

Ανισότητες στην αντιμετώπιση του STEMI. Από την κλινική πολυπλοκότητα στη βιοηθική της δικαιοσύνης

ΣΤΑΥΡΟΣ ΧΑΤΖΑΚΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου

Λέξεις ευρετηρίου

STEMI, Primary PCI, καρδιολογική δικαιοσύνη, βιοηθική, κοινωνικοί προδιαθετικοί παράγοντες, Ελλάδα

Επικοινωνία

Σταύρος Χατζάκης
Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου
E-mail: chatzakismd@gmail.com
Τηλ.: 6971551242

Η ισχαιμική καρδιακή νόσος παραμένει η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, ευθυνόμενη για περίπου 18,6 εκατ. θανάτους ετησίως, με το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) να κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο σε αυτό το επιδημιολογικό φορτίο. Πάρα τις σημαντικές εξελίξεις στην φαρμακευτική αγωγή, την επεμβατική καρδιολογία και την οργάνωση των δικτύων επαναιμάτωσης, η έκβαση δεν καθορίζεται αποκλειστικά από βιολογικούς παράγοντες ή την τεχνολογική πρόοδο της Ιατρικής, αλλά επηρεάζεται σημαντικά και από κοινωνικούς, οικονομικούς και γεωγραφικούς παράγοντες.

Περίπου το 80% των θανάτων αυτών καταγράφεται σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου η περιορισμένη πρόσβαση σε πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και επαναιμάτωση μετατρέπει ένα δυνητικά αντιμετωπίσιμο επεισόδιο σε θανατηφόρο συμβάν.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα κυμαίνεται περίπου σε 330 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, με έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ κρατών-μελών.¹ Οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης εμφανίζουν έως και 40% χαμηλότερη θνητότητα συγκριτικά με χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, γεγονός που αποδίδεται σε διαφορές στην οργάνωση των συστημάτων υγείας, στην πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών.

Στην Ελλάδα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται για το 33% όλων των θανάτων, διατηρώντας σταθερά την πρώτη θέση στη θνησιμότητα,² με επίσημα επίπτωση στη θνητότητα 15–16%, παρά τη βελτίωση των θεραπευτικών δυνατοτήτων. Η οικονομική κρίση των ετών 2009-2019, χαρακτηριζόμενη από πολλούς ως μια «κρίση υγείας» εντός της ευρύτερης οικονομικής κρίσης,³ λειτούργησε ως επιταχυντής υγειονομικών

ανισοτήτων, όπου μελέτες κατέδειξαν αύξηση της παχυσαρκίας (12%), του σακχαρώδους διαβήτη (18%) και διατήρηση υψηλών ποσοστών καπνίσματος, ιδίως σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.⁴ Επίσης, ευρήματα των μελετών GREECS και ATTICA έδειξαν ότι άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είχαν έως και 2,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο οξέος στεφανιαίου συνδρόμου συγκριτικά με ανώτερα στρώματα.^{5,6}

Τα ανωτέρω ευρήματα επιβεβαιώνονται με την έννοια του «social gradient» στην υγεία, όπως περιγράφεται από τον Marmot,⁷ σύμφωνα με την οποία κάθε χαμηλότερη βαθμίδα κοινωνικής και οικονομικής θέσης συνδέεται με δυσμενέστερες εκβάσεις υγείας. Οι συνέπειες αυτών των ανισοτήτων αποτυπώνονται και στο προσδόκιμο επιβίωσης, με το χάσμα μεταξύ κοινωνικών ομάδων (health gap) να κυμαίνεται από 5-10 έτη.⁸

Η διαπίστωση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση του STEMI, όπου η έγκαιρη επαναιμάτωση αποτελεί τον σημαντικότερο προγνωστικό παράγοντα επιβίωσης. Παρά τη σαφήνεια των κατευθυντήριων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) και την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής, η πρόσβαση σε αυτήν παραμένει άνιση.

Η πραγματικότητα αυτή θέτει ένα ευρύτερο ερώτημα που υπερβαίνει τα όρια της κλινικής καρδιολογίας: κατά πόσο τα σύγχρονα συστήματα υγείας διασφαλίζουν δίκαιη πρόσβαση σε σωτήριες θεραπείες. Το ερώτημα αυτό αποτελεί αντικείμενο της βιοηθικής της δικαιοσύνης, η οποία εξετάζει πώς κατανέμονται οι υγειονομικοί πόροι και κατά πόσο οι ανισότητες στην υγεία μπορούν να θεωρηθούν ηθικά αποδεκτές.

Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου: Μία κλινική ετερογένεια

Το OEM αποτελεί ένα φάσμα κλινικών συνδρόμων, με διαφορετική παθοφυσιολογία και θεραπευτική προσέγγιση. Η διάκριση μεταξύ STEMI, NSTEMI και MINOCA αποτελεί κρίσιμο στοιχείο λήψης αποφάσεων επαναιμάτωσης και

επιηρεάζει άμεσα τη θνητότητα και τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση των ασθενών.

Το STEMI αντιπροσωπεύει περίπου το 30–40% των περιπτώσεων εμφράγματος, απαιτώντας άμεση επαναιμάτωση, ενώ το NSTEMI αφορά το 60–70% των περιπτώσεων και η διαχείρισή του περιλαμβάνει τον συνδυασμό της φαρμακευτικής θεραπείας και την πρώιμη διενέργεια στεφανιογραφίας σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Ιδιαίτερη διαγνωστική πρόκληση αποτελεί το MINOCA, το οποίο αφορά περίπου το 5–15% των περιπτώσεων και συνιστά σοβαρή διαγνωστική παγίδα σε περιβάλλοντα όπου δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση σε αιμοδυναμικό εργαστήριο. Η εσφαλμένη ταξινόμησή του ως STEMI μπορεί να οδηγήσει σε αχρείαση και επικίνδυνη θρομβόλυση, χωρίς κανένα θεραπευτικό όφελος και με αυξημένο κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών, καθιστώντας τη σημασία της άμεσης διενέργειας στεφανιογραφίας, όχι μόνο ως θεραπεία, αλλά και ως διαγνωστικό εργαλείο.

Ο ρόλος της θρομβόλυσης στην εποχή της πρωτογενούς PCI

Η ενδοφλέβια θρομβόλυση αποτέλεσε ιστορικά την πρώτη μορφή επαναιμάτωσης στο STEMI, ήδη από την δεκαετία του 1980, με την ενδοφλέβια χορήγηση streptokinase στις μελέτες GISSI του Rovelli και την TIMI του Braunwald. Ωστόσο, η καθιέρωση της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής ως θεραπείας εκλογής έχει περιορίσει σημαντικά τον ρόλο της. Σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, η θρομβόλυση ενδείκνυται αποκλειστικά σε ασθενείς με STEMI, όταν η πρωτογενής αγγειοπλαστική δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί εντός των αποδεκτών χρονικών ορίων ή όταν η απόσταση από το αιμοδυναμικό εργαστήριο υπερβαίνει τα 120 λεπτά. Αντιθέτως, στο NSTEMI και στο MINOCA, η θρομβόλυση αντενδείκνυται.

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θρομβόλυσης είναι χρονοβόρα και σε περίπτωση αποτυχίας, ο ασθενής έχει ήδη χάσει πολύτιμο χρόνο, ενώ συχνά απαιτείται διακομιδή σε PCI-κέντρο, με περαιτέρω καθυστέρηση της θεραπείας. Επίσης, η θρομβόλυση συνοδεύεται

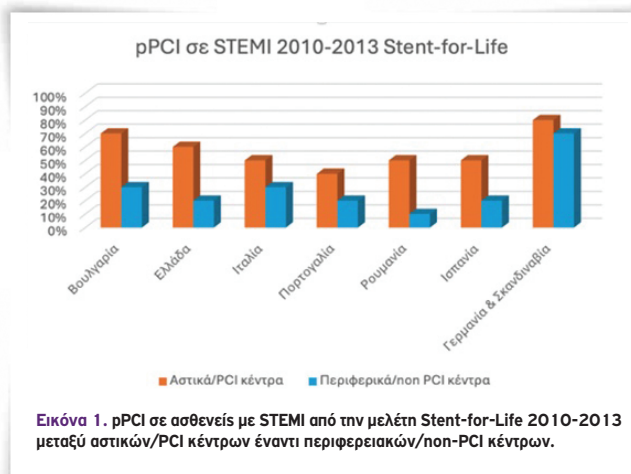
από σημαντικό κίνδυνο επιπλοκών, όπως σοβαρές αιμορραγίες (1–5%), αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο (0,5–1%) και αιμοδυναμικές διαταραχές (10–20%), αποδεικνύοντας ότι αποτελεί θεραπεία ανάγκης και όχι ισοδύναμη εναλλακτική της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής.

