



CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE

Principalele boli cauzatoare de deces în rândul vârstnicilor din U.E.

Aprilie
2016

Cuprins

I.	Introducere	3
.	.	.
II.	Principalele boli care afectează persoanele vârstnice din UE	5
.	.	.
III.	Mortalitatea în rândul vârstnicilor pe cauze de deces	10
.	.	.
IV.	Prezentarea datelor	18
.	.	.
V.	Concluzii	35
VI.	Propuneri	37
.	.	.
	Bibliografie	42
.	.	.

Introducere

Îmbătrânirea populației este un fenomen global, care în ultimele decenii afectează toate țările lumii. Reducerea globală a natalității și scăderea numărului de copii în paralel cu sporirea constantă a numărului vârstnicilor duce la schimbarea echilibrului dintre generații. Îmbătrânirea populației este un fenomen de lungă durată. În secolul trecut ponderea persoanelor vârstnice în structura populației totale a fost în creștere constantă. Această tendință se va păstra și în secolul XXI. Dacă în anul 1950 ponderea vârstnicilor în lume a fost de 8%, conform prognozelor realizate de ONU - Divizia Populație¹, în anul 2050 ponderea vârstnicilor va crește la 22% din populația totală a globului și se estimează că o persoană din cinci va avea peste 60 de ani.

Se consideră că este puțin probabil ca nivelul natalității să revină la valorile din perioada de după cel de-al doilea război mondial, procesul de îmbătrânire a populației fiind un proces ireversibil. Conform datelor ONU, ponderea populației de vârstă a treia va crește, pe termen lung, chiar și în regiunile unde natalitatea este superioară ratei de reproducere (2,1 copii). Conform prognozelor, în anul 2047 numărul persoanelor vârstnice pe glob va depăși numărul copiilor.

Modificarea structurii populației este determinată de scăderea semnificativă a natalității. Țările cele mai afectate de îmbătrânirea demografică sunt Japonia, Statele Unite și Rusia. La nivel continental fenomenul îmbătrânirii este prezent în mod deosebit în Europa și America de Nord.

Îmbătrânirea populației este un rezultat important al progresului social obținut în diferite domenii: medicină, educație, calitatea vieții, protecția socială, și se datorează reducerii mortalității în special la persoanele vârstnice și creșterii duratei

¹ „Estimări privind populația lumii”, Divizia pentru Populație a Departamentului Afacerilor Socio-Economice din cadrul Națiunilor Unite, Ediția revizuită 2010.

medii a vieții. Progresele făcute, dar și o mai mare atenție acordată prevenirii bolilor își fac simțită importanța.

Îmbătrânirea populației a dus la creșterea ponderii persoanelor afectate de boli specifice civilizației, cancerul și afecțiunile cardiovasculare, care nu se manifestau atât de pregnant pe vremuri, când oamenii mureau tineri din cauza infecțiilor și hranei insuficiente. O viață mai lungă nu este automat și mai fericită și de cele mai multe ori este îngreunată de diverse boli.

În ultimele decenii condițiile de viață s-au modificat în bine și totuși au adus o creștere vertiginoasă a bolilor cronice și degenerative. În pofida progreselor incontestabile ale medicinei contemporane, aceste afecțiuni au înregistrat o creștere vertiginoasă.

Bolile cronice în creștere afectează atât UE, cât și întreaga lume, punând o mare presiune asupra bugetelor sistemelor publice de sănătate. Acestea absorb 75% din bugetele asistenței medicale din Europa (peste 700 miliarde €) și diminuează PIB-ul, în unele țări din UE, cu până la 7%. Banca Mondială avertizează, în studiile sale recente, că bolile cronice amenință sănătatea și securitatea economică a numeroase țări.

În acest context, prezenta lucrare își propune să ofere un cadru teoretic pentru a înțelege ce sunt bolile cronice, care este impactul acestora asupra populației din Uniunea Europeană și ce măsuri se pot lua pentru creșterea calității și speranței vieții bolnavilor cronici. Principalul scop este prezentarea unei vederi de ansamblu asupra statisticilor recente privind principalele cauze de deces din rândul persoanelor vârstnice în Uniunea Europeană (UE-28). Prin asocierea cu o cauză principală a decesului, pot fi evaluate riscurile provocate de o serie de boli specifice și se pot identifica și ierarhiza problemele de sănătate ceea ce poate constitui baza formulării obiectivelor din cadrul proiectelor și programelor de sănătate viitoare, cu măsuri preventive pentru evitarea lor.

Principalele boli care afectează persoanele vârstnice din UE

Conceptele de boală și sănătate sunt concepte evaluative, fiind circumscrise de dezvoltarea cunoașterii biomedicale, de orientările intelectuale ale culturii, de sistemul axiologic al societății. Astfel vor exista diferențe notabile în ceea ce privește statutul bolnavului și natura stării, considerată normală sau patologică, în funcție de tipul de societate și nivelul de dezvoltare la care a ajuns aceasta.

Boala și sănătatea nu pot fi definite decât prin raportare la ființa umană privită ca o entitate biologică, psihică și socială în același timp.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (1946), sănătatea reprezintă starea de completă bunăstare fizică, mentală și socială, care nu se reduce la absența bolii sau a infirmității. Deținerea celei mai bune stări de sănătate de care este capabilă persoana umană este unul dintre drepturile fundamentale ale omului.

Conceptul de sănătate a fost operaționalizat pentru a fi aplicat diverselor comunități socio-culturale, evaluările fiind făcute pe baza unor indicatori precum: morbiditatea, mortalitatea (generală și specifică), disconfortul, insatisfacția, deficiențele, invaliditatea, handicapul.

Din punct de vedere biologic, sănătatea poate fi definită drept acea stare a unui organism neatins de boală, în care toate organele, aparatele și sistemele funcționează normal (organism în homeostazie).

Din punct de vedere psihic, sănătatea poate fi înțeleasă drept armonia dintre comportamentul cotidian și valorile fundamentale ale vieții asimilate de individ, reprezentând starea organismului în care capacitatea sa de a munci, a studia sau a desfășura activitățile preferate este optimă.

Sănătatea este privită de către patolog ca o stare de integritate, de către clinician ca o lipsă de simptome și de către bolnav ca o stare de bine.

În momentul în care are loc pierderea stării de sănătate se instalează boala. Odată cu instalarea bolii, apar o serie de amenințări la adresa integrității și /sau capacității fizice, mergând până la moartea individului, în funcție de gravitatea bolii.

Conceptul de boală are mai multe dimensiuni. Din punct de vedere biologic, boala este o stare a organismului sau a unei părți din organism în care funcțiile sunt afectate sau deranjate de factori interni sau externi.

Din perspectiva plurifactorială, boala poate fi definită drept o stare finală, rezultat al unei combinații a factorilor ecologici și comportamentali aflați în interacțiune cu predispozițiile genetice, care plasează statistic individul într-o situație de risc mărit, ca urmare a unei alimentații neraționale, dezechilibrate, de lungă durată, expunerii cronice la agenții patogeni ai locului de muncă, stresului vieții sau altor factori (R. Fitzpatrick, 1986).

Boala reprezintă, mai mult decât o sumă de simptome, fiind un proces care, chiar dacă nu conduce la modificări importante structurale sau funcționale, afectează psihicul individului ca o reacție la boală. Starea de boală, legitimată prin diagnostic, conduce la apariția unui comportament structurat în jurul acestei stări. Conștientizarea bolii conduce la manifestarea unor stresuri psihice majore și de lungă durată.

Boala este rezultanta tulburării activității normale a organismului, sub influența unor agenți din mediul intern sau extern.

Precizând conceptul de boală, fiziopatologia reține câteva elemente comune care fixează cadrul general al acestuia.

Prima caracteristică comună tuturor bolilor o reprezintă cauzalitatea. La originea oricărei îmbolnăviri stau anumite cauze, care în funcție de interrelațiile cu organismul, sau independent de acesta, pot avea un rol determinant sau favorizant.

A doua caracteristică importantă a bolii o reprezintă manifestarea de către organism a unui complex de reacții de răspuns față de acțiunea agentului patogen. În funcție de natura agentului patogen, de efectul local sau general și de durata de acțiune aceste reacții pot fi generale și /sau locale, specifice și /sau nespecifice, cu caracter adaptiv și /sau lezional, alcătuind în totalitatea lor un complex de perturbări care conferă bolii particularitățile ei clinice.

O a treia caracteristică a bolii este modificarea sau tulburarea mecanismelor de reglare neuroendocrină. Dependent de intensitatea și durata de acțiune a factorilor cauzali, activarea mecanismelor neuroendocrine determină fie un mecanism de adaptare-apărare, fie dereglări metabolice, funcționale sau chiar leziuni.

Ultima trăsătură caracteristică a bolii este limitarea capacității organismului bolnav de adaptare la solicitările din mediu și de răspuns la noi agresiuni.

Boala presupune și anumite restricții modificând stilul de viață al individului și implicit afectând starea sa psihică:

- restrângerea sau modificarea unor activități motrice sau fiziologice;
- limitarea sau suprimarea unor activități intelectuale sau profesionale;
- suprimarea unor activități extraprofesionale;
- modificarea relațiilor interpersonale în sensul diminuării contactelor cu cei apropiați;
- dereglarea raporturilor familiale sau conjugale;
- pierderea sau reducerea capacității de muncă și, implicit, a posibilităților asigurării subzistenței;
- dependența de alte persoane, mai ales în cazul apariției unor infirmități.

Noțiunea de boală s-a schimbat de-a lungul timpului. Oamenii au alte boli, medicii dețin idei diferite despre aceste boli și bolile au sensuri diferite în societate, însă, în timpurile noastre, bolile cronice și-au asumat rolurile dominante.

Dacă acum 100 de ani principalele cauze de morbiditate și de mortalitate erau reprezentate de bolile infecțioase, după aplicarea vaccinărilor, după instituirea măsurilor de igienă și după descoperirea antibioticelor, numărul bolilor infecțioase a scăzut foarte mult, crescând foarte mult numărul celor cronice și degenerative.

Afecțiunile cronice de sănătate reprezintă principala cauză de deces în Europa și sunt definite de către Organizația Mondială a Sănătății astfel: "Toate bolile care provoacă probleme de sănătate care necesită management continuu pentru un interval de câțiva ani sau zeci de ani".

În pofida progreselor incontestabile ale medicinei contemporane, bolile cronice au înregistrat o creștere evidentă. În această situație și cheltuielile cu bolile cronice au crescut și ele foarte mult punând o mare presiune pe sistemele de sănătate, care nu mai pot susține costurile foarte mari, precum și pentru medicii practicieni, care vor trebui să-și intensifice eforturile de prevenție primară a acestor boli.

Și pentru că bolile cronice apar totuși la un moment dat, ei vor trebui să-și intensifice măsurile de prevenție secundară, de depistare precoce și de tratament, în vederea prevenirii complicațiilor și a invalidității, extrem de costisitoare.

Bolile cronice au o importanță deosebită nu numai prin prisma caracterului lor extensiv, ci și din cauza complicațiilor pe care le produc. Ele sunt de obicei boli netransmisibile de lungă durată cu progresie lentă, care au impact asupra calității vieții de zi cu zi și au implicații pentru sănătate și sistemele de asistență socială. Bolile cronice sunt asociate cu îmbătrânirea, stilul de viață și predispoziția genetică.

Spre deosebire de bolile infecțioase, care au o etiologie mult mai clară și un tratament specific, bolile cronice au o etiologie mult mai vagă în care intervin o mulțime de factori de risc foarte răspândiți și foarte greu de influențat. De aceea, în bolile cronice nu dispunem încă de un tratament etiologic, ci doar de un tratament patogenetic, care trebuie administrat de obicei un timp foarte îndelungat și care în cele mai multe cazuri nu duce la vindecarea bolii, ci doar la încetinirea evoluției, la prevenirea complicațiilor și la ameliorarea manifestărilor clinice, ceea ce reprezintă totuși un mare succes.

Pe de altă parte, bolile cronice au o evoluție foarte îndelungată și de multe ori asimptomatică, ceea ce face foarte dificilă diagnosticarea lor în fazele de debut, înainte de a produce tulburări ireversibile. În toată această perioadă, bolile cronice au o evoluție extensivă, adică afectează tot mai grav structurile organismului, cuprinzând și alte organe și determinând apariția altor boli. Evoluția extensivă poate duce la fragilizarea organismului, la creșterea vulnerabilității sale, la apariția unor complicații și chiar a altor boli, care pot să afecteze foarte grav calitatea vieții, să ducă la apariția unor invalidități și să pună în pericol chiar viața bolnavului.

Foarte multe boli cronice, cum ar fi arterioscleroza, hipertensiunea arterială, boala Alzheimer, boala cronică de rinichi, hepatita cronică și cancerul, au o evoluție foarte îndelungată, care se întinde de-a lungul mai multor decenii.

Evoluția aceasta extrem de îndelungată a bolilor cronice reprezintă de fapt istoria naturală a luptei dintre mecanismele de apărare ale organismului cu factorii de risc, care dacă nu atacă direct, cel puțin suprasolicite mecanismele de apărare ale organismului, acestea nereușind din păcate să facă față foarte mult timp, deoarece ele însele au anumite limite și chiar anumite imperfecțiuni.

Spre deosebire de bolile infecțioase, care au o etiologie monofactorială, ceva mai ușor de depistat, așa cum se întâmplă în cazul unei pneumonii, a unei diarei

infecțioase, a unei infecții urinare sau a unei otite acute, bolile cronice au o etiologie plurifactorială reprezentată de niște factori de risc. De aceea, spre deosebire de bolile infecțioase, în care intervin diferiți factori virali și /sau microbieni, în bolile cronice intervin o serie întreagă de factori de risc interni, cum ar fi factorii genetici, vârsta și sexul și o serie întreagă de factori de risc externi, de exemplu alimentația necorespunzătoare, consumul crescut de lipide, consumul crescut de sare, consumul exagerat de alcool, fumatul, sedentarismul, stresul, expunerea prelungită la soare și altele. În majoritatea cazurilor factorii de risc extern se întrepătrund cu factorii de risc interni și în primul rând cu factorii genetici, care reprezintă o predispoziție a pacientului pentru o anumită boală, așa cum se întâmplă în HTA². De exemplu, antecedentele familiale cresc riscul de HTA. Dacă un singur părinte a avut HTA, atunci riscul urmașilor de a face HTA este de 28%, iar dacă ambii părinți au avut HTA, atunci riscul urmașilor de a face HTA este de 46%. Această predispoziție genetică are o bază moleculară reprezentată, spre exemplu, de modificările genei care codifică sinteza angiotensinogenului. De asemenea, în diabetul zaharat s-a constatat că peste 50% dintre bolnavi au antecedente familiale. În etiopatogenia BPOC³ s-a descris deficitul de alfa-1-antitripsină, care ar trebui să distrugă proteazele microbiene. Pe lângă factorii genetici, care determină terenul și predispun organismul la o anumită boală, în bolile cronice intervin o mulțime de factori de risc externi, care exploatează tocmai predispoziția organismului pentru boala respectivă. De exemplu, în HTA, pe lângă factorii genetici, mai intervin și o serie de factori de risc externi, cum ar fi consumul crescut de sare sau de alcool, fumatul, sedentarismul, obezitatea și stresurile psihice.

