

AFEȚIUNILE ONCOLOGICE FEMININE ÎN ROMÂNIA



Coaliția pentru
SĂNĂTATEA FEMEII



Educație. Prevenție. Viață.



AFECTIUNILE ONCOLOGICE FEMININE ÎN ROMÂNIA

Studiu realizat de **ISRA Center**, pentru
Coaliția pentru Sănătatea Femeii și Roche România

BUCUREȘTI 2016

CUPRINS

Glosar

Rezumat

Introducere

Capitolul 1. Date statistice comparative: România versus Uniunea Europeană

Capitolul 2. Prevenție și screening

2.1 Screening pentru cancerul de sân

2.2 Screening pentru cancerul de col uterin; Vaccinarea anti-HPV

2.3 Screening pentru cancerul ovarian

Capitolul 3. Managementul cancerelor feminine în România

3.1 Facilități de tratament

3.1.1 Spitale și clinici cu competențe în oncologie.

3.1.2 Aparatură medicală de investigație și tratament.

3.1.3 Personal medical disponibil.

3.2 Opțiunile de tratament și accesul la acesta

Capitolul 4. Perspectiva medicilor implicați în procesul de screening al cancerelor feminine

4.2 Premisele și metodologia cercetării

4.2 Concluzii din studiul calitativ – medici de familie și ginecologi

4.2.1 Atitudini față de screening. Investigații recomandate. Circuitul pacientelor.

4.2.2 Comunicarea cu pacientele și colaborarea interdisciplinară.

4.2.3 Condițiile unui program de screening „de succes“.

4.3 Concluzii din studiul cantitativ – medici de familie și ginecologi

4.3.1 Atitudini, cunoștințe și comportamente privind programele și investigațiile de screening.

4.3.2 Provocări și bariere în screening și în managementul cancerelor feminine.

4.3.3 Nevoile pacientelor.

4.4 Concluzii din studiul calitativ – medici radiologi și anatomopatologi

Capitolul 5. Perspectiva femeilor vizate de screening

5.1 Premisele și metodologia cercetării

5.2 Concluzii din studiul calitativ

5.2.1 Definiția stării de sănătate. Atitudini față de prevenție și screening.

5.2.2 Asocieri și nivel de cunoștințe privind investigarea, diagnosticul și tratamentul cancerelor feminine.

5.3 Concluzii din studiul cantitativ

5.3.1 Definiția stării de sănătate. Atitudini și comportamente față de prevenție și screening.

5.3.2 Asocieri și nivel de cunoștințe privind investigarea, diagnosticul și tratamentul cancerelor feminine.

5.3.3 Nivelul de cunoștințe și accesarea programelor de screening existente.

5.3.4 Surse de informare pe teme medicale.

5.4 Corelații statistice pe baza datelor colectate la centrele de investigații și diagnostic Renașterea.

Capitolul 6. Perspectiva pacientelor, vindecate sau în tratament, și a aparținătorilor

6.1 Premisele și metodologia cercetării (studiu calitativ)

6.2 Concluziile studiului

6.2.1 Experiența cu cancerul: impactul personal, familial, social.

6.2.2 Circuitul pacientelor prin sistemul medical.

6.2.3 Nevoi încă nesatisfăcute. Direcții pentru viitor.

Concluzii

Referințe

GLOSAR

Incidența (procentuală): numărul de cazuri noi de cancer apărute într-o perioadă dată, raportat la o populație specificată. În acest raport este luată în considerare incidența anuală.

Prevalența (procentuală): numărul de persoane din cadrul unei populații care au fost diagnosticate cu forma respectivă de cancer și care sunt încă în viață la finalul unei perioade date; în cadrul acestui raport, a fost reprezentată prevalența pe 5 ani, adică numărul de persoane care au fost diagnosticate cu cancer în ultimii 5 ani și care sunt încă în viață.

Mortalitatea (procentuală): numărul de decese survenite într-o perioadă dată ca urmare a formei respective de cancer, în cadrul unei populații specificate. În acest raport este luată în considerare mortalitatea anuală.

Rata de supraviețuire anuală: numărul de persoane diagnosticate cu cancer care sunt în viață la un an de la primirea diagnosticului, raportat la numărul total de persoane diagnosticate în acel an. Se calculează împărțind mortalitatea anuală la incidența anuală și scăzând raportul din 100%.

REZUMAT

Prezentul studiu reprezintă o mobilizare amplă de „diagnosticare“ a problemelor existente în sistemul medical din România în legătură cu trei tipuri de cancer care afectează femeile: cancerul de sân, cel de col uterin și cancerul ovarian.

Cercetarea include atât metode calitative, cât și cantitative, pentru a crea o imagine cât mai completă și în același timp detaliată asupra problemei în discuție. Studiul de față include trei categorii de respondenți: medici implicați în procesul de screening, femei sănătoase, ce ar putea participa la programe de screening, respectiv paciente diagnosticate cu unul din cele trei tipuri de cancer și aparținătorii lor. Perspectiva medicilor a fost explorată calitativ, apoi confirmată cantitativ. Aceeași structură de cercetare a fost aplicată și femeilor sănătoase, pentru a putea pune în oglindă cele două perspective. Experiențele pacientelor și aparținătorilor au fost explorate calitativ, prin interviuri în profunzime.

România se clasează pe penultimul loc în Europa în ceea ce privește procentul din populația feminină care a făcut un control al sânilor măcar o dată în viață și

pe ultimul loc când luăm în considerare numărul femeilor care au efectuat măcar o dată în viață un test Babeș-Papanicolau. Efortul de a depista cele trei tipuri de cancer feminine este cu atât mai mare cu cât studiile relevă multiple probleme, care necesită un set specific de soluții.

Pe de o parte, există probleme legate de finanțare insuficientă a sistemului de sănătate. Pe de altă parte, sunt evidențiate și probleme legate de comunicarea defectuoasă sau ineficientă a programelor de prevenție și diagnosticare precoce, existente deja la nivel național. La acestea se adaugă nivelul scăzut de educație a populației feminine, în ceea ce privește acțiunile de prevenție, precum și traseul complicat, lung și ineficient al pacientelor în sistemul medical, accesul dificil la aparatură performantă și lipsa din ce în ce mai acută a personalului medical calificat. De asemenea, lista medicamentelor compensate și gratuite este actualizată într-un ritm extrem de lent, astfel că multe tratamente noi pentru aceste trei tipuri de cancer, deja disponibile în Uniunea Europeană, nu pot fi accesate de pacientele din România.

România se află între ultimele trei țări membre ale Uniunii Europene care nu are încă implementat un program național de screening pentru cancerul de sân. Aceasta, deși cancerul de sân este principala formă de cancer care afectează femeile. Poate și din această cauză, în România cancerul de sân înregistrează rata de supraviețuire cea mai mică comparativ cu media europeană.

În concluzie, este necesară optimizarea financiară a sistemului medical, cu mai multe resurse alocate programelor de prevenție și diagnosticare precoce, prin dezvoltarea și implementarea unui program de screening pentru cancerul mamar, respectiv prin promovarea corectă a programului de screening existent pentru cancerul de col uterin.

Este imperios necesară creșterea nivelului de educație medicală a populației, pentru a stimula prezentarea periodică la medic și efectuarea controalelor periodice. Acest lucru ar permite o scădere a costurilor legate de managementul și tratamentul cancerului de sân, având în vedere că o diagnosticare a bolii în faze incipiente implică costuri mai mici și crește atât șansele de supraviețuire, cât și de revenire a pacientelor în activitate productivă, generatoare de venituri.

INTRODUCERE

Sistemul de sănătate din România are multiple curențe, fapt binecunoscut și îndelung discutat în spațiul public. Dincolo de această constatare însă, există destul de puține date referitoare la problemele specifice cu care se confruntă pacienții, personalul medical, unitățile medicale, autoritățile și populația în general, pe fiecare arie terapeutică în parte. Poate și din acest motiv, soluțiile propuse se lovesc deseori de piedici neprevăzute, generează noi probleme care necesită alte soluții sau pur și simplu nu mai ajung să fie implementate.

Situația principalelor tipuri de cancer care afectează femeile – cancerul de sân, cancerul de col uterin și cancerul ovarian – ilustrează foarte bine efectul unor soluții aplicate unei probleme care nu a fost suficient de bine înțeleasă.

Pentru a putea aduce o contribuție reală și semnificativă de îmbunătățire a modului în care sunt gestionate aceste trei tipuri de cancer în România, Coaliția pentru Sănătatea Femeii a demarat cel mai amplu studiu de „diagnosticare” a problemelor existente în sistemul medical și nu numai.

Pentru a putea construi o imagine de ansamblu a unei probleme, este necesară evaluarea perspectivelor tuturor părților implicate. În acest scop, prezentul studiu a fost structurat în jurul a trei categorii de respondenți: medicii implicați în screening-ul primar (ginecologi și medici de familie, respectiv radiologi și anatomopatologi); femeile vizate de screening, din principala categorie de vârstă (30-45 de ani); paciente diagnosticate cu unul din cele trei tipuri de cancer, respectiv aparținătorii lor.

Studiul a început prin colectarea datelor statistice disponibile pentru România, pentru a înțelege contextul cercetării. Faza următoare s-a concentrat pe medicii de familie și ginecologi, a căror perspectivă a fost explorată întâi calitativ, apoi confirmată calitativ. Aceeași structură de cercetare a fost aplicată și femeilor sănătoase, pentru a putea pune în oglindă cele două perspective.

Pentru confirmarea anumitor concluzii, au fost intervievați medici radiologi și anatomopatologi, implicați în faze de screening mai avansate. În sfârșit, experiențele pacienților și aparținătorilor au fost explorate calitativ, prin interviuri în profunzime.

Studiul a fost realizat prin intermediul unui grant oferit de compania Roche România.

Capitolul 1. DATE STATISTICE COMPARATIVE: ROMÂNIA VERSUS UNIUNEA EUROPEANĂ

Această fază de cercetare a urmărit centralizarea datelor statistice disponibile public pentru România, respectiv media europeană, în ceea ce privește incidența (anuală), prevalența (la 5 ani) și mortalitatea (anuală) a cancerelor ovariene, de col uterin și de sân. De reținut faptul că, în absența unui registru național de pacienți diagnosticați cu cancer, cifrele pentru România sunt estimate pe baza registrelor locale, cum este cel de la Cluj.

Tabel 1.1: Rate de prevalență, incidență și mortalitate pentru cancerele de sân, de col uterin și ovariene în România, comparativ cu media în Uniunea Europeană (2012)¹

	Prevalența anuală (5 ani)		Incidența anuală		Mortalitatea anuală	
	RO	UE	RO	UE	RO	UE
Număr total de persoane diagnosticate	52 410	1 664 000	15 260	439 860	6 170	134 820
Cancer de sân	33 390 (63,7%)	1 443 910 (86,8%)	8 980 (58,8%)	361 600 (82,2%)	3 240 (52,5%)	91 590 (67,9%)
Cancer de col uterin	14 830 (28,3%)	115 280 (6,9%)	4 430 (29%)	33 680 (7,7%)	1 910 (31%)	13 140 (9,7%)
Cancer ovarian	4 190 (8%)	104 810 (6,3%)	1 850 (12,2%)	44 580 (10,1%)	1 020 (16,5%)	30 090 (22,4%)
% din cancerile la femei	55,8%	48%	42,6%	36,5%	31,9%	24%
Cancer de sân	35,6%	41,2%	25,2%	30%	16,7%	16,3%
Cancer de col uterin	15,8%	3,3%	12,2%	2,8%	9,9%	2,3%
Cancer ovarian	4,4%	3%	5,2%	3,7%	5,3%	5,4%
% din populația feminină	0,47%	0,64%	0,14%	0,17%	0,06%	0,05%
Cancer de sân	0,3%	0,56%	0,08%	0,17%	0,03%	0,035%
Cancer de col uterin	0,13%	0,04%	0,04%	0,01%	0,02%	0,005%
Cancer ovarian	0,04%	0,04%	0,02%	0,02%	0,01%	0,01%

¹ Mortalitatea Prin Cancer La Sân În România - 36%. Asociațiile De Pacienți Cer Program De Screening' (Mediafax.ro, 2015) <<http://www.mediafax.ro/stiinta-sanatate/mortalitatea-prin-cancer-la-san-in-romania-36-asociatiile-de-pacienti-cer-program-de-screening-14916174>> accesat 30 Iunie 2016

Pentru cancerul de sân, incidența în România este aproape de 2 ori mai mică, ceea ce poate indica fie că româncele sunt mai puțin expuse la riscul de a dezvolta acest tip de cancer (de exemplu, pentru că ar urma mai puține tratamente de substituție hormonală), fie că ne confruntăm cu sub-diagnosticare. Din păcate, în absența datelor centralizate cu istoricul pacientelor, nu putem decât să speculăm motivele acestor diferențe.

Pe de altă parte, mortalitatea din România nu este de 2 ori mai mică decât media europeană (cum ne-am aștepta dacă mortalitatea s-ar corela cu incidența în același fel), ceea ce susține posibilitatea sub-diagnosticării – româncele sunt diagnosticate mai târziu, când șansele de supraviețuire sunt sensibil mai mici.

Se remarcă diferența majoră în ce privește incidența anuală a cancerului de col uterin în România comparativ cu media europeană: 12,2% din totalul cancerelor la femei versus 2,8%, de peste patru ori mai mare. Cel mai probabil, această diferență se datorează penetrării foarte scăzute a vaccinării anti-HPV în România comparativ cu celelalte țări europene.

Diferența scade în cazul prevalenței la 5 ani – de aproape trei ori mai mare în România – fapt explicabil prin rata mortalității, de patru ori mai mare în România comparativ cu media europeană. Așadar, o mare parte din paciente nu mai sunt în viață la 5 ani după diagnostic.

În ce privește cancerul ovarian, există o diferență notabilă doar în cazul mortalității (de două ori mai mică în România, comparativ cu media europeană), un aspect dificil de explicat. Vom discuta în capitolele următoare despre frecvența scăzută a controalelor medicale de rutină ale româncelor, deci nu avem motive să presupunem că această boală este diagnosticată mai devreme, când șansele de succes ale tratamentelor sunt mai mari.

De asemenea, vom discuta și despre faptul că România este mult în urma altor țări europene în ce privește accesul la terapii noi, inovatoare, precum și în privința timpului de așteptare pentru tratament. Este deci posibil ca această diferență să se datoreze de fapt sub-raportării, cu atât mai mult cu cât nu există registre naționale de pacienți. Așadar, este posibil ca o parte din femeile care mor de cancer ovarian în România să nu fie raportate ca atare.

De remarcat faptul că rata totală a mortalității este mai mare în România, comparativ cu media europeană, în condițiile în care numărul total de cazuri diagnosticate (incidența) este mai mic în România, raportat la dimensiunea populației.

Figura 1.1: Comparație între ratele cumulate de prevalență, incidență și mortalitate pentru cancerul de sân, de col uterin și ovarian, raportate la populația feminină totală în România, respectiv în Uniunea Europeană (2012)

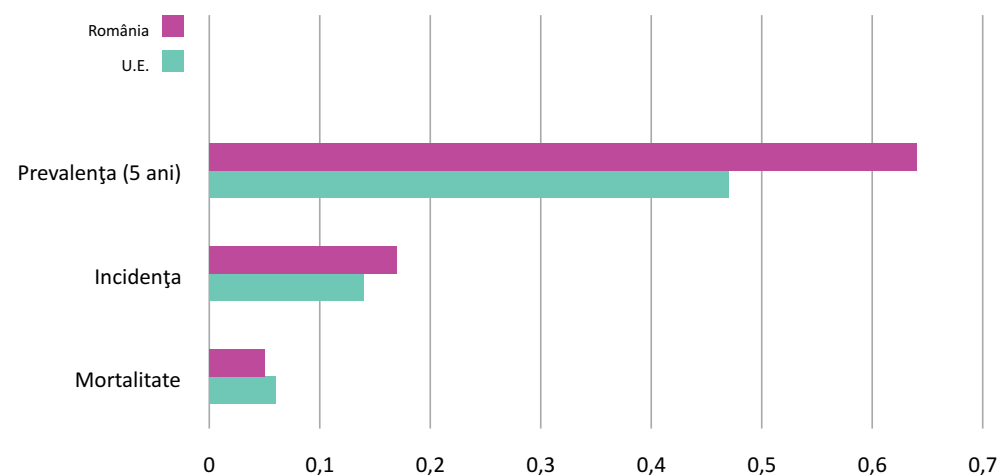
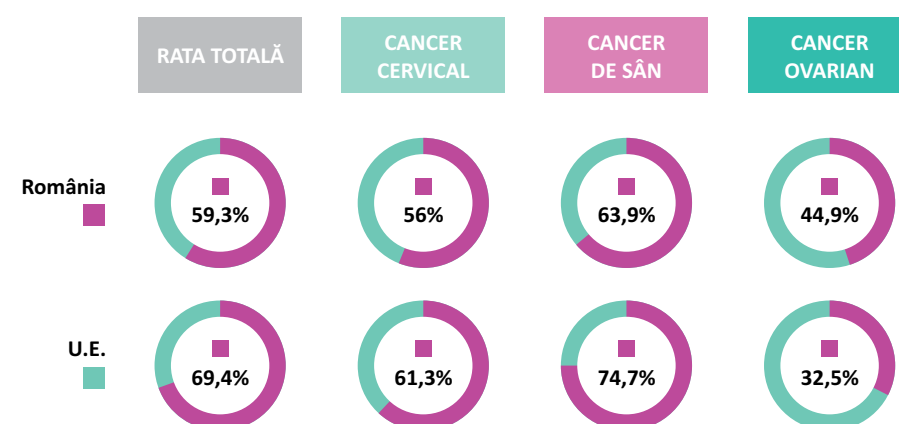


Figura 1.2: Rata de supraviețuire a pacienților cu cancer de sân, de col uterin și ovarian în România, comparativ cu media în Uniunea Europeană (2012)



Sursa: GLOBOCAN 2012

Diferența cea mai mare dintre rata de supraviețuire din România și media europeană apare în cazul cancerului de sân – o consecință a lipsei programelor de screening, a nivelului scăzut de educație (și chiar teamă de investigații), a traseului complicat al pacienților prin sistemul medical, precum și a accesului redus la terapiile noi – așa cum vom vedea în capitolele următoare.

Capitolul 2. PREVENȚIE ȘI SCREENING

Prevenția cancerului implică mai multe stadii. Prevenția primară are scopul de a reduce incidența cancerului eliminând principalii factori de risc, cum sunt fumatul, nutriția și activitatea fizică deficitară. Prevenția secundară are scopul de a reduce mortalitatea cancerului, prin detectarea precoce a acestuia, când șansele de succes ale tratamentelor sunt mari. Cea mai bună metodă de detectare precoce este screening-ul întregii populații.

În 2003, Consiliul Uniunii Europene a adoptat în unanimitate un set de Recomandări pentru screening-ul cancerului, invitând Statele Membre să acționeze pentru implementarea principiilor de bune practici descrise în document, în vederea dezvoltării de programe de screening pentru cancerul de sân, de col uterin și colorectal, responsabile de cele mai multe decese în urma cancerului, la nivel mondial. Pentru a ajuta Statele Membre să implementeze astfel de programe, Comisia Europeană a publicat ghiduri pentru asigurarea calității în screening și diagnosticare pentru cancerul de sân, de col uterin și colorectal³².

2.1 Screening pentru cancerul de sân

Recomandările din Ghidul European pentru asigurarea calității în screening și diagnosticare prevăd efectuarea de mamografii anuale pentru femeile cu vârste cuprinse în intervalul 50-69 de ani².

În prezent, în România nu există un program național de screening pentru cancer la sân. Ministerul Sănătății a anunțat în aprilie 2016 că va depune eforturi pentru remedierea acestei probleme odată cu lansarea Planului Național Multianual Integrat de Control al Cancerului, pentru care se încearcă obținerea de finanțare prin fonduri europene dedicate programelor de screening pentru cancerul de sân. În prima fază, va fi vorba despre un program-pilot, desfășurat în institutele naționale din Iași, București și Cluj³.

Singurele campanii de screening sunt inițiate de organizații de pacienți sau alte organizații non-profit, non-guvernamentale. De exemplu, Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer desfășoară anual, în mediul rural, campania „Nu am făcut destul”, ajunsă în 2016 la a 3-a ediție. În campania din 2015 au fost testate 1.025 de femei din 7 județe, pentru 83,7% dintre ele acesta fiind primul control medical al sânilor pe care l-au făcut vreodată, 88,7% dintre ele nefăcând nici autoexaminarea sânilor

niciodată în viață⁴. 8,5% dintre participante au prezentat suspiciuni de cancer de sân, peste un sfert dintre ele având sub 40 de ani. În campania din 2016 au fost testate 1.129 de femei, rezultatele fiind ușor mai bune față de anul precedent, în ce privește testarea periodică: «doar» 72% dintre femei făceau pentru prima dată în viață un control al sânilor, respectiv «doar» 49,9% nefăcând niciodată autoexaminarea sânilor. De reținut faptul că această campanie de testare nu s-a desfășurat în aceleași zone sau localități ca cea din 2015. Mai multe participante au prezentat însă suspiciuni de cancer la sân în 2016 – 19,7%, 17,1% dintre acestea având sub 40 de ani⁵.

Similar, Fundația Renașterea desfășoară din 2007 un program de screening („Diagnostic mobil”) pentru cancer de sân și cancer de col uterin⁶. Până în acest moment, Unitatea Mobilă de diagnostic a vizitat peste 40 de localități din 21 de județe, unde peste 16.800 de femei cu venituri reduse au beneficiat de investigații medicale gratuite (9.126 de mamografii, 15.980 de teste Babeș-Papanicolau). În cadrul caravanei din 2015, doar 59% dintre femeile testate au fost declarate sănătoase, 38,5% primind recomandare pentru mai multe investigații, respectiv 2,5% primind direct recomandare de consult oncologic.

În 2015, Institutul Oncologic „Ion Chiricuță” a inițiat în Cluj un program pilot de screening pentru cancerul la sân. Obiectivul acestuia este de a consulta 5.000 de femei și de a le oferi mamografii gratuite femeilor din medii sociale defavorizate, desfășurând în același timp un studiu de fezabilitate pentru un program național de screening pentru cancerul de sân. Proiectul, finanțat din fonduri norvegiene, este o extensie a programului CEDICROM, creat pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin în rândul populațiilor defavorizate din zona de nord-vest a țării^{7,8}. Până la 30 decembrie 2016 au fost efectuate toate cele 5.000 de mamografii cu dublă citire cu arbitraj, fiind în desfășurare încă studiul de fezabilitate a unui program național⁹.

România este una din cele doar trei țări din Uniunea Europeană care nu au un program național de screening pentru cancerul de sân, în ciuda faptului că e cel mai frecvent tip de cancer care afectează femeile.

4 Mortalitatea Prin Cancer La Sân În România - 36%. Asociațiile De Pacienți Cer Program De Screening' (Mediafax.ro, 2015) <<http://www.mediafax.ro/stiinta-sanatate/mortalitatea-prin-cancer-la-san-in-romania-36-asociatiile-de-pacienti-cer-program-de-screening-14916174>> accesat 30 Iunie 2016.

5 Raportul Federației Asociațiilor Bolnavilor de Cancer, 2016, campania „Nu am făcut destul” (2008 – prezent) în mediul rural.

6 'Unitatea Mobila | Fundatia Renasterea' (Fundatiarenasterea.ro, 2016) <<http://fundatiarenasterea.ro/unitatea-mobila/>> accesat 4 Septembrie 2016.

7 'Peste 5.000 De Clujence Vor Putea Sa-Si Faca Mamografii Gratuite In Cadrul Unui Program Finantat De Norvegieni' (Ziar de Cluj, 2015) <<http://www.ziardecluj.ro/peste-5000-de-clujence-vor-putea-sa-si-faca-mamografii-gratuite-cadrul-unui-program-finantat-de-norvegieni>> accesat 11 Septembrie 2016.

