβαλαν διακεκριμένοι επιστήμονες από την Ελλάδα και το εξωτερικό με συντονιστική ευθύνη των ιατρών Α. Τριχοπούλου και Π. Λάγιου.

2. Διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων

Οι διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών παρέχουν 3 τιμές ανά θρεπτικό συστατικό: το ελάχιστο όριο πρόσληψης (Lowest Threshold Intake-LTI: η διατροφική πρόσληψη θρεπτικού συστατικού κάτω από την οποία, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, όλα σχεδόν τα άτομα μίας ομάδας θα ήταν αδύνατο να διατηρήσουν τη μεταβολική τους ακεραιότητα, με βάση το κριτήριο που έχει επιλεγεί για κάθε θρεπτικό συστατικό. Ισούται με τη μέση τιμή της διατροφικής πρόσληψης του θρεπτικού συστατικού μείον δύο σταθερές αποκλίσεις), τη μέση ανάγκη πρόσληψης (Average Requirement-AR: η ανάγκη πρόσληψης θρεπτικού συστατικού στην οποία αντιστοιχεί η μεγαλύτερη συγκέντρωση του πληθυσμού. Ισούται με τη μέση τιμή της διατροφικής πρόσληψης του θρεπτικού συστατικού) και την πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού (Population Reference Intake -PRI: παλαιότερα ονομαζόταν συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη ή RDA-Recommended Daily Allowance και είναι η πρόσληψη θρεπτικού συστατικού που καλύπτει τις ανάγκες όλων σχεδόν των υγιών ατόμων ενός πληθυσμού. Ισούται με τη μέση τιμή της διατροφικής πρόσληψης του θρεπτικού συστατικού συν δύο σταθερές αποκλίσεις) (Commission of the European Communities 1993). Η καταγραφή συστάσεων σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών είναι χρήσιμη γιατί επιτρέπει την ακριβή ταυτοποίηση των διατροφικών απαιτήσεων για την κάλυψη των μεταβολικών αναγκών και τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης διατροφικών ελλείψεων. Οι συστάσεις σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών, όμως, δεν μπορούν εύκολα να χρησιμοποιηθούν από το μέσο καταναλωτή που σκέφτεται και αποφασίζει για τρόφιμα και όχι για θρεπτικά συστατικά. Οι διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων μπορούν να είναι τόσο επιστημονικά βάσιμες, όσο και γενικά κατανοητές για τους ακόλουθους λόγους:

- Η διατροφή αποτελείται από τρόφιμα. Οι διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων, σε αντιδιαστολή με τις διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών, υπόκεινται άμεσα

στη λογική των διατροφικών επιλογών.

- Οι επιδημιολογικές ενδείξεις που αφορούν τη σχέση της διατροφής με την υγεία και διάφορα νοσήματα αναφέρονται σε προσλήψεις τροφίμων. Αντίθετα, οι ενδείξεις που αφορούν τα θρεπτικά συστατικά βασίζονται σε μελέτες σε πειραματόζωα ή προκύπτουν από επιδημιολογικές μελέτες, εφόσον τα θρεπτικά αυτά συστατικά περιλαμβάνονται στους διαθέσιμους πίνακες συνθέσεως τροφίμων. Συστατικά στοιχεία άγνωστα ή άγνωστων φυσιολογικών συνεπειών, δεν μπορούν να καλυφθούν μέσω των συνιστώμενων προσλήψεων σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών, ενώ μπορούν έμμεσα να καλυφθούν με διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων.
- Πρότυπα κατανάλωσης τροφίμων μπορεί να σχετίζονται στενότερα με την υγεία και διάφορα νοσήματα από ό,τι προσλήψεις συγκεκριμένων τροφίμων ή θρεπτικών συστατικών. Το ενδεχόμενο αυτό αντιμετωπίζεται με τη χρήση διατροφικών οδηγιών σε επίπεδο τροφίμων.
- Οι διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων μπορούν να ενσωματώσουν παραμέτρους του κοινωνικο-πολιτισμικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν τη διαθεσιμότητα και τις επιλογές των τροφίμων και μπορούν να παρακάμψουν εμπόδια συμπεριφοράς που δυσκολεύουν την εφαρμογή τους.

3. Επιστημονικές ενδείξεις για τις σχέσεις διατροφής και υγείας

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις όσον αφορά στο ρόλο της διατροφής στην υγεία. Ανασκόπηση των ενδείξεων αυτών έχει γίνει σε μία δημοσίευση του Εθνικού Συμβουλίου Ερευνών των Η.Π.Α. (National Research Council 1989), ενώ τα νεότερα ευρήματα συνοψίζονται σε πολλές πρόσφατες δημοσιεύσεις (Commission of the European Communities 1993; World Cancer Research Fund 1997; WHO 1998; Willett 1994; Willett and Hunter 1994; Rimm et al 1996; Platz et al 1997; Willett 1998). Σημαντική ερευνητική δραστηριότητα έχει αναπτυχθεί και στην Ελλάδα, αρχικά από τους Έλληνες συνεργάτες της μελέτης των Επτά Χωρών (Keys 1980) και αργότερα από πολλές ερευνητικές ομάδες που εργάστηκαν και εργάζονται στην επιδημιολογία των νεοπλασιών, των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των παιδιατρικών νοσημάτων. Σημαντική ερευνητική δραστηριότητα έχει πρόσφατα αναπτυχθεί στη χώρα μας στη διερεύνηση της σχέσης της διατροφής με το σακχαρώδη διαβήτη του ενηλίκου (Voyatzoglou et al 1995; Katsilambros et al 1996). Δεν είναι σκόπιμο να εκτεθούν αναλυτικά τα δεδομένα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας για τις σχέσεις της διατροφής με την επίπτωση δάφορων νοσημάτων. Επιστημονούνται απλώς τα βασικά ευρήματα με ειδική αναφορά στη σημερινή Ελληνική πραγματικότητα.