În apariția diabetului zaharat, pe lângă factorii genetici, mai intervin și o serie de factori nutriționali, cum ar fi consumul excesiv de glucide rafinate, care suprasolicită secreția de insulină, sedentarismul și obezitatea care, prin secreția de rezistină, scade sensibilitatea receptorilor insulinici, contribuind astfel la apariția diabetului zaharat. De asemenea, în apariția cancerului de sân, pe lângă mutația genelor BRCA 1 și 2⁴, intervine o serie întreagă de factori de risc, cum ar fi nealimentarea la sân a copiilor, expunerea prelungită la radiațiile solare, alimentația hiperlipidică, stresul psihic, depresia psihică și alți factori de risc. De remarcat că

² Hipertensiunea arterială

³ Bronhopneumatopatia cronică obstructivă

⁴ Breast Cancer 1/2 Gene (Gena Cancer de Sân 1/2)

genele BRCA 1 și 2 nu intervin direct în apariția cancerului de sân. Rolul genei BRCA 1 este acela de a repara deteriorările ADN, produse, spre exemplu, de radiațiile solare sau de stresul oxidativ. Iar faptul că mutația ei crește riscul de apariție a cancerului de sân până la 85% arată cât de frecvente sunt deteriorările ADN tocmai de către factorii de risc extern, cum ar fi stresul și radiațiile solare. În sfârșit, trebuie remarcat faptul că acumularea mai multor factori de risc crește foarte mult riscul de apariție a bolii respective. De exemplu, cumularea a doi factori de risc crește de patru ori riscul de a face boala, iar cumularea a trei factori de risc crește de 9 ori riscul de a face boala, ceea ce subliniază importanța depistării și combaterii factorilor de risc.

Din cauza evoluției foarte îndelungate, a caracterului progresiv și extensiv al bolilor cronice, precum și a favorizării apariției altor boli, bolnavii cronici au de obicei mai multe boli. De exemplu, bolnavul de HTA poate avea în același timp și o cardiopatie ischemică, o insuficiență cardiacă, un glaucom și un adenom de prostată. Sau bolnavul cu diabet poate avea în același timp și o cardiopatie ischemică, o pielonefrită cronică, o lombosciatică și o hernie inghinală.

Pentru a putea prelungi speranța de viață sănătoasă, medicina va trebui să se îndrepte nu numai spre depistarea și combaterea factorilor de risc, pentru prevenirea și combaterea bolilor cronice, ci va trebui să se îndrepte și spre combaterea, sau cel puțin spre încetinirea, procesului de îmbătrânire.

Mortalitatea în rândul vârstnicilor pe cauze de deces

Dacă omul de Cro-Magnon trăia în medie 20 de ani, durata medie de viață a crescut treptat. Astfel, omul din perioada Renașterii trăia în medie 35 de ani. Străbunii noștri, de prin 1850, trăiau în medie 49 de ani. Omul de astăzi trăiește în medie 75-80 de ani, iar în 2200 se prevede că omul va trăi peste 100 de ani.

Dar creșterea spectaculară a duratei medii de viață este însoțită din păcate de foarte multe boli. Astfel în prezent, un pacient trecut de 65 de ani are cel mai mare risc de a dezvolta în același timp 4-5 boli cronice, precum și foarte multe invalidități, care îi afectează profund calitatea vieții.

Urmare a schimbărilor în evoluția societății, astăzi moartea este percepută și gestionată altfel decât în urmă cu un secol de pildă, aceasta, în societățile dezvoltate, fiind determinată, în principal, de boli cronice degenerative. Prin contrast, în jurul anului 1900 majoritatea deceselor avea drept cauză bolile transmisibile (gripa, holera, febra tifoidă, variola, tuberculoza ș.a.), ceea ce contura un alt context decât cel actual – contextul epidemiologic, determinat de lipsa cunoștințelor privind stabilirea cauzelor, lipsa tratamentelor eficiente, decesele în grupuri urmare a contagiunii.

Informațiile demografice privind mortalitatea sunt foarte numeroase, dar și foarte inegal răspândite în spațiu și timp. Practic doar din secolul al 19-lea există date certe și complete despre decese în cadrul populațiilor europene și alte câteva țări de pe alte continente. Chiar și în prima jumătate a secolului al 20-lea, o bună parte din țările lumii se aflau în afara statisticii demografice. Constituirea ONU după al doilea război mondial a permis unificarea informațională demografică a lumii, în sensul producerii uniforme și regulate de date statistice fiabile despre fenomenele demografice. Abia recent, o parte însemnată din țări au date privind efectivul și dinamica acestuia.

Mortalitatea ca fenomen demografic se referă la frecvența deceselor într-o anumită populație și pentru un interval delimitat de timp. Spre deosebire de natalitate

și fertilitate, mortalitatea constituie componenta negativă a mișcării naturale a populației fiind un fenomen puternic dependent de dezvoltarea economico-socială și de caracteristicile unei societăți. Dezvoltarea economico-socială a determinat scăderea mortalității și creșterea longevității și a calității vieții.

Importanța studiului mortalității rezultă din faptul că pe baza situației deceselor se pot identifica și ierarhiza problemele de sănătate dintr-o populație și se pot formula astfel obiectivele în cadrul proiectelor și programelor de sănătate.

Mortalitatea de cauză specifică este unul din cei mai importanți indicatori ai sănătății publice. Numărul și ponderea celor care mor, vârsta, regiunea și cauza sunt cruciale pentru dezbaterile politice, prioritizarea și planificarea intervențiilor, iar trendurile cauzelor de deces indică succesul sau eșecul diverselor măsuri.

Statisticile privind cauzele de deces, care se numără printre cele mai vechi statistici medicale disponibile, oferă informații privind evoluțiile în timp și diferențele dintre cauzele de deces din statele membre ale UE. Aceste statistici joacă un rol esențial în cadrul sistemului de informații generale referitoare la starea de sănătate și pot fi utilizate pentru determinarea măsurilor profilactice și medicale curative sau a investițiilor în domeniile de cercetare care ar putea conduce la creșterea speranței de viață a populației.

Întrucât nu există, în ansamblu, statistici europene complete privind morbiditatea, datele privind cauzele de deces sunt adesea utilizate ca un instrument pentru evaluarea sistemelor de sănătate din UE și pot fi, de asemenea, folosite pentru politica de sănătate bazată pe dovezi.

În prezent au loc în întreaga lume peste 52 milioane decese pe an, mai mult de jumătate fiind persoane vârstnice. În 2020 se estimează că vor fi 63 de milioane de decese pe an (toate vârstele); dintre acestea:

- 3/4 persoane peste 65 de ani;
- 2/3 persoane peste 75 de ani;
- 1/3 persoane peste 85 de ani.

În 2020, $\frac{3}{4}$ din totalitatea deceselor se vor datora îmbătrânirii și bolilor specifice vârstei înaintate.

Datele de mai sus argumentează asupra dimensiunilor deceselor vârstnicilor, grupul cel mai afectat, tiparul acestora fiind modificat de creșterea speranței de viață:

- decesul survine mai rar în mod neașteptat;

- se produce în mod “progresiv”, prin boli cronice degenerative care epuizează în timp rezervele vitale, boli care în stadiul actual nu pot fi influențate de terapiile în uz.

În linii generale „vinovate” de mortalitate sunt bolile cronice, polipatologia, insuficiențele pluriviscerale, cancerurile, demențele.

Bolile cronice sunt de departe principala cauză de mortalitate, fiind responsabile pentru aproximativ 86% din decesele înregistrate în UE. Potrivit datelor OMS bolile cronice netransmisibile sunt principala cauză de deces cu peste 39 de milioane de victime anual.

Prin asocierea fiecărui deces în rândul populației cu o cauză principală a decesului, pot fi evaluate riscurile de deces provocate de o serie de boli specifice.

Datele prezentate și prelucrate în lucrarea de față se bazează pe cele mai recente informații pentru UE-28 referitoare la cauzele de deces și sunt disponibile pentru perioada de referință 2013 (date actualizate pe 22.03.2016).

În analiza datelor din studiu s-au avut în vedere cauzele principale de deces întâlnite la persoanele vârstnice (65 de ani și peste) făcând parte din patru mari categorii:

- **boli ale sistemului circulator** și două grupe de afecțiuni principale ale acestuia: **cardiopatia ischemică** (cunoscută ca și coronariană, incluzând și atacurile de cord) și **bolile cerebrovasculare** (precum accidentele vasculare cerebrale);
- **bolile sistemului respirator**;
- patru grupe de **neoplasme maligne**, și anume cancerul **pulmonar** (inclusiv cancer de trahee și bronhii), cancerul **colorectal**, cancerul **mamar** și cancerul de **prostată**;
- **bolile sistemul nervos și ale organelor de simț**.

Pentru o mai bună înțelegere a modului în care intervin aceste boli, este nevoie mai întâi de o scurtă clarificare a acestor afecțiuni.

În cadrul sistemelor și aparatelor care alcătuiesc ființa biologică umană, sistemul circulator ocupă un rol de primă importanță fiind format din inima, vasele sangvine și limfatice care alcătuiesc o unitate funcțională coordonată și permanent adaptată nevoilor organismului.

Bolile cardiovasculare rămân cea mai mare cauza a deceselor la nivel mondial, deși de-a lungul ultimelor două decenii rata mortalității cardiovasculare a scăzut în multe țări cu venit ridicat. În același timp, decesele și bolile cardiovasculare au crescut cu o viteză uimitor de rapidă în țările mici și cu venituri medii. Ponderea deceselor premature datorită bolilor cardiovasculare variază de la 4% în țările cu venituri mari la 42% în țările cu venituri mici.

Dintre bolile sistemului circulator cardiopatia ischemică și bolile cerebrovasculare sunt principalele cauze de mortalitate în rândul persoanelor vârstnice atât în statele Uniunii Europene cât și la nivel mondial.

Cardiopatia ischemică este o boală care, dacă nu este tratată corespunzător poate fi mortală. Aceasta afectează arterele coronare, care hrănesc inima, și care se îngustează sau se blochează, rezultatul fiind reducerea cantității de sânge care irigă miocardul. Complicațiile acestei boli includ infarctul miocardic (atacul de cord), angina pectorală și aritmiile.

Principala cauza a cardiopatiei ischemice este boala numită ateroscleroză. Există și anumiți factori de risc care pot duce de dezvoltarea cardiopatiei ischemice. Aceștia sunt nivelul crescut al colesterolului, hipertensiunea arterială, obezitatea, fumatul, sedentarismul, diabetul zaharat și stresul. În pericol sunt și cei care au în familie un istoric de boală cardiovasculară.

Există mai multe tipuri ale cardiopatiei ischemice. Numitorul comun este durerea resimțită în piept de pacient. Cu cât boala este mai avansată, cu atât durerea este mai puternică, și în cele mai dramatice cazuri poate duce la deces.

Tratamentele pentru cardiopatia ischemică sunt de mai multe feluri, ținând cont de gravitatea bolii. Modificarea stilului de viață, interzicerea fumatului, scăderea în greutate sau scăderea colesterolului pot diminua evoluția aterosclerozei. Medicul poate prescrie și medicamente cu rol în reducerea oxigenului pe care inima îl consumă, propanolol și pentru creșterea cantității de sânge la nivel coronarian, nitroglicerina. În cazurile grave se poate apela și la tratament chirurgical, angioplastie coronariană sau by pass aorto-coronarian.

Bolile cerebrovasculare se referă la afecțiunile vaselor de sânge care irigă inima, ducând la complicații ca accidente cerebrale sau atac ischemic tranzitoriu (alterarea temporară a simțurilor).

Un accident vascular cerebral apare atunci când un vas de sânge (o arteră) care furnizează sânge la nivelul unei zone a creierului se sparge sau este blocat de

un cheag sangvin. În câteva minute, celulele nervoase din acea zona sunt afectate și ele pot muri în câteva ore. Ca rezultat, acea parte a corpului care este controlată de zona afectată a creierului nu mai poate funcționa adecvat. De cele mai multe ori după un accident vascular persoana în cauză prezintă diverse dizabilități fizice care îi vor afecta calitatea vieții.

Sistemul respirator asigură pătrunderea aerului în organism cu un conținut optim de oxigen, necesar întreținerii vieții. Totalitatea organelor care contribuie la realizarea schimburilor gazoase, din aerul atmosferic și organism, constituie aparatul respirator.

Printre afecțiunile aparatului respirator încadrăm toate bolile care privesc căile respiratorii superioare și inferioare, precum și problemele legate de acestea. Când discutăm despre bolile sistemului de respirație ne referim la: bronșite, pneumonii, astm bronșic, boli cronice nespecifice și bolile cronice purtoaze ale plămânilor, pleurezii, parazitoze (actinomicoza, echinococoza) și boli profesionale.

Cancerul cunoscut sub denumirea științifică de tumoare malignă sau neoplasm malign, este un grup de boli ce implică dezvoltare anormală, a celulelor cu potențial de a invada sau a se răspândi în alte părți ale corpului.

Tumorile canceroase sunt clasificate în termenii medicali maligne și benigne, distincția între cele două realizându-se în funcție de măsura în care se răspândesc în organism prin invazie și metastază. Astfel, tumorile benigne se dezvoltă local, pe când cele maligne (canceroase) invadează alte tipuri de celule adiacente și se răspândesc în organism.

Sunt mai multe tipuri de cancer (neoplasm malign) însă principalele tipuri în funcție de mortalitatea lor sunt cele pulmonare, de prostată, mamar și colorectal.

Cancerul pulmonar reprezintă o afecțiune anatomopatologică ce se caracterizează printr-o creștere a celulelor maligne sau benigne în cavitatea toracică, mai precis la nivelul unui plămân sau al ambilor plămâni, la nivelul bronhiilor sau al alveolelor pulmonare. Datorită celulelor canceroase care prin tromboză și embolirea cailor respiratori cauzează și duc la incapacitatea plămânilor de a face față schimbului de gaze (oxigen /bioxid de carbon).

Dacă nu este tratată, această creștere se poate răspândi și la nivelul țesuturilor din apropiere sau al altor organe din corp prin sistemul limfatic, printr-un proces denumit metastază.

Cea mai frecventă cauză a cancerului pulmonar este expunerea îndelungată la fumul de țigară, responsabil pentru 80–90 % din cazurile de cancer pulmonar. Nefumătorii reprezintă 10–15 % din cazurile de cancer pulmonar, aceste cazuri fiind adesea atribuite unei combinații dintre factori genetici, gaz radioactiv radon, azbest, și poluarea aerului, inclusiv fumatul pasiv.

Prognosticul este în general nefavorabil. Dintre toate persoanele cu cancer pulmonar, 15% supraviețuiesc o perioadă de cinci ani de la data diagnosticării. În momentul diagnosticării, stadiul bolii este adeseori avansat. În momentul în care se prezintă la medic, 30-40% dintre pacienții bolnavi de cancer pulmonar sunt în stadiul IV, iar 60% dintre aceștia sunt în stadiul V.

La nivel mondial, cancerul pulmonar este cel mai comun tip de cancer, atât în ceea ce privește incidența, cât și mortalitatea pe care o cauzează.

Cancerul colorectal afectează intestinul gros și este al treilea tip de cancer ca frecvență atât la bărbați, cât și la femei.

Colonul și rectul sunt părți ale intestinului gros. Alimentele digerate care au fost fragmentate în intestinul subțire ajung în intestinul gros, un tub muscular lung de circa 1,5 metri. Intestinul gros absoarbe apa și substanțele minerale din bolul alimentar și depozitează, apoi se elimină, materiile reziduale. Prima porțiune de aproximativ 1,3 metri din intestinul gros se numește colon, iar restul este rectul. Cancerul colorectal este o tumoră solidă care își are originea în straturile interne ale peretelui intestinal, dar poate crește, străbătând în întregime acest perete.