8 'Screening Gratuit Pentru Depistarea Cancerului La San, La Cluj' (Edumedical.ro, 2015) <<http://www.edumedical.ro/screening-gratuit/>> accesat 16 Septembrie 2016.

9 Rezultate' (Cedicrom.iocn.ro, 2016) <<http://cedicrom.iocn.ro/html/rezultate.html>> accesat 17 Septembrie 2016.

2 (2003) <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>> accesat 17 August 2016.

3 'Fonduri Europene Pentru Un Program De Preventie A Cancerului' (Ziare.com, 2016) <<http://www.ziare.com/social/spital/fonduri-europene-pentru-un-program-de-preventie-a-cancerului-1416760>> accesat 30 August 2016.

Tabel 2.1: Programele de screening pentru cancerul de sân disponibile în țările Uniunii Europene¹⁰

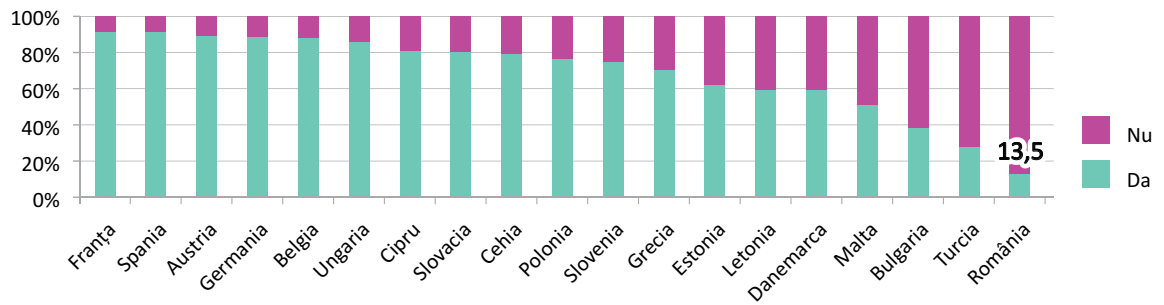
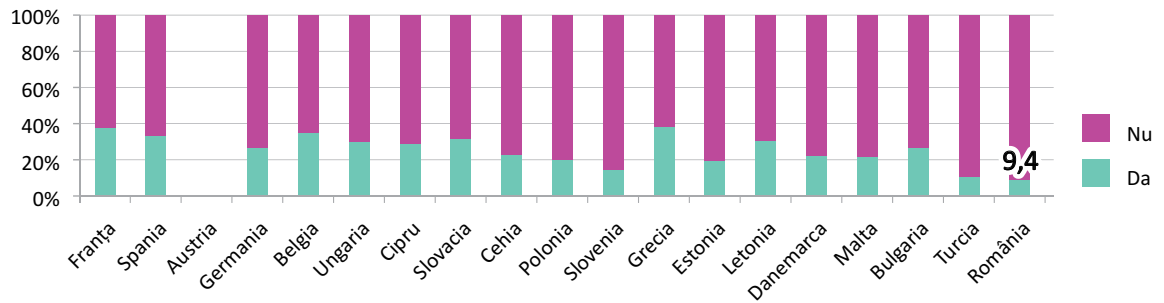
Regiune /Stat	Tip de program și acoperire		Metodă de screening	Interval de screening (ani)	Interval de vârstă	Data de începere	Acoperire națională obținută în
Austria	NR	Național	MA	2	>40	1974	-
	NP	Regional	MD	1/2	40-59/ 60-69	2007	2008
Belgia	NP	Național	MD	2	50-69	2001	-
Bulgaria	NR	Local	MA	-	45-69	2011	-
Cehia	NR	Național	MA MD	2	45-69	2002	2007
Cipru	NP	Național	MD	2	50-69	2003	2006
Croația	NP	Național	MA MD	2	50-69	-	2006
Danemarca	NP	Național	MD	2	50-69	1991	2010
Estonia	NP	Național	MD	2	50-65	2002	2007
Finlanda	NP	Național	MD	2	50-69	1987	1989
Franța	NP	Național	MA MD EC	2	50/74	1989	2004
Germania	NP	Național	MA MD	2	50-69	2005	2009
Grecia	NR	Pilot	MA	1/2	40-50/64	-	-
Irlanda	NP	Național	MD	2	50-64	2000	2008
Italia	NP	Național	MA MD	2	50-69 (74)	1990	2007
Letonia	NP	Național	MA MD	2	50-69	2008	2009
Lituania	NP	Național	MA	2	50-69	2005	-
Luxemburg	NP	Național	MD	2	50-69	1992	1992
Malta	NP	Național	MD	3	50-59	2008	2009
Olanda	NP	Național	MD	2	50-74	1988	1997
Polonia	NP	Național	MD	2	50-69	2006	2007
Portugalia	NP	Național	MD	2	45-69	1990	2005
Regatul Unit	NP	Național	MA MD	3	50-(64) 70	1988	1995
România	NR	Local	MA	(3) (2) 1	40+	-	-
Slovacia	NR	-	-	2	40+	-	-
Slovenia	NP	Național	MD	2	50-69	2008	-
Spania	NP	Național	MA MD	2	(45) 50-69	1990	2009
Suedia	NP	Național	MA MD	(1,5) 2	40 (50)- (69) 74	1986	1996
Ungaria	NP	Național	MA	2	45-65	2002	-

Legenda:

NP = nivelul întregii populații **MD** = mamografie digitală **MA** = mamografie analogică
NR = nivel restrâns (fără acoperire la nivel de populație) **EC** = examinare clinică

¹⁰ E. Altobelli and A. Lattanzi, 'Breast Cancer In European Union: An Update Of Screening Programmes As Of March 2014 (Review)' (2014) <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203333/>> accesat 4 Septembrie 2016.

România se clasează pe ultimul loc în topul european privind procentul din populația feminină care a făcut un control al sânilor (mamografie) măcar o dată în viață – mult în urma Greciei și Slovaciei, celelalte două țări care nu au program național de screening pentru cancerul de sân.

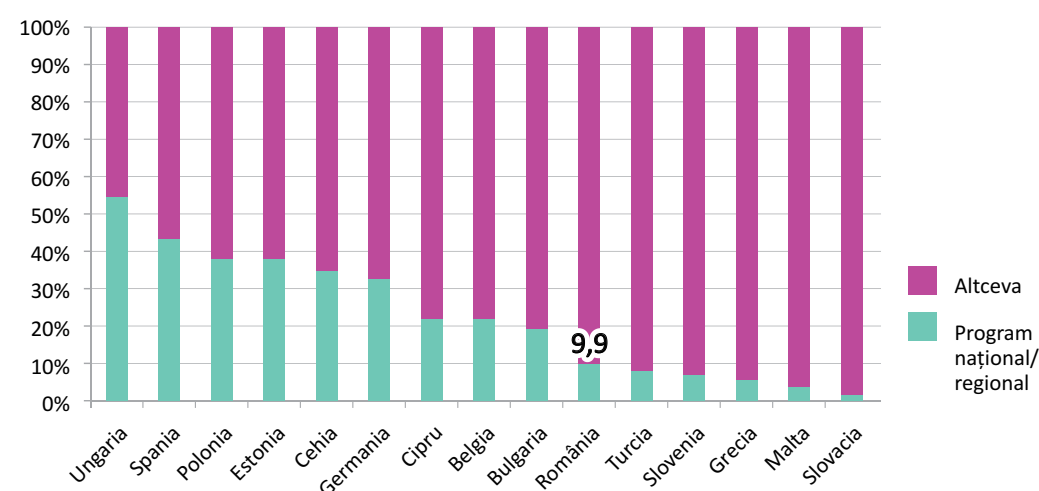
Figura 2.1: Screening cancer de sân (mamografie) cel puțin o dată în viață: femei aflate în intervalul de vârstă 50-69 de ani¹¹**Figura 2.2:** Screening cancer de sân (mamografie) cel puțin o dată în viață: femei sub 50 de ani¹²

Deși absența unui program național de screening explică în mare măsură prezența foarte redusă a românelor la controalele de screening, acesta nu poate fi singurul motiv, dovadă faptul că celelalte două țări europene, care de asemenea nu au program național de screening, au o rată de prezentare la medic mult mai ridicată. Întrebate despre motivul pentru care s-au prezentat la controale de tip screening pentru cancerul de sân, multe femei au evocat „alte motive“.

¹¹ 'European Health Interview Survey - Eurostat' (Ec.europa.eu, 2010) <<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>> accesat 27 August 2016.

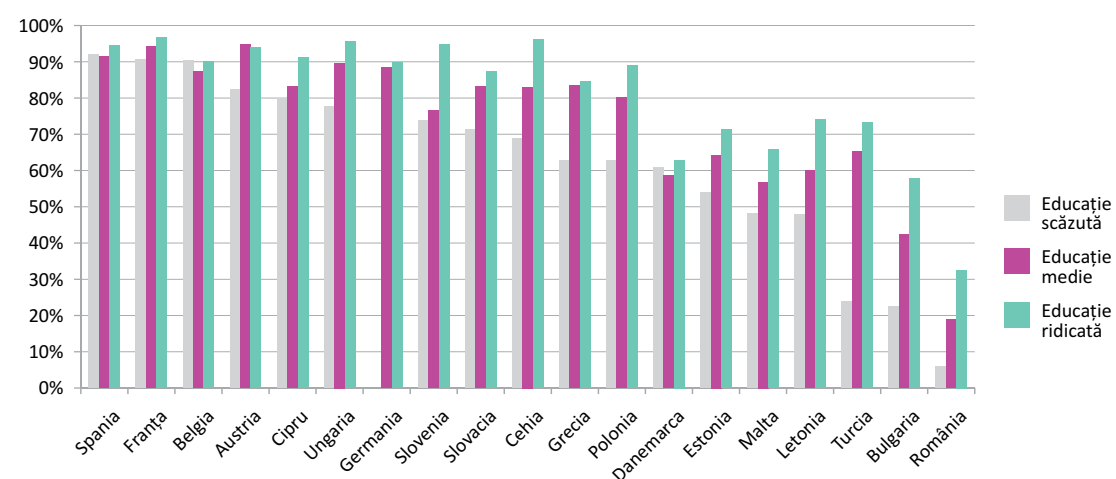
¹² Ibidem

Figura 2.3: Motivul efectuării unei investigații de screening pentru cancerul de sân: femei peste 15 ani¹³



Motivele neprezentării la medic pentru controale periodice sunt dificil de definit. Nivelul educației formale pare să joace un rol mai important în România, comparativ cu alte țări. Acest fapt ar putea fi explicat prin absența curriculumelor de educație sanitară în școala primară, gimnaziu și liceu sau prin absența programelor de educație pentru sănătate adresate publicului general. Astfel, apar diferențe mai mari între nivelul de cunoștințe despre sănătate al femeilor cu educație superioară, comparativ cu cele care și-au terminat educația formală mai devreme. În orice caz, este de remarcat faptul că nici femeile cu educație superioară nu fac controale de screening pentru cancerul de sân, România clasându-se pe ultimul loc în topul european la toate categoriile de educație.

Figura 2.4: Screening pentru cancer de sân în funcție de nivelul educației: femei în intervalul de vârstă 50-69 de ani¹⁴



13 'European Health Interview Survey - Eurostat' (Ec.europa.eu, 2010) <<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>> accesat 27 August 2016.

14 Ibidem

Alte motive posibile ar putea avea legătură cu costurile investigațiilor (care nu sunt mereu disponibile gratuit în număr suficient de mare, datorită plafoanelor de decontare prea joase), cu accesul dificil la cabinete sau aparatură specializată sau pur și simplu datorită aspectelor culturale care nu pun în prim plan prevenția și contactul periodic cu medicul.

2.2 Screening pentru cancerul de col uterin; Vaccinarea anti-HPV

Spre deosebire de cancerul la sân, pentru cancerul de col uterin există atât inițiative regionale (precum CEDICROM, prin care au fost efectuate 10.000 de teste Babeș-Papanicolau până la 30 decembrie 2016¹⁵), cât și un program național de screening lansat în august 2012, pentru o durată de 5 ani. El este dedicat femeilor între 25 și 64 de ani, indiferent de calitatea de asigurat a acestora, atât timp cât nu au diagnostic confirmat de cancer de col uterin sau antecedente sugestive pentru această patologie¹⁶.

Ministerul Sănătății și-a propus, pentru 2012, testarea a peste 200.000 de femei eligibile (pentru testarea fiecărei femei fiind alocată suma de 100 RON), iar pentru întreaga durată a programului testarea a 6 milioane de femei. Până la finalul anului 2015, numărul de femei testate ajunsese la 630.000, rata de acoperire fiind de 10,5% din populația-țintă¹⁷.

Programul a întâmpinat multiple dificultăți. Lipsa unei baze electronice de date face imposibilă centralizarea informațiilor obținute și generarea de statistici pentru a putea urmări progresul campaniei de screening și a rezolva problemele apărute pe parcurs. În Timișoara, coordonatorii s-au organizat singuri și au creat un program electronic în acest sens¹⁸. Rezultatele acestui efort, însă, nu au fost publicate.

Lipsa unei baze legale clare de angajare și remunerare a cadrelor medicale implicate în program (în cazul centrelor de stat) ridică probleme medicilor înrolați

15 'Rezultate' (Cedicrom.iocn.ro, 2016) <<http://cedicrom.iocn.ro/html/rezultate.html>> accesat 17 Septembrie 2016.

16 'Programul National De Screening Pentru Cancerul De Col Uterin' (Iocn.ro) <<http://www.iocn.ro/Centrul-de-prevenire-si-control-al-cancerului/Programul-de-screening-pentru-cancerul-de-col-uterin/Informatii-de-interes-general.html>> accesat 20 August 2016.

17 'Dr. Carmen Ungurean: Aproximativ 630.000 De Femei, Testate De La Demararea Programului De Screening Pentru Cancerul De Col – AGERPRES' (Agerpres.ro, 2016) <<http://www.agerpres.ro/sanatate/2016/03/31/dr-carmen-ungurean-aproximativ-630-000-de-femei-testate-de-la-demararea-programului-de-screening-pentru-cancerul-de-col-14-08-22>> accesat 25 August 2016.

18 'Cum Îngroapă Ministerul Sănătății O Campanie De 140 Milioane De Euro Împotriva Cancerului | Romania Libera' (RomaniaLibera.ro, 2013) <<http://www.romanialibera.ro/special/investigatii/cum-ingroapa-ministerul-sanatatii-o-campanie-de-140-milioane-de-euro-impotriva-cancerului-295110>> accesat 20 August 2016.

în programul de screening. Cadrele medicale trebuie să devină întâi persoane fizice autorizate pentru a se putea înscrie în program. Medicul de familie ar trebui să primească 15 lei pentru fiecare femeie pe care o informează despre program. 28 de lei revin cadrului medical care recoltează lama pentru test, 37 de lei revin laboratorului în care se face analiza¹⁹. Timpul necesar acestor proceduri este însă inclus în ziua de lucru normală a cadrelor medicale respective, ceea ce înseamnă că procedura de screening se află în „competiție” cu alte proceduri, cu diverse grade de urgență sau gravitate și eventual cu potențial de remunerare mai mare.

Nu toți medicii de familie^{20 21 22} sunt înscriși în program, ceea ce face ca mare parte din femei să nu afle de acesta sau să nu-l poată accesa - recoltarea se face fie în cabinetul medicului de familie, fie la un centru de recoltare, după completarea unui formular primit tot de la medicul de familie. Medicii de familie²³ acuză lipsa procedurilor clare de implementare a programului, lipsa de promovare a acestuia în randul publicului larg și suprasolicitarea personalului medical – aspecte pe care prezentul studiu le detaliază în Capitolul 4.

Îmbunătățirea performanței programului de screening pentru cancerul de col uterin se află pe agenda Planului Național Multianual Integrat de Control al Cancerului, care își propune de asemenea introducerea unui program pilot regional de screening primar pentru HPV, conform recomandărilor recente ale ghidurilor europene²⁴.

19 ‘In Nicio Tara Din UE Nu Se Moare De Cancer Ca In Romania. Pana Si Singurul Program De Preventie Este Sabotat De Unii Medici’ (stirileprotv.ro, 2015) <<http://stirileprotv.ro/stiri/sanatate/romania-lider-in-ue-la-mortile-cauzate-de-cancer-cum-ajung-doctorii-de-familie-sa-saboteze-programele-de-preventie.html>> accesat 8 August 2016.

20 *Ibidem*

21 ‘Ungurean (INSP): 471.000 De Femei Au Fost Testate De La Începerea Programului De Screening Pentru Cancerul De Col Uterin – AGERPRES’ (Agerpres.ro, 2015) <<http://www.agerpres.ro/sanatate/2015/03/03/ungurean-insp-471-000-de-femei-au-fost-testate-de-la-inceperea-programului-de-screening-pentru-cancerul-de-col-uterin-13-49-56>> accesat 19 August 2017.

22 ‘Odată Perfecționat, Programul Național De Screening Pentru Cancerul De Col Uterin Va Da Roade’ (Politici de Sanatate, 2015) <<http://www.politiciidesanatate.ro/odata-perfectionat-programul-national-de-screening-pentru-cancerul-de-col-uterin-va-da-roade/>> accesat 10 Iulie 2016.

23 ‘In Nicio Tara Din UE Nu Se Moare De Cancer Ca In Romania. Pana Si Singurul Program De Preventie Este Sabotat De Unii Medici’ (stirileprotv.ro, 2015) <<http://stirileprotv.ro/stiri/sanatate/romania-lider-in-ue-la-mortile-cauzate-de-cancer-cum-ajung-doctorii-de-familie-sa-saboteze-programele-de-preventie.html>> accesat 8 August 2016.

24 (2016) <<http://www.sanatateabuzoiana.ro/primul-plan-national-multianual-integrat-de-control-al-cancerului-in-romania/>> accesat 5 August 2016.

Tabel 2.2: Programele de screening pentru cancerul de col uterin disponibile în țările Uniunii Europene^{25*}

Regiune /Stat	Tip de screening	Status screening	An începere	Tip testare	Interval de vârstă vizat	Periodicitate testare (ani)	Acoperire
Austria	Oportunist	Național	N/A	CC	18+	1	N/A
Belgia	Oportunist	Național	N/A	CC	25–64	3	70%
Bulgaria	Oportunist	Național	~ 1995	CC	30–59	3	N/A
Cehia	Organizat	Național	2008	CC	25–60	1	48%
Cipru	-	-	-	-	-	-	-
Croația	Oportunist	Național	1953	CC + CML	25–64	3	35%–42%
Danemarca	Organizat	Național	?	CC	23–65	3 pentru 23–50 ani / 5 pentru 50+	69%
Estonia	Organizat	Național	2006	CC	30–59	3	12.70%
Finlanda	Organizat	Național	1963	CC	(25) 30–60 (65)	5	73%
Franța	Oportunist + Organizat în 5 regiuni	Național	N/A	CC	20 (25) +	3	71%
Germania	Oportunist	Național	N/A	CC	20+	1	N/A
Grecia	Oportunist	Național	N/A	CC	20+	1	N/A
Irlanda	Organizat	Regional; Național în plan	2008	CML	25–65	3 pentru 25–44 ani / 5 pentru 45+	62%–66%
Italia	Organizat	Național	2004	CC	25–64	3	>59%
Letonia	Organizat	Național	2009	CC	25–70	3	42%
Lituania	Organizat	Național	2004	CC	25–60	3	9%–17% (39%)
Luxemburg	Oportunist	Național	N/A	CC	15+	1	N/A
Malta	-	-	-	-	-	-	-
Olanda	Organizat	Național	N/A	CC	30–60	5	77%
Polonia	Organizat	Național	2006	CC + CML	25–59	3	22.6%–26.8%
Portugalia	Organizat în 3 regiuni	Național	N/A	CC	25–64	3	58%
Regatul Unit	Organizat	Național	1988	CML	(20) 25–60 (64)	3	74%
România	Oportunist + Pilot regional	Național	1965 Pilot 2002–2006	CC + CML	25–64	3	18.4% (10% regional)
Slovacia	Oportunist	Național	1980	CC	23–64	3	17%–20%
Slovenia	Organizat	Național	2003	CC	20–64	3	70%–74%
Spania	Oportunist + Organizat reg.	Regional	N/A	CC	30–65	3	N/A
Suedia	Organizat	Național	N/A	CC	23–60	3	73%
Ungaria	Organizat	Național	2002	CC	25–65	3	28–31%

Legenda:

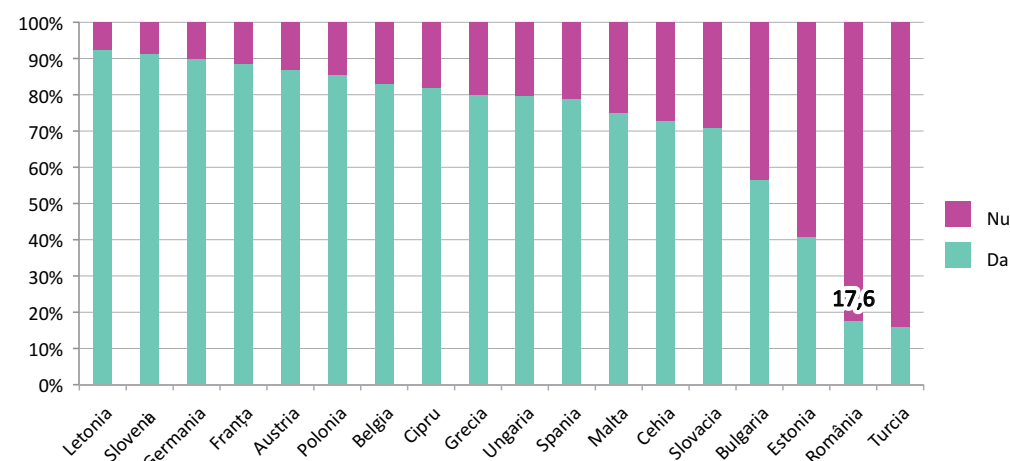
CC = Citologie Convențională **CML** = Citologie în Mediu Lichid

25 V. Kesic, M. Poljak and S. Rogovskaya, ‘Cervical Cancer Burden And Prevention Activities In Europe’ (2012) <<http://cebp.aacrjournals.org/content/21/9/1423.full>> accesat 4 August 2016.

* *La momentul publicării datelor în articolul-sursă (2012), programul național nu era încă instituit în România.*

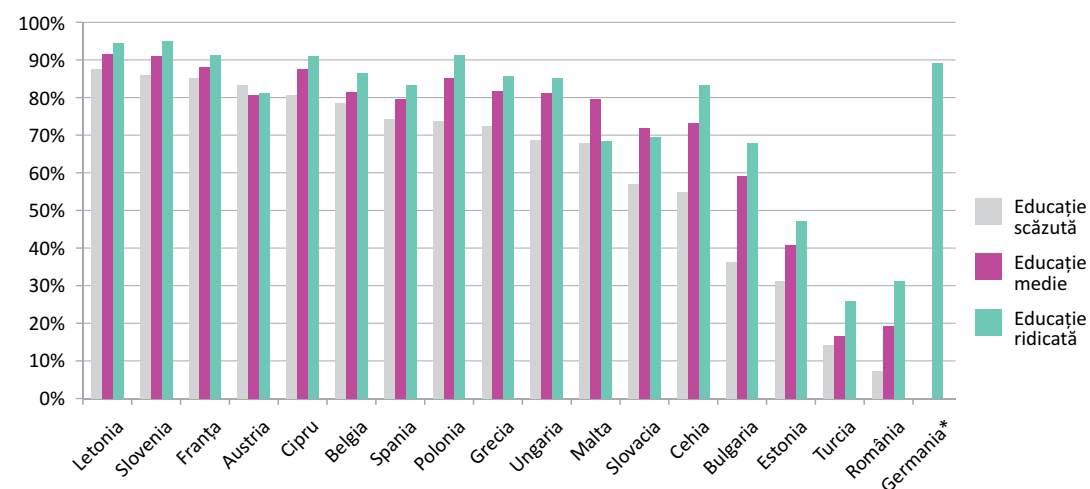
România se clasează pe penultimul loc în topul european privind procentul din populația feminină care a făcut untest Babeș-Papanicolau măcar o dată în viață – din nou, mult în urma țărilor care nu au niciun program național de screening pentru cancerul de col uterin (Cipru și Malta) sau a Spaniei și Irlandei, care la momentul publicării acestor date (2012) aveau doar programe regionale.