- Σύνδρομο από έλλειψη συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών δεν είναι πιθανό να εμφανιστούν όταν οι σχετικές προσλήψεις φθάνουν ή υπερβαίνουν τις προσλήψεις αναφοράς πληθυσμού. Προσοχή απαιτείται όσον αφορά στην πρόσληψη ασβεστίου για την πρόληψη της οστεοπόρωσης, σιδήρου για την πρόληψη της σιδηροπενικής αναιμίας, φυλλικού οξέος για την πρόληψη ορισμένων συγγενών διαμαρτιών, ιωδίου για την πρόληψη της απλής βρογχοκήλης και φθορίου για την πρόληψη της τερηδόνας.
- Η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη έχει κατά καιρούς ενοχοποιηθεί για αρνητικές επιδράσεις στην υγεία. Στην πραγματικότητα, για δεδομένο δείκτη μάζας σώματος (body mass index-BMI), υψηλότερη ενεργειακή πρόσληψη συνδέεται με χαμηλότερη ολική θνησιμότητα και ιδιαίτερα θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτό συμβαίνει επειδή, για να παραμένει ο δείκτης μάζας σώματος σταθερός, η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη θα πρέπει να αντισταθμίζεται από αυξημένη κατανάλωση ενέργειας, η οποία σε μεγάλο βαθμό ορίζεται από τη φυσική δραστηριότητα. Στην πραγματικότητα, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η παχυσαρκία είναι αυτές που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία, η πρώτη αυξάνοντας τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα, οστεοπόρωση, καρκίνο του παχέος εντέρου και πιθανόν καρκίνους άλλων εντοπίσεων και η δεύτερη αυξάνοντας τον κίνδυνο για μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και δυσλιπιδαιμίες. Με άλλα λόγια, μεταξύ δύο ατόμων με τον ίδιο δείκτη μάζας σώματος, αυτός που καταναλώνει περισσότερη τροφή είναι πιθανότερο να είναι υγιέστερος από αυτόν που καταναλώνει

- λιγότερη τροφή. Επισημαίνεται ότι η ανδρικού τύπου παχυσαρκία θεωρείται γενικά περισσότερο νοσογόνος από τη γυναικείου τύπου παχυσαρκία.
- Η κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης δεν έχει συσχετισθεί θετικά με κάποια συγκεκριμένη νόσο, και ίσως μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης εκκολπώματωσης ή δυσκοιλιότητας. Η γλυκαιμική επίδραση των αμυλούχων τροφών, η οποία συχνά μετρείται με το γλυκαιμικό δείκτη, είναι συνάρτηση του ρυθμού πέψης, ο οποίος με τη σειρά του εξαρτάται μέχρι ενός βαθμού από την περιεκτικότητα της τροφής σε διαιτητικές ίνες, αλλά κυρίως από την περιεκτικότητά της σε άμυλο. Η ζύμωση και το ψήσιμο αυξάνουν τη γλυκαιμική δράση του αμύλου του ψωμιού, αλλά το άμυλο των ζυμαρικών και των οσπρίων έχει μικρή και επιβραδυνόμενη γλυκαιμική δράση. Σε υπερτριγλυκεριδαιμικά άτομα, η μακροχρόνια κατανάλωση τροφίμων με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη ενδέχεται να ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων βελτιώνοντας την ανοχή γλυκόζης, μειώνοντας την έκκριση ινσουλίνης και ελαττώνοντας τα επίπεδα λιπιδίων του ορού.
 - Οι πατάτες παρέχουν ποσοστό ενέργειας από πρωτεΐνες, αντίστοιχο με αυτό που παρέχουν το σιτάρι και το ρύζι. Είναι επίσης καλή πηγή βιταμίνης C. Όπως και το λευκό ψωμί, όμως οι πατάτες έχουν υψηλό γλυκαιμικό δείκτη, καθώς μετατρέπονται γρήγορα σε γλυκόζη. Η κατανάλωση πατάτας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 σε άνδρες και γυναίκες.
 - Η κατανάλωση ζάχαρης έχει συσχετισθεί με αυξημένη επίπτωση τερηδόνας, ιδιαίτερα όταν απουσιάζει η φθορίωση του νερού και τα απαραίτητα μέτρα στοματικής υγιεινής. Οι γλυκαιμικές επιδράσεις των απλών σακκάρων είναι συγκρίσιμες, αν όχι μικρότερες, αυτών του αμύλου των μαγειρεμένων τροφών.
 - Τα λαχανικά και τα φρούτα θεωρείται ότι προστατεύουν κατά της στεφανιαίας νόσου και των περισσότερων νεοπλασιών, πιθανόν λόγω της αυξημένης περιεκτικότητάς τους σε διαιτητικές ίνες, φυλλικό οξύ, βιταμίνη C, βήτα καροτίνη, άλλα καροτινοειδή, πολυφαινόλες και φυτοοιστρογόνα.
 - Τα όσπρια δεν έχουν σταθερά συσχετισθεί με οποιαδήποτε νόσο, παρά την ύπαρξη ορισμένων αναφορών για θετική συσχέτισή τους με τον καρκίνο του στομάχου. Οι γλυκαιμικές τους επιδράσεις είναι ηπιότερες αυτών των κονδύλων (όπως της πατάτας) και η υψηλή περιεκτικότητά τους σε πρωτεΐνες και η χαμηλή περιεκτικότητά τους σε λιπίδια αυξάνουν τη διατροφική τους αξία.
 - Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι διαιτητικές ίνες (μη αμυλούχοι πολυσακχαρίτες) από τα δημητριακά, τα όσπρια, τα λαχανικά και τα φρούτα έχουν ευνοϊκή επίδραση στο λιπιδαιμικό φάσμα, στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας, στην πρόληψη της εκκολπώματωσης και στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη.
 - Οι ξηροί καρποί έχουν κατά κανόνα υψηλή περιεκτικότητα σε μονοακόρεστα λιπίδια και πολλοί από αυτούς φαίνεται να έχουν και υποχοληστερολαιμική δράση. Συχνά μελετώνται μαζί με τους σπόρους, οι οποίοι όπως και οι ξηροί καρποί, έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνη E και φυτικές ίνες. Στο βαθμό στον οποίο η ενεργειακή πρόσληψη δεν ξεπερνά την κατανάλωση ενέργειας, οι ξηροί καρποί αποτελούν μία από τις υγιεινότερες επιλογές δεκατιανού.
 - Το κρέας και τα αυγά παρέχουν πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας. Το κρέας περιέχει επίσης βιταμίνες του συμπλέγματος B και σελήνιο. Επιπλέον, αποτελεί καλή πηγή σιδήρου και ψευδαργύρου, αλλά οι συνέπειες της αυξημένης πρόσληψης των μετάλλων αυτών στην ενήλικη ζωή δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί. Επιπλέον, η πρόσληψη κρέατος, και ιδιαίτερα κόκκινου κρέατος, σχετίζεται σταθερά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και ενδεχομένως με άλλες μορφές καρκίνου και τη στεφανιαία νόσο. Τόσο το κρέας, όσο και τα αυγά περιέχουν σχετικά υψηλές ποσότητες χοληστερόλης, και αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται πάντοτε υπόψη, μολονότι η διατροφική πρόσληψη χοληστερόλης επηρεάζει σε σχετικά μικρό βαθμό τα επίπεδα της χοληστερόλης του αίματος.
 - Τα ψάρια (κυρίως τα λιπαρά ψάρια) και τα θαλασσινά θεωρείται ότι μειώνουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, πιθανόν γιατί περιέχουν μεγάλες ποσότητες ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μακράς αλυσού.
 - Οι συνέπειες στην υγεία από την υψηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων δεν έχουν