Η σημασία του Door-to-Balloon Time

Ο χρόνος door-to-balloon (D2B) αποτελεί κρίσιμο δείκτη ποιότητας φροντίδας, αλλά και δείκτη λειτουργικής ισότητας των συστημάτων υγείας στο STEMI. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC (2023), ο χρόνος αυτός δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 90 λεπτά στα PCI κέντρα και τα 120 λεπτά όταν απαιτείται διακομιδή. Κάθε καθυστέρηση 30 λεπτών έχει συσχετισθεί με αύξηση κατά 7,5% της θνητότητας. Οι ασθενείς που φτάνουν έγκαιρα σε PCI-κέντρα εμφανίζουν σημαντικά καλύτερη έκβαση, όπως μείωση της θνητότητας έως και κατά 30%, γεγονός που καθιστά τον χρόνο D2B όχι μόνο κλινικό δείκτη, αλλά και δείκτη κοινωνικής και γεωγραφικής ισότητας στην υγεία.⁹

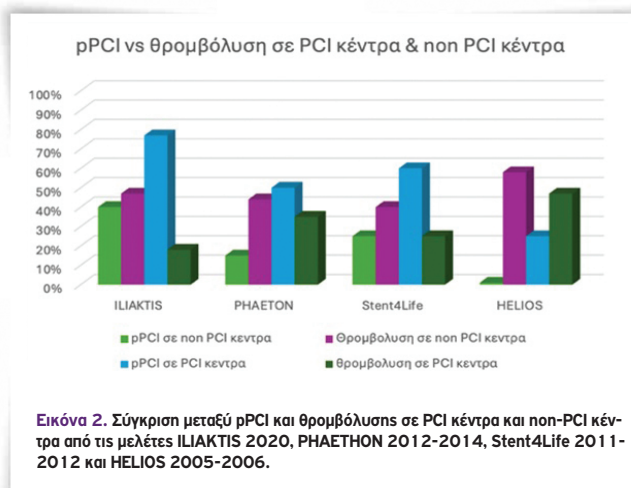
Το ελληνικό παράδειγμα: Γεωγραφία, κατανομή PCI-κέντρων και δομικές ανισότητες

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει τεκμηριώσει ότι οι κοινωνικές και δομικές ανισότητες επηρεάζουν ουσιωδώς την έκβαση των ασθενών με OEM. Στην ελληνική πραγματικότητα, οι ανισότητες αυτές καθίστανται ιδιαίτερα εμφανείς λόγω της γεωγραφικής κατανομής των εξειδικευμένων καρδιολογικών υπηρεσιών και της ανομοιογενούς οργάνωσης των νοσοκομειακών υποδομών. Παρά την καθολική κάλυψη υγείας που παρέχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), η συγκέντρωση αιμοδυναμικών εργαστηρίων στα μεγάλα αστικά κέντρα και η περιορισμένη διαθεσιμότητα πρωτογενούς αγγειοπλαστικής στην περιφέρεια δημιουργούν στην πράξη διαφορετικές τροχιές φροντίδας για τους ασθενείς με OEM (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. pPCI σε ασθενείς με STEMI από την μελέτη Stent-for-Life 2010-2013 μεταξύ αστικών/PCI κέντρων έναντι περιφερειακών/non-PCI κέντρων.

Η μελέτη ΙΛΙΑΚΤΙΣ¹⁰, η οποία περιέλαβε 50 νοσοκομεία σε ολόκληρη τη χώρα, ανέδειξε με σαφήνεια αυτή τη δομική ανισότητα. Σε νοσοκομεία με αιμοδυναμικό εργαστήριο, η πρωτογενής PCI εφαρμόστηκε στο 76,9% των ασθενών με STEMI, ενώ η θρομβόλυση χρησιμοποιήθηκε στο 17,9%, ενώ μόλις το 4,8% δεν έλαβε θεραπεία επαναιμάτωσης. Αντιθέτως, σε νοσοκομεία χωρίς αιμοδυναμικό εργαστήριο, μόνο το 39,9% των ασθενών έλαβε PCI, το 47,3% υποβλήθηκε σε θρομβόλυση (Εικόνα 2) και ένα ανησυχητικό 12,8% δεν έλαβε θεραπεία επαναιμάτωσης.

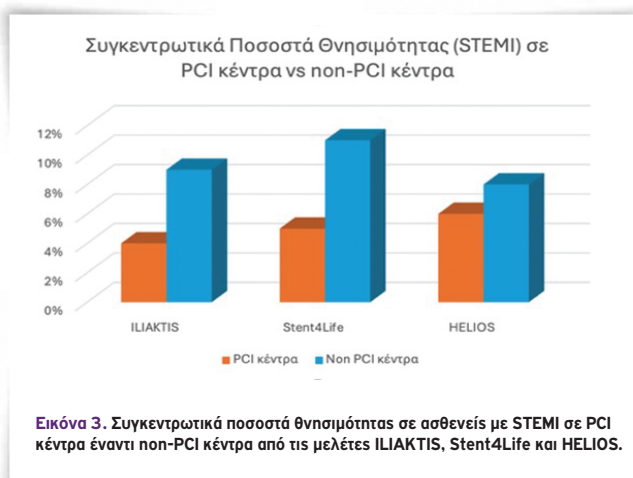


Εικόνα 2. Σύγκριση μεταξύ pPCI και θρομβόλυσης σε PCI κέντρα και non-PCI κέντρα από τις μελέτες ΙΛΙΑΚΤΙΣ 2020, PHAETHON 2012-2014, Stent4Life 2011-2012 και HELIOS 2005-2006.