Figura 2.5: Screening cancer de col uterin (test Babeș-Papanicolau) cel puțin o dată în viață: femei aflate în intervalul de vârstă 20-69 de ani²⁶



Ca și în cazul screening-ului pentru cancerul de sân, nivelul de educație pare să joace un rol important în România, în sensul că diferențele dintre frecvența participării femeilor cu educație scăzută, medie și ridicată sunt mai mari decât în alte țări – probabil din motive similare cu cele enumerate pentru screening-ul cancerului de sân.

Figura 2.6: Screening cancer de col uterin (test Babeș-Papanicolau) în funcție de nivelul de educație: femei aflate în intervalul de vârstă 20-69 de ani^{27*}



²⁶ 'Eurostat' (Ec.europa.eu, 2012) <<http://ec.europa.eu/eurostat>> accesat 4 August 2016

²⁷ Ibidem

*Pentru Germania sunt disponibile doar datele pentru nivelul de educație mediu.

În ceea ce privește prevenția cancerului de col uterin prin vaccinare și screening HPV, în România au avut loc până acum două campanii de vaccinare anti-HPV, iar testul de genotipare pentru determinarea tulpinilor HPV prezente nu este decontat de Casa de Sănătate.

Cele două campanii de vaccinare au generat rezultate modeste. Programul a fost demarat în noiembrie 2008, iar în cadrul primei etape a acestuia au fost vaccinate cu prima doză doar 2.615 eleve de clasa a IV-a, reprezentând 2,57% din populația eligibilă la acea dată (fetele care aveau atunci 10-11 ani). Printre motivele invocate pentru acest eșec au fost informarea deficitară a părinților și a medicilor, precum și introducerea noțiunii de „refuz informat”.

Statul român cumpărase la acel moment 303.000 de doze de vaccin, în valoare de 23 de milioane de euro²⁸. Programul s-a reluat în 2009, cu o rată de succes doar cu puțin mai ridicată. Vaccinarea a continuat până în 2011, cu dozele achiziționate în 2008-2009²⁹. Până la începutul anului 2016, fuseseră imunizate în total 150.000 de fete. În prezent, în lipsa unei campanii active de vaccinare, părinții sunt nevoiți să cumpere vaccinul³⁰. Aceste imunizări în regim privat nu sunt raportate.

În 2013, Asociația Națională pentru Protecția Pacienților a solicitat Ministerului să implementeze împreună cu organizații reprezentante ale societății civile un program de vaccinare anti-HPV la cerere.

2.3 Screening pentru cancerul ovarian

Pentru cancerul ovarian nu există în acest moment proceduri de screening agreate de comunitatea medicală internațională, fiind recomandate însă controale ginecologice și endocrinologice periodice pentru maximizarea șanselor de depistare timpurie a acestui tip de cancer.

În România, campaniile de informare cu privire la acest tip de cancer au un caracter restrâns, fiind în general inițiate de organizații ale pacienților. De exemplu, campania „#AcumȘtiu” este organizată de Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer cu ocazia Zilei Internaționale de Luptă împotriva Cancerului Ovarian (8 mai)³¹.

²⁸ 'Vaccinarea Împotriva Cancerului De Col Uterin, Un Eșec' (Mediafax.ro, 2009) <<http://www.mediafax.ro/social/vaccinarea-impotriva-cancerului-de-col-uterin-un-esec-3766878>> accesat 11 August 2016.

²⁹ 'SOLICITARE CATRE MINISTERUL SANATATII - Acces La Datele Medicale Din Foaia De Observatii Din Spital | Programe Proprii' (Protectiipacientilor.ro, 2013) <<http://www.protectiipacientilor.ro/>> accesat 11 August 2016.

³⁰ 'O Nouă Tentativă: Medicii Cer Reluarea Campaniei De Vaccinare A Fetițelor Împotriva HPV' (REALITATEA.NET, 2016) <https://www.realitatea.net/o-noua-tentativa-medicii-cer-reluarea-campaniei-de-vaccinare-a-fetitelor-impotriva-hpv_1874585.html> accesat 12 August 2016.

³¹ 'Campanie - Cancer Ovarian 2016' (Federatia Asociatiilor Bolnavilor de Cancer din Romania, 2016) <<http://fabc.ro/campanie-cancer-ovarian-2016/>> accesat 4 August 2016.

Campania încurajează femeile să meargă la ginecolog, pentru a crește șansele de depistare precoce a cancerului ovarian. De asemenea, femeilor li se pune la dispoziție un chestionar prin care pot afla dacă prezintă un risc crescut de a face această formă de cancer.

Există de asemenea clinici private care oferă posibilitatea efectuării unor teste genetice, menite a depista prezența unor mutații ale genelor BRCA1 și BRCA2, asociate cu un risc sporit de a dezvolta cancer mamar, respectiv ovarian ^{32 33}. Testele de acest tip însă nu sunt decontate de Casa de Sănătate, iar costul lor depășește posibilitățile medii ale femeilor din România.

Cancerul ovarian nu se află în lista de priorități ale Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, iar până în prezent nu au fost implementate campanii de informare sau educare la nivel național.

³² Blogul femeilor, 'Teste Pentru Cancerul Mamar Și Ovarian' (Donna Medical Center) <<http://www.donna-medicalcenter.ro/blog/teste-genetice-pentru-cancerul-mamar-si-ovarian.html>> accesat 12 Septembrie 2016.

³³ 'Cancerul ereditar de san si ovarian' (synevo) <<https://www.synevo.ro/mutatii-brca1-cancer-ereditar-sanovar>> accesat 12 Septembrie 2016.



Capitolul 3.

MANAGEMENTUL CANCERELOR FEMININE ÎN ROMÂNIA



3.1 Facilități de tratament

3.1.1 Spitale și clinici cu competențe în oncologie.

Reforma serviciilor de sănătate este un proces continuu care produce schimbări în infrastructura sistemului sanitar. Rețeaua unităților sanitare a înregistrat în anul 2014 modificări importante, cele mai semnificative fiind reprezentate de creșterea numărului spitalelor precum și a altor tipuri de unități sanitare, singura scădere fiind înregistrată la nivelul cabinetelor independente de medicină generală.

Promotorul acestor modificări este sectorul privat, care se află într-un proces continuu de dezvoltare.

Tabelul 3.1: Unitățile sanitare funcționale din România (2013-2014)³⁴

	2013	2014	Public 2014	Privat 2014	2014 vs. 2013 (+/-)	2014 vs. 2013 public (+/-)	2014 vs 2013 pri- vat (+/-)
Spitale	499	527	366	161	28	1	27
Ambulatorii integrate spitalelor	341	351	322	29	10	3	7
Ambulatorii de specialitate	92	97	49	48	5	-4	9
Cabinete independente de medicină de familie	11.158	11.163	5.475	5.688	5	-34	39
Cabinete independente de medicină generală	966	795	20	775	-171	-1	-170
Cabinete medicale independente de specialitate	10.160	10.063	954	9.109	-97	16	-113
Policlinici	298	297	10	287	-1	-1	---
Centre medicale de specialitate	249	309	36	273	60	1	59
Centre de diagnos- tic și tratament	35	37	7	30	2	---	2
Laboratoare medicale	3.290	3.418	1.960	1.458	128	32	96

³⁴ Institutul National De Statistica | Institutul National De Statistica' (Insse.ro, 2015) <<http://www.insse.ro/cms/>> accesat 26 August 2016.

Schimbările intervenite în structura și numărul unităților sanitare au condus la modificări ale numărului de paturi disponibile în spitale și alte unități sanitare.

În sectorul public, numărul paturilor a înregistrat în anul 2014 o scădere semnificativă, în timp ce înființarea unor noi unități sanitare în sectorul privat a condus la o creștere a numărului de paturi.

Tabel 3.2: Numărul de paturi disponibile în spitalele din România (2013-2014)³⁵

	2013	2014	Public 2014	Privat 2014	2014 vs. 2013 (+/-)	2014 vs. 2013 public (+/-)	2014 vs 2013 pri- vat (+/-)
TOTAL paturi în spitale	130.708	130.963	125.192	5.771	255	-435	690
Psihiatrie	16.540	16.503	16.341	162	-37	-18	-19
Chirurgie	14.105	14.000	13.168	832	-105	-119	14
Interne	12.496	12.146	11.791	355	-350	-340	-10
Obstetrică- ginecologie	9.076	8.904	8.281	623	-172	-171	-1
Pneumologie	9.059	8.899	8.899	---	-160	-140	-20
Recuperare fizică / balneologie	6.962	7.267	6.584	683	305	66	239
Cardiologie	5.621	5.725	5.434	291	104	47	57
Neurologie	5.450	5.457	5.414	43	7	-5	12
Boli infecțioase	5.422	5.378	5.378	---	-44	-44	---
Oncologie	4.155	4.183	3.891	292	28	-24	52
ATI	4.899	4.966	4.611	355	67	53	14

³⁵ La Institutul National De Statistica | Institutul National De Statistica' (Insse.ro, 2015) <<http://www.insse.ro/cms/>> accesat 26 August 2016.

Tabel 3.3: Numărul și tipul de unități medicale cu competențe în oncologie din România, după localitate³⁶

Oraș	Total clinici/cabinete	Număr de clinici/cabinete care oferă următoarele servicii:							
		Oncologie	Chirurgie oncologică	Radioterapie	Chimioterapie	Hematologie / Transplant celule stem	Laborator Anatomopat.	Diagnostic imagistic tumoral	Radiologie intervențională
Alba Iulia	1	1							
Alexandria	1	1	1	1					
Arad	4	4						1	1
Bacău	2	2						1	
Baia Mare	3	3						1	
Brașov	4	3	2	1		1	1		
București	31	30	8	6	6		1	8	5
Călărași	1	1							
Cluj	9	9	1	1	1				
Constanța	5	5		1			1	1	1
Craiova	6	6	1	1	1				
Dej	2	2							
Drobeta Tr. Severin	1	1				1	1		
Focșani	3	2	2	1	1		1	1	
Galați	2	2			1			1	
Iași	3	3					1		
Mediaș	1	1							
Oltenița	1	1							
Oradea	5	2	1				1	2	1
Otopeni	1	1		1	1			1	
Pitești	2	2	1	1	1				
Ploiești	2	2	1	1	1			1	
Râmnicu Vâlcea	3	3			1		1		
Sibiu	3	3							
Suceava	1							1	1
Târgoviște	2	2							
Târgu-Jiu	1	1							
Târgu Mureș	3	2						1	1
Timișoara	3	2	1			1	1	1	1
Turda	2	2							
Turnu-Măgurele	1	1							
TOTAL	109	103	19	15	14	3	9	21	11

36 'Lista Cu Spitale Si Centre De Oncologie' (Ghid-cancer.ro, 2016) <<http://www.ghid-cancer.ro/spitale-oncologie>> accesat 7 Iulie 2016.

3.1.2 Aparatură medicală de investigație și tratament.

Dotarea unităților sanitare cu aparatura medicală specifică nu a suferit modificări majore, conform celor mai recente date oficiale publicate de Institutul Național de Statistică. În timp ce numărul aparatelor de tomografie computerizată a crescut în 2014 comparativ cu 2013 (cu precădere în sectorul privat), numărul aparatelor de terapie cu radiații a scăzut în aceeași perioadă.

Tabel 3.4: Numărul și tipul de aparatură medicală disponibilă în România (2013-2014)³⁷

Tip aparat	2013	2014	Public 2014	Privat 2014	2014 vs. 2013 (+/-)	2014 vs. 2013 public (+/-)	2014 vs 2013 privat (+/-)
Tomografie computerizată (TC)	194	214	121	93	20	5	15
Tomografie cu emisie de pozitroni (PET)	5	5	1	4	---	---	---
Aparate Gamma	45	44	35	9	-1	---	-1
Rezonanță magnetică (RMN)	87	94	36	58	7	1	6
Terapie cu radiații (RAD)	78	71	62	9	-7	-6	-1
Mamografie	136	150	96	54	14	5	9

3.1.3 Personal medical disponibil.

În 2014 sistemul sanitar a fost deservit de 291.887 de cadre sanitare. Dintre acestea, 35% (102.268 de persoane) reprezintă cadre sanitare cu pregătire superioară (medici, stomatologi, farmaciști, fizioterapeuți și specialiști auxiliari: tehnicieni dentari, biologi, chimiști etc.), 44,2% (128.899 de persoane) reprezintă cadre medicale cu pregătire medie (asistenți medicali) și 20,8% (60.720 de persoane) reprezintă personal sanitar auxiliar. În 2014 numărul medicilor a fost de 54.929 de persoane, cu 1,6% mai mult decât în 2013. Cu toate acestea, numărul cadrelor medico-sanitare active din România raportat la 100.000 de locuitori este în continuare mai mic comparativ cu majoritatea statelor europene.

37 Institutul National De Statistica | Institutul National De Statistica' (Insse.ro, 2015) <<http://www.insse.ro/cms/>> accesat 26 August 2016

Tabel 3.5: Numărul medicilor activi ce revin la 100.000 de locuitori în Uniunea Europeană (2013)³⁸

Țara	Anul 2013	Țara	Anul 2013
Albania	:	Letonia	319
Austria	499	Liechtenstein	324
Belgia	295	Lituania	428
Bulgaria	398	Luxemburg	281
Croația	303	Malta	346
Cipru	320	Muntenegru	215
Republica Cehă	369	Olanda	:
Danemarca	365	Norvegia	431
Estonia	328	Polonia	224
Finlanda	302	Portugalia	:
Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei	:	România	264
Franța	310	Serbia	:
Germania	400	Slovacia	:
Grecia	:	Slovenia	263
Ungaria	321	Spania	381
Islanda	361	Suedia	412
Irlanda	269	Elveția	404
Italia	390	Turcia	:
	---	Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord	277

Tabel 3.6: Numărul de medici specialiști implicați în managementul primar al cancerelor ginecologice și mamare din România³⁹

	2013	2014	Public 2014	Privat 2014	2014 vs. 2013 (+/-)	2014 vs. 2013 public (+/-)	2014 vs 2013 pri- vat (+/-)
TOTAL medici	54.086	54.929	40.658	14.271	843	600	243
Obstetrică- ginecologie	2.347 (4,3%)	2.417 (4,4%)	1.724	693	70	56	14
Oncologie	523 (1%)	577 (1%)	483	94	54	43	11

38 ‘Eurostat - Tables, Graphs And Maps Interface (TGM) Table’ (Ec.europa.eu, 2016) <<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00044&plugin=1>> accesat 24 August 2016.

39 Institutul National De Statistica | Institutul National De Statistica’ (Insse.ro, 2015) <<http://www.insse.ro/cms/>> accesat 26 August 2016.

3.2 Opțiunile de tratament și accesul la acesta

Accesul la tratament reprezintă una dintre cele mai importante etape din traseul pacien- telor diagnosticate cu cancer. În România, mii de bolnavi trebuie să aștepte între două și șase luni de zile pentru a primi tratamentul medicamentos. Mai mult, lista medica- mentelor gratuite și compensate este actualizată la intervale foarte mari de timp, ceea ce înseamnă că accesul la tratamentele noi, inovatoare este semnificativ întârziat.

În prezent există o discrepanță considerabilă între tratamentele disponibile pa- cienților din alte țări europene și cele accesibile pacienților români, ceea ce reprez-intă o îngrădire a drepturilor pacienților români la tratamente de ultimă generație. În perioada 2008 - 2015, Agenția Europeană a Medicamentului (EMA) a aprobat 62 de medicamente originale noi împotriva cancerului. Doar 7 se regăsesc în acest moment pe lista medicamentelor compensate din România⁴⁰. Un studiu european arată că, între momentul aprobării unui medicament de catre EMA și momentul în care acesta poate fi prescris în regim compensat de către medici, în Belgia se așteaptă 392 de zile, în Suedia 206 zile, iar în Austria doar 88 de zile. În România se așteaptă peste 1.800 de zile⁴¹.

Tratamentul cancerului a evoluat foarte mult în ultimii ani, pentru majoritatea ti- purilor de cancer, inclusiv pentru cancerul ovarian. Cu toate acestea, pacientele din România au acces mai rapid la ultimele terapii doar în situația în care statutul economic le permite achiziționarea lor.

Pe de altă parte, începând din mai 2014, în Programul Național de Oncologie este prevăzut accesul la operații de reconstrucție mamară prin endoprotezare pentru pacientele care au suferit operații de mastectomie în urma diagnosticării cu cancer mamar. Accesarea programului este însă modestă: din cele 800 de operații pentru care au fost asigurate fonduri în 2015, doar 200 au fost efectuate, motivele invocate fiind lipsa de informare (majoritatea femeilor nu știu de existența acestei posibili- tăți), dar și frica de încă o intervenție chirurgicală⁴². Același program prevede și reincluderea în compensare a investigației PET-CT (scanare de înaltă rezonanță pentru depistarea și stadializarea cancerului)⁴³.

40 ‘Eurostat - Tables, Graphs And Maps Interface (TGM) Table’ (Ec.europa.eu, 2016) <<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00044&plugin=1>> accesat 24 August 2016.

41 ‘Bolnavii De Cancer Din România, Tratați Cu Medicamente Vechi | Romania Libera’ (RomaniaLibera.ro, 2013) <<http://www.romanialibera.ro/societate/utile/bolnavii-de-cancer-din-romania--tratati-cu-medicamente-vechi-292396>> accesat 15 Iulie 2016.

42 ‘Reconstrucția Mamară, Dreptul La O Viață Normală’ (Digi24.ro, 2015) <<http://www.digi24.ro/magazin/stil-de-viata/viata-sanatoasa/reconstructia-mamara-dreptul-la-o-viata-normala-467136>> accesat 22 August 2016.

43 ‘MS: Pacientele Cu Cancer Mamar Vor Avea Acces La Tratamente De Ultima Generatie Si Operatii De Recon- structie Mamara’ (Sanatateatv.ro, 2014) <<http://www.sanatateatv.ro/stiri-medicale/ms-pacientele-cu-can- cer-mamar-vor-avea-acces-la-tratamente-de-ultima-generatie-si-operatii-de-reconstrucie-mamara/>> acce- sat 6 August 2016.

Capitolul 4.

PERSPECTIVA MEDICILOR IMPLICAȚI ÎN PROCESUL DE SCREENING AL CANCERELOR FEMININE

4.1 Premisele și metodologia cercetării

Așa cum indică statisticile citate mai sus, procesul de screening se dovedește a fi esențial în detectarea timpurie și tratarea cu succes a cancerului. Procesul de screening implică mai multe etape, de la atenția acordată propriului corp și simptomatologiei mai mult sau mai puțin evidente, respectiv prezentarea la medic pentru controlul de rutină, trecând apoi prin diverse etape de investigații și consultații de specialitate, până la obținerea unui diagnostic confirmat.

Primii pași în acest traseu – autoexaminarea, respectiv prezentarea periodică la medic, chiar și în absența unei simptomatologii perceptibile pentru pacientă – sunt momente-cheie în demararea unui proces eficient de management al sănătății, bazat pe diagnosticarea precoce a oricărei probleme medicale, când șansele de reușită ale tratamentului sunt maxime. Din păcate, acești pași par a fi sistematic ignorați în România, ceea ce explică, în parte, ratele mai scăzute de supraviețuire a pacienților cu cancer ginecologic și mamar.

Ne propunem, așadar, să investigăm motivele pentru care nu se face screening în România, aparent indiferent de existența unui program oficial de screening, la nivel național. Vom începe prin a studia nivelul de cunoștințe, dar și percepțiile și atitudinile medicilor aflați în „prima linie” a procesului de screening – ginecologii și medicii de familie – urmând atât metodologii calitative cât și cantitative. Vom verifica anumite concluzii din răspunsurile acestora cu ajutorul altor medici implicați în faze mai avansate de screening – anatomopatogi și radiologi. Vom continua apoi investigația la nivelul femeilor, pentru a obține o imagine completă.

Obiectivul principal al studiului care vizează medicii de familie și medicii ginecologi este înțelegerea atitudinilor acestora cu privire la programele de screening, respectiv a barierelor și provocărilor cu care se confruntă în implementarea acestora. Întrebările adresate vizează:

- Atitudinea medicilor față de campaniile temporare, respectiv programele naționale de screening (notorietate, impact / beneficii și dezavantaje asociate, grad de implicare, investigații recomandate);
- Circuitul pacienților cu cancer de sân, de col uterin și ovarian în sistemul medical, de la prima consultație până la confirmarea diagnosticului: verigile și rolul fiecărei specialități medicale implicate;
- Principalele provocări pe care managementul cancerului de sân, de col uterin și ovarian le ridică acestor medici, precum și așteptările acestora în vederea îmbunătățirii procesului.

▪ „Ingredientele” care asigură un program de screening de succes din perspectiva medicilor.

Metodologia pentru faza calitativă a studiului a constat în organizarea a 6 discuții în grup, semi-structurate (focus group discussion – FGD) în București, Cluj-Napoca și Iași (câte 2 grupuri în fiecare oraș). Medicii ginecologi, respectiv de familie au fost împărțiți în grupuri separate pentru a concentra discuția pe perspectiva unei singure specialități medicale, aducând în discuție și eventualele probleme care apar în colaborarea cu alte specialități. Fiecare discuție a durat aproximativ 135 de minute, având loc în luna mai a anului 2016.

Pentru faza cantitativă a fost dezvoltat un chestionar (pe baza concluziilor obținute în faza calitativă), ce a fost aplicat apoi în cadrul interviurilor față în față cu 204 medici ginecologi și 225 medici de familie, eșantion reprezentativ la nivel național. Perioada de culegere a datelor a fost 22 August -16 Septembrie 2016.

4.2 Concluzii din studiul calitativ – medici de familie și ginecologi

Mențiunile medicilor de familie și ginecologi despre programele de screening și managementul cancerului de sân, de col uterin și ovarian sunt foarte similare, atât în ceea ce privește statusul actual, cât și dorințele și așteptările pentru viitor.

Deși medicii de familie reprezintă adeseori prima verigă medicală cu care pacientele au contact, implicarea în prevenție și screening este slab realizată de către aceștia, în principal din cauza timpului foarte limitat pentru fiecare consultație, respectiv a accesului limitat și inconstant la investigații; acest fir al cauzalității conduce în final la lipsa fondurilor, personalului și aparaturii necesare.

Relația cu pacientele diagnosticate cu cancer sau suspiciune de cancer solicită emoțional medicii. Astfel, modul ideal de lucru vizează existența unei echipe multidisciplinare, din care să facă parte și un psihoterapeut.

4.2.1 Cunoștințe și atitudini față de screening. Investigații recomandate. Probleme întâmpinate în practică.

Programele de screening sunt apreciate de toți medicii datorită beneficiilor aduse atât sistemului medical (în special costuri mai mici), cât și populației generale (prin depistarea precoce și creșterea șanselor de vindecare, deci reinserție socio-economică, familială, profesională).