- οριστικά τεκμηριωθεί. Αφ'ενός τα τρόφιμα αυτά είναι πλούσια σε ασβέστιο, αφ'ετέρου όμως περιέχουν πολλά κορεσμένα λιπίδια. Η κατανάλωση αποβουτυρωμένων γαλακτοκομικών προϊόντων ενέχει σημαντικά θεωρητικά πλεονεκτήματα, τα οποία όμως δεν έχουν εμπειρικά τεκμηριωθεί.
- Τα κορεσμένα λιπαρά οξέα έχουν συσχετισθεί με τη στεφανιαία νόσο, τον καρκίνο του προστάτη, πιθανόν τον καρκίνο του παχέος εντέρου και ίσως και άλλες νεοπλασίες. Τα trans λιπαρά οξέα, που περιέχονται σε πολλές μαργαρίνες και βιομηχανοποιημένα προϊόντα (π.χ. μπισκότα), έχουν ιδιότητες ανάλογες, αν όχι περισσότερο επιβλαβείς, από αυτές των κορεσμένων λιπαρών οξέων. Τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα θεωρείται ότι προστατεύουν από τη στεφανιαία νόσο γιατί ελαττώνουν τη συγκέντρωση των λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας (LDL) στον ορό, αν και τείνουν επίσης να ελαττώνουν και τα επίπεδα των λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας (HDL), αποτέλεσμα που δεν είναι επιθυμητό. Τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα εμπλέκονται στην καρκινογένεση σε πειραματόζωα, αλλά τα δεδομένα σε ανθρώπους είναι ακόμη περιορισμένα. Τα ω-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλυσού έχει αναφερθεί ότι ελαττώνουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, πιθανόν μέσω δράσης τους στη θρομβογένεση και στα επίπεδα των τριγλυκεριδίων του αίματος. Τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, και ιδιαίτερα το ελαιόλαδο, ελαττώνουν τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης, χωρίς να ελαττώνουν την HDL χοληστερόλη, έτσι ώστε να παρέχουν προστασία κατά της στεφανιαίας νόσου και της αθηρωμάτωσης γενικότερα. Ενδέχεται επίσης να παρέχουν κάποιο βαθμό προστασίας απέναντι στον καρκίνο του μαστού και ίσως σε άλλες μορφές καρκίνου. Είναι αξιοσημείωτο ότι το ελαιόλαδο έχει βρεθεί είτε να έχει ευνοϊκές ή οπωσδήποτε μη δυσμενείς επιδράσεις, σε σχέση με οποιοδήποτε χρόνιο νόσημα, συμπεριλαμβανομένου του σακχαρώδη διαβήτη. Το γεγονός αυτό αποδίδεται τόσο στην υψηλή περιεκτικότητά του ελαιολάδου στο μονοακόρεστο ελαϊκό οξύ, όσο και στην πληθώρα των αντιοξειδωτικών παραγόντων, που κυρίως ανευρίσκονται στο παρθένο ελαιόλαδο. Τα λιπίδια, ανεξάρτητα από τη χημική τους δομή, αναφέρεται ότι διευκολύνουν την αύξηση του σωματικού βάρους, αλλά τα δεδομένα που έχουμε για τους ανθρώπους δεν είναι επαρκή.
 - Το νερό δεν δίνει ενέργεια, αλλά είναι αναγκαίο για τη ζωή και μπορεί επίσης να αποτελέσει σημαντική πηγή απαραίτητων στοιχείων, όπως το ιώδιο και το φθόριο. Η διαθεσιμότητα-χημικά και μικροβιολογικά-ασφαλούς νερού είναι προϋπόθεση για την υγεία και η πρόσληψή του ρυθμίζεται επαρκώς με το αίσθημα της δίψας, με εξαίρεση ίσως στους ηλικιωμένους. Τα μη οινόπνευματώδη ποτά, συμπεριλαμβανομένων των ανθρακούχων αναψυκτικών, δεν φαίνεται να έχουν θετικές ή αρνητικές συνέπειες στην υγεία, με εξαίρεση το γεγονός ότι έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε απλούς υδατάνθρακες, κυρίως ζάχαρη. Οι χυμοί των φρούτων φαίνεται να εμφανίζουν ορισμένες από τις ευεργετικές ιδιότητες των φρούτων.
 - Η κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ανώτερου πεπτικού συστήματος, ιδιαίτερα μεταξύ των καπνιστών, είναι βασική αιτία κίρρωσης του ήπατος και χρόνιας υποτροπιάζουσας παγκρεατίτιδας και ενδέχεται επίσης, να συμβάλλει στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού και ίσως του εντέρου. Επιπλέον, ο αλκοολισμός αποτελεί σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Παρόλα αυτά, η ισχυρή προστατευτική επίδραση της αιθανόλης, και πιθανόν και άλλων συστατικών ορισμένων οινόπνευματωδών ποτών κατά των καρδιαγγειακών νοσημάτων, καθιστά εξαιρετικά δύσκολη τη διαμόρφωση σχετικών οδηγιών από τις υπεύθυνες υπηρεσίες υγείας. Η συμφωνία στην οποία φαίνεται να καταλήγουν τώρα οι επιστήμονες είναι ότι η μετρημένη κατανάλωση οινόπνευματωδών ποτών, ειδικά με τη μορφή του κρασιού και κυρίως κατά τα γεύματα, έχει ευνοϊκή επίδραση στην υγεία του μέσου ενήλικα. Οι σχετικές οδηγίες όμως θα πρέπει -σε ατομικό επίπεδο- να λαμβάνουν υπόψη το οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού, την ενδεχόμενη ύπαρξη ηπατοπάθειας, τις καπνιστικές συνήθειες ή ακόμη και το φύλο, αφού τα οφέλη από την κατανάλωση οινόπνευματος φαίνεται να είναι μεγαλύτερα για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες.
 - Όσον αφορά στις προστιθέμενες ουσίες και τους ρυπαντές, ισχυρές επιδημιολογικές ενδείξεις μπορούν να υπάρξουν μόνο για τις προστιθέμενες ουσίες που υπόκεινται στον έλεγχο του ατόμου, ιδιαίτερα για το αλάτι και τα καρυκεύματα. Το αλάτι συμβάλλει στην ανάπτυξη υπέρτασης

σε προδιατεθειμένα άτομα. Είναι επίσης πιθανό να συμβάλει στην ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου. Για τις επιδράσεις στην υγεία άλλων καρκινωμάτων που ευρέως χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις. Είναι προφανές ότι η συγκέντρωση όλων των ρυπαντών θα πρέπει να είναι η ελάχιστη δυνατή.