Șansa vindecării pacienților cu cancer colorectal este strâns legată de stadiul bolii la momentul diagnosticării. Cancerurile incipiente au un prognostic bun, iar cele avansate au un prognostic mult mai puțin favorabil. Adesea cancerul colorectal nu are nici o simptomatologie până în stadiul final al bolii.

Cancerul mamar este o afecțiune în care celulele care alcătuiesc sânii încep să crească anormal într-o manieră necontrolată. Cauza exactă a cancerului mamar este necunoscută. Hormonii feminini și vârsta înaintată joacă un rol în determinarea cancerului mamar. Cancerul mamar este o boală frecventă la femeile în vârstă de peste 60 de ani.

Deși există cazuri de cancer mamar și la bărbați, 99% din cazuri apar la femei.

Multe femei cu cancer mamar necesită extirparea completă a sânului afectat. Poate fi necesară și extirparea unora sau tuturor ganglionilor axilari. Chiar și dacă

este extirpată întreaga zonă afectată vizibilă intraoperator, este necesară și radioterapia. Se pot recomanda de asemenea chimioterapie și terapie hormonală.

Cancerul de prostată este o formă de cancer care se dezvoltă în prostată, o glandă aflată la intersecția aparatului urinar cu cel genital la bărbați. Marea majoritate a cancerelor de prostată se dezvoltă lent, cu toate acestea, există cazuri în care cancerul de prostată se dezvoltă în mod agresiv.

Cancerul de prostată afectează în special bărbați vârstnici. Patru din cinci cazuri sunt diagnosticate la bărbații cu vârsta de peste 65 de ani, iar mai puțin de 1% au sub 50 de ani.

Deși este una dintre cele mai răspândite tipuri de cancer la bărbați mulți nu au simptome, nu se tratează, și în cele din urmă mor din alte cauze. Acest lucru este din cauza faptului că acest tip de cancer este, în majoritatea cazurilor, cu dezvoltare lentă, asimptomatică și oamenii în vârstă adesea vor muri din cauze care nu au legătură cu cancerul de prostată, cum ar fi inimă /boli circulatorii, pneumonie, alte tipuri de cancer care nu au legătură cu prostata, sau din cauza vârstei înaintate.

Sistemul nervos reprezintă ansamblul tuturor organelor alcătuite predominant din țesut nervos specializat în recepționarea, transmiterea și prelucrarea excitațiilor din mediul extern sau intern. Pe plan anatomic, sistemul nervos este format din două ansamble distincte, sistemul nervos central și sistemul nervos periferic. Identificarea sursei problemei în sistemul nervos este dificilă pentru că bolile și lezările nervilor într-o parte a sistemului apar ca simptome departe de locul în care se află adevărata problemă. Cele mai frecvente boli ale sistemului nervos sunt: meningita, encefalita, hemoragiile cerebrale, coma și convulsiile.

Prezentarea datelor

Acest capitol oferă o vedere de ansamblu asupra statisticilor recente privind cauzele de deces în Uniunea Europeană. Prin asocierea fiecărui deces în rândul populației cu o cauză principală a decesului, pot fi evaluate riscurile de deces provocate de o serie de boli specifice și de alte cauze; aceste cifre vor fi defalcate ulterior în funcție de sex și țara în care a avut loc decesul/reședința decedatului, utilizând ratele standardizate ale mortalității.

Statisticile referitoare la cauzele de deces se bazează pe doi piloni: informațiile medicale cuprinse în certificatele de deces, care pot fi utilizate ca bază pentru stabilirea cauzei de deces; și codificarea cauzelor de deces pe baza sistemului OMS-ICD⁵. Toate decesele survenite în rândul populației sunt identificate prin cauza principală a decesului, cu alte cuvinte prin „boala sau leziunea care a declanșat succesiunea de evenimente morbide care au cauzat direct decesul, sau circumstanțele unui accident sau ale unui act de violență, care au provocat o leziune mortală” (definiție adoptată de Adunarea Mondială a Sănătății).

Cele mai recente informații estimate pentru UE-28 referitoare la cauzele de deces sunt disponibile pentru perioada de referință 2013, acestea fiind și cele analizate în continuare.

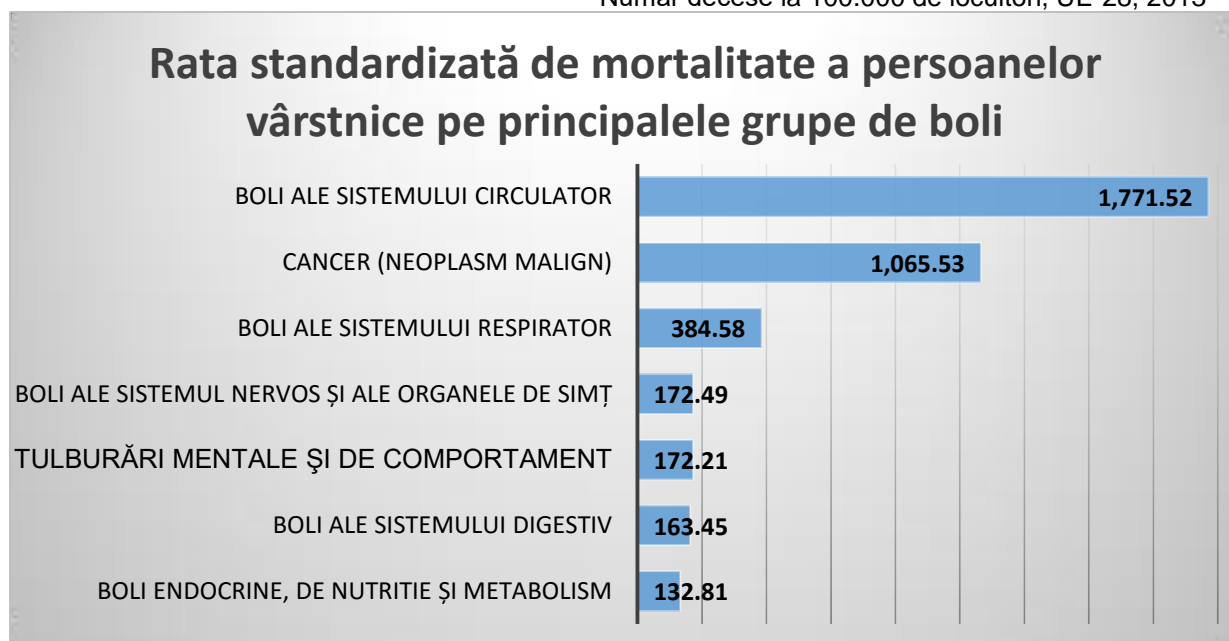
Pentru persoanele cu vârsta de 65 ani și peste bolile sistemului circulator și cancerul (neoplasm malign) au fost în anul 2013, de departe, principalele cauze de deces în UE-28. În figura 1 este prezentată rata mortalității persoanelor vârstnice pe principalele grupe de boli excepție făcând cancerul, unde am luat în considerare doar datele referitoare la neoplasmul malign deoarece decesele cauzate de cel benign sunt prea puține și prin urmare nu sunt relative pentru analiza de față.

După bolile circulatorii și cancer, bolile respiratorii au fost pe locul trei între cele mai răspândite cauze de deces în UE-28, cu o rată a mortalității de 384 decese la 100.000 de locuitori. În cadrul acestui grup de boli, bolile cronice ale căilor respiratorii inferioare au reprezentat cea mai răspândită cauză de deces, fiind urmate de pneumonie (se poate observa detaliat în figura 2)

⁵ International Classification of Diseases (Clasificarea Internațională a Bolilor și Problemelor de Sănătate)

Figura nr. 1

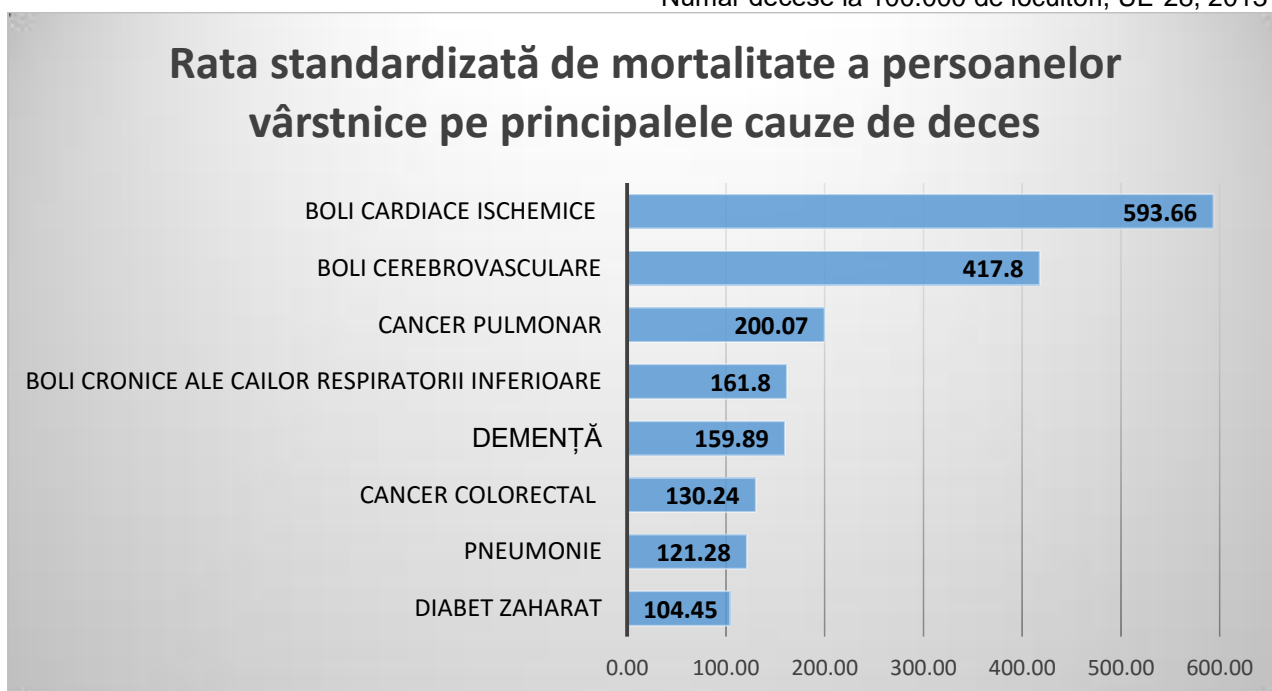
- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



Pentru persoanele cu vârsta de 65 ani și peste principala cauză de deces în cadrul UE-28, în anul 2013, au fost bolile circulatorii (de exemplu boli cardiace ischemice și bolile cerebrovasculare), în timp ce pentru persoanele cu vârsta mai mică de 65 de ani cancerul a fost cea mai frecventă cauză de deces.

Figura nr. 2

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



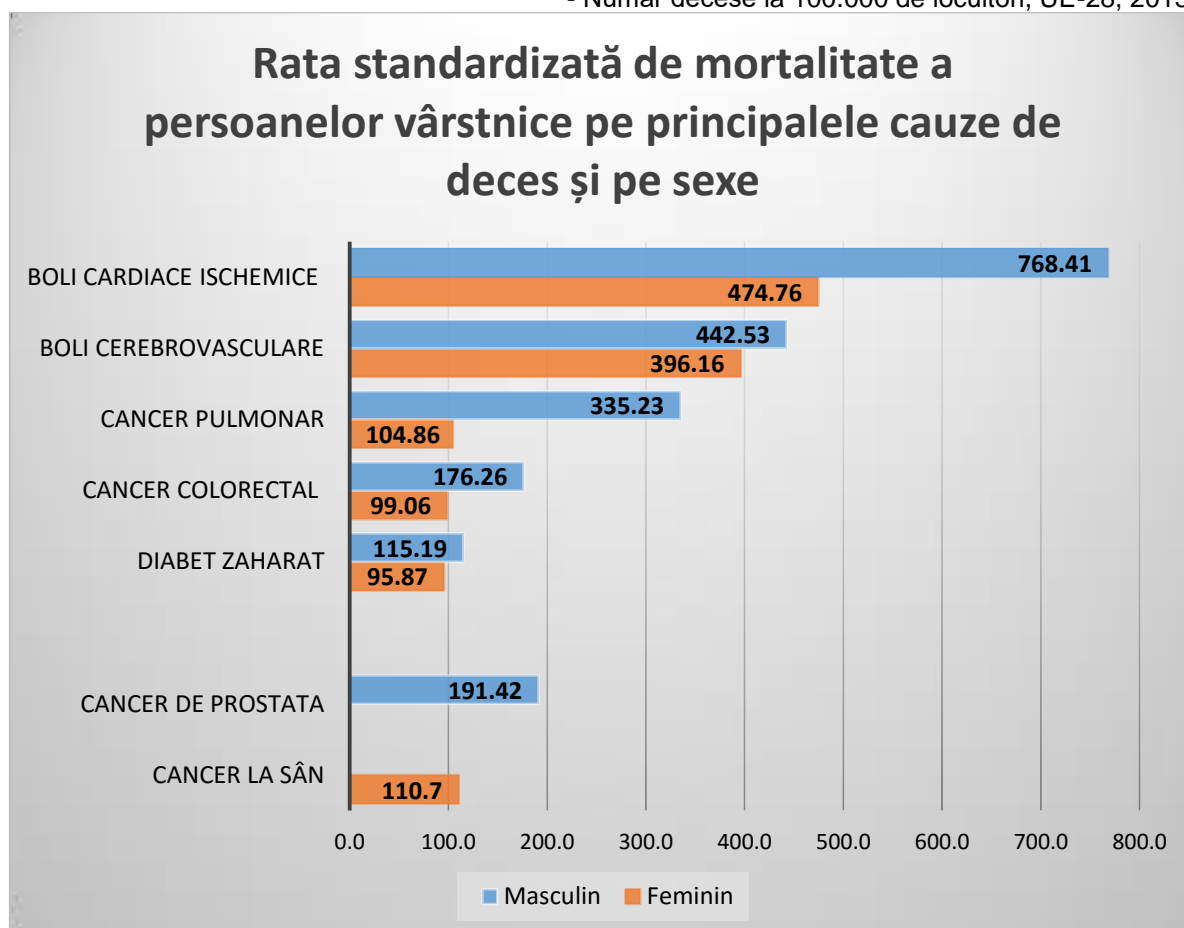
Persoanele vârstnice au înregistrat rate ale mortalității ridicate pentru bolile cardiace ischemice (593 decese la 100.000 de locuitori), urmat de bolile vasculare cerebrale (417 la 100.000 de locuitori), cancerul pulmonar (200 la 100.000 de locuitori) și bolile cronice ale căilor respiratorii inferioare (161 la 100.000 de locuitori).

În figura 3 este prezentată rata mortalității cancerului la sân exclusiv la femei, la fel procedând și pentru cancerul de prostată – exclusiv la bărbați. Decizia s-a bazat pe faptul că incidența acestora este predominantă numai la unul dintre sexe.

Lăsând la o parte cauzele de deces specifice celor două sexe prezentate în graficul 3, și anume cancerul de sân și de prostată, ratele standardizate de deces în întreaga UE-28, în 2013, au fost mai mari pentru bărbați decât pentru femei, pentru cele cinci cauze rămase.