Avantajele pe termen scurt menționate de medici vizează:

- Depistarea precoce a afecțiunilor și creșterea șanselor de vindecare;
- Prevenția apariției anumitor afecțiuni, prin depistarea la timp a riscurilor;
- Accesul la investigații pentru pacientele cu venituri scăzute, neasigurate sau din mediul rural, unde accesul la servicii medicale e dificil (de exemplu, în Cluj-Napoca au fost organizate caravane de screening în cadrul cărora se realizau consultații ginecologice și frotiu pentru testul Babeș-Papanicolau).

Avantajele pe termen lung menționate:

- Educarea populației în vederea prevenției apariției afecțiunilor (indiferent de natura lor);
- Creșterea adresabilității la medic (inclusiv a populației tinere) și posibilitatea de a trata și controla mai ușor afecțiunile apărute, înainte să apară complicații;
- Creșterea calității vieții și prelungirea speranței de viață;
- Reducerea costurilor atât pentru pacient, cât și a cheltuielilor din cadrul sistemului sanitar.

Atât medicii de familie, cât și ginecologii menționează mai multe programe și campanii de screening pentru cancerle ginecologice și mamare, ceea ce indică un nivel ridicat de interes pentru subiect.

Cel mai frecvent menționat a fost desigur Programul Național de Screening pentru Cancerul de Col Uterin, singurul asumat de autoritățile române până în acest moment. Au mai fost menționate: Programul Național de Evaluare a Stării de Sănătate a Populației care, chiar dacă nu viza în mod special afecțiunile oncologice, sau femeile, a contribuit la educarea populației în vederea prezentării la controale anuale de rutină (apreciat în special de către medicii de familie); precum și diverse programe regionale sau locale de screening pentru depistarea cancerului de sân, organizate de către Institute Oncologice, de clinici private sau de organizații non-profit.

În ce privește frecvența optimă a investigațiilor de screening, medicii consideră indicat un screening anual pentru depistarea cancerului de col uterin și de sân, după debutul vieții sexuale. Antecedentele familiale, precum și apariția simptomelor prioritizează screening-ul în recomandările medicilor, iar instalarea menopauzei reprezintă momentul în care efectuarea screening-ului devine imperios necesară, indiferent de vârsta pacientei. În practică însă, investigațiile se realizează în cele mai multe cazuri după apariția simptomelor.

Investigațiile recomandate de medicii participanți la studiu:

- Pentru cancerul de sân: se recomandă ecografia mamară (în cazul pacienților sub 40 de ani) sau mamografia (peste 40 de ani) anuală, chiar dacă nu sunt simptome; pacientele cu sâni mari sau aflate sub tratament hormonal pe termen lung (cel mai frecvent este cel cu contraceptive) sunt în mod special vizate; în cazul pacientelor cu antecedente familiale coboară semnificativ vârsta la care se impune mamografia; pacientele simptomatice (cu noduli, deformare a mamelonului, modificare a tegumentului, durere/mastodinie bilaterală, retracții care dau disconfort, dureri și după încheierea menstruației, tulburări de climax) intră deja în categoria care necesită investigații mai amănunțite.

- Pentru cancerul de col uterin: medicii recomandă control ginecologic anual în cazul pacientelor cu antecedente familiale, mai mulți parteneri sexuali, antecedente fiziologice și patologice, și desigur în cazul apariției simptomatologiei (ex.: tulburări de climax), indiferent de vârstă. Examenul citologic Babeș-Papanicolau este recomandat anual, indiferent de vârstă sau debutul vieții sexuale.

- Pentru cancerul ovarian: ecografii abdominale, de pelvis și transvaginale anuale în cazul pacientelor care deja manifestă simptomatologie (dureri, dereglări sau modificări menstruale, fenomene digestive, pierdere inexplicabilă în greutate, oboseală, tulburări sexuale), mai ales dacă au peste 45 de ani; apariția unor formațiuni locale sau chisturi ovariene indică deja nevoia de investigații mai amănunțite. Markerii tumorali CA 125 și scorul ROMA pot fi solicitați când există suspiciuni de cancer ovarian.

În practică, medicii au observat numeroase probleme ale programelor de screening.

Atât medicii de familie, cât și ginecologii au menționat nivelul scăzut de educație sanitară al pacientelor, care duce la prezentarea tardivă la medic, precum și nivelul scăzut de notorietate al programelor de screening existente. Dacă primul aspect este unul de fond, deci mai dificil de rezolvat – în România nu se face educație pentru sănătate în școală și nu există o cultură a prevenției – al doilea aspect ține pur și simplu de promovarea publică a programelor respective, putând deci fi rezolvat relativ simplu prin campanii de comunicare dedicate acestora.

Alte aspecte menționate constant de toți medicii participanți țin de procesul de screening în sine. Paciente sunt obligate să se prezinte la mai multe centre medicale, pentru că nu pot beneficia de nicio gratuitate fără trimitere/trimiteri de la medicul de familie, iar investigațiile în sine nu sunt în general toate realizate în același loc (sunt foarte puține clinici dotate cu toată aparatura și tot personalul

necesar pentru a efectua un screening ginecologic și mamar complet). Multe paciente sunt astfel „pierdute pe drum“, pentru că nu au timpul sau motivația necesare pentru a parcurge tot acest circuit.

Există de asemenea limitări impuse de lipsa aparaturii performante (aparate de radioterapie nefuncționale, lipsa aparatelor RMN/CT, ecografe vechi și insuficiente ca număr, mai ales pentru ecografiile mamare etc.), de slabă pregătire a unor medici implicați în investigații (specialiștii în radiologie/imagistică fiind cei mai des menționați) sau de numărul insuficient de personal medical calificat (în special oncologi). Mulți medici au menționat cazuri de paciente refuzate de către oncologii la care le-au trimis, pentru că aceștia nu mai puteau să preia noi cazuri.

Mai intervin și limitările structurale ale programelor sau ale sistemului medical în general: limitarea plafonului de vârstă a pacientelor (atât în cazul Programului Național de Screening pentru Cancerul de Col Uterin, cât și în cazul programelor regionale) sau lipsa posibilității de efectuare a screeningului anual în Programul Național (testul Babeș-Papanicolau se poate face doar o dată la 5 ani). Aceste limitări structurale sunt cauzate în primul rând de subfinanțarea sistemului medical, subfinanțare care influențează procesul de diagnosticare timpurie și în absența programelor naționale de screening. Medicii au menționat astfel faptul că unele investigații absolut necesare nu sunt decontate de CNAS (markerii tumorali), iar în cazul investigațiilor decontate, fondurile sunt adesea insuficiente, pacientele fiind nevoite să aștepte și eventual să solicite o nouă trimitere de la medicul de familie sau să suporte costurile din surse proprii.

Lipsa fondurilor impactează într-o mare măsură implicarea medicilor de familie, diminuând deschiderea acestora față de profilaxie în general și față de screeningul cancerului în special; o parte din medicii care au participat la studiu au declarat că ezită să trimită pacientele către screening, pentru a evita situațiile frecvente în care este invocată „lipsa de fonduri“, iar pacientele sunt nevoite să renunțe sau să plătească investigațiile.

O altă limitare sistemică este pusă pe seama organizării deficitare: lipsesc protocoalele clare care să ghideze circuitul pacientelor, ceea ce duce la pierderi mari de timp. Cele mai multe paciente sunt nevoite să se prezinte în mai multe locuri pentru realizarea tuturor investigațiilor necesare și pentru stabilirea diagnosticului.

Nu în ultimul rând, chiar dacă sunt specializați în oncologie, ginecologii participanți au menționat lipsa unor terapii țintite, cu molecule de ultimă generație,

precum și abordarea terapeutică standardizată, nepersonalizată; un acces mai bun la testarea markerilor tumorali ar putea fi un pas către terapia personalizată, cu șanse mai bune de succes.

4.2.2 Circuitul pacientelor prin sistemul medical.

În viziunea medicilor participanți, complexitatea circuitului pacientelor diferă în funcție de tipul de cancer, accesibilitatea investigațiilor (în ce privește prețul și aparatura / specialiștii disponibili), precum și de gradul de conștientizare a cauzelor și a riscurilor de apariție a patologiilor oncologice în rândul populației feminine.

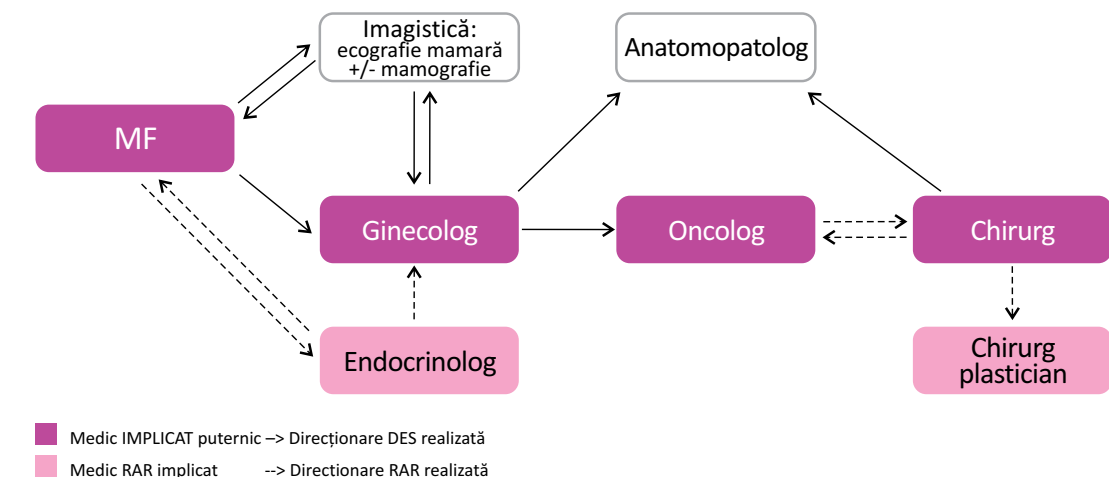
Medicii de familie se văd și sunt percepuți și de către specialiști ca fiind veriga medicală cu cea mai mare importanță în screening-ul cancerului la femei, pentru că ei au contact cel mai des cu pacientele și cunosc cel mai bine istoricul medical al acestora (în unele cazuri și istoricul medical al familiei pacientei). De asemenea, medicul de familie poate efectua direct palparea sânilor sau chiar ecografia abdominalo-pelvină dacă deține un ecograf și competențele necesare. După diagnosticare însă, rolul medicului de familie se reduce la scrierea rețetelor pentru anumite categorii de medicamente (nu poate prescrie tratamente oncologice) și a biletelor de trimitere către specialiști.

Ginecologul se auto-percepe și este perceput ca având un rol important în depistarea cancerului de col uterin și ovarian, prin recoltarea frotiului pentru testul Babeș-Papanicolau și ecografie transvaginală/colposcopie etc., chiar dacă, și în cazul cancerului de sân, palparea sânilor poate fi realizată de către ginecolog. De asemenea, dacă ginecologul are și competențe de oncologie, acesta poate să intervină în toate etapele circuitului pacientei (consult ginecologic, recoltare pentru biopsie, intervenție chirurgicală), cu excepția prescrierii tratamentului non-chirurgical, pe care doar oncologul/comisia oncologică îl poate realiza.

Anatomopatologul are un rol important în identificarea tipului afecțiunii: malign sau benign.

Circuitul pacientelor cu cancer de sân implică vizite la mai multe specialități medicale. Medicii oncologi și chirurghi au rolul cel mai important. Ginecologii, în funcție de competențele pe care le au (dacă au dublă specializare: ginecolog-oncolog) și de logistica de care dispune unitatea medicală în care lucrează, pot interveni mai mult și simplifică circuitul pacientelor cu cancer de sân.

Figura 4.1: Circuitul pacientelor cu cancer de sân



De cele mai multe ori, screening-ul cancerului de sân este realizat după apariția simptomelor. Pacientele se prezintă inițial la medicul de familie atunci când apar simptome vizibile sau deranjante (durere la nivelul sânilor, ganglioni inflamați, modificări ale culorii pielii, scurgeri din mamelon etc.). De cele mai multe ori, medicul de familie recomandă realizarea investigațiilor. Rar, când medicul de familie suspectează o cauză endocrină, trimite pacientele și la endocrinolog.

Ecografia mamară și mamografia sunt realizate de imagist, mai rar de ginecolog, ceea ce constituie uneori o sursă de fricțiuni: unii ginecologi se plâng de faptul că unii medici de familie sau imagiști interpretează eronat rezultatul investigațiilor și întârzie diagnosticarea pacientelor. În funcție de rezultatul investigațiilor, medicul de familie trimite pacienta către ginecolog sau direct la oncolog. Dacă medicii au dublă specializare (ginecolog-oncolog sau oncolog-chirurg), atunci realizează direct puncția-biopsie; altfel, direcționează pacienta către chirurg.

Dacă rezultatul indică un stadiu pre-canceros, iar formațiunile sunt fără aspect malign, atunci ginecologul păstrează pacienta. În cazul prezenței formațiunilor canceroase, pacienta poate fi operată de ginecolog (rar) sau direcționată către oncolog. Acesta recomandă abordarea terapeutică împreună cu echipa interdisciplinară, comisia oncologică - medicamentoasă, chirurgicală sau prin radioterapie - și stabilește stadializarea tratamentului. În Cluj există un centru specializat în tumori mamare, în cadrul Institutului Oncologic.

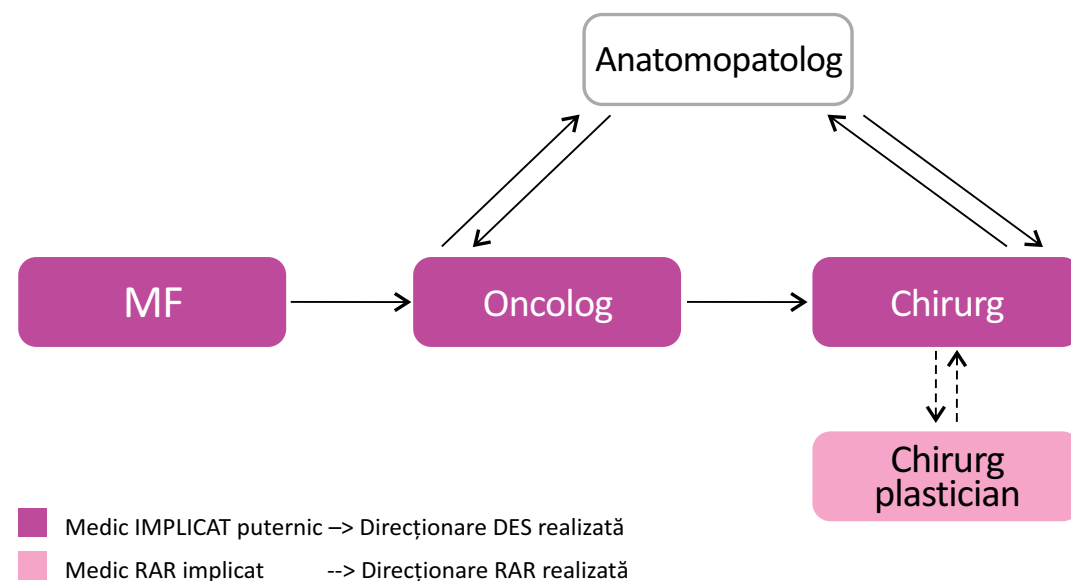
Ginecologii din București trimit pacientele care au suferit o intervenție chirurgicală și către chirurgul plastician, când este posibil.

Monitorizarea pacientei cu cancer de sân este realizată de oncolog pe parcursul următorilor 5 ani (ajustează tratamentul sau intervine cu recomandări terapeutice). Ginecologii intervin în monitorizare la pacientele cu riscuri suplimentare sau care urmează tratament hormonal.

Accesul mai redus la investigații (nedecontate sau cu plafoane de decontare joase, lipsa aparaturii disponibile - în special RMN/CT) și numărul scăzut de medici specialiști (în special oncologi) pot să întârzie inițierea tratamentului. Astfel, de cele mai multe ori pacientele așteaptă în medie 2-3 luni până la diagnosticul de certitudine (ginecologii din București menționează o perioadă care poate să fie chiar de 5 luni). Acest timp poate fi redus la maxim patru săptămâni dacă pacientele își permit plata investigațiilor sau dacă le pot face în centre mari, unde medicii menționează o durată maximă de 4-6 săptămâni (sau 10 zile, dacă pacientele își plătesc investigațiile).

Circuitul pacientei cu cancer de col uterin este mai simplu, iar pașii de urmat sunt mai clari, comparativ cu situația pacientei cu cancer de sân. Existența programului de screening (chiar dacă nu e accesat) a standardizat procedural circuitul paciențelor. Medicii menționează și că sunt paciente care solicită din proprie inițiativă realizarea testului Babeș-Papanicolau.

Figura 4.2: Circuitul paciențelor cu cancer de col uterin



Medicul de familie reprezintă principala verigă medicală în circuit, fiind atât primul punct de contact al paciențelor, cât și cel care direcționează pacienta către specialist. În Cluj-Napoca, o parte a medicilor de familie recoltează direct proba pentru testul Babeș-Papanicolau și o trimit la laborator, trimițând pacienta la ginecolog doar dacă rezultatul testului o cere.

Testul Babeș-Papanicolau și ecografia transvaginală realizate de ginecolog oferă datele necesare pentru demararea procesului de investigare a posibilei prezențe a unei afecțiuni oncologice. Aceste investigații sunt însoțite și de examen bacteriologic.

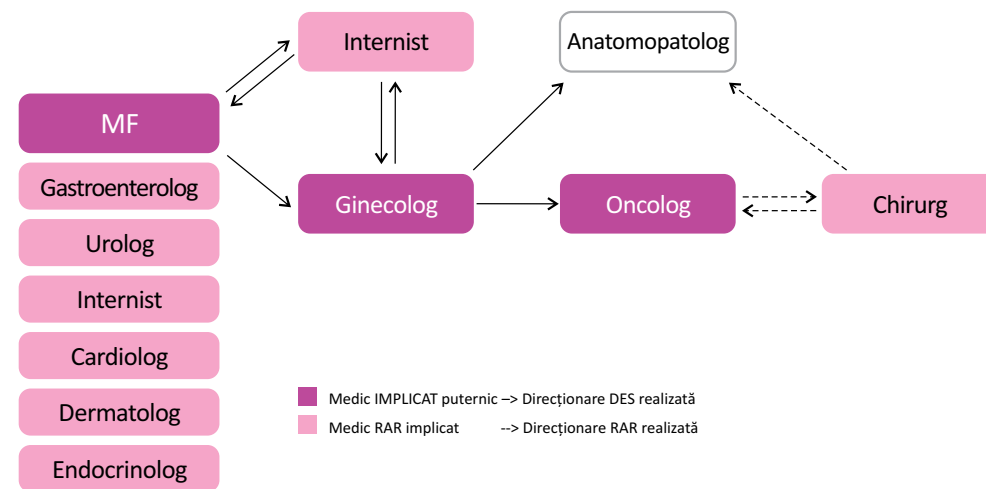
Dacă rezultatele testelor Babeș-Papanicolau și ale ecografiei transvaginale indică posibila prezență a cancerului de col uterin, urmează realizarea colposcopiei și a biopsiei. Această etapă poate fi realizată de ginecologul oncolog sau de către oncologul chirurg. Mai rar, sunt recomandate CT abdominal/RMN toraco-abdominalo-pelvin sau HPV ADN Genotipare.

Dacă se evidențiază leziuni/ formațiuni pre-canceroase, demersul terapeutic este condus de ginecolog. Oncologul se implică în managementul paciențelor la care s-a descoperit prezența celulelor canceroase, prin intervenție chirurgicală sau prin tratament non-chirurgical (chimioterapie, radioterapie, în funcție de stadiu, dar și de disponibilități). Dacă este în situ, operează și ginecologul (face conizație în multe cazuri).

Monitorizarea este realizată de oncolog. Ginecologul are un rol secundar, implicându-se doar în realizarea examenului ginecologic periodic necesar în monitorizare, dacă oncologul nu are și competențe ginecologice. Medicul de familie poate interveni în managementul afecțiunilor post-radioterapie (diaree, cistită etc.).

Timpul scurs de la prezentarea inițială până la stabilirea diagnosticului este mai scurt: aproximativ 1-2 luni (rar, 3 luni), deoarece accesibilitatea testului Babeș-Papanicolau este mai mare, comparativ cu a mamografiei. Dacă pacienta este dispusă să suporte costul investigațiilor, atunci timpul se poate reduce până la 10 zile, mai ales în centrele mari unde pacientele se pot programa mai ușor la investigații.

Circuitul paciențelor cu cancer ovarian solicită medicii cel mai mult, atât logistic, cât și din punct de vedere emoțional. Descoperirea cancerului ovarian este realizată de cele mai multe ori întâmplător și în stadii avansate, din cauza absenței simptomatologiei tipice și a dimensiunilor mici ale tumorilor, greu sesizabile la ecografie. Șansele de vindecare sunt destul de scăzute.

Figura 4.3: Circuitul pacientelor cu cancer ovarian

În cele mai multe cazuri, suspiciunea de cancer ovarian apare în urma realizării ecografiei abdominale (care poate fi inițiată de mai multe specialități medicale, inclusiv de medicul de familie). Simptomele determinate de cancerul ovarian pot fi confundate cu cele specifice altor boli (cardiovasculare, gastrointestinale, dermatologice) pacienta fiind deseori investigată întâi de alte specialități medicale. Ecografia transvaginală reprezintă următorul pas în investigarea cancerului ovarian.

Dacă investigația susține suspiciunea, pacienta poate fi în continuare consultată de ginecolog sau direcționată către oncolog, dacă ginecologul nu are competențe în oncologie. Pentru diagnosticul de certitudine și stadializare, sunt realizate: biopsie/ examen histopatologic, markeri tumorali, respectiv CT/ RMN pelvin.

Dacă rezultatul indică o formațiune canceroasă, pacientele sunt trimise/ rămân în grija oncologului pentru inițierea tratamentului. În cazul în care nu se confirmă suspiciunea, pacientele rămân în grija ginecologului.

Pentru că în multe cazuri, diagnosticul este stabilit în stadii avansate, primul pas terapeutic este intervenția chirurgicală (realizată de ginecolog/oncolog/chirurg). Ulterior, pacientele ajung la oncolog/comisia oncologică pentru inițierea tratamentului chimioterapeutic.

Monitorizarea intră în atribuția oncologului. Ginecologii din București menționează și includerea în centrele de îngrijire paliativă pentru pacientele cu cancer ovarian în stadii terminale. De la prima prezentare la medic, până la stabilirea diagnosticului complet și inițierea tratamentului, poate fi vorba despre o perioadă de timp de 6 până la 8 săptămâni.

4.2.3 Comunicarea cu pacientele și colaborarea interdisciplinară.

Pentru paciente, procesul diagnosticării înseamnă multă angoasă. Medicii au observat că majoritatea pacientelor pun semn de egalitate între diagnosticul de cancer și riscul de deces. Atunci când apare suspiciunea acestui posibil diagnostic, majoritatea pacientelor se confruntă cu emoții și sentimente puternic negative. Doar ginecologii din Iași menționează și cazuri în care pacientele s-au mobilizat, au fost proactive și determinate să lupte și să depășească aceste momente. Teama și negarea diagnosticului fac ca unele paciente să refuze realizarea biopsiei sau chiar intervenția chirurgicală, în special dacă aceasta este percepută ca o „mutilare” a corpului. Medicii menționează și că unele paciente care acceptă intervențiile chirurgicale radicale (mastectomia sau histerectomia), încearcă să ascundă acest lucru partenerului, de teamă că nu vor mai fi privite ca femei.