Οι διαφορές αυτές δεν μπορούν να αποδοθούν αποκλειστικά σε κλινικές παραμέτρους ή σε χαρακτηριστικά των ασθενών. Αντικατοπτρί-

ζουν πρωτίστως τη γεωγραφική ανισότητα και τη δομική οργάνωση του συστήματος υγείας, οι οποίες μεταφράζονται σε διαφορετικές πιθανότητες έγκαιρης και αποτελεσματικής θεραπείας. Ενδεικτικά, ασθενείς που διαμένουν κοντά σε PCI κέντρα εμφανίζουν σημαντικά μικρότερο χρόνο D2B (περίπου 53 λεπτά), ενώ ασθενείς της περιφέρειας συχνά υπερβαίνουν τα 120 λεπτά ή παραμένουν χωρίς θεραπεία επαναιμάτωσης, με άμεσες συνέπειες στη θνητότητα. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από παλαιότερες ελληνικές μελέτες, όπως οι RHAETHON¹¹ και HELIOS,¹² οι οποίες κατέγραψαν σημαντικές καθυστερήσεις στη διακομιδή και περιορισμένη πρόσβαση σε επεμβατική θεραπεία, ακόμη και μετά την υιοθέτηση διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών.

Σε τέτοια πολύπλοκα περιβάλλοντα, όπως τα περιφερειακά νοσοκομεία, χωρίς άμεση πρόσβαση σε αιμοδυναμικό εργαστήριο, οι κλινικοί ιατροί καλούνται να λάβουν κρίσιμες αποφάσεις υπό συνθήκες πίεσης και περιορισμένων διαγνωστικών δυνατοτήτων. Συνολικά, το ελληνικό παράδειγμα αναδεικνύει ότι η πρόγνωση των ασθενών με STEMI δεν καθορίζεται μόνο από την κλινική σοβαρότητα του επεισοδίου, αλλά σε μεγάλο βαθμό από τη δομή και την οργάνωση του συστήματος υγείας (**Εικόνα 3**). Η άνιση κατανομή υποδομών και πόρων παράγει συστηματικά άνισες πιθανότητες επιβίωσης εγείροντας παράλληλα θεμελιώδη βιοηθικά ερωτήματα.



Κοινωνικοοικονομικές και γεωγραφικές ανισότητες του OEM

Η διεθνής βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι η κοινωνική τάξη, το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο αποτελούν από τους ισχυρότερους κοινωνικούς παράγοντες που καθορίζουν την καρδιαγγειακή νόσο. Άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση εμφανίζουν 1,1–4,7 φορές υψηλότερη επίπτωση οξέων στεφανιαίων συνδρόμων και 1,1–4,1 φορές υψηλότερη θνητότητα μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε σύγκριση με πληθυσμούς ανώτερης κοινωνικής θέσης.¹³ Επιπλέον, μελέτες από σκανδιναβικές χώρες καταδεικνύουν ότι οι κάτοικοι υποβαθμισμένων κοινωνικοοικονομικών περιοχών δεν εμφανίζουν μόνο συχνότερα εμφράγματα του μυοκαρδίου, αλλά και βαρύτερες κλινικές εκδηλώσεις, με αποτέλεσμα μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης.¹⁴

Η κοινωνική ανισότητα δεν περιορίζεται στην επίπτωση της νόσου, αλλά επεκτείνεται και στην πρόγνωση μετά το οξύ επεισόδιο. Παράγοντες, όπως η ανεργία, η επισφαλής εργασία και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, συνδέονται με αυξημένα καρδιαγγειακή και συνολική θνητότητα, ακόμη και μετά από προσαρμογή για κλασικούς κλινικούς δείκτες κινδύνου.^{15,16} Παράλληλα, η κοινωνική αποστέρηση σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση καπνίσματος, παχυσαρκίας, σακχαρώδους διαβήτη και ανεπαρκούς ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης, επιβαρύνοντας περαιτέρω τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο.^{17,18}

Σύμφωνα με τον Bourdieu,¹⁹ τα οικονομικά, μορφωτικά και κοινωνικά «κεφάλαια» δεν κατανέμονται ισότιμα στον πληθυσμό, επηρεάζοντας καθοριστικά την ικανότητα των ατόμων να υιοθετούν υγιεινές συμπεριφορές, να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα συμπτώματα και να αξιοποιούν αποτελεσματικά τις υπηρεσίες υγείας. Όταν η πιθανότητα έγκαιρης θεραπείας και επιβίωσης εξαρτάται από τον τόπο κατοικίας ή την κοινωνικοοικονομική θέση του ασθενούς, τίθεται υπό αμφισβήτηση η ίδια η αρχή της δικαιοσύνης στην υγειονομική φροντίδα.