4. Διατροφικές οδηγίες για τον Ελληνικό πληθυσμό

Πολύ συχνά οι διατροφικές οδηγίες απεικονίζονται με τη μορφή τριγώνου ή πυραμίδας, η βάση της οποίας αναφέρεται σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται πολύ συχνά και η κορυφή σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται σπάνια, με τα υπόλοιπα τρόφιμα να καταλαμβάνουν τις ενδιάμεσες θέσεις. Στη διατροφική πυραμίδα δίνονται συχνότητες κατανάλωσης και όχι ακριβείς ποσότητες σε γραμμάρια, γιατί οι περισσότεροι καταναλωτές σκέφτονται με αυτόν τον τρόπο όταν πρόκειται για τα τρόφιμα που καταναλώνουν. Η αναφορά σε συχνότητες κατανάλωσης όμως, υπονοεί την ύπαρξη μίας πρότυπης μικρομερίδας ή σερβιρίσματος κατά το αγγλοσαξωνικό «serving», πολλαπλάσια της οποίας θα πρέπει να καταναλώνονται. Αυτές οι μικρομερίδες ονομάζονται επίσης και διατροφικά ισοδύναμα (όταν αναφερόμαστε σε τρόφιμα της ίδιας προέλευσης ή σύνθεσης). Ένα σύνολο περίπου 22 με 23 μικρομερίδων πρέπει να καταναλώνονται ημερήσια σε τρία ή τέσσερα γεύματα. Σε πολύ αδρή προσέγγιση, μία μικρομερίδα είναι περίπου το μισό της μερίδας όπως αυτή καθορίζεται με τις Ελληνικές αγορανομικές διατάξεις, δηλαδή περίπου το μισό της μερίδας εστιατορίου. Έτσι μία μικρομερίδα αδρά αντιστοιχεί σε:

- μία φέτα ψωμιού (25g)
- 100g πατάτες
- μισό φλιτζάνι του τσαγιού (δηλαδή 50-60g) μαγειρευμένου ρυζιού ή ζυμαρικών
- ένα φλιτζάνι του τσαγιού ωμά φυλλώδη λαχανικά ή μισό φλιτζάνι από τα υπόλοιπα λαχανικά, είτε μαγειρευμένα είτε ψιλοκομμένα (δηλαδή περίπου 100g από τα περισσότερα λαχανικά)
- ένα μήλο (80g), μία μπανάνα (60g), ένα πορτοκάλι (100g), 200g πεπόνι ή καρπούζι, 30g σταφύλια
- ένα φλιτζάνι του τσαγιού γάλακτος ή γιαουρτιού
- 30g τυριού
- 1 αυγό
- περίπου 60 g μαγειρευμένου άπαχου κρέατος ή ψαριού,
- ένα φλιτζάνι του τσαγιού (δηλαδή 100 g) μαγειρευμένων ξηρών φασολιών

5. Ενεργειακή Πρόσληψη και Κατανάλωση

Για τους ενήλικες, η διατήρηση δείκτη μάζας σώματος (BMI) που δεν ξεπερνά τα 25 kg/m² είναι πρωταρχικός στόχος (WHO 1985; WHO 1990). Ως δείκτης μάζας σώματος ορίζεται το πηλίκιο του σωματικού βάρους σε κιλόγραμμα διά του τετραγώνου του ύψους σε μέτρα. Ο δείκτης μάζας σώματος δεν ξεπερνά τα 25 kg/m², όταν για παράδειγμα ένα άτομο ύψους 1.80 μέτρα ζυγίζει ως 75 κιλόγραμμα, ένα άτομο ύψους 1.70 μέτρα ζυγίζει ως 65 κιλόγραμμα ή ένα άτομο ύψους 1.60 μέτρα ζυγίζει ως 55 κιλόγραμμα. Δείκτης μάζας σώματος προοδευτικά μικρότερος του 25 kg/m² δεν συνδυάζεται με αύξηση της θνησιμότητας και στην πραγματικότητα μπορεί να αποτελεί πλεονέκτημα, εκτός αν είναι μικρότερος του 20. Υπάρχουν διάφοροι πίνακες ενδεικνυόμενων τιμών ενεργειακής πρόσληψης, αλλά δεν περιμένει κανείς να υπολογίζουν οι καταναλωτές την ημερήσια πρόσληψη θερμίδων, ούτε είναι σκόπιμο να κάνουν κάτι τέτοιο. Στην πραγματικότητα, η αύξηση του BMI θα πρέπει να ερμηνεύεται ως ανάγκη αύξησης της φυσικής δραστηριότητας, ενώ η μείωση της ενεργειακής πρόσληψης αποτελεί τη δεύτερη και λιγότερο επιθυμητή επιλογή. Ακόμη και όταν το BMI παραμένει σταθερά κάτω του 25 kg/m², συνιστάται φυσική δραστηριότητα ισοδύναμη με ζωηρό βόδισμα, κολύμπι, χορό, ανέβασμα σκάλας, ή κηπουρική για δεκαπέντε με τριάντα λεπτά την ημέρα, κατά προτίμηση κάθε ημέρα.

6. Ποικιλία τροφίμων

Η ύπαρξη ποικιλίας τροφίμων στη διατροφή ελαχιστοποιεί την πιθανότητα να υπάρξει σημαντική έλλειψη συγκεκριμένου θρεπτικού συστατικού, οι βιολογικές ιδιότητες του οποίου μπορεί να μην έχουν μέχρι σήμερα αναγνωριστεί. Ακόμη και τρόφιμα που δεν συνιστώνται ιδιαίτερα, δεν θα πρέπει να αποκλείονται τελείως από τη διατροφή, καθώς μπορεί να παρέχουν ένα ή περισσότερα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά (π.χ. το κρέας ως πηγή βιταμίνης Β12). Σε μία συνήθη διατροφή, κανένα τρόφιμο δεν πρέπει να θεωρείται ως δηλητήριο το οποίο πρέπει οπωσδήποτε να αποφεύγεται, εκτός όταν ορισμένα άτομα έχουν γενετική ή άλλοι είδους ευαισθησία σε συγκεκριμένα τρόφιμα (π.χ. κουκιά και ανεπάρκεια του ενζύμου G6PD).

7. Ομάδες τροφίμων

7.1 Δημητριακά

Καθημερινά, θα πρέπει να καταναλώνονται κατά μέσο όρο οκτώ μικρομερίδες δημητριακών ή προϊόντων τους, συμπεριλαμβανομένου του ψωμιού, κατά προτίμηση ολικής άλεσης. Η οδηγία αυτή δεν είναι δύσκολο να ακολουθηθεί ακόμη και στη σύγχρονη Ελληνική διατροφή, καθώς οι Έλληνες εξακολουθούν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ψωμιού. Τα αδρά επεξεργασμένα δημητριακά αποτελούν καλή πηγή διαιτητικών ινών, δηλαδή μη αμυλούχων πολυσακχαριτών.