Majoritatea medicilor menționează că întâmpină dificultăți în dialogul cu pacientele, mai ales în momentele de maximă încărcătură emoțională. De aceea, tot mai mulți medici vorbesc despre necesitatea trimerii pacientelor la psihoterapie, dar și a cursurilor pentru medici, în care să fie învățați cum să gestioneze astfel de momente. Atât medicii de familie, cât și ginecologii întâmpină dificultăți în relaționarea cu pacientele, ceea ce îngreunează depistarea și managementul afecțiunilor oncologice.

Medicii de familie menționează printre cele mai importante cauze:

- Pudoarea culturală legată de viața sexuală și nivelul scăzut de educație, în special în mediul rural, împiedică pacientele să comunice medicului simptomele pe care le au;
- Multiple rezistențe ale pacientelor în diagnosticarea și tratarea cancerului (ex. teama că celulele canceroase se pot răspândi în tot corpul în urma intervenției chirurgicale, teama de cădere a părului, ca efect al chimioterapiei, teama de mutilare estetică, drept consecință a mastectomiei) și preferința acestora pentru tratamente naturiste, biorezonanță magnetică și apel la practici religioase (în special în Iași);
- Pierderea contactului cu pacientele - în cazul în care acestea nu prezintă și alte comorbidități, se întâmplă ca pacientele să rămână pentru monitorizare doar la specialist.

Ginecologii menționează:

- Dificultatea gestionării situațiilor sensibile (medicii sunt nepregătiți să comunice diagnosticul, mai ales în stadii avansate de cancer);

- Costurile mari pentru anumite investigații medicale necesare (ex. determinarea markerilor tumorali) și accesibilitatea redusă a acestora (se pot realiza doar în clinicile private) sunt o sursă de mari frustrări sau chiar drame, atât pentru pacienți, cât și pentru medici;

- Neprioritizarea cazurilor de cancer în funcție de gravitate, în vederea realizării investigațiilor imagistice (București) și uneori și a tratamentului (radioterapia fiind cel mai des menționată) afectează managementul cazurilor de cancer, atât din punct de vedere terapeutic, cât și în ce privește relația medic-pacientă.

Dificultăți apar și în relația dintre verigile medicale implicate în managementul pacienților cu cancer. Astfel, medicii de familie menționează în principal lipsa de feedback: netransmiterea informațiilor despre diagnosticul și evoluția pacienților înapoi către medicii de familie de către specialiști (în special oncologi, dar și ginecologi). Secundar, au apărut și mențiuni despre refuzul unor medici ginecologi din București de a lua în considerare testul Babeș-Papanicolau realizat în mediul uscat, ci doar în mediu lichid, această ultimă variantă nefiind decontată de CNAS. Pe de altă parte, ginecologii menționează în special probleme procedurale: frotiuri neadecvate recoltate de medicii de familie pentru testul Babeș-Papanicolau, implicarea slabă a medicilor de familie în screening și întârzierea prezentării pacienților la specialist. Este interesant faptul că medicii de familie ridică în principal probleme ce țin de protocoalele de colaborare, sau absența lor (lipsa de feedback, nestandardizarea tipurilor de teste acceptate), în timp ce ginecologii menționează mai degrabă greșeli de practică medicală.

4.2.4 Condițiile unui program de screening „de succes“.

Programul de screening ideal motivează și susține participarea, atât a medicilor, cât și a pacienților. Metodele prin care medicii participanți consideră că se poate obține o participare cât mai bună a femeilor țin de:

- Comunicarea extinsă și intensă, atât pentru a anunța existența programului, cât și riscurile de a dezvolta aceste tipuri de cancer, respectiv necesitatea controalelor medicale periodice în general (inclusiv prin atenționări de tipul „*Evitați consumul excesiv de sare, zahăr și grăsimi!*“);

- Structura programului: adresabilitatea extinsă (absența limitei de vârstă), simplitatea procesului (toate investigațiile să se poată face într-un singur loc), minimizarea birocrăției (ex: păstrarea formularelor existente, cu adăugarea unei bife „în cadrul programului de screening“);

- Decontarea separată a consultației de screening, pentru a evita situațiile în care pacienta nu are acces la program pentru că plafonul de decontare al CNAS a fost deja depășit;

- Ginecologii menționează și introducerea obligativității screening-ului anual, pe grupe de vârstă, sau penalizarea pacienților care nu se prezintă (prin creșterea contribuției personale la asigurarea de sănătate, de exemplu);

- Medicii de familie din București menționează și creșterea numărului de centre medicale în care se poate realiza screening-ul, pentru a evita supra-aglomerarea: un centru medical pentru 20 000 persoane.

Metodele de motivare ale medicilor țin în primul rând de remunerarea tuturor cadrelor medicale implicate în program, aspect care trebuie comunicat clar acestora pentru a crește gradul de interes pentru înrolarea în program.

N-au fost ignorate nici modalitățile de a eficientiza efortul de screening pe termen lung, precum și de a folosi datele strânse în cadrul acestuia pentru optimizarea întregului sistem de management medical al cancerelor feminine. Medicii intervievați au susținut în unanimitate crearea unei „rețele“ multidisciplinare (echipe formate din medici de familie, ginecologi, oncologi, medici cu specializare în imagistică, endocrinologi, anatomopatologi), care să fie în permanență în contact pentru a decide împreună acțiunile cele mai potrivite pentru fiecare caz, fără a „plimba“ pacienta între ei foarte mult.

Pentru a realiza aceasta „rețea“, medicii au menționat condiția *sine qua non* de a crea un circuit funcțional clar: încă de la înrolarea pacientei în programul de screening, fiecare verigă implicată cunoaște obiectivele pe care trebuie să le atingă la nivel individual, dar și obiectivele generale, la nivel de „echipă“, și toate cadrele medicale implicate pot urmări în timp real etapele prin care trece pacienta.

Este astfel imperios necesar crearea unui registru electronic național în care fiecare medic să poată completa procedurile și concluziile sale referitor la fiecare pacient, de la faza de screening și până la monitorizarea după tratament. Avantajele acestui registru s-ar face simțite nu doar în gestionarea fiecărui caz în parte, ci și la nivel sistemic, putând fi o sursă de date statistice valoroase pentru institute oncologice, CNAS și alte autorități implicate în managementul sau finanțarea sănătății în România.

4.3 Concluzii din studiul cantitativ – medici de familie și ginecologi

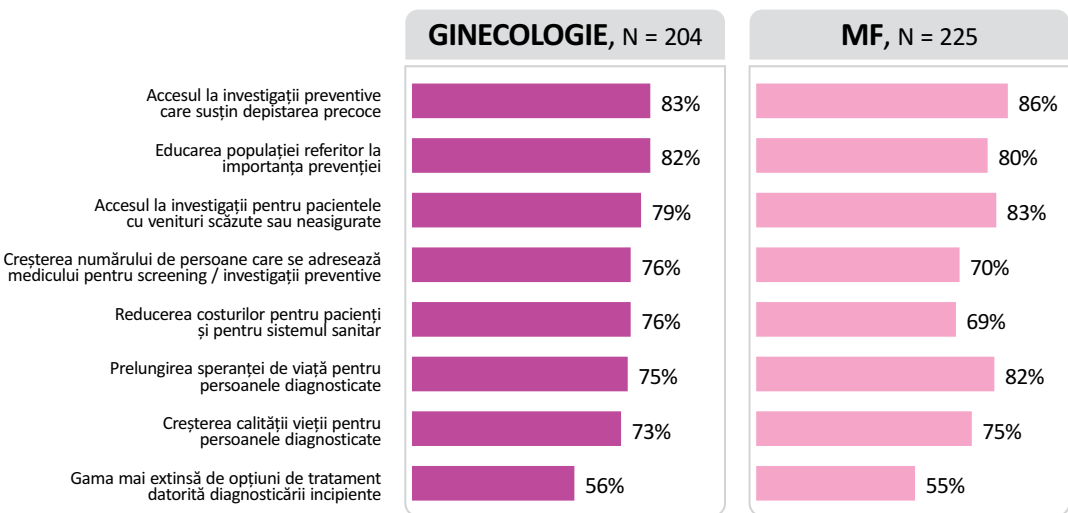
Faza cantitativă a studiului a confirmat rezultatele obținute în faza calitativă. Medicii se confruntă cu multiple bariere în ceea ce privește prevenția și screening-ul cancerului de sân, de col uterin și ovarian. Nivelul scăzut de educație, informare și interes al pacientelor, precum și accesul dificil la investigații medicale gratuite (compensate de CNAS), sunt în prezent principalele provocări cu care se confruntă medicii în promovarea prevenției. Pe de altă parte, managementul pacientelor diagnosticate cu cancer este îngreunat de factori care țin atât de sistemul sanitar (fonduri, personal și aparatura insuficiente, lipsa protocoalelor clare care să ghideze circuitul pacientelor, acoperirea slabă a serviciilor medicale), cât și de paciente (lipsa de educație sanitară fiind principalul impediment menționat).

4.3.1 Atitudini, cunoștințe și comportamente privind programele și investigațiile de screening.

Părerea medicilor participanți este aproape unanimă în ce privește programele de screening: acestea cresc semnificativ șansele de diagnosticare și vindecare a cancerului în stadii incipiente. 94% dintre ginecologi și 81% dintre medicii de familie consideră că un program de screening crește șansele de supraviețuire într-o măsură mare și foarte mare. Diferența de procentaj dintre cele două specialități medicale pare să provină dintr-un nivel mai scăzut de încredere în fezabilitatea programelor de screening în România, din partea medicilor de familie, așa cum vom vedea în continuare.

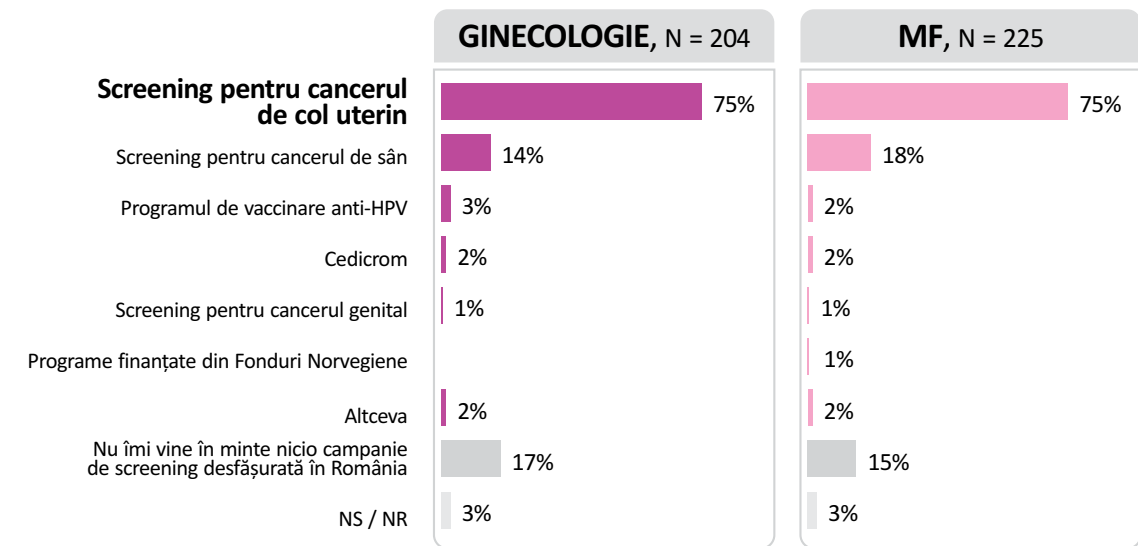
Programele de screening prezintă multiple beneficii: de la accesul la investigații și educația pacientelor până la prelungirea speranței de viață și reducerea costurilor.

Figura 4.4: Beneficiile percepute ale programelor de screening



Întrebați despre programele de screening pe care le cunosc, atât ginecologii cât și medicii de familie menționează cel mai frecvent programul național de screening pentru cancerul de col uterin, previzibil, din moment ce este singurul program național. Surprinzător este însă faptul că frecvența mențiunilor pentru acest program nu se apropie de 100%; un sfert din medicii intervievați nu cunosc sau nu-și amintesc de acest program, deși acesta există din 2012. Rata foarte scăzută de participare a femeilor la programul de screening pentru cancerul de col uterin este astfel pusă într-o nouă lumină.

Figura 4.5: Programe de screening cunoscute în România

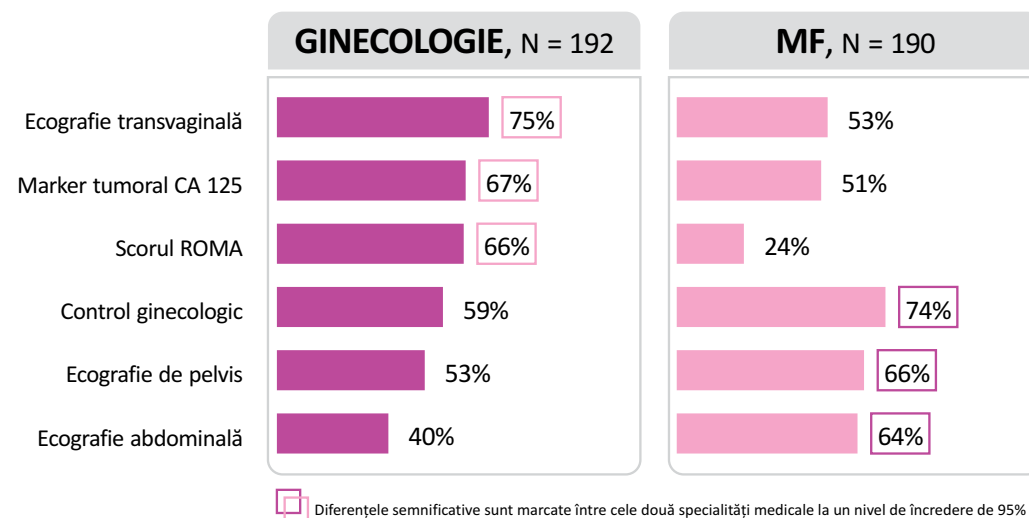


Aproape toți medicii susțin că realizează sau recomandă investigații preventive pentru depistarea cancerelor la femei: 89% dintre ginecologi și 95% dintre medicii de familie recomandă investigații pentru cancerul de sân; toți ginecologii și 96% dintre medicii de familie recomandă investigații pentru cancerul de col uterin; 94% dintre ginecologi și 84% dintre medicii de familie recomandă investigații pentru cancerul ovarian. Tipul de investigații recomandate însă de ginecologi diferă parțial de cele recomandate de medicii de familie, o consecință a lipsei de protocoale unanim agreeate sau impuse. Astfel, pentru screening-ul cancerului de sân, semnificativ* mai mulți medici de familie (91%) recomandă mamografiile, comparativ cu medicii ginecologi, diferențele nemaifiind semnificative pentru ecografia mamară și examinarea clinică (palparea). Pentru cancerul de col uterin, semnificativ* mai mulți ginecologi (96%) recomandă testul Babeș-Papanicolau, comparativ cu medicii de familie (87%), aceștia preferând să trimită pacientele la control ginecologic (lăsând astfel ginecologul să decidă ce teste efectuează, dar introducând o stație suplimentară în circuitul pacientelor).

*Diferențele semnificative sunt la un nivel de încredere de 95%.

Pentru cancerul ovarian nu există protocoale standard de screening nici în România, nici la nivel internațional, fiecare medic fiind astfel nevoit să-și creeze propria listă de investigații pe care le recomandă cu precădere. Se remarcă însă tendințe, care diferă de la o specializare la alta, așa cum arată graficul de mai jos.

Figura 4.6: Investigații de screening recomandate pentru depistarea cancerului ovarian.

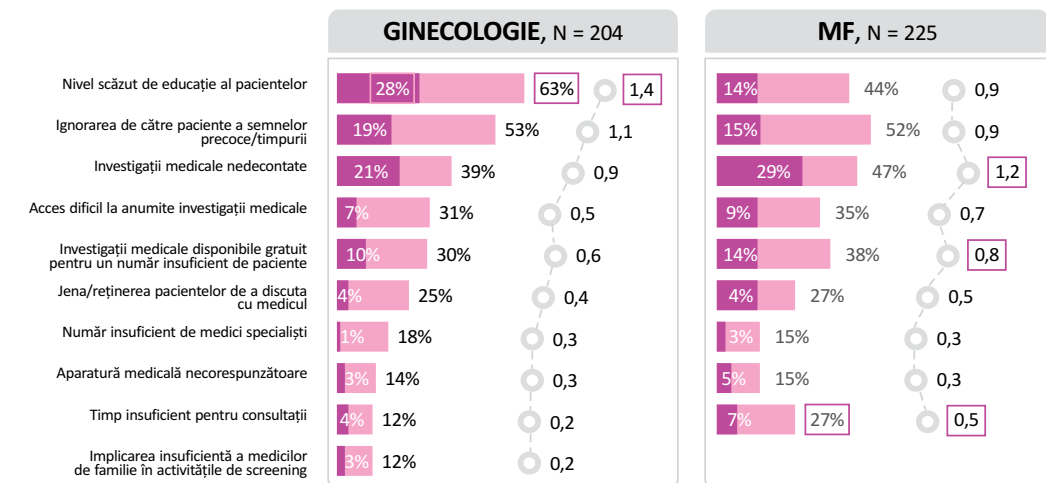


Există însă un consens în privința responsabilităților: atât ginecologii, cât și medicii de familie consideră că aceste două specialități sunt pionii principali implicați în screening, deși există diferențe semnificative statistic în importanța acordată fiecărei specializări: ginecologii se pun pe picior de egalitate cu medicii de familie, în timp ce medicii de familie își acordă mult mai multă responsabilitate comparativ cu cea pe care o acordă ginecologilor. Explicația se află în faptul că medicii de familie se consideră principalii responsabili pentru investigațiile inițiale. În stabilirea diagnosticului însă, atât ginecologii cât și medicii de familie consideră că oncologii și ginecologii joacă rolurile principale.

4.3.2 Provocări și bariere în screening și în managementul cancerelor feminine.

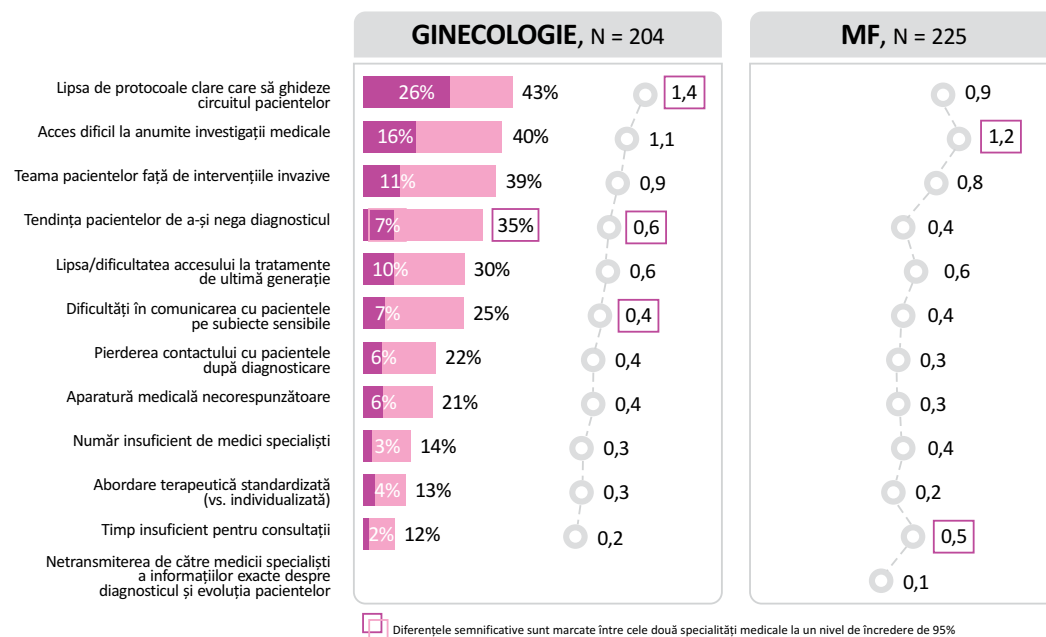
Nivelul scăzut de educație al femeilor este principala provocare cu care se confruntă ginecologii în procesul de screening al cancerului, în timp ce medicii de familie menționează mai frecvent investigațiile nedecontate de casa de sănătate.

Figura 4.7: Provocările întâmpinate de medici în procesul de screening al cancerelor feminine*



Privind managementul cancerelor feminine, atât ginecologii, cât și medicii de familie menționează în primul rând aspecte ce țin de logistica procesului: lipsa de protocoale clare pentru circuitul pacienților prin sistemul medical (ginecologii), respectiv accesul dificil la investigațiile medicale specifice (medicii de familie).

Figura 4.8: Provocările întâmpinate de medici în procesul de management al cancerelor feminine*

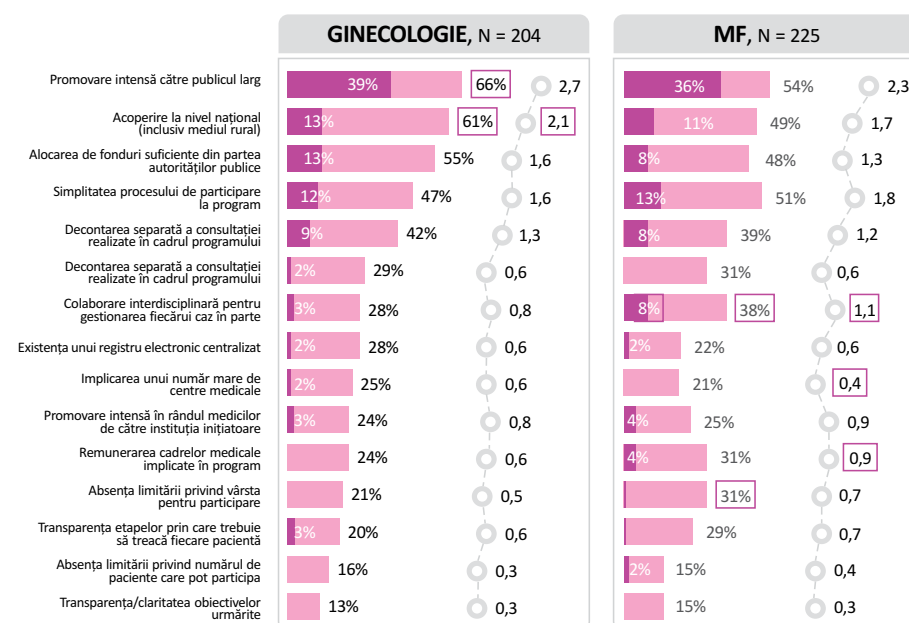


*Scorul este calculat după cum urmează: primul loc a primit 3 puncte, al doilea loc a primit 2 puncte, al treilea loc 1 punct cu scopul de a realiza o ierarhie generală a afirmațiilor. Scorul cel mai apropiat de valoarea 3 este cel care aduce afirmația pe primul loc în ierarhie.

Diferențele semnificative între cele două specialități medicale (marcate cu chenar roz) sunt la un nivel de încredere de 95%.

Succesul unei campanii de screening depinde de promovarea intensă la nivel național și în acoperirea națională pentru ginecologi, respectiv de promovare și de simplitatea procesului de participare pentru medicii de familie. Mulți alți factori sunt însă menționați, diferențele de frecvență fiind în general destul de mici, rareori semnificative, ceea ce arată că medicii înțeleg complexitatea condițiilor necesare pentru a realiza corect un program de screening, în România.

Figura 4.9: Factorii favorizanți pentru un program de screening de succes*



4.3.3 Nevoile pacientelor

Interacțiunea medicilor cu pacientele poate fi îmbunătățită în primul rând prin campanii de educație și acces la consiliere psihologică pentru paciente, în perspectiva ambelor specialități medicale intervievate. Mai puțină importanță este acordată pregătirii personalului medical (medici și asistenți) prin cursuri de comunicare, ceea ce indică o deplasare a responsabilității pentru succesul sau insuccesul interacțiunii în timpul consultației către paciente.