Figura nr. 3

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



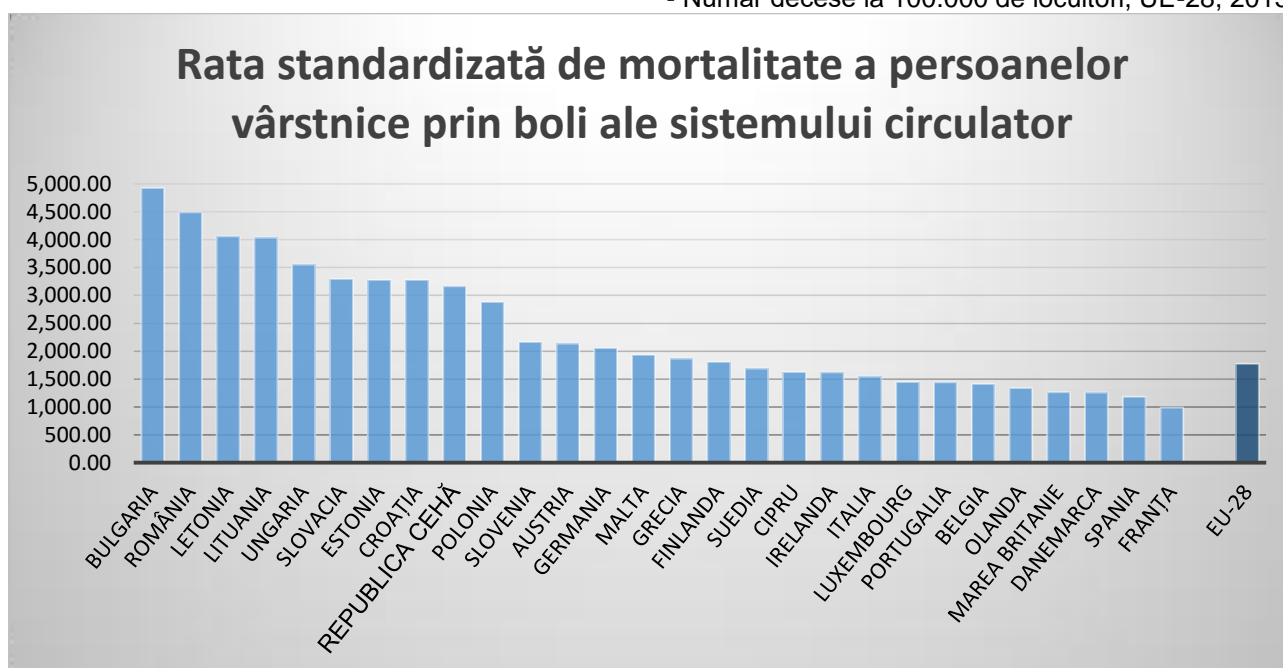
Cea mai mica diferență între cauza decesului la bărbați și femei s-a înregistrat la cele provocate de diabetul zaharat (masculin – 115,19 și feminin – 95,87) și cea mai mare la cea de cancer pulmonar (masculin – 335,23 și feminin – 104,86) urmat,

la o mică diferență, de bolile cardiace ischemice (masculin – 768,41 și feminin – 474,76). Astfel din analiza cauzelor de deces pe sexe se evidențiază, în mod clar, o “supramortalitate masculină” pentru toate cauzele de deces prezentate mai sus.

Printre bolile sistemului circulator se numără cele legate de hipertensiunea arterială, colesterol, diabet și fumat; cele mai comune cauze de deces legate de bolile sistemului circulator sunt cardiopatiile ischemice și bolile cerebrovasculare.

Figura nr. 4

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



Bolile sistemului circular au înregistrat o rată a mortalității de 1771,52 în UE-28 în anul 2013. Statele membre ale UE cu cele mai ridicate rate standardizate ale mortalității cauzate de bolile sistemului circulator au fost: Bulgaria (4923,16), România (4488,6), Letonia (4057,84), Lituania (4032,49), Ungaria (3554,19), Slovacia (3295,85), Estonia (3279,66), Croația (3279,47) și Republica Cehă (3162,62) — toate raportând o rată de peste 3000 de decese la 100.000 de locuitori în 2013.

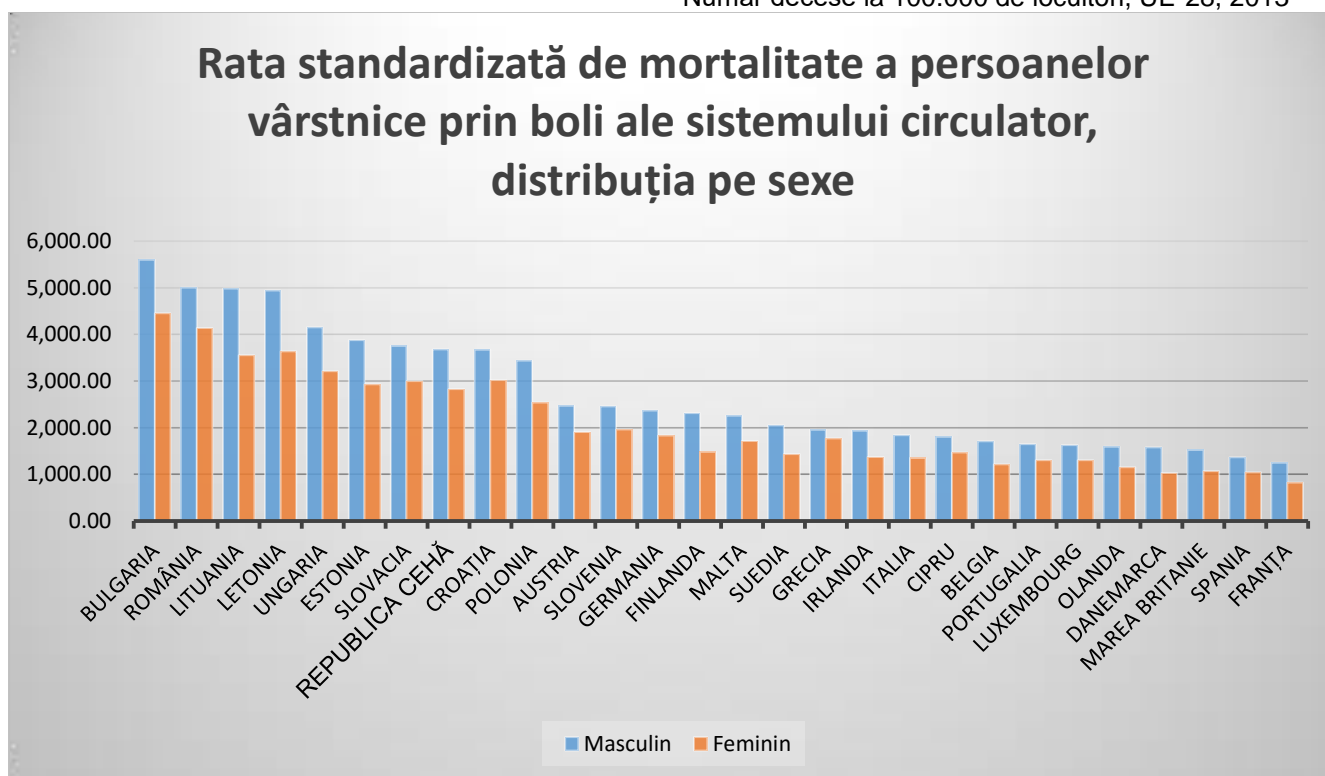
La polul opus, Franța (988,4), Spania (1183,55), Danemarca (1254,79), Marea Britanie (1262,35), Olanda (1336,23), Belgia (1411,11), Portugalia (1443,72) și Luxemburg (1448,47) au înregistrat cele mai scăzute rate standardizate ale mortalității cauzate de bolile sistemului circulator – sub 1500 de decese la 100.000 de locuitori în 2013.

Incidența deceselor cauzate de bolile sistemului circulator a fost sistematic mai ridicată la bărbați în fiecare dintre statele membre ale UE însă, chiar dacă cele mai ridicate rate standardizate ale mortalității cauzate de aceste boli au fost înregistrate în rândul bărbaților putem observa că nu există un decalaj mare între ratele la bărbați și la femei (Figura nr. 5).

Incidența cea mai ridicată și cea mai scăzută a deceselor cauzate de cardiopatia ischemică atât în rândul bărbaților cât și al femeilor a fost înregistrată în Bulgaria (masculin /feminin – 5604,21 /4458,4) și respectiv în Franța (masculin /feminin – 1249,81 /4458,4).

Figura nr. 5

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -

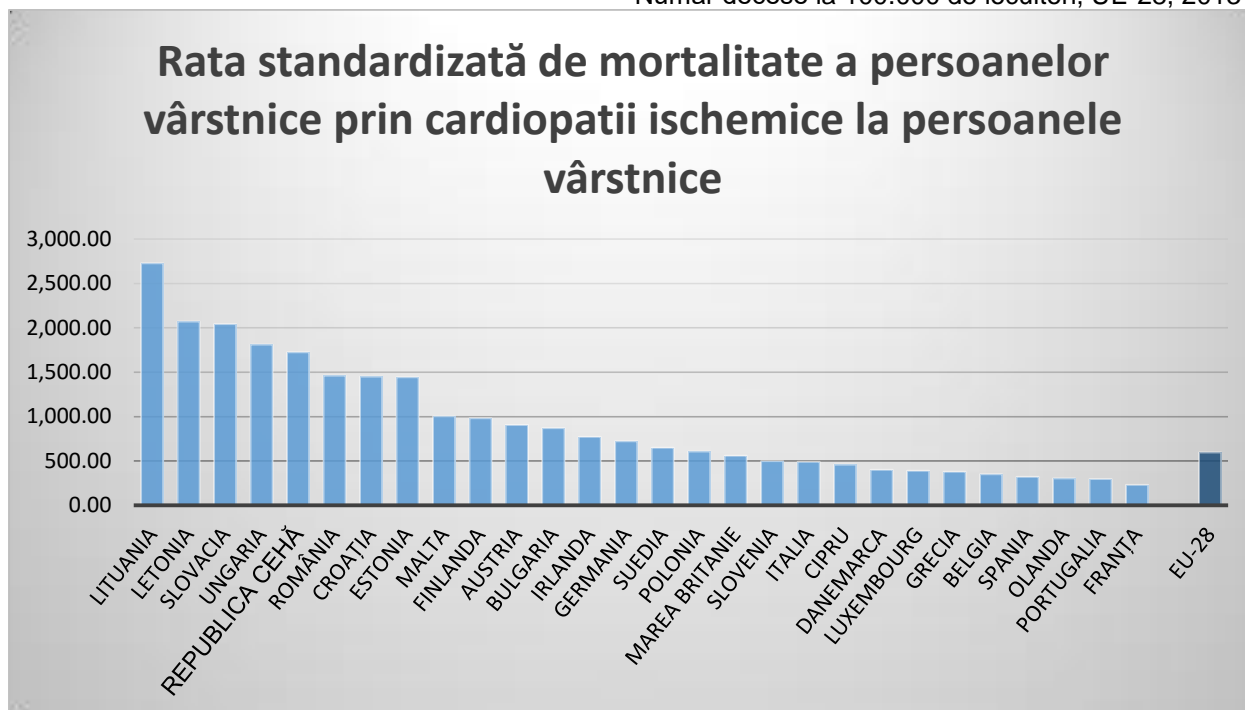


Mortalitatea cauzată de **cardiopatiile ischemice** a înregistrat cele mai mari rate standardizate ale mortalității, cu mult peste media UE-28 de 593,66, în țări precum: Lituania (2724 la 100.000 de locuitori), Letonia (2068 la 100.000 de locuitori), Slovacia (2042 la 100.000 de locuitori), Ungaria (1811 la 100.000 de locuitori), Republica Cehă (1725 la 100.000 de locuitori), România (1460 la 100.000 de locuitori), Croația (1451 la 100.000 de locuitori) și Estonia (1440 la 100.000 de locuitori).

Înregistrând sub 350 de decese la 100.000 de locuitori se aflau în clasament țări precum: Franța (228 la 100.000 de locuitori), Portugalia (293 la 100.000 de locuitori), Olanda (301 la 100.000 de locuitori), Spania (319 la 100.000 de locuitori) și Belgia (350 la 100.000 de locuitori).

Figura nr. 6

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



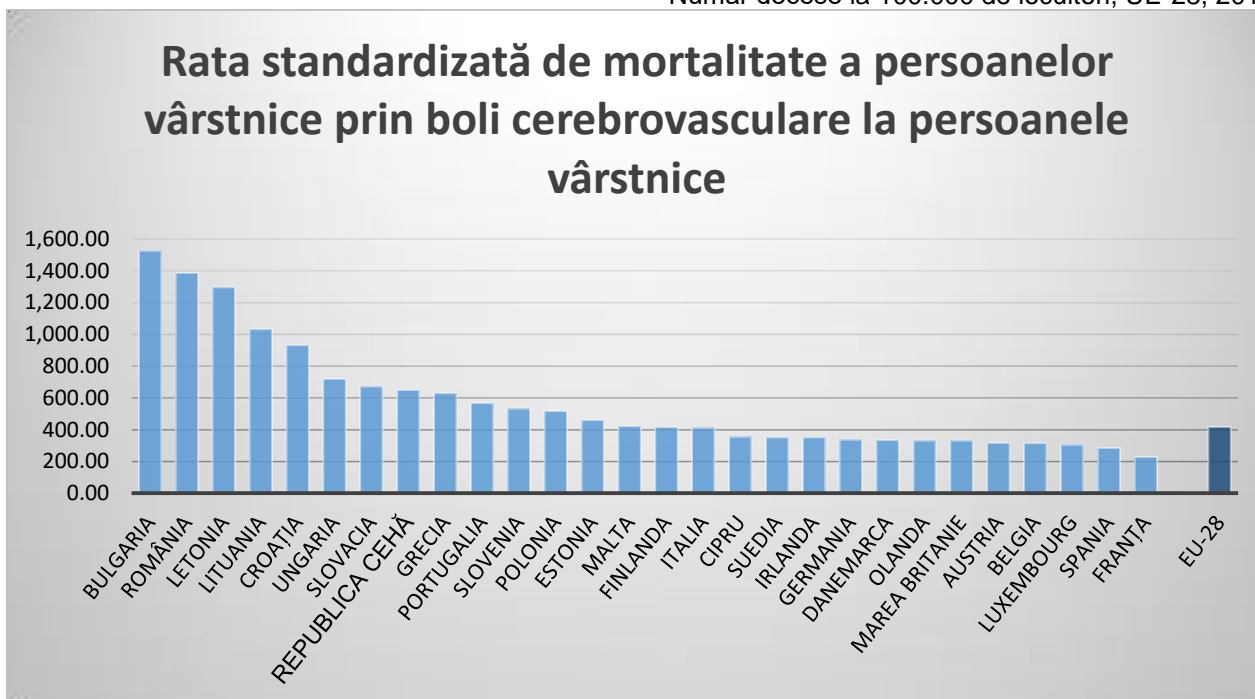
Așa cum se poate observa din graficele și datele de mai sus incidența cea mai ridicată a deceselor cauzate de bolile sistemului circulator a fost înregistrată de statele din Europa de Est, iar la polul opus aflându-se cele din Europa de Vest. Această diferență este susținută de către diferențele economice între cele două regiuni ale Europei, fiind binecunoscut faptul că Europa de Est este mult mai săracă și slab dezvoltată decât cea de Vest. Astfel putem concluziona că incidența deceselor cauzate de bolile sistemului circulator este invers proporțională cu dezvoltarea socio-economică a unei țări.