7.2 Πατάτες

Αν και ορισμένοι κατατάσσουν τις πατάτες με τα λαχανικά, διατροφικά οι πατάτες μοιάζουν περισσότερο με τα δημητριακά, κυρίως τα επεξεργασμένα. Όπως και το λευκό ψωμί, οι πατάτες έχουν υψηλό γλυκαιμικό δείκτη και οι σύγχρονες διατροφικές οδηγίες υπαγορεύουν την αποφυγή κατανάλωσης περισσότερων από 3 μικρομερίδες την εβδομάδα.

7.3 Ζάχαρη και σχετικά προϊόντα

Η ζάχαρη βρίσκεται σε αφθονία στα γλυκίσματα. Υπάρχει επίσης ή προστίθεται σε ποτά όπως ο καφές, το τσάι, οι χυμοί των φρούτων και τα αναψυκτικά. Απλά σάκχαρα (γλυκόζη, φρουκτόζη, σακχαρόζη) υπάρχουν επίσης σε πολλά φρούτα. Οι γλυκαιμικές επιδράσεις των απλών σακχάρων είναι συγκρίσιμες, αν όχι μικρότερες, αυτών του αμύλου των μαγειρεμένων φαγητών. Η ελάττωση της ζάχαρης μπορεί να επιτευχθεί με εκπαίδευση σε νεαρή ηλικία. Όσον αφορά στη χρήση υποκαταστάτων, όπως η ζαχαρίνη και η ασπαρτάμη, δεν έχουν τεκμηριωθεί κίνδυνοι για τους ανθρώπους, αλλά συνιστάται η αποφυγή της υπερβολικής κατανάλωσής τους. Αν και πολλά Ελληνικά γλυκίσματα περιέχουν ελαιόλαδο, διάφορους ξηρούς καρπούς, φρούτα και αλεύρι και όχι κρέμα γάλακτος ή βούτυρο, η μέση ημερήσια πρόσληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τη μισή μικρομερίδα την ημέρα, η μία μικρομερίδα παρ' ημέρα.

7.4 Λαχανικά και φρούτα

Συνιστάται η κατανάλωση περίπου έξι μικρομερίδων λαχανικών και τριών μικρομερίδων φρούτων καθημερινά, κατά μέσο όρο. Δεν υπάρχει κίνδυνος από την υπερβολική κατανάλωση των λαχανικών και των φρούτων, αρκεί η ενεργειακή πρόσληψη να μην υπερβαίνει την κατανάλωση ενέργειας. Τα λαχανικά και τα φρούτα παρέχουν σημαντικές ποσότητες διαιτητικών ινών, πολλά μικροδιατροφικά στοιχεία (κάλιο, ασβέστιο, βιταμίνη C, βιταμίνη Β6, καροτινοειδή, βιταμίνη E, φυλλικό οξύ), όπως και άλλα συστατικά με αντιοξειδωτικές ιδιότητες. Τα χόρτα, τα οποία κατατάσσονται στα λαχανικά και αποτελούν μέρος της παραδοσιακής διατροφής του Έλληνα, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς αποτελούν πλούσια πηγή αντιοξειδωτικών ουσιών. Τα λαχανικά μπορούν να καταναλώνονται είτε μαγειρεμένα με ελαιόλαδο, είτε ωμά με τη μορφή σαλάτας.

7.5 Όσπρια

Τα όσπρια καταναλώνονται σπάνια στις περισσότερες χώρες, γι' αυτό και σπάνια αναφέρονται ξεχωριστά στις αντίστοιχες διατροφικές οδηγίες. Στην Ελλάδα όμως, το ελαιόλαδο επιτρέπει την παρασκευή γευστικών φαγητών με όσπρια. Τα όσπρια διαθέτουν μερικά από τα υγιεινά χαρακτηριστικά των λαχανικών και επιπλέον, παρέχουν πρωτεΐνες σχετικά μέτριας βιολογικής αξίας. Συνιστάται η κατανάλωση, κατά μέσο όρο, μιας μικρομερίδας παρ' ημέρα. Τρεις μικρομερίδες οσπρίων την εβδομάδα μαγειρεμένα σε ελαιόλαδο, αντιστοιχούν σε κάτι περισσότερο από μία μερίδα οσπρίων εστιατορίου.

7.6 Μυρωδικά

Η ρίγανη, ο βασιλικός, το θυμάρι και άλλα μυρωδικά που φύονται στην Ελλάδα αποτελούν εξαιρετική πηγή αντιοξειδωτικών ουσιών και συνιστούν ένα εύγεστο υποκατάστατο του αλατιού στην προετοιμασία των φαγητών.

7.7 Κρέας και αυγά

Η κατανάλωση πουλερικών, αυγών και κόκκινου κρέατος δεν θα πρέπει να ξεπερνά, κατά μέσο όρο, τη μία μικρομερίδα την ημέρα ή μια πλήρη μερίδα κάθε δεύτερη ημέρα και παραπέρα μείωση δεν φαίνεται να απειλεί την καλή υγεία των ενηλίκων. Το κρέας των πουλερικών προτιμάται από το κόκκινο κρέας, ενώ τα αυγά, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που χρησιμοποιούνται στη μαγειρική και στη ζαχαροπλαστική, δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τα τέσσερα την εβδομάδα. Κατά συνέπεια, ένα άτομο μπορεί να καταναλώνει 3 αυγά την εβδομάδα και 2 μερίδες την εβδομάδα κρέας πουλερικών.

7.8 Ψάρια και θαλασσινά

Τα ψάρια και τα θαλασσινά θα μπορούσαν να υποκαταστήσουν το κρέας και τα αυγά, αλλά γαστρονομικοί, πρακτικοί και οικονομικοί περιορισμοί υπαγορεύουν τη σύσταση για μια περίπου μικρομερίδα την ημέρα, δηλαδή τρεις μερίδες την εβδομάδα.

7.9 Γαλακτοκομικά προϊόντα

Κατανάλωση κατά μέσο όρο δύο μικρομερίδων γαλακτοκομικών την ημέρα, με τη μορφή τυριού, παραδοσιακού γιαουρτιού και γάλακτος, φαίνεται να είναι συμβατή με την υγεία και τις γαστρονομικές συνήθειες των Ελλήνων.