Pe de altă parte, ginecologii și medicii de familie sunt în unanimitate de acord că tratamentele rambursate disponibile în România acoperă mai degrabă într-o măsură moderată nevoile pacientelor, pentru toate cele trei tipuri de cancer în discuție.

*Scorul este calculat după cum urmează: primul loc a primit 5 puncte, al doilea loc a primit 4 puncte, al treilea loc 3 puncte și așa mai departe, cu scopul de a realiza o ierarhie generală a afirmațiilor. Scorul cel mai apropiat de valoarea 5 este cel care aduce afirmația pe primul loc în ierarhie.

Diferențele semnificative între cele două specialități medicale (marcate cu chenar roz) sunt la un nivel de încredere de 95%.

4.4 Concluzii din studiul calitativ – medici radiologi și anatomopatologi

Pentru a explora tema și din perspectivă medicilor specialiști implicați în faze mai avansate de screening, când deja există suspiciuni de cancer, am intervievat 4 medici anatomopatologi și radiologi din București. Concluziile interviurilor nu au validitate statistică, dar ne permit să privim procesul de screening și dincolo de „linia întâi”, reprezentată de primul contact al pacientelor cu medicul de familie sau ginecolog.

Așa cum ne așteptam, medicii radiologi și anatomopatologi participanți apreciază screening-ul ca o modalitate foarte eficientă de a diagnostica bolile (și în special cancerele) cât mai timpuriu, când șansele de supraviețuire sunt mari și costurile sunt semnificativ mai mici.

Condiția esențială pe care România nu o îndeplinește încă este gradul de acoperire – medicii menționând procente de 70% sau chiar 90% ca grad de acoperire a populației vulnerabile, cu frecvența controalelor la cel mult trei ani. Iată deci că frecvența setată de la bun început pentru programul național de screening pentru cancer de col uterin – o dată la cinci ani – este considerată inadecvată de către medicii care au participat la studiu. Au fost de asemenea scoase în evidență nevoia de o promovare mai agresivă a programului – inclusiv prin medicii de familie – și recoltarea corectă, de către personal instruit, toți medicii participanți menționând că se confruntă frecvent cu probe inadecvate.

Printre nevoile încă nesatisfăcute ale sistemului medical, din perspectiva lor, medicii radiologi și anatomopatologi menționează lipsa unei baze de date naționale, accesibilă tuturor specialităților medicale implicate în diagnosticare, în care să poată completa direct și în timp real rezultatele analizelor efectuate, comunicând astfel mai rapid și mai eficient, fără să mai piardă timp cu raportări diferite.

Aparatura a fost de asemenea menționată de către toți participanții, atât în ceea ce privește calitatea ei (să fie modernă, funcțională, echipată cu tot ce trebuie), cât și în ceea ce privește răspândirea ei (să fie suficiente aparate în mai multe centre din țară). Nu în ultimul rând, la fel ca medicii de familie și ginecologi, și acești medici recunosc nevoia unui sistem mai eficient de colaborare interdisciplinară, pentru scurtarea sau fluidizarea traseului pacientelor de la prima consultație la un diagnostic confirmat. A fost de asemenea menționată nevoia de promovare în mass-media a oricărei inițiative de screening, pentru a mobiliza populația.

Capitolul 5.

PERSPECTIVA FEMEILOR VIZATE DE SCREENING

5.1 Premisele și metodologia cercetării

În oglindă cu studiul asupra medicilor implicați în screening, acest studiu își propune înțelegerea atitudinilor femeilor cu privire la programele de screening, respectiv a barierelor și provocărilor cu care se confruntă în participarea la acestea.

Studiul a fost structurat similar cu cel asupra medicilor, având o fază calitativă pentru a explora problema, urmată de una cantitativă pentru a verifica statistic concluziile obținute în faza calitativă.

Astfel, putem compara atitudinile și problemele ridicate de medici cu cele menționate de femeile vizate de screening, din categoria de vârstă 30-45 de ani, mediul urban (orașe cu peste 100 000 de locuitori). Motivele pentru care a fost selectată această categorie sunt:

- Este categoria vizată de toate procedurile de screening, pentru toate cele trei tipuri de cancer în discuție, aflându-se în același timp în perioada cea mai activă a vieții, fiind astfel puțin probabil să se prezinte frecvent la medic.
- Concentrarea pe mediul urban mare se datorează acoperirii scăzute a serviciilor medicale în mediul rural, ceea ce înseamnă că nu există multă experiență cu serviciile medicale.

Am văzut deja rezultatele campaniilor „*N-am făcut destul*” derulate de FABC în 2015 și 2016 în mediul rural, vom analiza situația și pe baza datelor colectate de Fundația Renașterea.

Metodologia pentru faza calitativă a studiului a constat în organizarea a două discuții în grup, semi-structurate (focus group discussion – FGD) în București și Iași (câte un grup în fiecare oraș). Fiecare discuție a durat aproximativ 135 de minute.

Pentru faza cantitativă a fost dezvoltat un chestionar (pe baza concluziilor obținute în faza calitativă), ce a fost aplicat apoi în cadrul interviurilor față în față cu 424 de femei, eșantion reprezentativ la nivel național. Perioada de culegere a datelor a fost 7 – 16 septembrie 2016.

Tabel 5.1: Distribuția participantelor la studiu în funcție de mărimea localității de rezidență

Mărime localitate (mii locuitori)	Nr. participante	%
București	128	30%
100-199	115	27%
> 200	181	43%
TOTAL	424	100%

Tabel 5.2: Distribuția participantelor la studiu pe regiuni

Regiune	Nr. participante	%
București	128	30%
Moldova	79	19%
Transilvania	58	14%
Muntenia	45	11%
Oltenia	35	8%
Banat	30	7%
Crișana-Maramureș	28	7%
Dobrogea	21	5%
TOTAL	424	100%

Tabel 5.3: Distribuția participantelor la studiu în funcție de ocupație

Ocupație	Nr. participante	%
Job permanent	372	88%
Casnică	20	5%
Job temporar	15	4%
Concediu de maternitate	7	2%
Șomeră	5	1%
Nu lucrez din alte motive	5	1%
TOTAL	424	100%

5.2 Concluzii din studiul calitativ

Deși consideră cancerul o boală gravă, interesul populației generale pentru screening este scăzut. Cancerul este privit ca una dintre cele mai grave boli posibile, din cauza riscurilor pe care le prezintă, a impactului puternic atât la nivel fizic, cât și la nivel emoțional (prin efectele secundare determinate de tratament, precum și prin deteriorarea imaginii de sine) și, nu în ultimul rând, a problemelor de reintegrare socială, în special în cazul cancerului de sân – percepția de „mutilare” generată de pierderea sânelui.

În ciuda acestei percepții, populația generală este însă foarte puțin implicată în prevenție și control de rutină. Femeile apelează cel mult la control ginecologic, eventual la examenul citologic Babeș-Papanicolau, însă doar la recomandarea medicului sau atunci când o persoană apropiată este diagnosticată cu cancer.

5.2.1 Definiția stării de sănătate. Atitudini față de prevenție și screening.

În cele mai multe cazuri, starea de sănătate este privită optimist și pusă în strânsă legătură cu un echilibru emoțional și un stil de viață sănătos (alimentație corectă, activitate fizică etc.). Pentru majoritatea femeilor, lipsa simptomelor este echivalată cu o stare bună de sănătate.

Femeile menționează modalități similare de menținere a sănătății, însă și faptul că acestea sunt opțiuni mai degrabă teoretice, care nu reflectă acțiuni concrete. Acestea sunt, în ordinea importanței percepute:

- Gândire pozitivă, lipsa stresului;
- Regim alimentar corect;
- Ore suficiente de odihnă (~ 8h de somn);
- Cure de detoxifiere;
- Sport, plimbări în parc;
- Hidratare corespunzătoare;
- Evitarea produselor care conțin coloranți sau conservanți în exces;
- Controalele regulate și realizarea investigațiilor medicale periodice sunt menționate spontan, dar nu printre primele măsuri pe care ar trebui să le ia pentru prevenția deteriorării stării de sănătate. Cu toate acestea, femeile apelează în cele mai multe cazuri la acestea doar după apariția simptomelor.

Totuși, majoritatea femeilor din București declară că merg anual la medic pentru un control general (de cele mai multe ori apelează la investigațiile gratuite generale). Prezentarea la medic pentru investigații specifice este realizată în cele mai multe cazuri atunci când se acutizează simptomele. Există și situații în care femeile se prezintă la medic pentru investigații de rutină (în special în București), determinate de gratuitatea/obligativitatea realizării lor (examenul de medicina muncii), de insistențele celor apropiați sau de accesul simplu la actul medical prin asigurarea medicală privată oferită de către compania la care lucrează. O situație specială este pregătirea pentru o eventuală sarcină, când atenția acordată sănătății este sporită.

Investigațiile realizate cel mai frecvent sunt analizele de sânge (la recomandarea medicului), examene ecografice (ecografie abdominală sau mamară, dar după ce este observată apariția unor noduli), respectiv testul Babeș-Papanicolau (realizat doar la recomandarea medicului).

Despre mamografie femeile cunosc faptul că este recomandată după vârsta de 40-45 de ani (dar majoritatea respondentelor din această grupă de vârstă nu se conformează recomandării). Testul HPV a fost menționat doar de câteva respondente, care știu și rolul său.

Principalele motive pentru care femeile nu fac investigații de screening sunt legate de nivelul scăzut de educație medicală, pe care respondentele îl recunosc; de slaba implicare a medicilor în informarea pacientelor (femeile menționează că, de multe ori, medicii de familie nu încurajează vizitele medicale în scop preventiv, probabil pentru că nu fac față numărului mare de pacienți) sau chiar de abordarea neprofesionistă a unor medici (atitudine arogantă, lipsă de amabilitate sau considerație față de pacient și de nevoia acestuia de a fi informat cu privire la boala & tratament); de costul ridicat al investigațiilor (care fie nu sunt decontate, fie decontarea implică perioade de așteptare foarte lungi) și, nu în ultimul rând, de sistemul medical inefficient și complicat (programări greu de realizat, timp mare de așteptare la cabinete, drumuri în mai multe centre medicale pentru un singur pachet de investigații, rezultate eronate). Absența simptomelor clare, stilul de viață stresant, lipsa de timp și multiple probleme de rezolvat pot duce la neglijarea stării de sănătate și uneori chiar la ignorarea simptomelor. Teama de un posibil diagnostic oncologic le face pe multe femei să amâne prezentarea la medic.

În general, ceea ce trezește cel mai mult interesul femeilor pentru realizarea investigațiilor în scop preventiv este contactul direct cu persoane diagnosticate cu cancer (prietene, rude, colege).

Alți factori ce pot duce la creșterea interesului femeilor pentru screening sunt:

- Costurile accesibile ale investigațiilor medicale (ideal: pachete de investigații la prețuri avantajoase);
- Mai multă implicare din partea medicilor, atât a celor de familie, cât și a specialiștilor (mai multe recomandări și direcționări clare către centre în care se pot face mai multe tipuri de investigații);
- Un sistem mai eficient, în care personalul medical să se implice în programarea pacienților la consultații de screening, iar orarul programărilor să fie respectat (astfel evitând cozile interminabile la ușa cabinetului);
- Facilitarea sau chiar obligativitatea screening-ului pentru aceste tipuri de cancer în cadrul examinărilor periodice de medicină a muncii;
- Și, nu în ultimul rând, promovarea programelor de screening cu mesaje cu impact emoțional puternic (chiar negative) – o sugestie agreată în special de respondentele din București.

Stimularea deschiderii către screening este asociată cu beneficii pe termen lung, atât la nivel individual – creșterea speranței de viață prin diagnosticare precoce – cât și social – reducerea costurilor din bugetul de stat pentru tratamentul cancerului.

5.2.2 Asocieri și nivel de cunoștințe privind investigarea, diagnosticul și tratamentul cancerelor feminine.

În accepțiunea populației generale, cancerul de sân este cea mai răspândită afecțiune oncologică care afectează femeile, dar și tipul de cancer cel mai simplu de identificat. Respondentele au menționat corect majoritatea semnelor specifice: noduli, înțepături în zona sânilor, prezența anumitor secreții, durere la nivelul sânilor. Acestea au enumerat corect și modalitățile de investigare: auto-examinarea sânilor, ecografia mamară (realizată atunci când autopalparea indică noduli), mamografia (cunoscută doar la nivel teoretic, niciuna dintre respondente neavând experiența directă a unei mamografii).

Respondentele au menționat corect și majoritatea semnelor specifice cancerului de col uterin: sângerări în afara ciclului menstrual sau după instalarea menopauzei, prezența HPV (deși niciuna din respondente nu făcuse testul de depistare a tulpinilor virale), secreții anormale. Modalitatea de investigare menționată este de asemenea corectă: examenul citologic Babeș-Papanicolau, însă din nou, la nivel teoretic, în realitate majoritatea respondentelor nu-l făcuseră niciodată, câteva făcându-l o singură dată în viață.

Enumerarea semnelor specifice cancerului ovarian a fost mai puțin sigură, multe respondente spunând că nu știu nimic despre acest tip de cancer. Lista de simptome menționate include răceli repetate, anexite, aceste două simptome neavând de fapt legătură cu cancerul ovarian, respectiv prezența unor chisturi care pot evolua spre o formă malignă. N-au fost menționate dezechilibrele hormonale, infertilitatea sau alte simptome care pot fi asociate acestui tip de cancer.

Modalitățile de investigare enumerate:

- Consultul ginecologic, considerat, teoretic, ca recomandabil la 1-2 ani în absența simptomelor; în practică, însă, intervalul la care femeile îl realizează este mult mai mare;
- Ecografia transvaginală, nerealizată însă în scop preventiv, în special din cauza costurilor ridicate;
- Ecografia simplă pelvină, realizată în special la apariția unor simptome.

Deschiderea către informații medicale este crescută. Totuși, căutarea de informații din sfera medicală este realizată atunci când apar simptome sau când o persoană apropiată se confruntă cu o problema de sănătate. Cele mai accesate surse de informare la care apelează femeile sunt:

- Internetul - prima sursă de informare accesată, fiind cea mai la îndemână, chiar dacă nu este considerată cea mai credibilă;
- Medicul (de familie sau specialist) – sursa investită cu nivelul cel mai ridicat de încredere;
- Prieteni și cunoștințe – mai ales dacă au „trecut” deja prin probleme de sănătate similare;
- Farmacistul – la care apelează atunci când le interesează probleme minore;
- Informațiile prezentate în emisiunile TV sunt apreciate în special în Iași.

Pentru îmbunătățirea nivelului de informare, participantele au cerut dezvoltarea de campanii de comunicare care să accentueze riscurile pe care femeile și le asumă dacă nu fac investigații regulate sau nu iau măsuri de prevenție, precum și care sunt acestea; ar trebui de asemenea publicate listele cu centrele unde se pot face investigații sau tratament (localizare, program, contact).

În viziunea femeilor, modalitatea de prezentare a acestor informații trebuie să fie accesibilă și prietenoasă, antrenantă: clipuri scurte care prezintă simptome posibile care anunță prezența cancerului, cauzele posibile ale acestei boli, tratamente disponibile

și specialitățile medicale la care ar trebui să se adreseze; mesaje scurte sub formă de recomandări (asemănătoare celor prezentate în timpul pauzelor publicitare TV – o măsură menționată și de medici); flyere/broșuri care conțin informații despre pașii pe care trebuie să-i urmeze. De asemenea, sursele de informare să fie vaste și ușor de accesat: mass-media, internet, cabinetele medicilor (în special medicina de familie), farmacii etc.

5.3 Concluzii din studiul cantitativ

Femeile din mediul urban între 30-45 de ani consideră că o stare bună de sănătate este caracterizată prin absența bolilor grave și o stare generală de bine, echivalând astfel lipsa simptomelor cu sănătatea.

Investigațiile de specialitate sunt mai rare, majoritatea vizitelor la medic oprindu-se la cabinetul medicului de familie. Acesta este considerat, de altfel, cea mai de încredere sursă de informare pe teme medicale, ceea ce recomandă implicarea sa în campaniile de informare privind programele de screening.

Jumătate dintre femeile din targetul de vârstă 30-45 nu au auzit de existența unor programe de screening și doar 6% au participat vreodată la astfel de evaluări. Totuși, merită remarcat faptul că programele de screening întâmpină deschidere și sunt în general apreciate ca sporind șansele de supraviețuire. Principalele bariere privind accesarea programelor de screening sunt absența informațiilor și costurile percepute (în bani și timp).

Cancerul de sân este recunoscut ca fiind cel mai răspândit tip de cancer în rândul populației feminine. Majoritatea femeilor sunt informate corect privind principalele semne, controalele și investigațiile recomandate. Totuși, aceste evaluări medicale au un grad de răspândire destul de redus în rândul femeilor, aspect valabil și pentru celelalte tipuri de cancer analizate în acest studiu.

5.3.1 Definiția stării de sănătate.

O stare bună de sănătate este cel mai bine reflectată de absența bolilor grave și de o stare generală de bine. Femeile din Moldova mizează mai mult pe un bun echilibru emoțional, profesional, familial (38%) și mai puțin pe starea de bine fizică (13%) în definirea conceptului de „stare bună de sănătate”, comparativ cu femeile din celelalte regiuni. Evitarea stresului, regimul alimentar echilibrat și odihna contribuie la menținerea unei stări bune de sănătate. Aproximativ jumătate dintre femei declară că respectă principiile unui stil de viață sănătos.

5.3.2. Asocieri și nivel de cunoștințe privind investigarea, diagnosticul și tratamentul cancerelor feminine.

Cele 3 tipuri de cancer în atenția acestui studiu sunt menționate spontan de toate femeile, fiind cele mai cunoscute și considerate cele mai răspândite: cancerul de sân – 93%, cancerul de col uterin – 67%, cancerul ovarian – 47%.

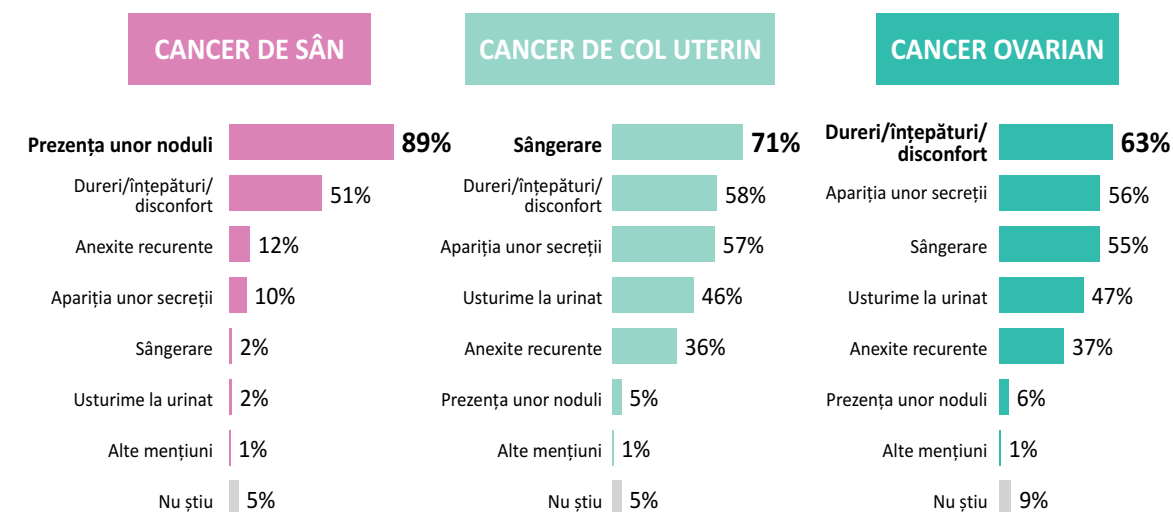
Femeile din Oltenia și Banat-Crișana-Maramureș au menționat într-o măsură semnificativ mai mare cancerul de sân și pe cel de col uterin (97%, respectiv 88%).

Indiferent de tipul de cancer, 4 din 10 femei au cel puțin o cunoștință afectată de una dintre cele 3 forme de cancer: 3 din 10 cunosc pe cineva afectat de cancerul de sân; 2 din 10 cunosc o persoană afectată de cancerul de col uterin; 1 din 10 cunosc o pacientă cu cancer ovarian.

În ce privește gravitatea afecțiunii, bolile cardiovasculare, hepatita C și HIV/SIDA sunt percepute, în medie, ca având un grad similar de severitate cu cancerul de sân, col uterin sau ovarian, în timp ce diabetul și hepatitele A și B sunt percepute mai degrabă ca fiind mai grave.

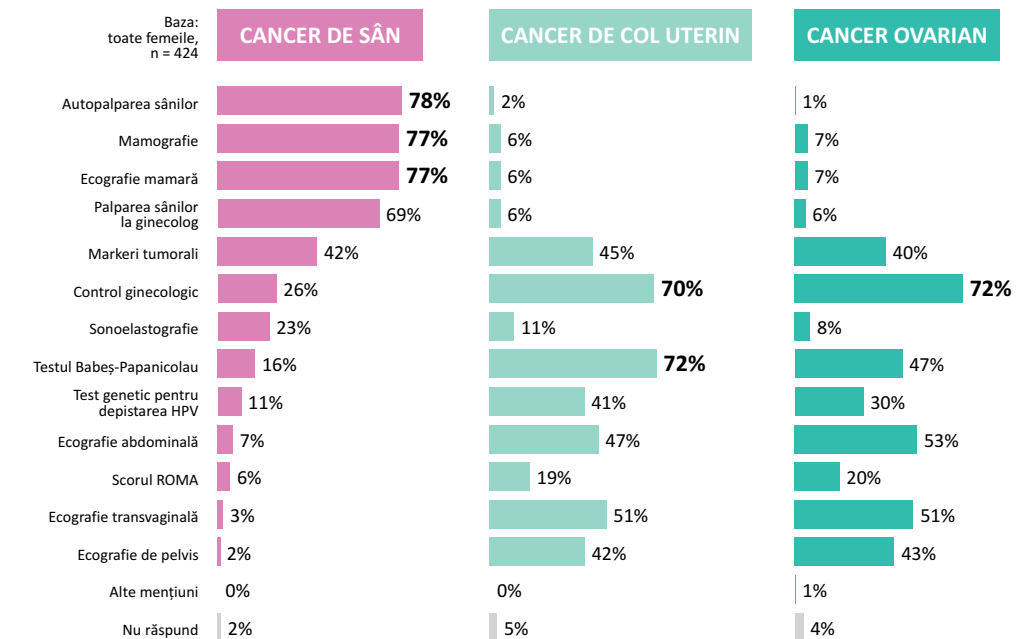
Principalele semne canceroase cunoscute (menționate și de respondentele din faza calitativă) sunt nodulii (sân), sângerarea (col uterin) și durerile/ înțepăturile/ disconfortul localizat (ovarian).

Figura 5.1: Principalele simptome cunoscute ale celor trei tipuri de cancer



Majoritatea femeilor cunosc principalele investigații necesare pentru depistarea cancerului de sân, col uterin și ovarian.