Σε συνθήκες άνισης κατανομής πόρων και υποδομών, ασθενείς με παρόμοια κλινική εικόνα μπορεί να ακολουθήσουν διαφορετικές θεραπευτικές διαδρομές, όχι λόγω ιατρικών ενδεί-

ξεων, αλλά λόγω του κοινωνικού και γεωγραφικού πλαισίου στο οποίο ανήκουν. Αυτή η πραγματικότητα καθιστά σαφές ότι η νόσηση, η πρόσβαση και η έκβαση του OEM δεν είναι ουδέτερες κοινωνικά, αλλά βαθιά δομικά προσδιορισμένες.

Ανισότητες πρόσβασης και δομικές καθυστερήσεις

Πέρα από τον γεωγραφικό παράγοντα, σημαντικές ανισότητες καταγράφονται και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ασθενείς χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης λαμβάνουν λιγότερο συχνά επεμβατική θεραπεία (πρωτογενή PCI), προσέρχονται καθυστερημένα στα νοσοκομεία και έχουν χαμηλότερα ποσοστά ένταξης σε προγράμματα αποκατάστασης.²⁰ Ευάλωτες ομάδες, όπως γυναίκες, ηλικιωμένοι και μετανάστες, αντιμετωπίζουν συχνά καθυστερήσεις ή υποθεραπεύονται, γεγονός που οδηγεί σε δυσμενέστερη έκβαση.^{21,22} Κεντρικό ρόλο διαδραματίζουν οι λεγόμενες «δομικές καθυστερήσεις», δηλαδή οι καθυστερήσεις που απορρέουν από οργανωτικές και συστημικές αδυναμίες του συστήματος υγείας και όχι από ατομικές επιλογές.²³

Η έννοια της «δομικής βίας», όπως περιγράφεται από τον Farmer,²⁴ βοηθά στην κατανόηση του φαινομένου: θεσμικές και πολιτικές αποφάσεις, όπως η συγκέντρωση εξειδικευμένων υπηρεσιών στα μεγάλα αστικά κέντρα, παράγουν συστηματικά μειονεκτήματα για τους κατοίκους της περιφέρειας, μεταφραζόμενα σε αυξημένη θνητότητα.

Δικαιοσύνη στην υγεία πέρα από τις κατευθυντήριες οδηγίες

Οι σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής (ESC) και της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας (ACC/AHA) ορίζουν με σαφήνεια τις βέλτιστες θεραπευτικές επιλογές για τον ασθενή με OEM, θέτοντας ως στόχο την ομοιογενή παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Ωστόσο, η πραγματικότητα αποκαλύπτει αποκλίσεις συστηματικές ως προς την εφαρμογή

αυτών των οδηγιών, οι οποίες δεν οφείλονται αποκλειστικά σε κλινικούς παράγοντες, αλλά συνδέονται στενά με κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, γεωγραφικούς περιορισμούς και οργανωτικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας.

Στη σύγχρονη βιοηθική, η ανάλυση των ζητημάτων δικαιοσύνης στην υγεία συχνά βασίζεται στο πλαίσιο των τεσσάρων βασικών αρχών του Beauchamp²⁵ και του Childress: αυτονομία, ωφέλεια, μη-βλάβη και δικαιοσύνη. Στην περίπτωση του OEM, οι αρχές αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς η καθυστέρηση ή η άνιση πρόσβαση στη θεραπεία επαναϊμάτωσης μπορεί να υπονομεύσει όχι μόνο την αρχή της ωφέλειας και της μη-βλάβης, αλλά κυρίως την αρχή της δικαιοσύνης, όταν οι θεραπευτικές επιλογές καθορίζονται από κοινωνικούς και γεωγραφικούς περιορισμούς και όχι από καθαρά κλινικά κριτήρια.