Bolile cerebrovasculare au înregistrat o rată a mortalității de 417,9 în UE-28, cele mai ridicate valori fiind în: Bulgaria (1525,64), România (1386,46), Lituania (1294,95) și Letonia (1032,86). Prin contrast 15 țări europene au înregistrat mai puține decese cu valori sub media europeană: Franța (227 la 100.000 de locuitori), Luxemburg (305 la 100.000 de locuitori), Belgia (314 la 100.000 de locuitori), Austria (317 la 100.000 de locuitori), Marea Britanie (331 la 100.000 de locuitori), Olanda

(331 la 100.000 de locuitori), Danemarca (334 la 100.000 de locuitori), Germania (336 la 100.000 de locuitori), Irlanda (351 la 100.000 de locuitori), Suedia (351 la 100.000 de locuitori), Cipru (354 la 100.000 de locuitori), Italia (411 la 100.000 de locuitori) și Finlanda (414 la 100.000 de locuitori).

Figura nr. 7

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -

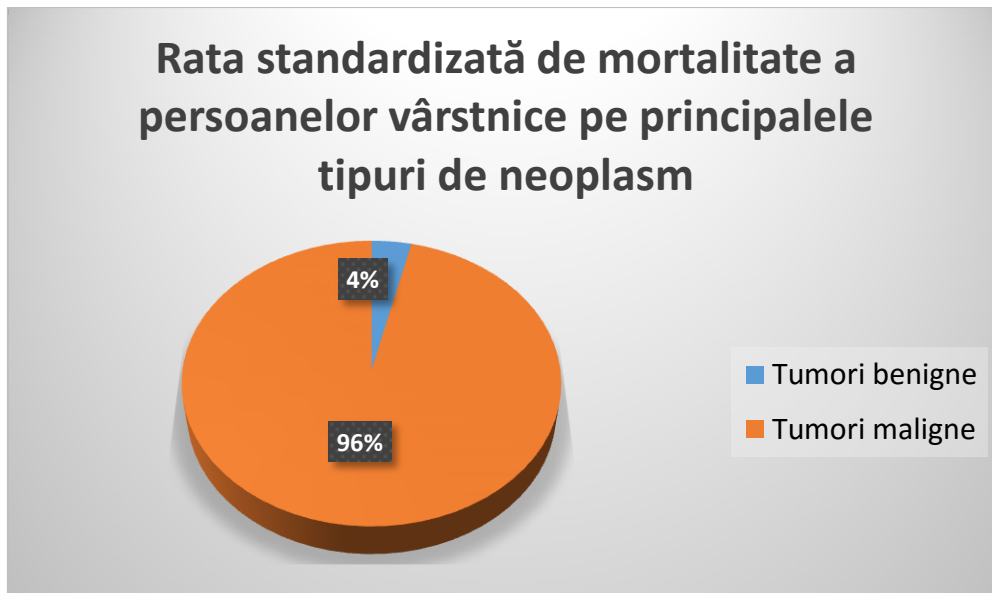


Cancerul a constituit a doua cauză majoră de deces în rândul persoanelor de 65 de ani și peste, provocând, în medie, 1026 de decese la 100.000 de locuitori la nivelul UE-28 în 2013. În analiza noastră s-au abordat doar datele referitoare la neoplasmul malign deoarece acestea reprezintă 96% din totalul deceselor produse de neoplasm (Figura nr.8).

Figura nr. 8

- procente -

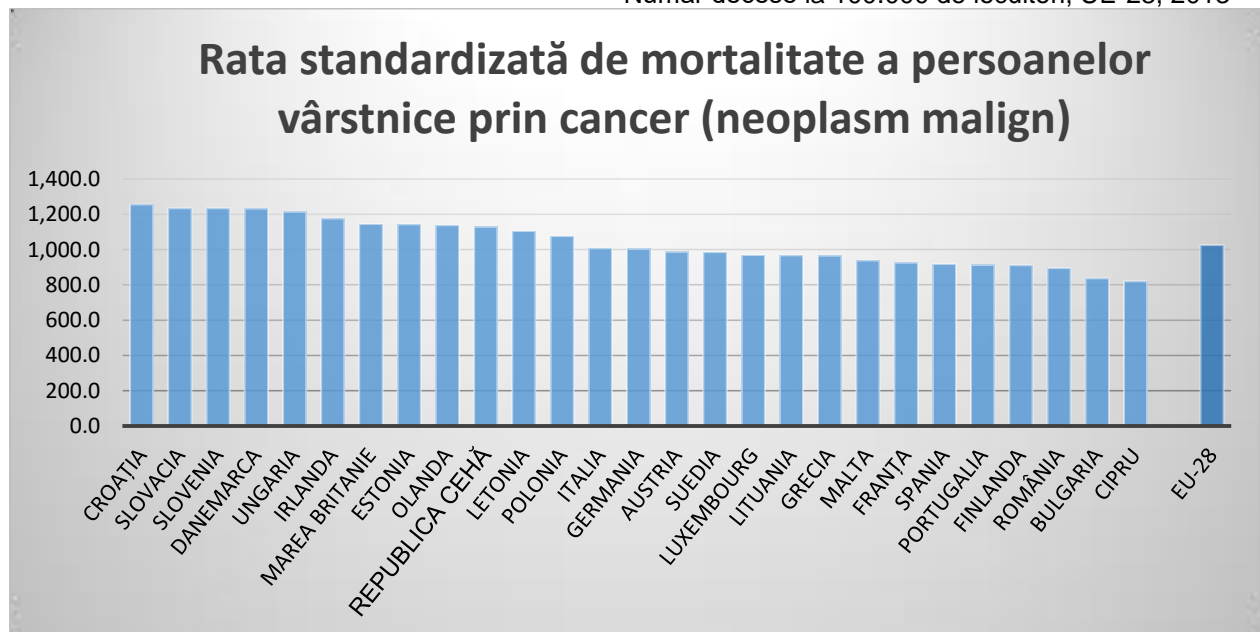
Rata standardizată de mortalitate a persoanelor vârstnice pe principalele tipuri de neoplasm



Așa cum reiese din Figura nr. 9 nu există foarte mari diferențe între ratele de mortalitate cauzate de cancer, cea mai ridicată valoare fiind înregistrată în Croația (1255,7) și cea mai scăzută în Cipru (821,46).

Figura nr. 9

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -

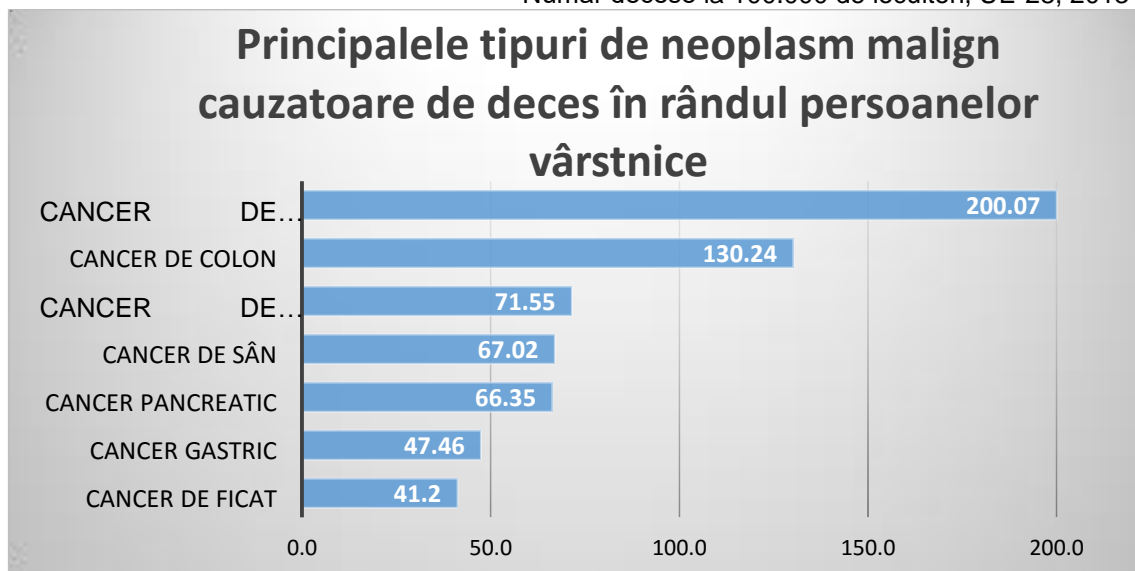


Cele mai răspândite forme de cancer, toate cu rate standardizate ale mortalității de peste 40 la 100.000 locuitori, au inclus neoplasmalele maligne ale: traheei, bronhiilor și plămânilor; colonului, joncțiunii recto-sigmoidiene, rectului,

anusului și canalul anal; prostate; sânului; pancreasului; stomacului; ficatului și căilor biliare.

Figura nr. 10

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -

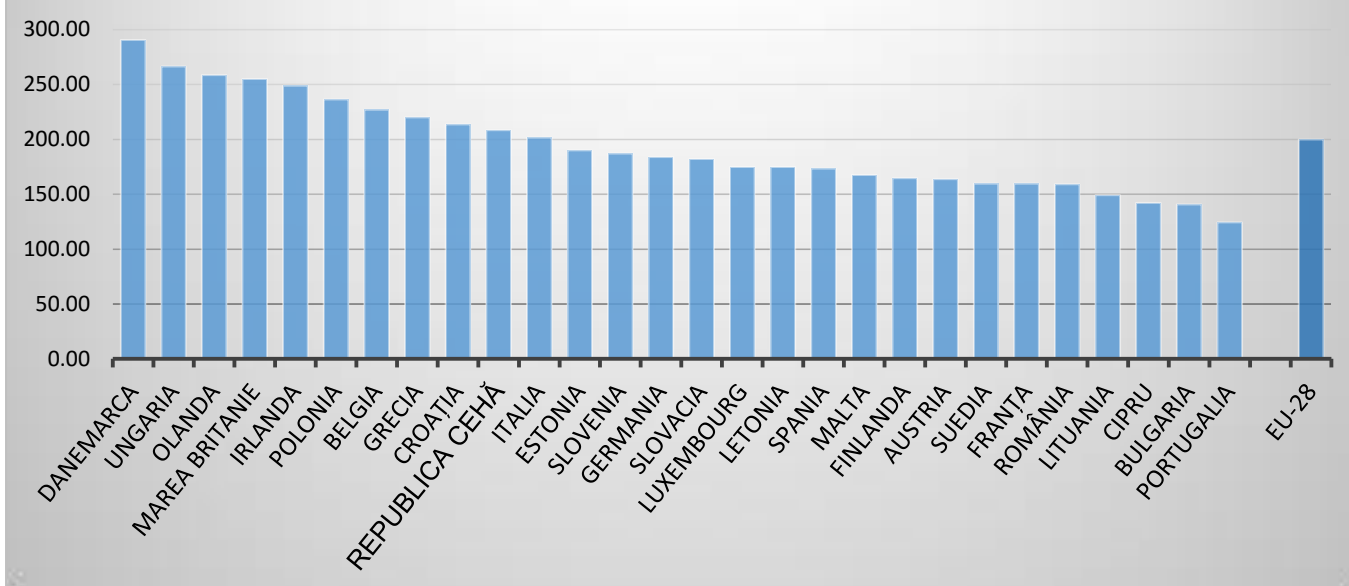


La nivel European pentru persoanele cu vârsta de 65 ani și peste, **cancerul pulmonar** este cel mai comun tip de cancer, atât în ceea ce privește incidența, cât și mortalitatea pe care o cauzează. În 2013 au fost înregistrate cele mai ridicate rate de decese provocate de cancerul pulmonar în Danemarca (290 la 100.000 de locuitori), Ungaria (266 la 100.000 de locuitori), Olanda (258 la 100.000 de locuitori), Marea Britanie (255 la 100.000 de locuitori), Irlanda (248 la 100.000 de locuitori), iar cele mai mici în Portugalia (124 la 100.000 de locuitori), Bulgaria (140 la 100.000 de locuitori), Cipru (142 la 100.000 de locuitori), Lituania (149 la 100.000 de locuitori), România (159 la 100.000 de locuitori).

Figura nr. 11

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -

Rata standardizată de mortalitate a persoanelor vârstnice prin cancer pulmonar

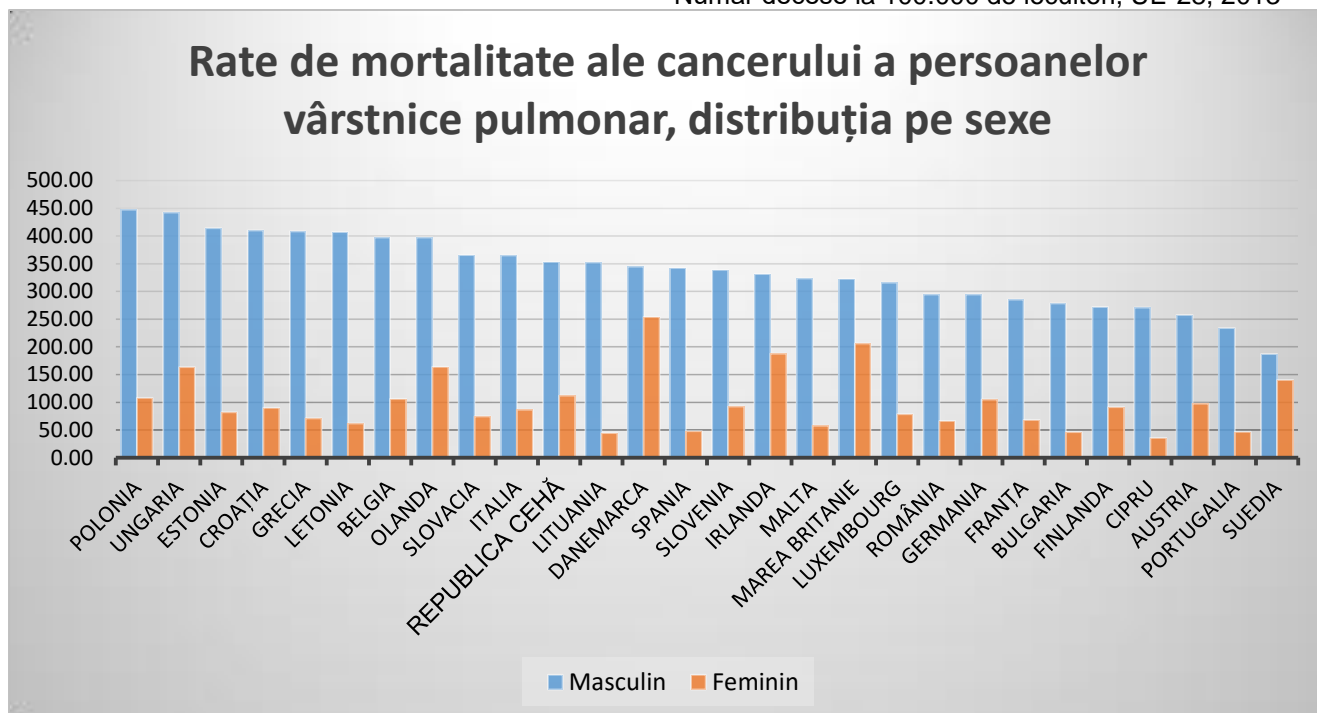


Dacă analizăm distribuția pe sexe a deceselor cauzate de cancerul pulmonar (Figura 12) observăm că ratele mortalității cauzate de cancerul pulmonar la bărbați sunt sensibil mai mari decât cele de la femei.