Figura 5.2: Principalele investigații cunoscute pentru fiecare tip de cancer

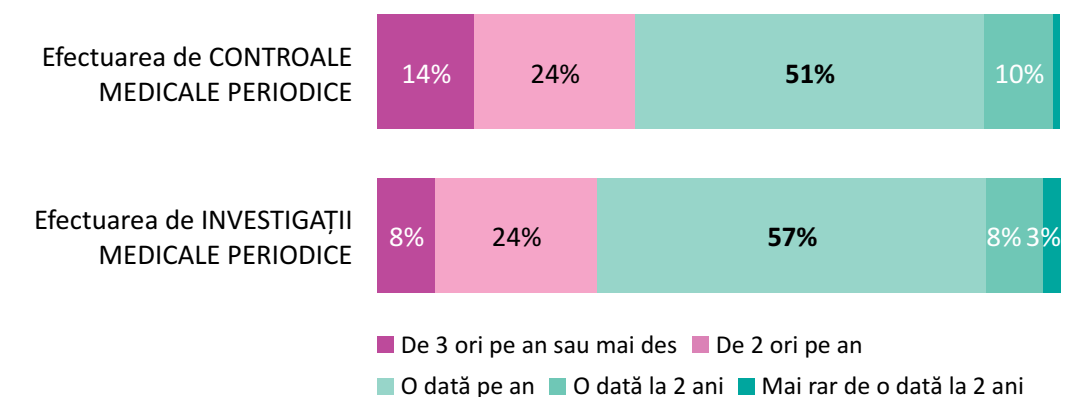


Interesant este însă că acest nivel (destul de ridicat) de cunoștințe nu se transformă într-un comportament corect din punct de vedere medical, așa cum vom vedea în cele ce urmează.

5.3.3 Atitudini și comportamente față de prevenție și screening.

Doar 31% dintre femei fac investigații medicale periodice, în timp ce 42% declară că se duc periodic la medic pentru consultații de rutină. Frecvența efectuării acestor investigații sau consultații diferă de asemenea destul de mult.

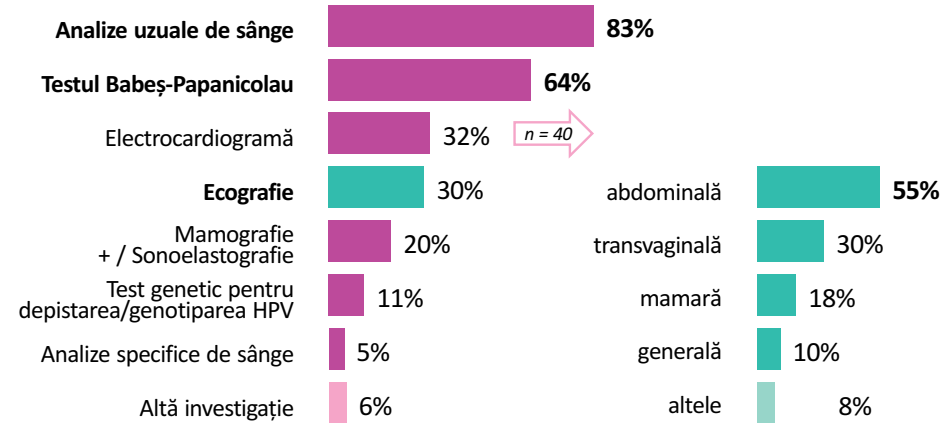
Figura 5.3: Frecvența controalelor, respectiv investigațiilor realizate periodic



În medie, femeile vizitează periodic 2 specialități medicale; cele mai multe femei se adresează medicului de familie și ginecologului. În București sunt semnificativ mai multe femei care merg periodic la stomatolog (48%).

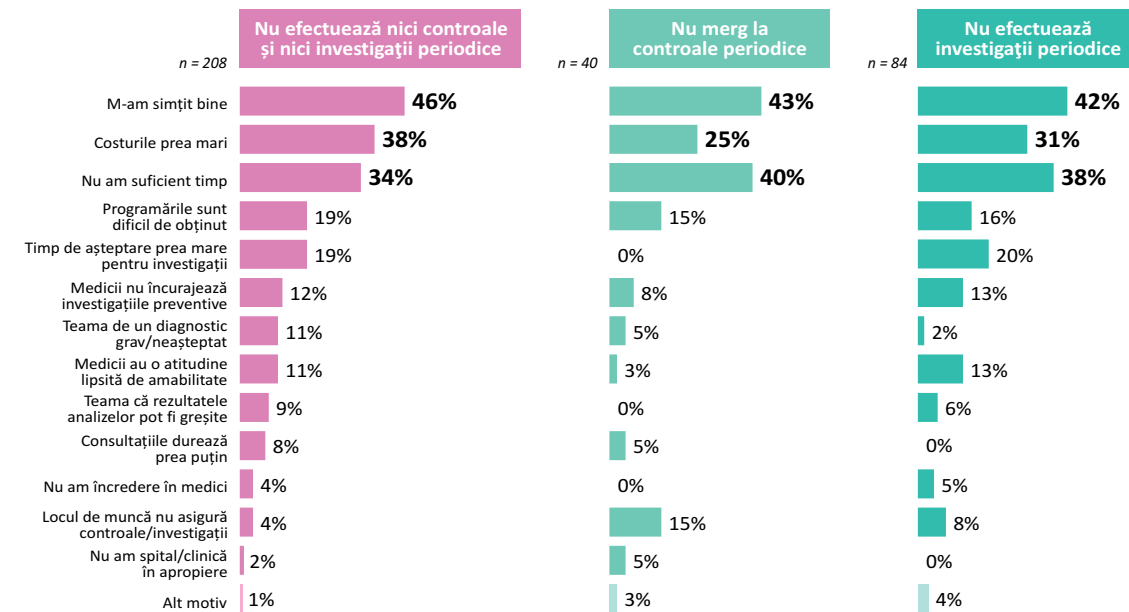
Femeile din Transilvania ajung mai puțin la medicul de familie (64%) comparativ cu restul țării, în timp ce toate femeile cu educație scăzută se adresează medicului de familie. În ce privește investigațiile realizate, cele mai frecvente sunt analizele de sânge și testul Babeș-Papanicolau – de reținut însă că baza de raportare pentru procentele din graficul de mai jos este mică (31% dintre femei fac investigații medicale periodice), deci raportat la populația generală, reiese că doar aproape 20% dintre femei fac testul Babeș-Papanicolau, un procent apropiat de nivelul indicat de statisticile naționale (17%).

Figura 5.4: Tipul de investigații realizate periodic



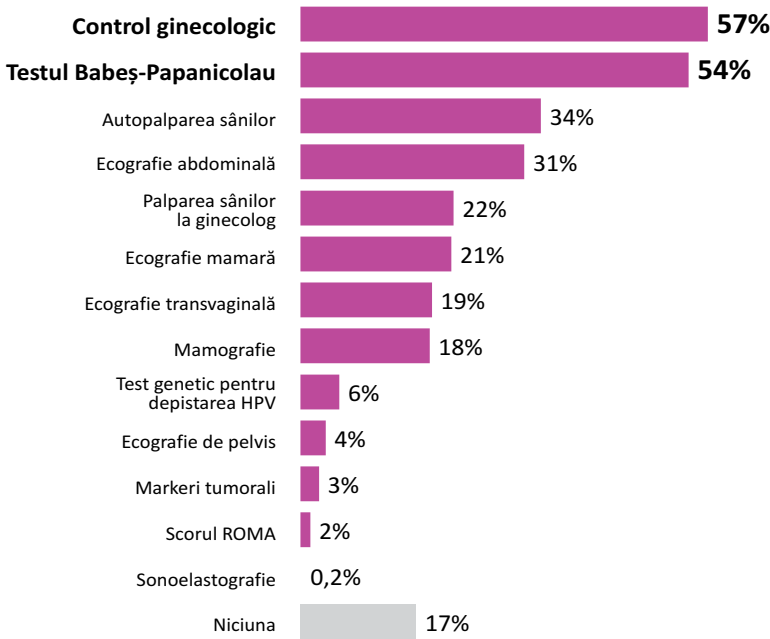
Absența simptomelor vizibile, costurile ridicate și lipsa timpului sunt principalele motive care descurajează vizitele la medic. Nu sunt însă neglijabile nici barierele organizatorice: dificultatea obținerii programărilor și timpul de așteptare lung.

Figura 5.5: Motivele pentru care nu se efectuează controale / investigații medicale periodice



În ciuda nivelului destul de bun de cunoștințe privind necesitatea controalelor periodice și a tipurilor de investigații necesare, aceste cunoștințe nu stimulează un comportament responsabil. De exemplu, autoexaminarea sânilor – cel mai frecvent menționată și aflată complet sub controlul femeilor, fără să fie nevoie de implicarea unui medic - nu este un obicei decât pentru o treime din femei, în timp ce controlul ginecologic și testul Babeș-Papanicolau sunt realizate de puțin peste jumătate din respondente. Celelalte tipuri de controale și investigații necesare pentru depistarea precoce a celor trei tipuri de cancer vizate de studiu sunt realizate de mai puțin de o treime din femei.

Figura 5.6: Principalele investigații efectuate

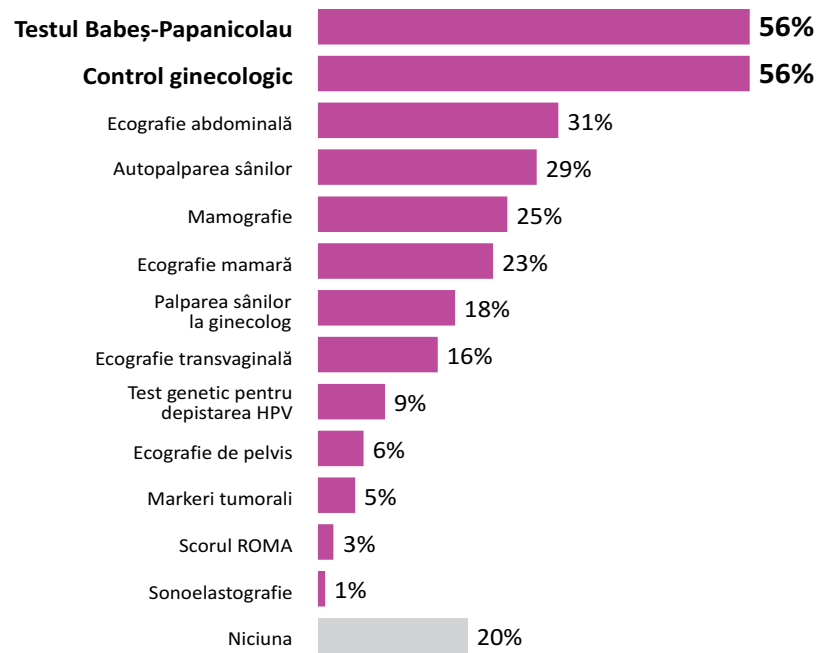


Testul Babeș-Papanicolau a fost efectuat într-o măsură mai mare de către femeile cu venituri >2500 lei (80%) și educație ridicată (65%), și într-o măsură mai mică de către femeile cu educație scăzută (35%).

Un alt aspect de remarcat este neconcordanța dintre declarațiile medicilor și cele ale femeilor din populația investigată, în legătură cu recomandarea investigațiilor de screening. În timp ce 9 din 10 medici declarau că recomandă investigații de screening pacientelor, o cincime dintre respondente declară că nu au primit nicio recomandare de la medic pentru depistarea cancerelor, în timp ce frecvența recomandărilor pentru diverse tipuri de investigații este mult mai mică decât ne-am așteptat. E posibil ca femeile să nu-și amintească recomandarea (mai ales dacă n-au respectat-o), sau să nu dorească s-o menționeze (deși anonimitatea răspunsurilor a fost asigurată). Este însă la fel de posibil ca declarațiile medicilor să se fi conformat

așteptărilor pentru un comportament profesional „corect”. De reținut că și în faza calitativă, multe femei au menționat că unii medici (în special de familie) nu ar încuraja consultațiile și investigațiile în absența simptomelor, probabil (consideră respondentele) datorită suprasolicității pe care o resimt personalul medical și sistemul sanitar per total (mai ales în privința procedurilor decontate de casa de sănătate). În absența registrelor de pacienți care să includă atât recomandarea (trimiterea) medicală, cât și procedurile efectuate, adevărul e dificil, dacă nu imposibil de aflat. Rămâne însă rezultatul: foarte puține femei din România întreprind acțiuni medicale (consultații, investigații) care să faciliteze diagnosticarea precoce a cancerului, sau a altor afecțiuni ginecologice și mamare.

Figura 5.7: Investigațiile pentru care participantele au primit recomandare medicală



Femeile din București au declarat că medicii le recomandă într-o măsură mai ridicată controlul ginecologic, în timp ce femeilor din localitățile <200 000 locuitori li s-a recomandat în proporție mai mică efectuarea de investigații medicale, în general.

5.3.4 Nivelul de cunoștințe și accesarea programelor de screening existente.

Există o convingere răspândită că programele de screening cresc șansele de supraviețuire, 85% dintre respondente considerând că impactul screening-ului asupra acestora fiind mare și foarte mare. În ciuda conștientizării importanței screening-ului, 52% dintre femei nu sunt informate privind existența programelor de screening. Dintre cele care declară că au auzit de cel puțin un program, doar 28% menționează spontan programul pentru cancerul de col uterin (13% din populația totală),

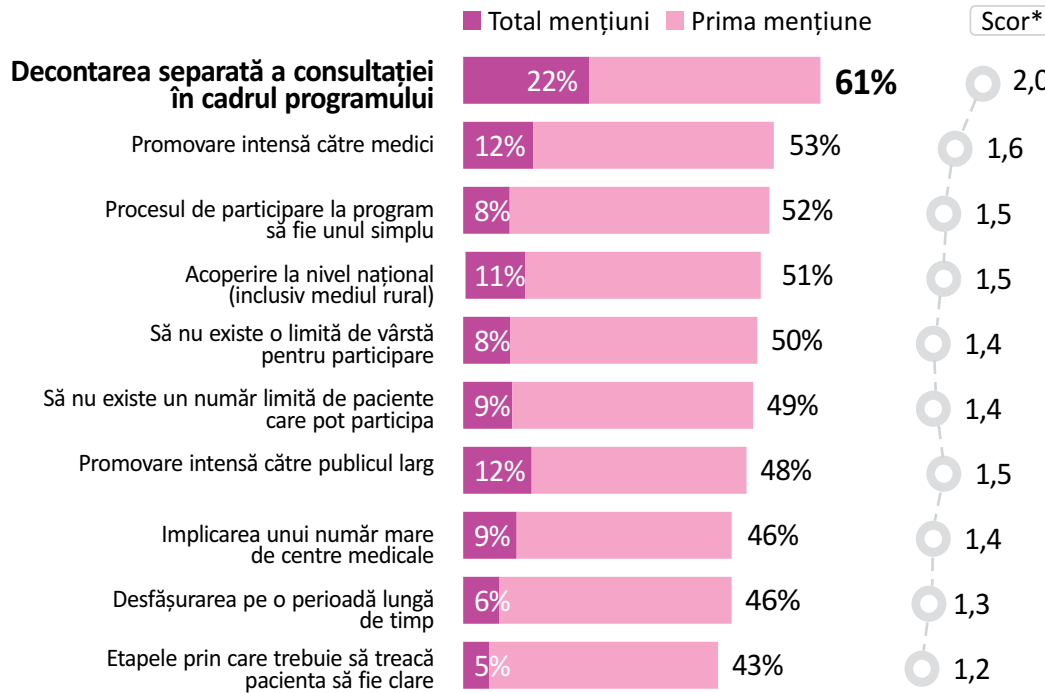
în timp ce 49% (24% din populația totală) nu au reușit să menționeze niciun program, deși au declarat inițial că au auzit de existența programelor de screening în România. Se explică astfel în bună parte rata extrem de scăzută de participare la screening; mai dificil de explicat este motivul pentru care n-au auzit de el nici măcar din recomandările medicilor ginecologi și de familie, care sunt la curent cu existența programului național de screening pentru cancerul de col uterin în proporție de 75%.

Dintre femeile care au declarat că au auzit de existența programelor de screening, doar 12% (6% din populația totală) au și participat la astfel de programe, majoritatea menționând că au participat la programul de screening pentru cancerul de col uterin, restul menționând diverse programe locale sau temporare pt cancerul de sân*. Dintre cele 88% care au auzit de programe, dar nu au participat la niciunul, 59% se duc pe cont propriu să efectueze controale sau investigații medicale, ceea ce e sugestiv pentru ușurința accesării și atractivitatea programelor de screening din România.

Ajungem astfel la discuția despre condițiile necesare pentru ca un program de screening să fie „de succes”, în accepțiunea femeilor. Aspectul cel mai important pentru acestea este gratuitatea consultației în cadrul programului, urmat de promovarea către medici și ușurința accesării (simplitatea procesului, acoperirea mare din punct de vedere geografic / regional, vârstă, condiții de participare). Nu este de neglijat nici promovarea către publicul larg.

*Procentele nu mai contează în acest caz, pentru că baza de raportare este prea mică pentru a fi semnificativă.

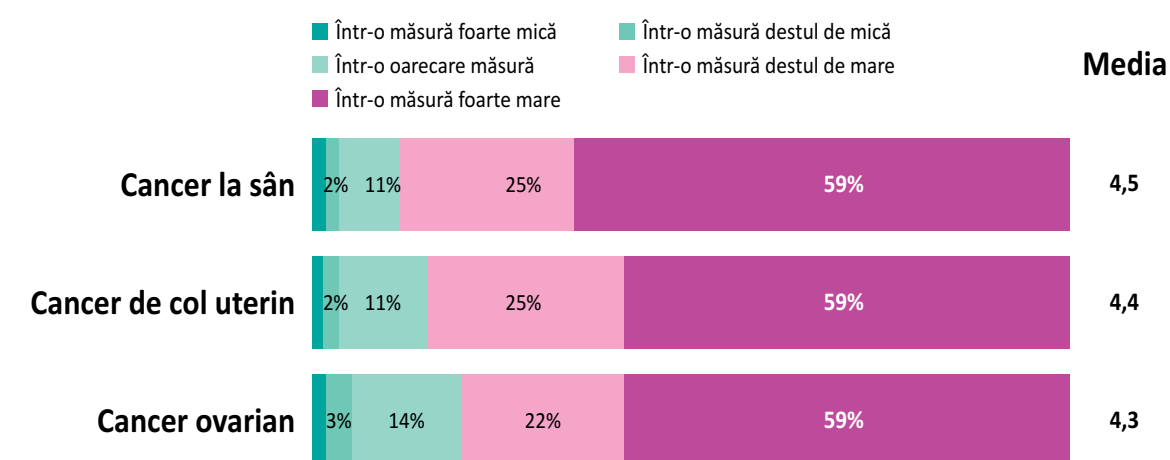
Figura 5.8: Condițiile necesare unui program de screening „de succes”*



Există așteptări mari privind implicarea autorităților și a medicilor în organizarea și promovarea unor programe de screening în care să poată avea încredere: 77% dintre femei menționează Ministerul Sănătății, 72% menționează medicii specialiști, respectiv 71% pe cei de familie și 67% menționează Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

În ciuda ratelor de participare descurajante, femeile manifestă multă deschidere (cel puțin declarativ) față de participarea la programe de screening, dacă acestea ar avea toate atributele pe care le-au indicat ca fiind importante.

Figura 5.9: Nivelul de participare posibilă la programele de screening care îndeplinesc condițiile necesare pentru a fi „de succes“



5.3.5 Surse de informare pe teme medicale.

Spre deosebire de rezultatele obținute în faza calitativă, testarea cantitativă a revelat faptul că sursa de informare cea mai răspândită cu privire la sănătate o reprezintă medicul de familie (menționat de 83% dintre respondente), urmat la distanță de rude/prieteni/cunoștințe (43%) și internet (41%). Medicii specialiști au fost menționați de doar 26% dintre respondente – dintre aceștia, ginecologii situându-se pe primul loc (89%). Medicul de familie este investit și cu cea mai mare cotă de încredere (71%) între diferitele surse de informare pe teme de sănătate. Devine astfel foarte evidentă importanța medicilor de familie ca educatori și promotori ai comportamentelor „sănătoase“.

**Scorul este calculat după cum urmează: primul loc a primit 5 puncte, al doilea loc a primit 4 puncte, al treilea loc 3 puncte și așa mai departe, cu scopul de a realiza o ierarhie generală a motivelor. Scorul cel mai apropiat de valoarea 5 este cel care aduce motivul pe primul loc în ierarhie.*

Există o largă deschidere privind informarea despre cancerul ginecologic și mamare (83% dintre femei declarându-se interesate), simptomele precoce ale cancerelor generând cel mai puternic interes (80%), urmate de investigațiile și metodele de depistare (69%, respectiv 67%), cauze (65%), metode de tratament (58%) și specialitățile medicale ce trebuie consultate (53%).

5.4 Corelații statistice pe baza datelor colectate la centrele de investigații și diagnostic

Fundația Renașterea operează 2 centre de diagnosticare în București, iar pentru a acoperi și zone rurale, Unitatea Mobilă a Fundației face anual caravane de testare în zone cu acces scăzut la servicii medicale de screening pentru cancerul de sân și de col uterin, precum și pentru alte boli ginecologice.

Pe baza datelor colectate de Fundație atât în cadrul centrelor sale, cât și în caravanele de testare, se pot face câteva corelații statistice interesante, baza de calcul fiind foarte mare – peste 5 mii de paciente.

Astfel, remarcăm că unitatea unde s-a realizat testarea este relevantă pentru frecvența cu care femeile din eșantion au apelat la mamografie. Femeile care au apelat la centrul din București „Șerban Vodă“ au cea mai ridicată șansă de a avea mai puțin de 1 an de la ultima mamografie, comparativ cu celelalte categorii de femei din eșantion definite de locul unde au făcut testul. Testările mamografice făcute în anul 2016 cu unitatea mobilă au inclus cea mai largă categorie de femei în eșantion care au declarat trei ani sau mai mult (aici intrând și categoria „niciodată“) de la ultima mamografie.

Absența altor corelații este sugestivă pentru lipsa de educație medicală, care în acest caz se „traduce“ în neconștientizarea riscurilor. Astfel, riscul datorat existenței unor rude de gradul 1 bolnave de cancer la sân pare a nu genera un comportament de prevenție mai accentuat, prin control mai frecvent – conform datelor din eșantion. Nici anul manifestării primului ciclu menstrual sau regularitatea acestuia – ambele fiind variabile de risc pentru toate 3 tipurile de cancer analizate – nu generează o frecvență mai mare a testării sau a controlului specific.

Există însă corelații semnificative între vârsta mai înaintată (peste 60 de ani) și supunerea la proceduri invazive – biopsii sau chiar intervenții chirurgicale – ceea ce sugerează că femeile se prezintă totuși la medic când simptomele devin evidente, dar nu înainte.

Capitolul 6.

PERSPECTIVA PACIENTELOR, VINDECAȚE SAU ÎN TRATAMENT, ȘI A APARTÎNĂTORILOR

6.1 Premisele și metodologia cercetării (studiu calitativ)

Dintre categoriile de persoane implicate în sau afectate de managementul cancerelor din România, pacientele și familiile lor (aparținători) reprezintă cu siguranță categoria cea mai importantă, atât din perspectiva impactului pe care boala și tratamentul îl au asupra lor, cât și din cea a experiențelor din care se pot extrage soluții de îmbunătățire a sistemului.

Pentru a înțelege perspectiva pacientelor și a aparținătorilor au fost organizate 17 interviuri față în față, în București, Iași și Cluj-Napoca, pe perioada verii anului 2016. Soluția calitativă a fost preferată pentru că permite explorarea în profunzime a experiențelor celor intervievați, dar și pentru că astfel s-a putut gestiona mai bine încărcătura emoțională a discuției (ceea ce nu ar fi fost posibil în aplicarea unui chestionar). Concluziile care reies din această componentă a studiului nu sunt semnificative statistic, dar scot la suprafață detalii până acum neexplorate privind problemele sistemului medical, dar și impactul psihologic, familial, financiar și social al cancerelor feminine.

6.2 Concluziile studiului

Cancerul este privit de către paciente și aparținători ca o boală gravă, cu impact negativ asupra tuturor aspectelor vieții acestora. Teoretic, un management bun al bolii presupune o muncă în echipă, la care să contribuie atât personalul medical, cât și pacientele și familiile acestora, într-o relație bazată pe încredere și profesionalism. Din experiența pacientelor, însă, acest deziderat este departe de a fi atins sau chiar fezabil în acest moment.