Η απόσταση μεταξύ της «ιδανικής» φροντίδας που περιγράφεται στις οδηγίες και της πραγματικά παρεχόμενης αναδεικνύει θεμελιώδη βιοηθικά διλήμματα, με κεντρικό άξονα την αρχή της δικαιοσύνης στην υγεία. Όταν η πρόσβαση σε έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία εξαρτάται από τον τόπο κατοικίας ή την κοινωνική θέση, η ισότητα στη φροντίδα παύει να αποτελεί δεδομένο και μετατρέπεται σε ζητούμενο.

Δικαιοσύνη στην υγεία: αριθμητική ισότητα και κατανομική δικαιοσύνη

Στη βιοηθική θεωρία διακρίνονται δύο βασικές προσεγγίσεις της δικαιοσύνης στην υγεία: η αριθμητική ισότητα²⁶, που προϋποθέτει ίση κατανομή πόρων και ίδιες θεραπευτικές παρεμβάσεις για όλους τους ασθενείς, ανεξαρτήτως κοινωνικού πλαισίου και η κατανομική δικαιοσύνη, η οποία λαμβάνει υπόψη τις άνισες ανάγκες, τις κοινωνικές ευαλωτότητες και τα δομικά εμπόδια, κατανέμοντας τους πόρους με βάση την πραγματική δυνατότητα ωφέλειας. Στο πεδίο του OEM, η απλή αριθμητική ισότητα αποδεικνύεται ανεπαρκής. Ασθενείς που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές ή ανήκουν σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες συχνά δεν έχουν ουσιαστική πρόσβαση στις ίδιες θεραπευτικές επιλογές,

ακόμη και όταν αυτές προβλέπονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες. Η ίση μεταχείριση σε άνισες συνθήκες οδηγεί, τελικά, σε άνισες εκβάσεις.

Η «αναλογική καθολικότητα» (proportionate universalism)

Μια πιο σύγχρονη και λειτουργική προσέγγιση της δικαιοσύνης στην υγεία είναι η έννοια της αναλογικής καθολικότητας (proportionate universalism²⁷). Σύμφωνα με αυτήν, όλοι οι πολίτες δικαιούνται καθολική πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και οι πιο ευάλωτες ομάδες λαμβάνουν ενισχυμένη και στοχευμένη υποστήριξη, ανάλογη με το επίπεδο των αναγκών και των εμποδίων που αντιμετωπίζουν. Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει το επίκεντρο από την τυπική ισότητα στη δίκαιη ισότητα, αναγνωρίζοντας ότι η άνιση αφετηρία των ασθενών απαιτεί διαφοροποιημένες πολιτικές και πρακτικές φροντίδας.

Ηθική ευθύνη των συστημάτων υγείας

Η ενσωμάτωση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (εισόδημα, εκπαίδευση, κατοικία, εργασιακή ασφάλεια) στη λήψη κλινικών αποφάσεων αποτελεί πλέον όχι μόνο επιστημονική ανάγκη, αλλά και ηθική υποχρέωση. Ο ρόλος του συστήματος υγείας δεν περιορίζεται στην τεχνικά ορθή εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών, αλλά επεκτείνεται στην ενεργητική αναγνώριση και αντιμετώπιση των δομικών εμποδίων, που περιορίζουν την πρόσβαση και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας. Η αποτυχία αντιμετώπισης αυτών των εμποδίων ισοδυναμεί με σιωπηρή αποδοχή των ανισοτήτων ως «φυσικών», γεγονός που έρχεται σε ευθεία σύγκρουση με τις θεμελιώδεις αρχές της Βιοηθικής.

Προτάσεις πολιτικής υγείας για τη μείωση των ανισοτήτων στο OEM

Δικτύωση και χωροταξική αναδιάρθρωση. Η ενίσχυση των δικτύων STEMI και η ισόρροπη κατανομή αιμοδυναμικών εργαστηρίων στην περι-

φέρεια μπορούν να μειώσουν ουσιαστικά τις γεωγραφικές ανισότητες στην πρόσβαση σε πρωτογενή PCI. Η δημιουργία ολοκληρωμένων δικτύων STEMI, με συντονισμό της προνοσοκομειακής φροντίδας, άμεση διακομιδή των ασθενών σε PCI κέντρα και αξιοποίηση της τηλεκαρδιολογίας για την έγκαιρη διάγνωση, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά τις καθυστερήσεις στην εφαρμογή θεραπείας επαναιμάτωσης και περιορίζει τις γεωγραφικές ανισότητες στην καρδιολογική φροντίδα.

Εκπαίδευση προνοσοκομειακού και νοσοκομειακού προσωπικού. Η συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού του ΕΚΑΒ και των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας στη διάγνωση και, όπου ενδείκνυται, στη θρομβόλυση, αποτελεί κρίσιμο μέτρο σε περιοχές που απέχουν σημαντικά από PCI κέντρα.