Polonia, Ungaria, Estonia, Croația, Grecia, Letonia, Belgia și Olanda s-au aflat pe primele locuri la cele mai ridicate rate ale mortalității cauzată de cancerul pulmonar în rândul persoanele vârstnice de sex masculin. Cele mai puține decese din cauza cancerului pulmonar le-au înregistrat persoanele vârstnice de sex masculin din Suedia, Portugalia, Austria și Cipru.

Figura nr. 12

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



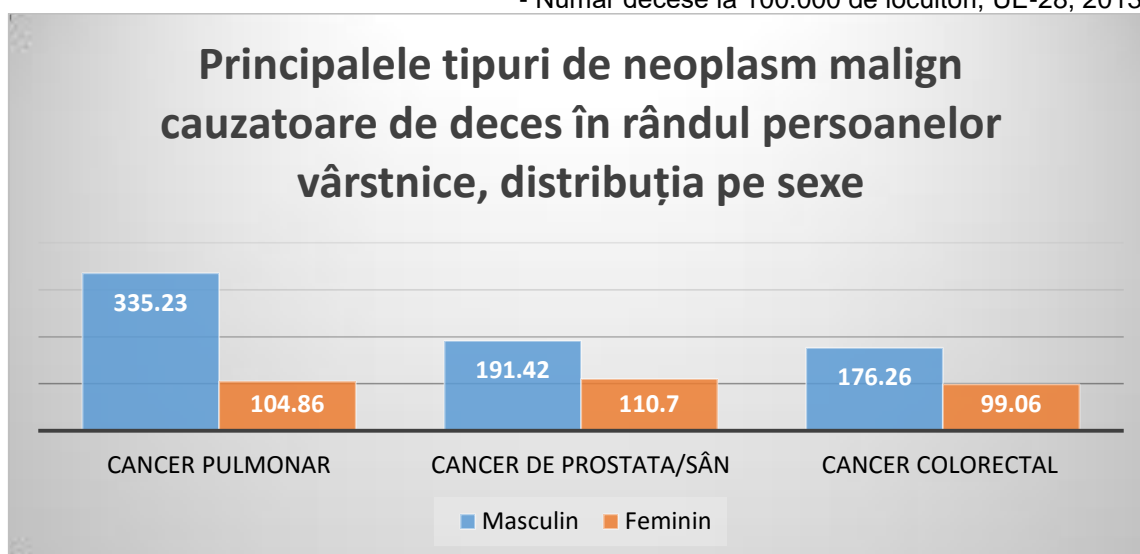
Danemarca a înregistrat în cadrul populației vârstnice de sex feminin cea mai ridicată rată standardizată a mortalității cauzată de cancerul pulmonar dintre statele membre ale UE în 2013 (253,78), fiind urmată de Marea Britanie (205,85), Irlanda (187,69), Olanda (163,75), Ungaria (163,17). La polul opus, cu cele mai mici rate ale mortalității cancerului pulmonar s-au aflat Cipru (35,77), Lituania (44,1), Bulgaria (45,91), Portugalia (46,87) și Spania (47,72).

Din graficul prezentat se poate observa în raport cu *rata mortalității la bărbați, persoanele vârstnice de sex feminin par a fi mai puțin afectate de această neoplazie, probabil datorită prevalenței mai scăzute a fumatului la acestea*. În timp ce decesele cauzate de cancer pulmonar ating cea mai persoanele vârstnice de sex masculin

Cea mai ridicată rată standardizată a mortalității pentru cancerul de plămân la bărbați a fost de 447,12 raportată în Suedia, iar la femeile vârstnice a fost aproape de 2 ori mai mică (253,78 în Danemarca). Ceea ce demonstrează că din toate tipurile de neoplasme cancerul pulmonar rămâne una din principalele cauze de mortalitate în special la persoanele vârstnice de sex masculin.

Figura nr. 13

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -

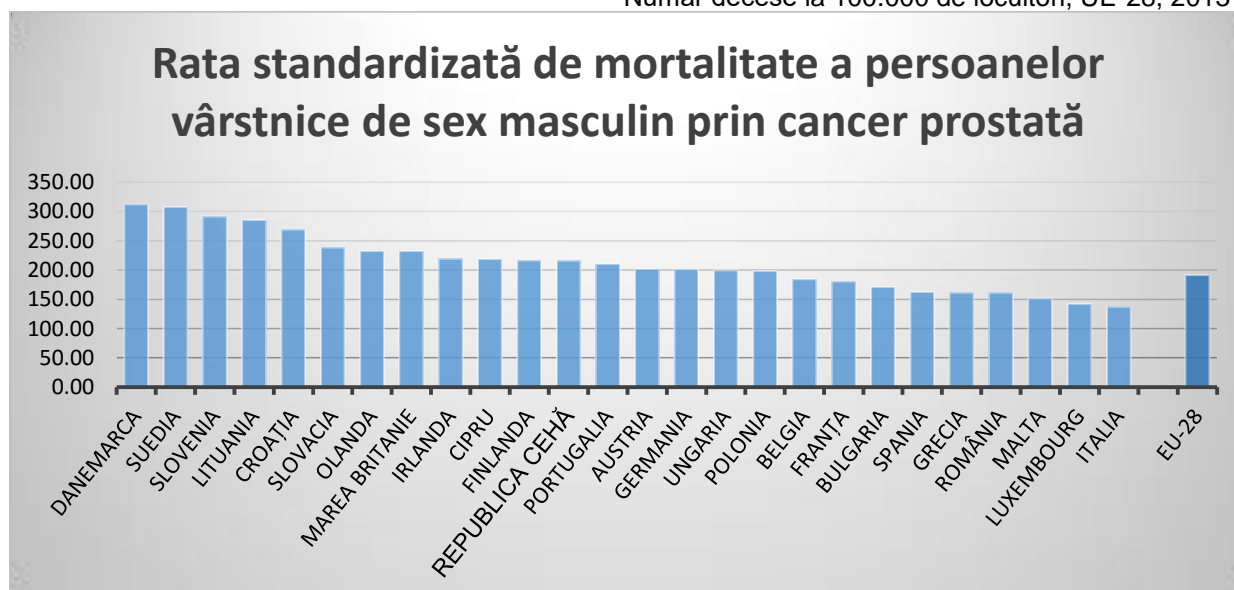


Astfel dacă la bărbați pe primul loc în ceea ce privește rata de mortalitate prin această afecțiune se situează cancerul pulmonar, urmat de cel la prostată și cel colorectal, la femeile vârstnice prima cauză de deces prin tumorile maligne este cancerul mamar, urmat ca frecvență de tumorile maligne pulmonare și cele colorectale (Figura nr. 13).

Cancerul de prostată afectează în special bărbați în vârstă, patru din cinci cazuri fiind diagnosticate la bărbații de peste 65 de ani. La nivelul UE-28, în anul 2013, se înregistra în rândul persoanelor vârstnice de sex masculin o rată de mortalitate a acestei afecțiuni de 191,42.

Figura nr. 14

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -

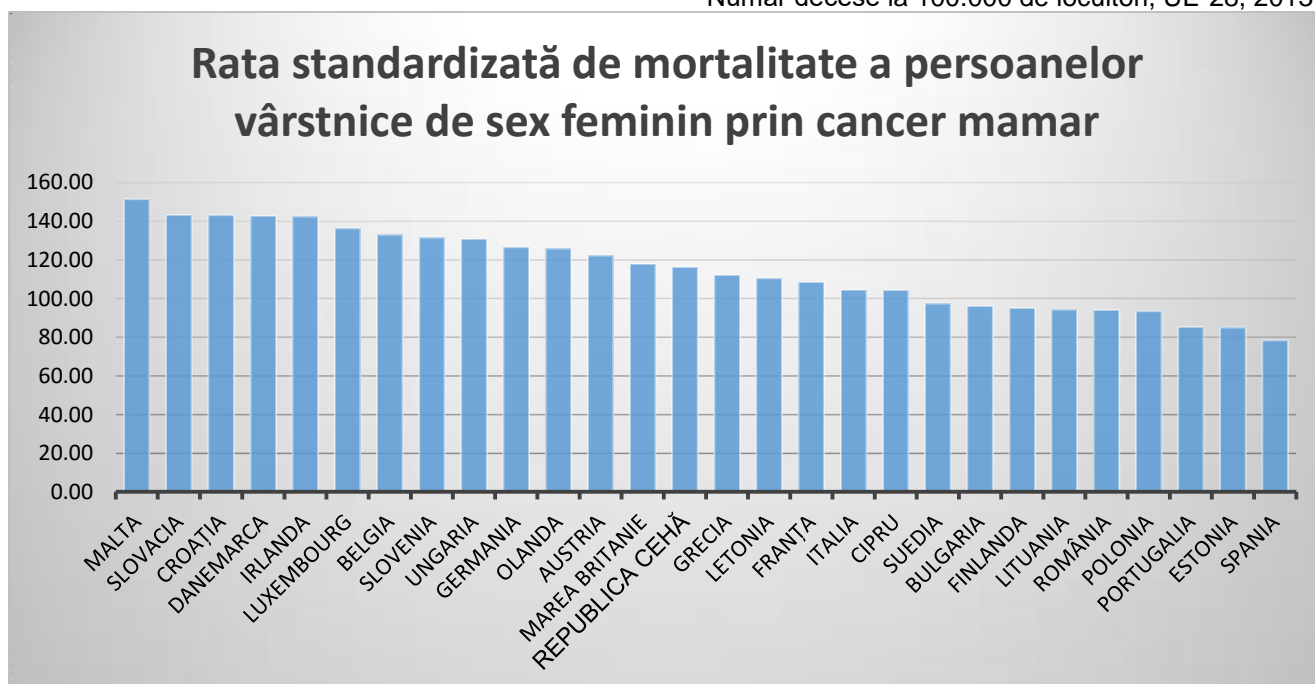


Estonia a înregistrat cea mai ridicată rată standardizată a mortalității cauzate de cancerul de prostată (331 decese la 100.000 de persoane), fiind urmată de Letonia (330 decese la 100.000 de persoane), Danemarca (312 decese la 100.000 de persoane) și Suedia (308 decese la 100.000 de persoane). La polul opus, Italia a avut cea mai mică rată a mortalității (137.03), după ea clasându-se Luxembourg (142.1), Malta (151.23), România (161.28) și Grecia (161.46). Aceste date confirmă prevalența cancerului de prostată, una din cele mai frecvente neoplazii în țările cu speranță de viață crescută, riscul crescând progresiv cu vârsta.

Cancerul de prostată se dezvoltă exclusiv la bărbați, dar cancerul de sân poate să apară atât la femei, cât și la bărbați. Însă datele din figura nr. 15 se referă doar la femei pentru că incidența acestei afecțiuni la bărbați este foarte mică.

Figura nr. 15

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



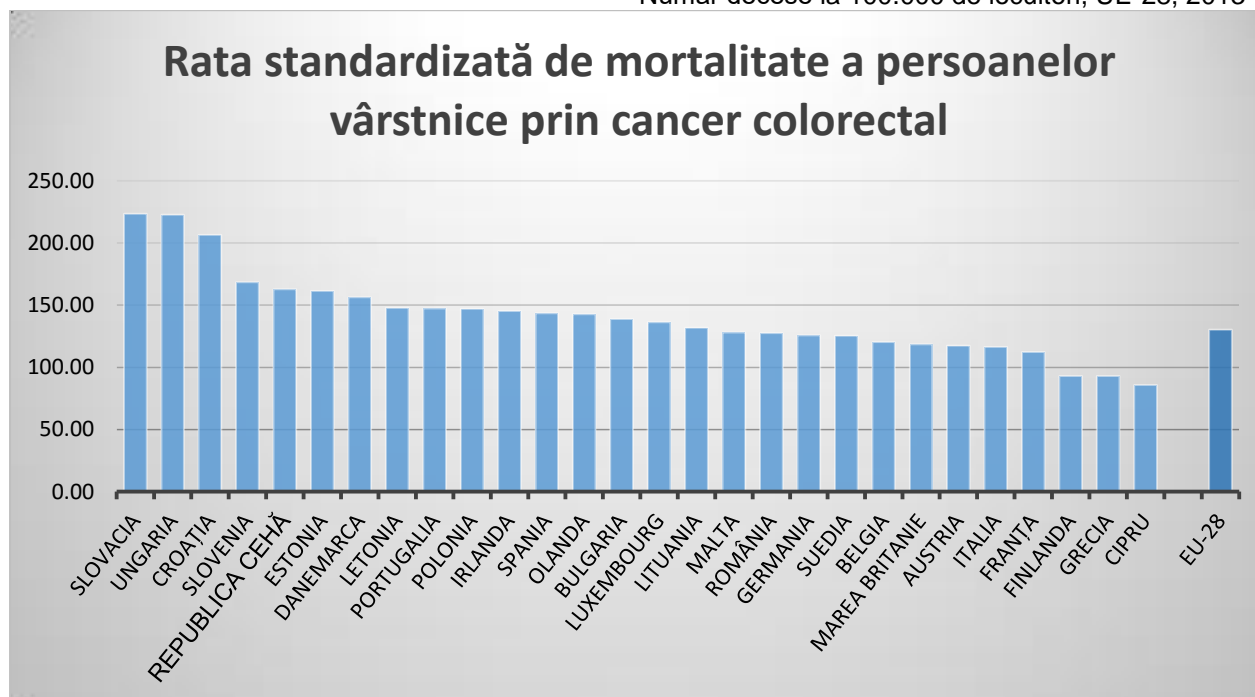
Mortalitatea prin cancer mamar era mai ridicată în Malta, Slovacia, Croația, Danemarca și Irlanda, înregistrând în rândul persoanelor vârstnice de sex feminin o rată mai mare de 140 decese la 100.000 de persoane /an.

Cele mai puține decese (cu o rată de sub 100 decese la 100.000 de persoane/an) din cauza cancerului mamar le-au înregistrat persoanele vârstnice de sex feminin din Spania, Estonia, Portugalia, Polonia, România, Lituania, Finlanda, Bulgaria și Suedia.

Cancerul colorectal afectează intestinul gros și este al treilea tip de cancer ca frecvență atât la bărbați, cât și la femei, cu o medie de 130 de decese la 100.000 de locuitori în 2013 la nivelul UE-28.