7.10 Προστιθέμενα λιπίδια

Το ελαιόλαδο θα πρέπει να χρησιμοποιείται όποτε είναι δυνατό, τόσο σε σαλάτες, όσο και στο τηγάνι ή σε μαγειρεμένα τρόφιμα. Όταν ο δείκτης μάζας σώματος διατηρείται κάτω από 25 kg/m², δεν υπάρχει επιστημονικά τεκμηριωμένος λόγος να μειωθεί η πρόσληψη ελαιολάδου, παρά την αναμφισβήτητη υψηλή ενεργειακή του πυκνότητα. Σε μία δίαιτα αδυνατίσματος, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και η μείωση της πρόσληψης θερμίδων οποιασδήποτε προέλευσης, αποτελούν προτεραιότητες. Τα τρόφιμα δεν επηρεάζουν το δείκτη μάζας σώματος κατά τρόπο άλλο από αυτόν που συνδέεται με την ενεργειακή τους πυκνότητα. Ειδικότερα για το ελαιόλαδο, η μείωσή του δεν συνιστάται όταν συνεπάγεται και τη μείωση πρόσληψης λαχανικών και οσπρίων, τα οποία συχνά μαγειρεύονται με ελαιόλαδο.

7.11 Νερό

Το αίσθημα της δίψας ρυθμίζει επαρκώς την πρόσληψη νερού, με εξαίρεση ηλικιωμένα άτομα και ορισμένες παθολογικές καταστάσεις. Γενικά, όσο υψηλότερη είναι η ενεργειακή πρόσληψη και κατανάλωση, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ποσότητα του νερού που χρειάζεται ο οργανισμός. Η υποκατάσταση του νερού με μη οινόπνευματώδη ποτά δεν παρέχει οποιοδήποτε πλεονέκτημα.

7.12 Αιθυλική αλκοόλη

Η κατανάλωση οινόπνευματών ποτών, σε ποσότητα που αντιστοιχεί σε 30g αιθυλικής αλκοόλης (τρία ποτήρια για τα περισσότερα οινόπνευματώδη) την ημέρα για τους άνδρες και 15g αιθυλικής αλκοόλης (ένα και μισό ποτήρι για τα περισσότερα οινόπνευματώδη) την ημέρα για τις γυναίκες, έχει ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατανάλωση κρασιού κατά τη διάρκεια των γευμάτων είναι περισσότερο ωφέλιμη από την κατανάλωση αποσταγμάτων, ηδυποτών ή μπύρας εκτός γευμάτων. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι το κόκκινο κρασί είναι περισσότερο ωφέλιμο από το λευκό. Δεν πρέπει όμως να λησμονείται ότι η κατανάλωση και ιδιαίτερα η υπερκατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης ή επιδείνωσης σειράς νοσολογικών νοσημάτων ή και κοινωνικών προβλημάτων.

7.13 Προστιθέμενες ουσίες

Ισχυρές επιδημιολογικές ενδείξεις μπορούν να υπάρξουν μόνο για τις προστιθέμενες ουσίες που υπόκεινται στον έλεγχο του ατόμου, ιδιαίτερα για το αλάτι και τα καρυκεύματα. Η κατανάλωση αλατιού θα πρέπει να μειώνεται στο ελάχιστο δυνατό. Οι περισσότερες επεξεργασμένες τροφές περιέχουν ήδη περισσότερο αλάτι από αυτό που χρειάζεται για τις φυσιολογικές διεργασίες στον οργανισμό.

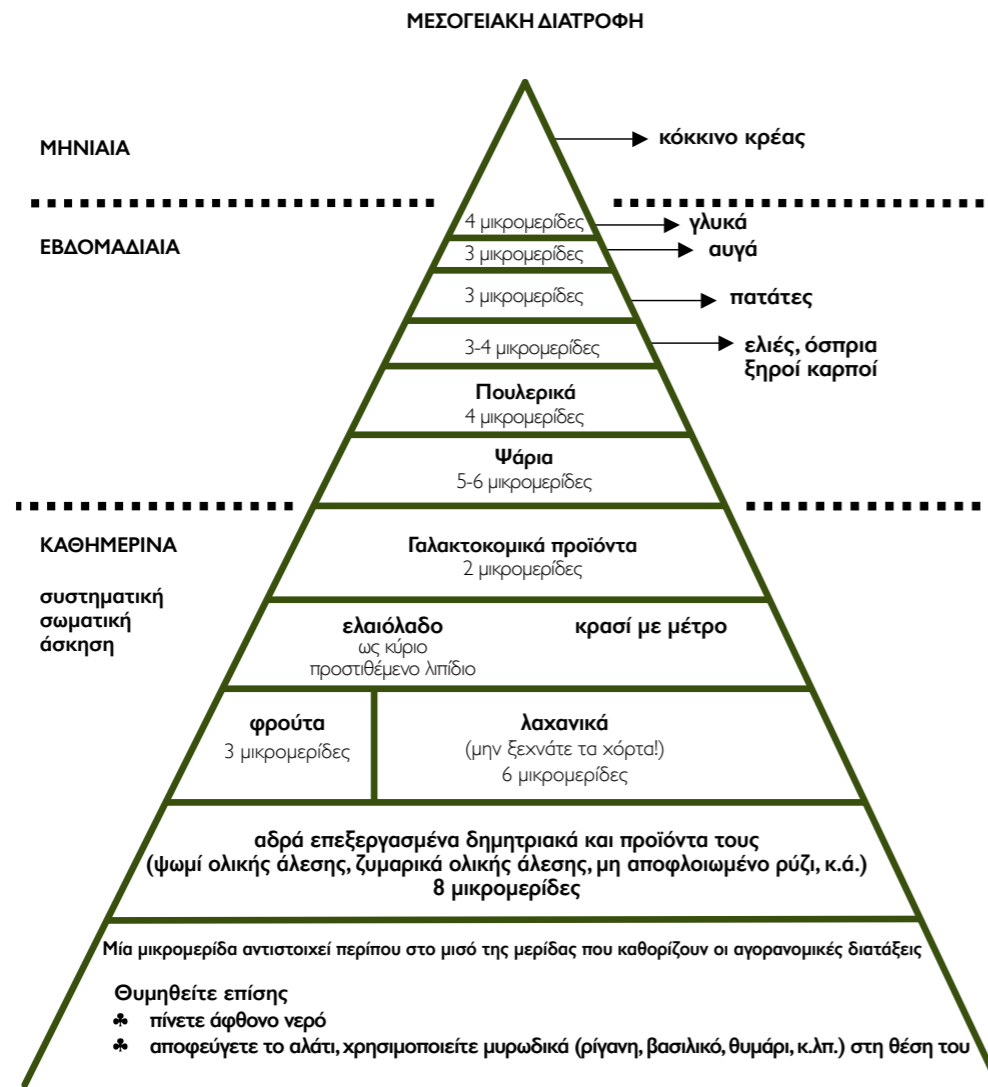
8. Διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων και συνιστώμενες προσλήψεις θρεπτικών συστατικών