Συστηματική παρακολούθηση και διαφάνεια. Η δημιουργία εθνικών μητρώων με δημοσιοποίηση δεικτών ανισότητας (χρόνος D2B, ποσοστά PCI, θνητότητα ανά περιοχή και κοινωνική ομάδα) επιτρέπει τον έλεγχο και τη βελτίωση των πολιτικών υγείας.

Κοινωνικά ευαίσθητη Ιατρική στην καθημερινή πράξη

Η εφαρμογή κοινωνικά ευαίσθητης Ιατρικής εισάγει πρακτικές που ενσωματώνουν την κοινωνικοοικονομική διάσταση στην καθημερινή λήψη κλινικών αποφάσεων. Στο πλαίσιο του OEM, αυτό σημαίνει συστηματική καταγραφή στοιχείων στο ιατρικό ιστορικό, προσαρμογή θεραπευτικών στρατηγικών, ώστε να αντιμετωπίζονται δομικές ανισότητες και να εμπλέκονται ενεργά οι ασθενείς στη λήψη αποφάσεων, ιδιαίτερα σε περιφερειακά νοσοκομεία, όπου οι περιορισμοί υποδομών εντείνονται από κοινωνικούς παράγοντες.

Πιο συγκεκριμένα προτείνεται:

(1) Καταγραφή κοινωνικών δεδομένων στο ιστορικό. Η συστηματική αναγνώριση κοινωνικών παραμέτρων ενισχύει τον ρεαλιστικό και εξατομικευμένο σχεδιασμό της θεραπείας.

(2) Δια-συστηματική συνεργασία. Η συνεργασία καρδιολογικών τμημάτων με κοινωνικές υπηρε-

σίες και την πρωτοβάθμια φροντίδα υποστηρίζει τη συνέχεια της φροντίδας και τη συμμόρφωση στη θεραπεία.

(3) Καλλιέργεια κουλτούρας κοινωνικά ευαίσθητης φροντίδας. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως κοινωνικό υποκείμενο με συγκεκριμένες ευαλωτότητες και όχι μόνο ως φορέας παθολογίας.

Η μελέτη των κοινωνικών, γεωγραφικών και δομικών ανισοτήτων στο OEM καταδεικνύει ότι η επιστημονική πρόοδος και οι κατευθυντήριες οδηγίες, αν και απαραίτητες, δεν επαρκούν από μόνες τους για τη διασφάλιση της δικαιοσύνης στην υγεία. Η εφαρμογή της αναλογικής καθολικότητας, η ενσωμάτωση των κοινωνικών προσδιοριστών και η οργανωτική αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας συνιστούν ηθικά αναγκαία βήματα.

Με άλλα λόγια, η δικαιοσύνη στην καρδιολογική φροντίδα δεν κρίνεται μόνο στο επίπεδο των οδηγιών, αλλά στον τρόπο με τον οποίο τα συστήματα υγείας αναγνωρίζουν και αντιμετωπίζουν τις κοινωνικές συνθήκες που καθορίζουν ποιος θα λάβει έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία. Εκεί ακριβώς συναντώνται η κλινική πράξη, η πολιτική υγείας και η βιοηθική ευθύνη.

Η κατανόηση των ανισοτήτων στο STEMI δεν αποτελεί μόνο ακαδημαϊκό ζήτημα, αλλά προϋπόθεση για τον σχεδιασμό μιας πιο δίκαιης και αποτελεσματικότερης καρδιολογικής φροντίδας.

Συμπεράσματα

Το παρόν άρθρο καταδεικνύει ότι η δικαιοσύνη στην καρδιολογική φροντίδα δεν επιτυγχάνεται μόνο μέσω της τεχνογνωσίας ή της επιστημονικής προόδου. Προϋποθέτει τη συνειδητή σύνδεση της κλινικής πράξης με την πολιτική υγείας και τη βιοηθική ευθύνη, ώστε κάθε ασθενής με OEM να έχει πραγματική, και όχι απλώς θεωρητική, πρόσβαση στις πλέον αποτελεσματικές και ασφαλείς θεραπείες. Αυτή η σύνθεση γνώσης, πράξης και κοινωνικής δικαιοσύνης συνιστά τον πυρήνα μιας σύγχρονης, ηθικά υπεύθυνης και βαθιά ανθρώπινης καρδιολογικής φροντίδας.