Figura nr. 16

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



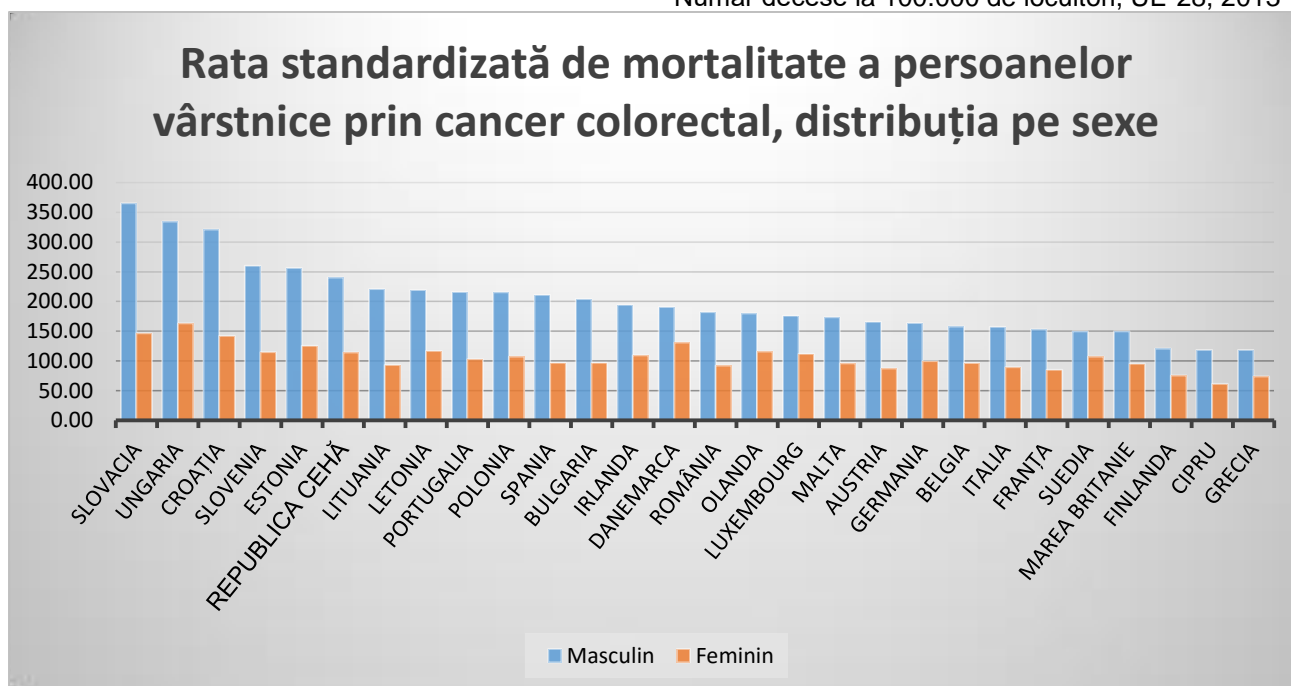
În Slovacia au fost înregistrate cele mai ridicate rate standardizate ale mortalității cauzate de cancerul colorectal (223 decese la 100.000 de persoane), urmată de Ungaria (222 decese la 100.000 de persoane) și Croația (206 decese la 100.000 de persoane). În schimb cele mai mici rate, sub 100 de decese la 100.000 de locuitori, au fost raportate de Cipru (85 decese la 100.000 de persoane), Grecia (92 decese la 100.000 de persoane), Finlanda (93 decese la 100.000 de persoane).

Ca și în cazul celorlalte tipuri de cancer, cel colorectal provoacă cele mai multe decese în rândul persoanelor vârstnice de sex masculin (figura 17). În rândul bărbaților cea mai mare rată de mortalitate a fost înregistrată în Slovacia (365,06) în timp ce valoarea cea mai ridicată pentru femei a fost de 163,11 (Ungaria), urmată de Slovacia (146,23).

Cele mai mici rate, atât pentru persoanele vârstnice de sex masculin cât și feminin au fost înregistrate în Grecia (masculin /feminin: 118 /73 decese la 100.000 de persoane) și Cipru (masculin /feminin: 118 /61 decese la 100.000 de persoane).

Figura nr. 17

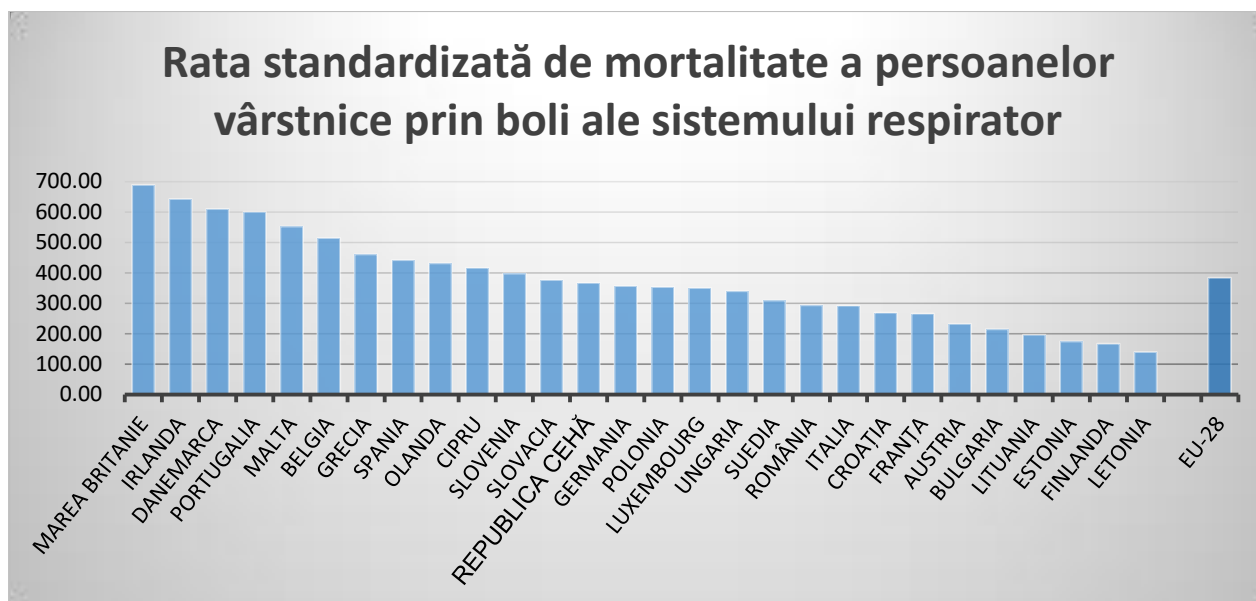
- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



După bolile circulatorii și cancer, **bolile respiratorii** au fost pe locul trei între cele mai răspândite cauze de deces în UE-28, cu o medie de 384 de decese la 100.000 de locuitori în 2013. În cadrul acestui grup de boli, bolile cronice ale căilor respiratorii inferioare au reprezentat cea mai răspândită cauză de deces, fiind urmate de pneumonie. Bolile respiratorii sunt legate de vârstă, marea majoritate a deceselor provocate de aceste boli înregistrându-se la persoane cu vârsta de cel puțin 65 de ani.

Figura nr. 18

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



Cele mai ridicate rate standardizate ale mortalității cauzate de bolile respiratorii în statele membre ale UE au fost înregistrate în Marea Britanie (689 la 100.000 de locuitori), Irlanda (643 la 100.000 de locuitori), Danemarca (610 la 100.000 de locuitori) și Portugalia (601 la 100.000 de locuitori).

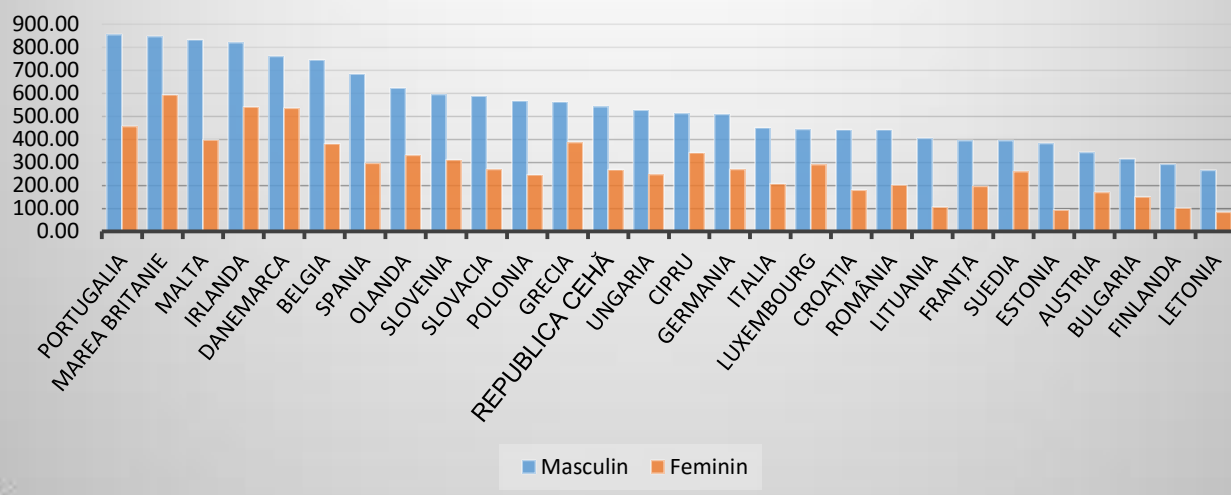
Rata mortalității în cazul bolilor respiratorii este cea mai scăzută în Letonia (139 la 100.000 de locuitori), Finlanda (167 la 100.000 de locuitori), Estonia (174 la 100.000 de locuitori) și Lituania (196 la 100.000 de locuitori).

În ceea ce privește mortalitatea din cauza bolilor respiratorii persoanele vârstnice de sex masculin continua să rămână fruntașe, precum și în cazul celorlalte cauze de deces, femeile înregistrând rate standardizate ale mortalității mult mai mici.

Figura nr. 19

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -

Rata standardizată de mortalitate a persoanelor vârstnice prin boli ale sistemului respirator, distribuția pe sexe



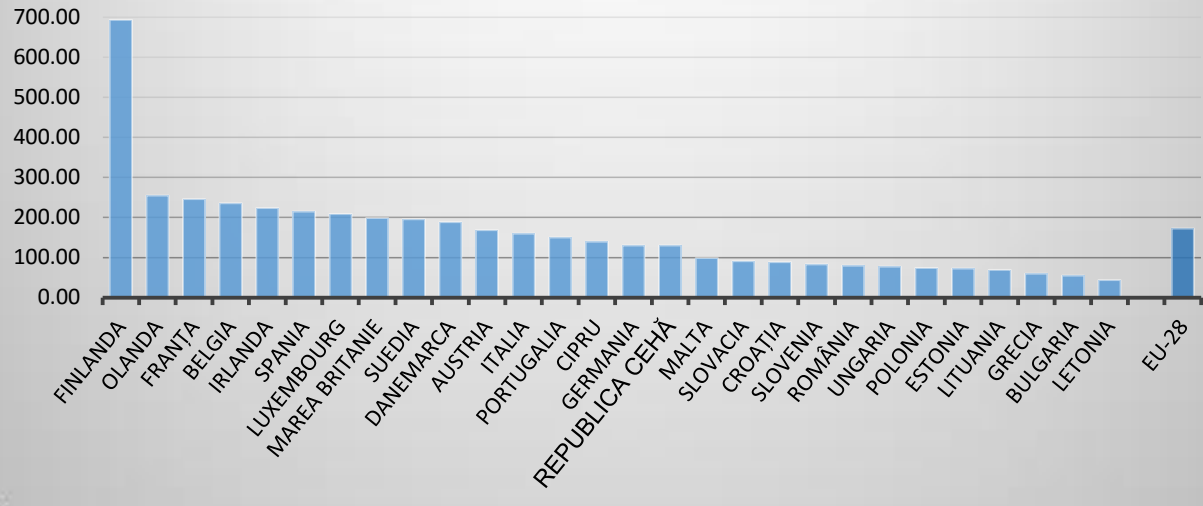
Cele mai multe decese cauzate de bolile respiratorii la persoanele de sex masculin s-au înregistrat în Portugalia (857 la 100.000 de locuitori), Marea Britanie (847 la 100.000 de locuitori), Malta (833 la 100.000 de locuitori) și Irlanda (821 la 100.000 de locuitori). Iar în Letonia (266 la 100.000 de locuitori), Finlanda (292 la 100.000 de locuitori) și Bulgaria (316 la 100.000 de locuitori) au decedat din cauza aceste afecțiuni cele mai puține persoane vârstnice de sex masculin.

Bolile respiratorii au cauzat cele mai multe decese la populația vârstnică de sex feminin în țări precum Marea Britanie (593 la 100.000 de locuitori), Irlanda (541 la 100.000 de locuitori), Danemarca (535 la 100.000 de locuitori), iar cele mai puține în Letonia (84 la 100.000 de locuitori), Estonia (93 la 100.000 de locuitori) și Finlanda (102 la 100.000 de locuitori).

Figura nr. 20

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -

Rata standardizată de mortalitate a persoanelor vârstnice prin boli ale sistemul nervos și ale organele de simț

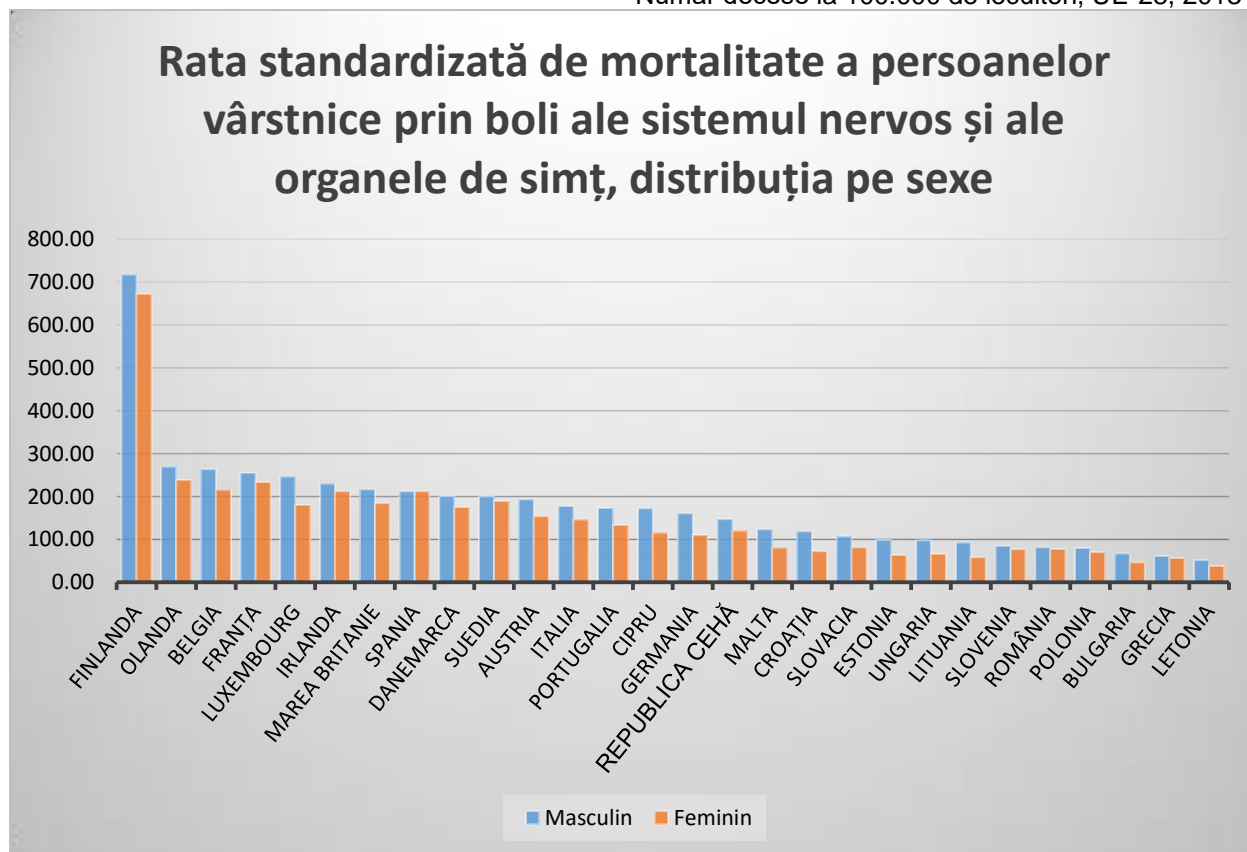


Ratele standardizate ale mortalității pentru **bolile sistemului nervos** au crescut în ultimii ani. În 2013, rata globală pentru UE-28 era de 172 de decese la 100.000 de locuitori. Finlanda a înregistrat de departe cea mai ridicată rată în rândul statelor membre ale UE pentru bolile sistemului nervos, deoarece rata sa de 694 de decese la 100.000 de locuitori a fost mai mult decât dublă în raport cu rata imediat următoare, care era de 254 la 100.000 de locuitori în Olanda. Cea mai mică rată a mortalității fost înregistrată în Letonia, de numai 43 de decese la 100.000 de locuitori.