Οι διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων πρέπει να καλύπτουν τουλάχιστον τη μέση ανάγκη πρόσληψης (AR) για κάθε θρεπτικό συστατικό (Commission of the European Communities 1993). Για την επαλήθευση της βασικής αυτής προϋπόθεσης, υπολογίστηκε, για κάθε μία από τις ομάδες τροφίμων, η σταθμισμένη μέση περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά. Η στάθμιση έγινε με βάση τη σχετική συχνότητα κατανάλωσης των επί μέρους τροφίμων κάθε ομάδας τροφίμων, όπως αυτή προκύπτει από την αποτύπωση διατροφικών συνηθειών κατά τεκμήριο υγιών Ελλήνων, που συμμετείχαν ως μάρτυρες σε σειρά επιδημιολογικών ερευνών (Trichopoulos et al 1991). Διαπιστώθηκε ότι οι διατροφικές οδηγίες για τους Έλληνες είναι απόλυτα συμβατές με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Επιστημονικής Επιτροπής Τροφίμων που αφορούν στις προσλήψεις θρεπτικών συστατικών (Commission of the European Communities 1993).

9. Διαγραμματική απεικόνιση των διατροφικών συστάσεων σε επίπεδο τροφίμων

Η διαγραμματική απεικόνιση σε μορφή πυραμίδας είναι γενικά συμβατή με αυτήν που προτάθηκε από τους Willett και συνεργάτες, αλλά έχει μικρές διαφοροποιήσεις που υπαγορεύθηκαν από πρόσφατες επιστημονικές έρευνες, και παρέχει ποσοτικοποιημένες οδηγίες (Σχήμα). Αξίζει να επισημανθούν ορισμένα πρόσθετα στοιχεία:

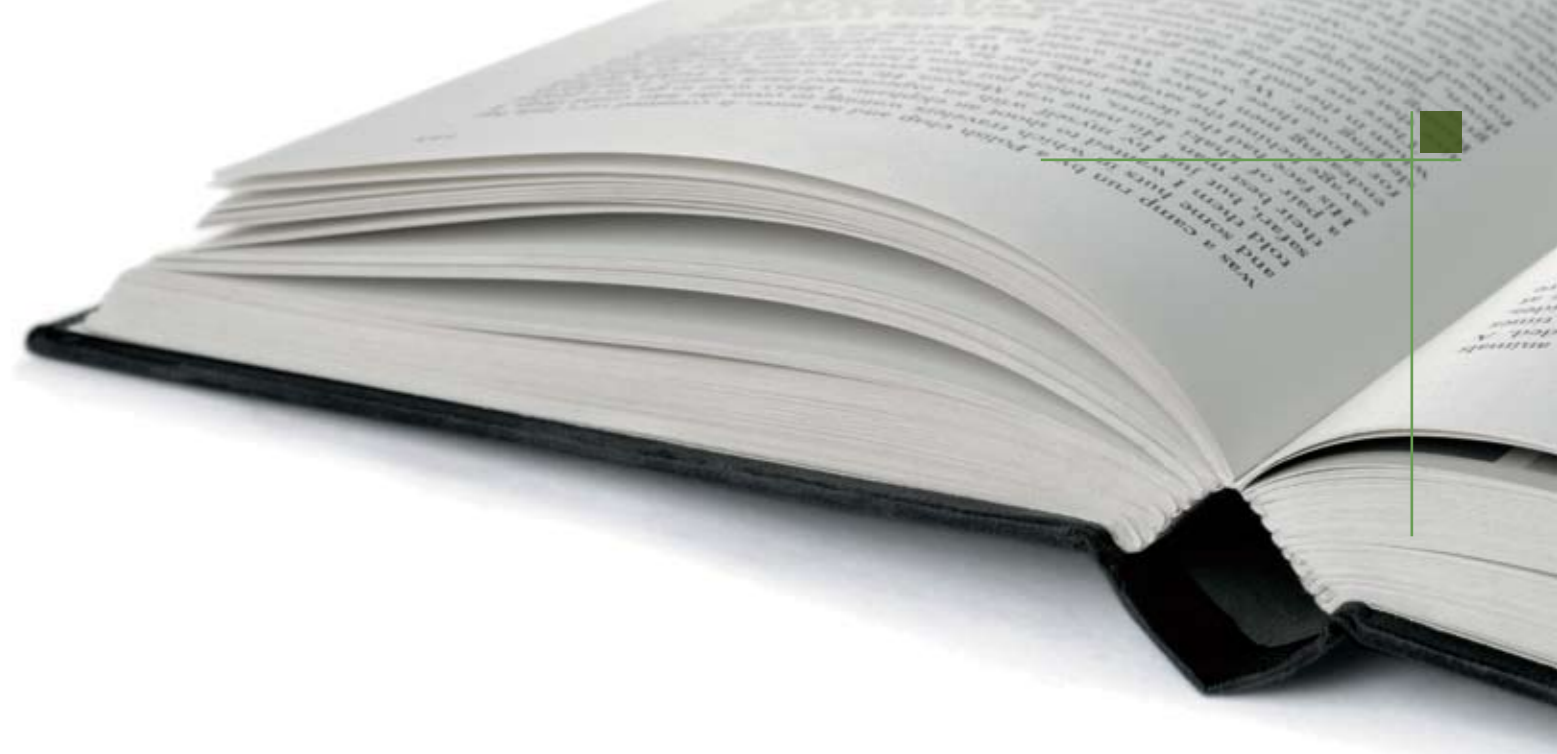
- Μην ξεπερνάτε το επιθυμητό βάρος για το ύψος σας.
- Τρώτε αργά, κατά προτίμηση σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας, χωρίς άγχος και με τη συντροφιά προσφιλών προσώπων.
- Προτιμάτε φρούτα ή ξηρούς καρπούς και όχι γλυκίσματα στα ενδιάμεσα μικρογεύματα.
- Προτιμάτε ψωμί ή ζυμαρικά ολικής αλέσεως.
- Προτιμάτε το νερό και όχι τα αναψυκτικά.
- Οι υγιείς ενήλικες (πλην των εγκύων), δε χρειάζονται διατροφικά συμπληρώματα (βιταμίνες, ιχνοστοιχεία κ.λπ.) όταν ακολουθούν μια ισορροπημένη διατροφή.
- Τα υποθερμιδικά (light) τρόφιμα δεν αποτελούν υποκατάστατο της φυσικής άσκησης για τον έλεγχο της παχυσαρκίας. Επιπλέον, η κατανάλωσή τους σε μεγάλες ποσότητες έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους.
- Η υποδειγματική διατροφή αποτελεί τον τελικό στόχο, αλλά η υιοθέτησή της σε καθημερινή βάση μπορεί να γίνει προοδευτικά.