Βιβλιογραφία

1. Eurostat Cardiovascular diseases statistics 2017.
2. Panagiotakos D, Sigala E, Damigou E, et al., The burden of cardiovascular disease and related risk factors in Greece: The ATTICA epidemiological study (2002-2022). *Hellenic J Cardiol.* 2025 Nov-Dec;86:17-26.
3. Yfantopoulos J, Chantzaras A, Yfantopoulos P. The health gap and HRQoL inequalities in Greece before and during the economic crisis. *Front Public Health.* 2023 Jun 5;11:1138982.
4. Filippidis F, Schoretsaniti S, Dimitrakaki C, et al. Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: the impact of social disparities. *Eur J Public Health.* 2014 Dec;24(6):974-9.
5. Pitsavos C, Panagiotakos D, Antonoulas A, et al. Epidemiology of acute coronary syndromes in a Mediterranean country; the GREECS study. *BMC Public Health.* 2005 Mar 16;5:23.
6. Kollia N, Panagiotakos D, Georgousopoulou E, et al. Exploring the association between low socioeconomic status and cardiovascular disease risk in healthy Greeks, in the years of financial crisis (2002–2012): The ATTICA study. *Int J Cardiol.* 2016 Nov 15;223:758-763.
7. Marmot M. The health Gap: The Challenge of an Unequal World-the argument. *Int J Epidemiol.* 2017 Sep 1;46(4):1312–1318.
8. Mackenbach J, Kunst A. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med.* 1997 Mar;44(6):757-71.
9. Door-to-balloon times and systems of care: international comparisons. *Circulation.* 2024; 149(12), 892–903.
10. Kanakakis I, Stafylas P, Tsigkas G, et al. Epidemiology, reperfusion management, and outcomes of patients with myocardial infarction in Greece: The ILIAKTIS study. *Hellenic J Cardiol.* 2022;67:1-8.
11. Andrikopoulos G, Terentes-Printzios D, Tzeis S, et al. Epidemiological characteristics, management and early outcomes of acute coronary syndromes in Greece: The PHAETHON study. *Hellenic J Cardiol.* 2016;57(3):157-166.
12. Andrikopoulos G, Pipilis A, Goudevenos J, et al. Epidemiological characteristics, management and early

- outcome of acute myocardial infarction in Greece: The HELlenic Infarction Observation Study. *Hellenic J Cardiol.* 2007;48(6):325-334.
13. Simoni A, Frydenlund J, Kragholm K, et al. Socioeconomic inequity in incidence, outcomes and care for acute coronary syndrome: A systematic review. *Int J Cardiol.* 2022 Jun 1;356:19-29.
14. Carlsson A, Li X, Holzmann M, et al. Neighbourhood socioeconomic status and coronary heart disease in individuals between 40 and 50 years. *Heart.* 2016; 102 (12): 975-980.
15. Nardi A, Dei Bardi L, Davoli M, et al. Differences in mortality between temporary and permanent employees: the Italian National Healthcare System cohort study. *BMJ Open.* 2022;12(5):e058594.
16. Wilson T, Yadalam A, Sakr S, et al. Employment status as a predictor of adverse outcomes in patients with coronary artery disease: an analysis of the EmCAB Registry. *Am J Prev Cardiol.* 2025 Apr 28;22:100997.
17. Psaltopoulou T, Hatzis G, Papageorgiou N, et al. Socioeconomic status and risk factors for cardiovascular disease: Impact of dietary mediators. *Hellenic J Cardiol.* 2017 Jan-Feb;58(1):32-42.
18. Marmot M. The health gap: Doctors and the social determinants of health. *Scand J Public Health.* 2017 Nov;45(7):686-693.
19. Bourdieu P. The forms of capital. In: Richardson JG, ed. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education.* New York: Greenwood; 1986:241-58.
20. Rashid S, Simms A, Batin P, et al. Inequalities in care in patients with acute myocardial infarction. *World J Cardiol.* 2015 Dec 26;7(12):895-901.
21. Tetzlaff J, Geyer S, Westhoff-Bleck M, et al. Social inequalities in mild and severe myocardial infarction: how large is the gap in health expectancies? *BMC Public Health.* 2021 Feb 1;21:259.
22. Shaban E, Khashaba E, Bassam E, et al. Socioeconomic disparities and in-hospital outcomes in acute Myocardial infarction: A case-control study. *Cureus.* 2025 May 6;17(5):e83551.
23. Andrikopoulos G, Terentes-Printzios D, Tzeis S, et al. Epidemiological characteristics, management and early outcomes of acute coronary syndromes in Greece: The PHAETHON study. *Hellenic J Cardiol.* 2016 May-Jun;57(3):157-166.
24. Farmer PE. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor.*
25. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
26. Rawls J. *A Theory of Justice.* Rev ed. Cambridge: Harvard University Press; 1999.
27. Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives.* London: Institute of Health Equity; 2010.