În ceea ce privește distribuția pe sexe a deceselor cauzate de bolile sistemului nervos și ale organelor de simț, se evidențiază faptul că nu există diferențe mari între cele mai mari sau mai mici rate de mortalitate. Ca și în populația generală, tot în Finlanda s-a înregistrat cea mai mare rată de mortalitate și anume 717 la 100.000 de locuitori în cazul persoanelor vârstnice de sex masculin, respectiv de 672 la 100.000 de locuitori pentru cele de sex feminin. La polul opus se află Letonia cu o rată de mortalitate de 51,81 la bărbați și 38,59 la femei.

Figura nr. 21

- Număr decese la 100.000 de locuitori, UE-28, 2013 -



Concluzii

*Din datele prezentate mai sus se pot desprinde următoarele **concluzii**:*

- pentru persoanele cu vârsta de 65 ani și peste bolile sistemului circulator au fost în anul 2013, de departe, principalele cauze de deces în UE-28. Pe locul doi și trei s-au aflat cancerul și bolile respiratorii;
- pentru persoanele cu vârsta mai mică de 65 de ani cancerul a fost cea mai frecventă cauză de deces;
- Bulgaria, România și Letonia au înregistrat cele mai mari rate ale mortalității cauzate de bolile sistemului circulator. Nu considerăm a fi o întâmplare faptul că primele două locuri sunt ocupate de cele mai sărace țări din UE;
- cea mai ridicată valoare a mortalității cauzate de cancer s-a înregistrat în Croația (1255,7) și cea mai scăzută în Cipru (821,46). Diferența destul de mică între acestea demonstrează faptul că neoplasmul este o boală cu o răspândire geografică rapidă;
- la nivel European pentru persoanele cu vârsta de 65 ani și peste, cancerul pulmonar este cel mai comun tip de cancer, atât în ceea ce privește incidența, cât și mortalitatea. Acesta afectează mai mult persoanele vârstnice de sex masculin decât pe cele de sex feminin;
- la bărbați pe primul loc în ceea ce privește rata de mortalitate prin cancer se situează cel pulmonar, urmat de cel la prostată și cel colorectal;
- la femeile vârstnice prima cauză de deces prin tumorile maligne este cancerul mamar, urmat ca frecvență de tumorile maligne pulmonare și cele colorectale;
- cele mai ridicate rate standardizate ale mortalității cauzate de bolile respiratorii în statele membre ale UE au fost înregistrate în Marea Britanie, Irlanda, Danemarca și Portugalia. Astfel observăm că toate aceste state au o climă temperată ceea ce ar putea explica incidența și mortalitatea crescută a bolilor respiratorii în această zonă;
- cu excepția cancerului mamar, în 2013 ratele standardizate ale mortalității în UE-28 au fost mai ridicate în rândul bărbaților decât în rândul femeilor pentru toate cauzele principale de deces;

- Finlanda avea, de departe, cea mai ridicată rată standardizată a mortalității pentru bolile sistemului nervos. Aceasta a înregistrat 694 de decese la 100.000 de locuitori, mai mult decât dublă în raport cu rata imediat următoare de 254 la 100.000 de locuitori în Olanda.

Propuneri

Dezvoltarea sistemelor naționale de sănătate și îngrijiri, precum și investițiile pentru intervențiile în faza acută, au consolidat câștigurile obținute prin cuplarea antibioticoterapiei avansate cu vaccinarea, cu efecte directe în reducerea accentuată a bolilor transmisibile și o scădere marcată a mortalității în fază acută a diverselor afecțiuni. Consecința nu a fost doar creșterea speranței de viață, ci și o alunecare a prevalenței patologiei către afecțiunile cronice.

Îmbătrânirea populației, pe de o parte, în paralel cu creșterea importantă a prevalenței bolilor netransmisibile, amenință să pună la încercare orice sistem național de sănătate, indiferent cât de bine finanțat ar fi acesta. În plus, raportul prevenție /tratament este pretutindeni net în defavoarea celei dintâi în privința proporției cheltuielilor pentru sănătate, cu toate că a rămas un adevăr universal valabil acela că este mai ieftin să previi decât să tratezi.

În prezent, bolile cronice sunt preponderente în cheltuielile pentru sănătate din Europa și sunt responsabile de 86% din decese. Acestea afectează peste 80% din populația de peste 65 de ani și reprezintă o provocare majoră pentru sistemele de sănătate și sociale. Până la 70–80% din bugetele pentru sănătate din UE (estimativ, 700 de miliarde de euro) sunt consumate de bolile cronice.

Europa trebuie să recunoască valoarea sănătății ca pe o oportunitate și investiție și nu doar ca pe o cheltuială publică.

Sustenabilitatea sistemelor de sănătate și sociale este în pericol. Sunt necesare abordări noi pentru investițiile în sănătate, dincolo de limitarea cheltuielilor, pentru a satisface cererea de servicii sociale și de sănătate, din care o mare parte este în legătură directă cu bolile cronice. Sunt necesare investiții în sănătate – în sisteme sustenabile, în sănătatea populației și în reducerea inechităților din sistem – prin acțiuni bine fundamentate având în vedere rezultatele urmărite. În sprijinul argumentelor de mai sus și pentru îmbunătățirea sistemului de tratare a bolnavilor cronici propunem să se aibă în vedere următoarele măsuri.

❖ **Întărirea voinței politice de răspuns la bolile cronice**

Sunt necesare abordări consistente și coordonate. Activitățile trebuie să aibă obiective precise, tangibile, bazate pe dovezi, care să contribuie la sustenabilitatea pe termen lung a sistemelor de sănătate și sociale.

Politicile de sănătate trebuie cuprinse în abordări intersectoriale (incluzând educația, mediul, tineretul, politicile sociale). O strategie eficientă are nevoie de susținerea societății în ansamblul său.

Trebuie asigurată implicarea largă a societății civile în dezvoltarea și implementarea politicilor de sănătate și sociale.

Prevenția este esențială. Trebuie întărite acțiunile eficiente împotriva factorilor majori de risc. În acest sens este necesară implementarea corectă a Directivei pentru controlul tutunului și a tuturor prevederilor Convenției-cadru pentru controlul tutunului. Este de asemenea nevoie de măsuri hotărâte pentru a reduce efectele nocive ale consumului de alcool, în special prin activități care să combată consumul acestor produse sub vârsta legală. În ceea ce privește nutriția și activitatea fizică, trebuie găsite soluții pentru malnutriția vârstnicilor și pentru promovarea unor medii de viață sănătoase (de exemplu, prin motivarea autorităților locale să implementeze planuri de măsuri menite să maximizeze activitatea fizică).

❖ **Adaptarea și regândirea sistemele de îngrijiri pentru bolnavii cronici**

Societățile îmbătrânite care se confruntă cu o expansiune a bolilor cronice au nevoie de sisteme de sănătate și sociale moderne și flexibile. Sunt necesare mai multe investiții și inovații pentru a adapta și regândi sistemele de îngrijiri, în special printr-o mai bună integrare a serviciilor și asigurarea continuității îngrijirii.

Acțiunile ar trebui să abordeze dimensiunile sanitară, socială și de echitate pentru bolile cronice, care afectează adesea populația vârstnică, cea mai vulnerabilă.

Prioritar, măsurile de sănătate publică ar trebui să se concentreze asupra bolilor cronice cu impactul cel mai mare pe sistemele de sănătate și social, dar și asupra modului în care diverse afecțiuni se intercondiționează (multimorbiditate, legătura dintre sănătatea fizică și cea mentală). Un model de urmat este cel al cooperării în domeniul cancerului.

❖ **Utilizarea eficientă a resurselor financiare disponibile**

Prevenția modernă, cu obiective clare și eficiente este esențială. Trebuie abordat dezechilibrul dintre cheltuielile pentru prevenție și cele pentru tratament. Măsurile preventive și de combatere a factorilor de risc ar trebui să dea prioritate populației vulnerabile și grupurilor aflate la cel mai mare risc. Școlile și locurile de muncă sunt foarte importante pentru prevenție. Trebuie asigurat accesul la opțiuni de prevenție și tratament, medicale și nemedicale, în special la intervenții precoce și, acolo unde este cazul, la programe de screening.

Pot fi oferite stimulente, care să declanșeze schimbări ale comportamentului și ale stilului de viață. Pentru a aborda optim comportamentele, atitudinile și adicțiile, trebuie utilizate cât mai bine cunoștințele existente privind comportamentul și neuroștiințele.

Finanțarea eficientă este vitală. Programele naționale și europene ar trebui să declanșeze sprijinul sustenabil pentru implementarea și dezvoltarea de politici, pentru cercetare și dezvoltare în domeniul bolilor cronice. Ar trebui, în acest sens, îmbunătățită utilizarea fondurilor europene structurale și de cercetare. Investițiile în sănătate ar trebui să se concentreze asupra obținerii de rezultate mai bune pentru sănătate și a unei stări de sănătate îmbunătățite a populației, dar și asupra inovației.

Este crucială integrarea obiectivelor de sănătate în alte politici. Măsurile de sănătate, sociale, de muncă, de mediu și de cercetare trebuie să fie concertate. Oamenii cu boli cronice au nevoie de sprijin pentru a se reintegra pe piața muncii, iar operatorii economici joacă un rol primar în acest sens.

Trebuie utilizate la maximum soluțiile e-health, m-health și alte inovații IT pentru îngrijirea extraspitalicească, plecând de la experiența unor inițiative ca Parteneriatul european de inovație pentru îmbătrânirea sănătoasă sau Planul de acțiune e-health 2012–2020.

❖ **Stimularea cercetării în domeniul managementului bolilor cronice**

Trebuie întărite eforturile de cercetare și dezvoltare de noi medicamente, tehnologii, terapii și metode de prevenție pentru toate bolile transmisibile și netransmisibile importante.

Noile tehnologii permit colectarea, analizarea și utilizarea unor cantități mari de date. Date mai bune privind aspecte medicale, economice și sociale ale principalelor boli cronice ar trebui să fie colectate, analizate și utilizate pentru dezvoltarea de politici eficiente bazate pe dovezi. Utilizarea principalilor indicatori

europeni de sănătate poate furniza instrumentele necesare unei analize comparate, în Europa, a stării de sănătate și a determinantilor acesteia.

Trebuie stimulată evaluarea și diseminarea eficientă a informației pentru prevenția și managementul bolilor cronice.

Se impune de asemenea dezvoltarea unei strategii comprehensive de răspuns la schimbările demografice și îmbătrânirea populației, prin luarea de măsuri concertate în sănătate, muncă, mediu și protecția consumatorilor, sprijinind specific transferul și scalarea practicilor inovatoare în domeniul îmbătrânirii sănătoase și active, ținând cont de specificul regional și național.

❖ **Întărirea rolului și implicării cetățenilor, pacienților și sistemelor sanitar și social în dezvoltarea și implementarea politicilor**

Trebuie promovată importanța cetățenilor și a pacienților pentru a permite populației să își asume responsabilitatea pentru sănătatea proprie.

Măsurile se vor concentra asupra mecanismelor de promovare a inițiativelor cetățenești, prin intermediul social, media și al rețelelor, asupra dezvoltării unor modele inovatoare de promovare a sănătății și de prevenție, domeniu în care soluțiile mobile furnizează noi oportunități.

Pacienții au nevoie de ajutor și de sprijin în managementul propriei boli, pentru a duce o viață activă în toate fazele bolii. De aceea trebuie promovată participarea pacienților și a organizațiilor acestora în dezvoltarea politicilor de sănătate.

În cazul persoanelor care se confruntă cu diverse boli cronice întâlnim nu doar durerea fizică ci și "durerea emoțională, psihologică" legată de pierderile suferite (sănătate, loc de muncă și implicit veniturile, status socio-profesional). Bolile cronice cauzează stres și pot conduce la depresie și chiar abuz de alcool sau droguri.

Sprijinul social este privit pe bună dreptate ca fiind deosebit de important în revenirea și depășirea stărilor dureroase provocate de bolile cronice. Acesta reprezintă un răspuns și o oportunitate de reconectare la ceilalți, înseamnă oportunitatea de a identifica și exprima sentimente.

Suportul social sau în caz nefericit lipsa acestuia, reprezintă o variabilă importantă în procesul de adaptare al supraviețuitorilor la pierderile multiple cauzate de bolile cronice.

❖ Organizarea unor grupuri de suport

În sprijinul alinării și menținerii unui echilibru psihosocial al persoanelor cu boli cronice se pot constitui grupurile de suport, atât de necesare celor care sunt diagnosticați.

Obiectivul grupurilor de suport trebuie să fie acela de a dezvolta un mediu sigur unde beneficiarii să își poată împărtăși experiența proprie, dificultățile și problemele întâmpinate dar și modalități de soluționare a acestora. La întâlnirile grupului de suport va trebui să fie invitați și diverși specialiști precum: asistenți sociali, medici, juriști, psihologi și psihoterapeuți.

În aceste circumstanțe, dincolo de toate bunele practici, de sfaturile și de dovezile care ne vin din sănătatea publică, este nevoie de voință politică pentru a urma cele mai bune acțiuni posibile, cu scopul de a asigura sănătatea populației și de a preveni situația în care sistemul de sănătate s-ar putea prăbuși sub presiunea tot mai mare a cheltuielilor pentru bolile cronice.

Astfel doar lucrând împreună — instituțiile statului și societatea civilă — se pot schimba lucrurile în bine dând vârstnicilor din societatea noastră șansa unei vieți normale prin asigurarea unor servicii de calitate adaptate nevoilor acestora.

Bibliografie

- Buzducea D., Asistența persoanelor cu boli cronice. Suport de curs - Specializarea Asistență Socială, București, 2008;
- Bogdan C., Bolile cronice ale bătrâneții și bolile terminale. Note de curs, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, București, 2009;
- Eurostat, Statistici privind cauzele deceselor (hlth_cd_asdr2);
- Rădulescu S., Sociologia sănătății și a bolii, Nemira 2002;
- Restian A., Prevenirea complicațiilor bolilor cronice, în Revista Practica medicală – Vol. VIII, nr. 3(31), 2013, p. 121-132;
- Rotariu T., Demografia și Sociologia populației, Iași, 2003, p.53-173;
- Sora V., Demografie și statistică socială, București, 1996, p.157-200, 212-266;
- <http://www.cswe.org> - Chronic Illness and Aging;
- <http://ec.europa.eu/health/>
- <https://ro.wikipedia.org/>
- www.who.int/