Πηγή: Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Βιβλιογραφία

- Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, L. Eds. (2007) **The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response**. Copenhagen, WHO.
- Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. eds. (2006) **Physical activity and health in Europe: evidence for action**. Copenhagen, WHO.
- Chief Medical Officer. (2004) **At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health**. London, Department of Health.
- Commission of the European Communities. (1993) **Reports of the Scientific Committee for Foods (Thirty-first series). Nutrient and energy intakes for the European Commission**. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Community.
- Commission of the European Communities. (2003) **Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on Nutrition and health claims made on foods**. Brussels.
- Commission of the European Communities. (2003) **Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe**. Luxembourg, European Commission.
- Commission of the European Communities. (2005) **Green Paper. «Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases»**. Brussels, COM(05) 637 final.
- Commission of the European Communities. (2007) **White Paper on a Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues**. Brussels, COM(07) 279 final.
- Currie C., Roberts C., Morgan A., Smith R., Settertobulte W., Samdal O. & Rasmussen V. B. (eds.), (2004) **Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey**, WHO Europe, (<http://www.hbsc.org/publications/reports.html> online access at 23 October 2008).
- Garcia M., Jemal A., Ward E.M., Center M.M., Hao Y., Siegel R.L., Thun M.J. **Global Cancer Facts & Figures 2007**. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007.
- FAO. (1989) **Production yearbook**. Rome, FAO.
- Finkelstein, E.A., Fiebelkorn, I.C. & Wang, G. (2004) **State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity**. Obesity Research, 12, pp. 18-24.
- Hastings, G., Stead, M., McDermott, L., Forsyth, A., MacKintosh, A.M., Rayner, M., Godfrey, C., Caraher, M. & Angus, K. (2003) **Review of Research on the Effects of Food Promotion to Children**. Centre for Social Marketing- University of Strathclyde.
- International Diabetes Foundation. (2003) **Diabetes Atlas**. 2nd edition, IDF.



- International Obesity Taskforce (IOTF). (2004) **Childhood Obesity Report**.
- International Obesity Taskforce (IOTF). (2005) **EU Platform Briefing Paper**.
- Katsilambros, N., Kostalas, G., Michalakis, N., Kapantais, E., Manglana, E., Kouzeli, Ch., Maragos, M., Alevizou, V., Sakellariou, Ch. & Richardson, S.C. (1996) **Metabolic effects of long-term diets enriched in olive oil or sunflower oil in non-insulin-dependent diabetes**. Nut Metab Cardiovasc Dis 6, pp. 164-7.
- Kenkel, D.S. & Manning, W., (1999) **Economic evaluation of nutrition policy. Or there's no such thing as a free lunch**. Food policy, 24, pp. 145-162.
- National Audit Office. (2001) **Tackling obesity in England**. London.
- National Research Council, Food and Nutrition Board. (1989) **Recommended dietary allowances**. (10th ed). Washington: National Academy of Sciences.
- National Research Council. (1989) **Diet and Health: Implications for reducing chronic disease risk**. National Academy Press, Washington DC, USA.
- Nordic Council of Ministers. (2002) **Proposals for new nutrition labelling formats**. Copenhagen, (TemaNord 2002: 554).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2004) **Cost-effectiveness of Interventions to prevent or treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in OECD countries**. Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004.
- Pitsavos, C., Panagiotakis, D.B., Chrysohooou, C. & Stefanis, C. (2003) **Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece; aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study** Public Health and Preventive Medicine. (13th ed). Prentice Hall Int Inc, pp. 995-1003.
- Platz, E.A., Giovannucci, E., Rimm, E.B., Rockett, H.R., Stampfer, M.J., Colditz, E.A. & Willett, W.C. (1997) **Dietary fiber and distal colorectal adenoma in men**. Cancer Epidemiol Biomarkers, Prev 6, pp. 661-670.
- Prentice, A. (2004) **Diet, nutrition and the prevention of osteoporosis**. Public Health Nutrition, 7, pp. 227-243. Reddy, S. & Katan, M. (2004) **Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases**. Public Health Nutrition, 7 pp. 167-186.
- Reddy K.S., Katan M.B., (2004). **Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases**. Public Health Nutrition: 7(1A), 167-186.

- Rimm, E.B., Ascherio, A., Giovannucci, E., Spiegelman, D., Stampfer, M.J. & Willett, W.C. (1996) **Vegetable, fruit and cereal fiber intake and risk of coronary heart disease among men.** JAMA 275, pp. 447-51.
- Voyatzoglou, D., Loupa, C., Philippides, P., Siskoudis, P., Kitsou, E., Alevizou, V., Manglara, E. & Katsilambros, N. (1995) **Insulin response to legumes in type 2 diabetic persons.** Eur J Int Med 6, pp. 201-203.
- Willett, W.C. & Hunter, D.J. (1994) **Prospective studies of diet and breast cancer.** Cancer 74 (3 Suppl), pp.1085-9.
- Willett, W.C. (1994) **Diet and health: what should we eat?** Science 264, pp. 532-7.
- Willett, W.C. (1998) **The dietary pyramid: does the foundation need repair?** Am J Clin Nutr 68, pp. 218-9.
- WCRF - World Cancer Research Fund (1997) **Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.** Washington, DC, World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research.
- WHO (1985) **Energy and protein requirements.** Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Geneva, WHO Technical Report Series 724.
- WHO (1990) **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Geneva, Technical Report Series 797.
- WHO (1998) **Obesity—preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO Consultation. Geneva, Technical Report Series, No. 894.
- WHO (1998) **Preparation and use of food-based dietary guidelines.** Geneva, WHO Technical Report Series 880.
- WHO (2001). **The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000-2005.** WHO Regional office for Europe, Denmark.
- WHO (2002) **The European health report 2002.** Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series, No. 97.
- WHO (2003) **Comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States.** Copenhagen.
- WHO (2003a) **The Second WHO European action plan for food and nutrition policy 2007-2012.** Copenhagen.
- WHO (2004) **Food and health in Europe: a new basis for action.** WHO regional publications. European series No. 96.
- WHO (2004a) **Global strategy on diet, physical activity and health.** Geneva.
- WHO (2005) **Iodine deficiency in Europe: a continuing public health problem.** Geneva.
- WHO (2005) **The European health report.** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2008) **European Health For All Database.**
- WHO (2008) **National Expenditures on Health.**
- Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος (2007). Πανελλήνια ποσοτική έρευνα διατροφικών συνθηκών παιδιών & εφήβων 2007. Διαθέσιμη στο: <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?sel=116>.
- Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος (2008). Πανελλήνια ποσοτική έρευνα για τη συμπεριφορά του Έλληνα καταναλωτή. Διαθέσιμη στο: <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?sel=126>.
- Τούντας, Γ. και συν. (2007) **Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού.** Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας. (1999) **Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα.** Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16, pp. 615-625.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα 2008

www.ygeianet.gov.gr