Experiența luptei cu cancerul evocă stări și semnificații diferite pacientelor și aparținătorilor: în timp ce majoritatea pacientelor încearcă să se mobilizeze și să fie puternice (chiar dacă asta înseamnă și o luptă cu sine), aparținătorii se simt pesimiști, martori neputincioși la drama pacientei, a familiei, dar și la propria dramă.

Impactul cancerului este resimțit în toate aspectele vieții. În cele mai multe cazuri, relațiile cu membrii familiei s-au îmbunătățit. În același timp, pacientele (în special cele vindecate) devin mai asertive, mai atente la stilul de viață și uneori încearcă chiar să „convertească” și alte femei la un stil de viață mai sănătos și la un comportament preventiv (inclusiv față de controalele medicale periodice). Totuși, o parte a pacientelor menționează o deteriorare a stării emoționale (sunt în continuare

triste, precaute, nervoase), a imaginii de sine și a vieții de cuplu (ca urmare a semnelor fizice și psihice lăsate de mastectomie, histerectomie sau de alte proceduri de tratament, precum chimioterapia). Toate tind să devină mai selective în alegerea prietenilor și mai concentrate pe satisfacerea propriilor nevoi.

Pentru pacientele care încă se luptă cu boala, viața socială este de multe ori influențată negativ atât de suferința fizică și psihică, cât și de atitudinea de marginalizare a celor din jur. Astfel, relațiile sociale sunt mai distante, existând din ambele părți o rigiditate în interacțiune.

Din punct de vedere financiar, sacrificiile cele mai mari sunt în etapa de diagnostic, pentru a acoperi investigațiile realizate în sistem privat. În general, dificultățile financiare se diminuează odată cu terminarea administrării chimioterapiei/radioterapiei pentru că nu mai sunt necesare drumuri frecvente la medic sau tratamente care să combată efectele secundare ale tratamentului. În cazul pacientelor care s-au pensionat în urma bolii, veniturile au scăzut dramatic, astfel că în prezent au nevoie de susținere financiară din partea partenerului sau a familiei.

Circuitul pacientelor cu cancer este destul de anevoios, cel mai mare neajuns fiind lipsa informațiilor referitoare la etapele pe care trebuie să le parcurgă odată diagnosticate: investigații necesare, posibilitatea compensării acestora, specialități medicale implicate, tratamentul necesar și efectele lui secundare, informații despre mastectomie/histerectomie etc.

Există de asemenea întârzieri în diagnosticul și inițierea terapiei, determinate de prezentarea târzie la medic a pacientelor, de interpretarea eronată a investigațiilor sau a subdiagnosticării și de resursele limitate ale sistemului medical de stat.

Pe tot parcursul circuitului, dar mai ales în faza de diagnosticare și inițiere a terapiei, atât pacientele cât și aparținătorii au nevoie de sprijin informațional și moral. Paciente au simțit cel mai mult nevoia de:

- Mai multă claritate în ceea ce privește pașii de urmat, respectiv compensarea de care pot beneficia în realizarea investigațiilor;
- Mai mult personal medical implicat care să aibă o atitudine proactivă și profesionistă;
- Organizare mai bună a centrelor medicale, pentru ca investigațiile să poată fi realizate în același loc;
- Condiții decente de igienă și spitalizare;

- Accesul la suport psihologic în cadrul spitalului/ clinicilor, atât pentru paciente, cât și pentru aparținători;

- Consiliere privind drepturile pe care le au la locul de muncă/ pentru pensionare.

6.2.1 Experiența cu cancerul: impactul personal, familial, social.

Pacientele cu cancer duc zilnic o luptă împotriva bolii, a stărilor de neputință, frustrare, tristețe, și uneori împotriva sentimentului de singurătate. În fața incertitudinii cu privire la viitor, a sentimentului lipsei de control și a disperării, există și riscul ca pacientele să-și piardă încrederea în medic, în tratament sau în perspectiva vindecării, însă pot de asemenea să participe activ și să fie un partener al medicului în lupta cu boala.

Lupta cu cancerul este o poveste lungă, implică multe tipuri de emoții, și este greu de exprimat în cuvinte. Momentele de impact psihologic crescut au fost aflarea diagnosticului și perioada de tratament chimioterapeutic. Încărcătura emoțională atinge cote maxime atunci când imaginea de sine se deteriorează în urma mastectomiei sau histerectomiei, a căderii parului etc., adeseori însoțite de stări depresive. Este însă reprezentativ pentru toate pacientele intervievate faptul că această experiență, care a debutat ca o dramă, a devenit o aventură odată ce boala a fost învinsă.

La rândul lor, aparținătorii duc o luptă proprie cu teama, frustrarea, panica și cu refuzul de a accepta că persoană dragă se confruntă cu această problemă de sănătate. Apar stări de frustrare, oboseală, împovărare, atunci când pacientele devin egocentrice, dificile, necooperante.

Relația pacientelor cu membrii familiei/partenerul a devenit mai strânsă în cele mai multe cazuri, pentru că pacientele simt/au simțit susținere din partea familiei și a partenerului de viață. Totuși, uneori pacientele aleg să ascundă familiei boala de care suferă (din grijă față de aceștia și din teamă să nu îi afecteze puternic) sau sunt cele care protejează și gestionează drama întregii familii, pentru că nu există alte sisteme de suport. Au existat însă și situații în care pacientele nu au simțit suport și susținere din partea familiei, ci mai degrabă distanțare; au fost menționate și cazuri în care pacientele bolnave de cancer au fost părăsite de partener după primirea diagnosticului sau după mastectomie.

Relațiile sociale dincolo de familie tind mai degrabă să se degradeze, atât din cauza marginalizării de către cei din jur, cât și pentru că pacientele se distanțează singure de rude/prieteni. Inițial, pacientele aleg să se retragă din viața socială, determinate

ori de starea fizică și psihică precară, ori de nevoia de a ascunde diagnosticul, uneori chiar din cauza rușinii asociate bolii. În același timp, în multe cazuri prietenii/rudele evită interacțiunea cu pacientele din diverse motive: nu știu cum să interacționeze cu ele sau se tem că este vorba despre o boală transmisibilă, ceea ce indică un nivel de educație sanitară foarte precar.

Confruntarea cu boala a adus cu sine și dificultatea de a realiza sarcinile de la locul de muncă. În general, pacientele au primit suport emoțional (chiar financiar) și înțelegere din partea colegilor și a angajatorilor, însă sunt și situații în care pacientelor li s-a sugerat să renunțe la locul de muncă sau să se pensioneze. Pentru majoritatea pacientelor, posibilitatea de a lucra chiar și în timpul chimioterapiei reprezintă un semn de normalitate, că boala nu le-a învins. Astfel, înțelegerea și susținerea colegilor și angajatorilor înseamnă o șansă pentru paciente să se simtă mai puternice, cu control asupra propriei vieți.

Impactul cel mai puternic în plan financiar a fost în perioada diagnosticării și a intervențiilor chirurgicale. Ulterior, costurile au mai scăzut, reducându-se în cele mai multe cazuri la costuri „auxiliare”. Pentru acoperirea costurilor pe care diagnosticarea și tratarea cancerului le presupune, pacientele au fost nevoite să facă sacrificii financiare sau să solicite ajutor financiar din partea celor apropiați. Unele paciente au primit suport financiar din partea colegilor de serviciu și a companiei la care lucrează. Au existat situații în care medicii nu le-au informat despre posibilitatea compensării/gratuității investigațiilor sau timpii de așteptare erau prea mari, așa că au achitat investigațiile ca să primească rezultatele mai repede. Alte cheltuieli indirecte sunt reprezentate de deplasările la spital, suplimente alimentare/terapii care să contracareze efectele secundare ale tratamentului, adoptarea unui regim alimentar sănătos sau „cadourile” oferite medicilor.

6.2.2 Circuitul pacientelor prin sistemul medical.

Deși valorizate acum, retroactiv, acțiunile de prevenție și diagnosticare precoce lipsesc din relatările pacientelor, acestea prezentându-se la medic în general după ce s-au manifestat simptome. Odată ce devin conștiente de acestea, pacientele încep să se informeze de la membrii familiei, colege de birou sau cunoștințe cu pregătire medicală, înainte de a ajunge la medic.

Principalele verigi medicale implicate în circuitul pacientelor cu cancer de sân/cervical sunt medicul ginecolog, oncolog/ chirurg oncolog și imagistul. În cele mai multe cazuri, pacientele realizează vizite repetate la aceste specialități medicale,

ceea ce face ca de la prezentarea inițială până la diagnosticare și inițierea terapiei să existe întârzieri de câteva luni. Timpul mare de așteptare pentru a beneficia de gratuitatea sau compensarea investigațiilor este de asemenea important. La aceste etape obligatorii se adaugă nevoia pacientelor pentru o a doua opinie, atât în privința diagnosticului, cât și în legătură cu nevoia unei intervenții chirurgicale; în cazurile mai speciale sau grave, intervine și accesul limitat la medici specialiști cu renume (care sunt foarte aglomerați).

Confirmarea suspiciunii de cancer și punerea diagnosticului de certitudine este un moment destabilizator, deoarece boala implică riscuri majore, despre care însă nu primesc informații suficiente de la medici (despre boală, pașii de urmat, efecte secundare ale tratamentului). La momentul diagnosticului, pacienta și aparținătorul simt nevoia atât de sprijin emoțional, cât și de suport informațional. Cu toate acestea, personalul medical nu acoperă niciuna din aceste nevoi pe măsura așteptărilor.

De multe ori comunicarea diagnosticului este făcută cu detașare sau într-o manieră negativistă, care alarmează, accentul fiind pus pe necesitatea începerii rapide a terapiei, ci nu pe explicarea pașilor următori. Medicii sunt reticenți în a da un prognostic pentru supraviețuire, așa că pacientele și aparținătorii caută informații cât mai complete pe cont propriu, de la prieteni, rude care au trecut printr-o experiență similară, forum-uri online sau cunoștințe care lucrează în domeniul medical.

Întrebările pacientelor și aparținătorilor în momentul diagnosticării se concentrează pe:

- Cauzele apariției cancerului;
- Prognosticul;
- Cele mai eficiente terapii/abordări terapeutice;
- Rolul chimioterapiei și radioterapiei, înainte de chirurgie.

Mastectomia și histerectomia afectează foarte puternic pacientele. Dacă pre-operator mastectomia este acceptată la recomandarea chirurgului, post-operator afectează profund imaginea de sine a femeii, uneori și modul în care e privită de partener; chiar dacă primește suport din partea familiei/partenerului, mastectomia aduce cu sine teama de stigmatizare și schimbări majore în stilul de viață, în dinamica cuplului și în relațiile sociale în general. Histerectomia reprezintă, la fel ca mastectomia, o „ciobire” a feminității, chiar dacă efectele sale nu sunt vizibile imediat. Astfel, inițial recomandarea chirurgicală este respinsă, urmând ca ulterior să fie acceptată la insistențele oncologului și familiei.

În ciuda impactului psihologic major, recomandarea acestor intervenții este prezentată pe fugă și fără „delicatețe”. Pacientele sunt informate despre necesitatea operației fără avea prea mult timp la dispoziție pentru a evalua avantajele și dezavantajele sau pentru a înțelege la ce să se aștepte după aceasta.

Pacientele și-ar fi dorit să fie informate despre:

- Posibilitatea de reconstrucție a sânelui/programul CNAS de compensare a protezelor;
- Situația intra-operatorie, în care chirurgul ia decizia mastectomiei;
- Durata de recuperare post-operatorie;
- Cauzele recidivelor.

Pacientele au afirmat că au aflat informații despre mastectomie și posibilitatea de reconstrucție de sân de la colegile din spital; despre recuperarea fizică post-operatorie s-au informat și din pliantele disponibile în secția de oncologie, în unele spitale din București.

Chimioterapia reprezintă la rândul său o traumă pentru toate pacientele. Căderea părului este cel mai impactant și de durată efect secundar al chimioterapiei: este traumatizant, amplifică agresivitatea atribuită chimioterapiei și frica de stigmatizare. Manifestările digestive (greața, vărsăturile), starea de oboseală sau de amețală sunt prezente la majoritatea pacientelor, însă au fost resimțite la intensități diferite (unele paciente au trecut ușor peste ele, în timp ce altele au fost nevoite să renunțe la activitatea profesională).

În unele cazuri experiența administrării chimioterapiei este demoralizatoare și prin condițiile existente în spitalele de stat: timpi foarte lungi de așteptare pentru internare sau proceduri (de cele mai multe ori în picioare, pe un hol), condițiile precare de igienă sau de administrare.

Pacientele și-ar fi dorit:

- Să le fie asigurat un confort minim până la administrarea terapiei cu citostatice (de exemplu mai multe scaune/bănci de așteptare, ca să nu stea ore în șir în picioare);
- Mai multe informații despre posibilele efecte secundare și modalitățile de depășire ale acestora;
- Mai multe informații despre planul de tratament (orarul administrării – câte zile/câte cure).

Pacientele și-au mai completat informațiile de la asistentele medicale care le-au administrat chimioterapia, de la alte colegi de salon, dar și de pe internet; medicii curanți au fost consultați atunci când efectele secundare au fost severe.

Accesul la radioterapie la momentul oportun este dificil. Curele de radioterapie sunt eficiente, iar efectele secundare sunt mai ușor de tolerat decât în cazul chimioterapiei. Principalul neajuns al radioterapiei este legat de durata mare de așteptare pentru eliberarea unui loc disponibil, cel puțin trei luni. Problema accesului la radioterapie se menține atât în spitalele de stat, cât și în clinicile private care au contract cu CNAS; în plus apar situații neplăcute când programările pacienților nu se respectă, din cauza cererii prea mari, astfel încât demersul terapeutic este amânat și starea pacientelor se agravează.

Pacientele și aparținătorii și-ar fi dorit prioritizarea urgențelor la radioterapie, atunci când programările nu se respectă. Aparținătorii sunt nevoiți să apeleze la o înlanțuire de cunoștințe/prieteni, până găsesc un medic pentru facilitarea accesului la radioterapie.

Monitorizarea pacientelor se face în principal de către oncolog și are loc o dată la 3-6 luni; în cazul monitorizării terapiei cancerului de col uterin, oncologul comunică îndeaproape și cu ginecologul. Unele paciente optează pentru clinicile private datorită aparaturii mai performante, igienei și personalului mai amabil, iar altele aleg spitalele de stat pentru medicii cu experiență.

6.2.3 Nevoi încă nesatisfăcute. Direcții pentru viitor.

Gradul de satisfacție față de relația cu cadrele medicale este diferit. În general, aglomerarea programului medicilor limitează informațiile transmise către pacientă la o discuție „mecanică”, de obicei unidirecțională și fără a oferi suportul moral pe care pacienta îl caută.

Experiența pacientelor cu cadrele medicale este evaluată în funcție de timpul acordat și disponibilitatea de a oferi informații complete, precum și de atitudinea față de starea emoțională a pacientei. Situația ideală este cea în care: informațiile au fost complete și personalizate; medicul s-a implicat în mod continuu în informarea pacientelor și a gestionat efectele adverse ale chimioterapiei; asistentele informează la rândul lor și chiar completează informațiile transmise de către medic; atitudinea personalului medical este empatică, răbdătoare și încurajatoare. Din păcate, această situație nu prea se întâlnește în realitate.

Sunt multe aspecte care ar putea simplifica experiența pacienților:

- Mai multe informații despre: investigații necesare, nivelul de gratuitate, specialitățile medicale responsabile, intervenția chirurgicală, numărul și frecvența ciclurilor de chimioterapie etc.
- Condiții mai bune/decente în spitale și clinici de stat (săli de așteptare cu scaune suficiente, igienă);
- Suport psihologic specializat în zona oncologică, grupuri de suport unde pacientele să-și poată împărtăși experiența cu alte paciente, capabile să înțeleagă drama prin care trec;
- Transparență și profesionalism din partea medicilor și asistentelor;
- Mai multă atenție și informare corectă din partea prietenilor/rudelor.

Pentru o mai bună informare a pacienților și aparținătorilor și pentru o mai bună înțelegere și integrare a informațiilor, pacientele au sugerat o serie de materiale educaționale, care ar trebui să fie disponibile în unitățile medicale, precum și online.

În vederea îmbunătățirii programelor de screening și a experienței pacienților post-diagnostic, următoarele acțiuni pot fi luate în considerare:

- Implicarea mai multor medici (în special de familie) în programele de screening pentru ca un număr cât mai mare de femei să fie informate și înrolate în programele naționale de screening (cat și în subprogramul de reconstrucție mamară în cazul pacienților cu mastectomie);
- Realizarea unor centre specializate în diagnosticarea și tratarea cancerului (în care se realizează întregul set de investigații), pentru a evita întârzierea diagnosticării și pentru a fluidiza circuitul (și implicit accesul la terapie), compensare mai mare a investigațiilor specifice;
- Facilitarea accesului la suport psihologic atât pentru paciente, cât și pentru aparținători (terapie individuală sau de grup);
- Realizarea de campanii de informare despre drepturile de care pot beneficia pacientele cu cancer (program redus la locul de muncă, număr de zile de concediu medical la care au dreptul, condițiile în care pot solicita pensionarea etc.)
- Folosirea de ambasadori credibili în comunicare (personalități publice active în sfera prevenției medicale sau paciente care au învins în lupta cu cancerul și pot să împărtășească propria experiență) și realizarea de evenimente.

CONCLUZII

Efortul de a „diagnostica” situația din România în ce privește cele trei tipuri de cancere feminine – de sân, de col uterin și ovarian – a revelat multiple probleme, fiecare necesitând un set specific de soluții. Există, pe de o parte, probleme de finanțare insuficientă, deja bine cunoscute și foarte discutate în spațiul public. Pentru optimizarea financiară a sistemului medical ar fi însă nevoie de o viziune mai amplă, care să depășească raportul costuri-beneficii directe, imediate, pe termen scurt. Implementarea corectă a unui program de screening pentru cancerul de sân, de exemplu, este un important centru de cost, care necesită alocări bugetare suplimentare, de asemenea pe termen scurt.

Pe termen mediu și lung însă, este foarte posibil să asistăm la o reducere a costurilor pe care sistemul medical le-ar înregistra cu aceste trei forme de cancer ca urmare a diagnosticării precoce, când metodele terapeutice disponibile permit nu doar prelungirea vieții pacienților, ci și reintegrarea socială și economică a acestora, cu efecte benefice pentru economie. Similar, utilizarea unor terapii moderne poate implica costuri imediate semnificative, însă în același timp poate permite rate de supraviețuire crescute, sporirea calității vieții și reîntoarcerea pacienților la serviciu – un deziderat pentru majoritatea acestora, așa cum am văzut.

O altă categorie foarte importantă de probleme ține de logistica și organizarea sistemului sanitar în sine. Circuitul pe care pacientele trebuie să îl urmeze este lung, greoi și ineficient, ceea ce ridică bariere extrem de dificil de depășit în vederea diagnosticării precoce. Puse în fața perspectivei mai multor drumuri pe la diverse instituții medicale (ore de așteptare, zile scoase din activitatea productivă și costurile aferente), multe femei preferă să renunțe, cu atât mai mult cu cât, în accepțiunea lor, „se simt bine”. Medicii, la rândul lor, sufocați de acest proces greoi, nu încurajează pacientele să facă investigații periodice sau nu o fac suficient de convingător, în absența simptomatologiei sau apartenenței la o categorie evidentă de risc.

Lipsa unor proceduri clare de colaborare interdisciplinară, lipsa unor sisteme de raportare și consultare în timp real a dosarelor de pacienți, lipsa unui registru național de pacienți sunt aspecte care îngreunează inutil un sistem supraîncărcat. Soluțiile ar putea fi însă la îndemână: stabilirea unor protocoale de colaborare adaptate după variante internațional acceptate, respectiv crearea unei baze electronice de date, accesibilă tuturor medicilor care se ocupă de un pacient, și pacientului însuși, așa cum se prefigura în momentul emiterii cardurilor electronice.

În sfârșit, poate categoria cel mai greu de definit este cea a problemelor de comunicare, în sensul cel mai larg al cuvântului. Includem aici lipsa programelor de educație sanitară din școli – cu repercusiuni grave și pe termen foarte lung, așa cum am văzut.

Tot aici intră și comunicarea dificilă dintre medici și pacienți, cauzată atât de lipsa de educație a pacienților (pe care medicii o scot în evidență), cât și de lipsa de pregătire a medicilor în a gestiona pacienții, mai ales în situații dificile, cum ar fi vestea unui diagnostic de cancer. Conform declarațiilor medicilor intervievați, facultățile de medicină din România nu includ în curiculă cursuri de comunicare sau de psihologia pacientului. În aceste condiții medicii trebuie să găsească soluții proprii de a aborda subiecte de discuție dificile, cu rate de succes variabile, așa cum a reieșit din interviurile cu pacienții.

Comunicarea dintre medicii cu specializări diferite este îngreunată de absența sistemelor de suport, așa cum am văzut, de cele mai multe ori fiind sarcina pacienților să transmită informațiile de la un medic la altul.

Mai dificil de explicat este absența acțiunilor de comunicare cu pacienții sau publicul larg, în ce privește programele sau procedurile standard de prevenție și diagnosticare precoce a acestor forme de cancer, agreate de către autorități și sistemul medical. De ce femeile din România nu află de existența programelor de screening, de ce pacienții nu primesc un ghid cu pașii pe care-i au de urmat de la diagnosticare până la încheierea tratamentului, de ce nu li se explică opțiunile legale pe care le au... sunt întrebări la care e foarte dificil de găsit un răspuns.

Acest tip de acțiuni se pot realiza prin parteneriate public-private, iar efectele, dincolo de limitarea nivelului de stres la care sunt supuse pacienții, s-ar resimți și asupra sistemului, prin fluidizarea circuitului acestora prin sistemul medical și eliberarea medicilor de anumite sarcini administrative.

Această varietate de probleme necesită o varietate de soluții, ce pot veni dinspre autorități, dinspre medici sau dinspre societatea civilă, având orizonturi de timp și de investiție diferite. Din păcate, nu există un „panaceu”, însă, din fericire, absența unei soluții unice înseamnă că se pot rezolva multe aspecte treptat, punctual, cu efecte pozitive imediate pentru viețile românelor.

REFERINȚE

1. ‘Mortalitatea Prin Cancer La Săn În România - 36%. Asociațiile De Pacienți Cer Program De Screening’ (Mediafax.ro, 2017) <<http://www.mediafax.ro/stiinta-sanatate/mortalitatea-prin-cancer-la-san-in-romania-36-asociatiile-de-pacienti-cer-program-de-screening-14916174>> accesat 30 Iunie 2016
2. (2003) <<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>> accesat 17 August 2016
3. ‘Fonduri Europene Pentru Un Program De Preventie A Cancerului’ (Ziare.com, 2016) <<http://www.ziare.com/social/spital/fonduri-europene-pentru-un-program-de-preventie-a-cancerului-1416760>> accesat 30 August 2016
4. ‘Mortalitatea Prin Cancer La Săn În România - 36%. Asociațiile De Pacienți Cer Program De Screening’ (Mediafax.ro, 2017) <<http://www.mediafax.ro/stiinta-sanatate/mortalitatea-prin-cancer-la-san-in-romania-36-asociatiile-de-pacienti-cer-program-de-screening-14916174>> accesat 30 Iunie 2016
5. Federația Asociațiilor Bolnavilor de Cancer, 2016, campania „Nu am făcut destul” (2008-prezent) în mediul rural.
6. ‘Unitatea Mobila | Fundatia Renasterea’ (Fundatiarenasterea.ro, 2016) <<http://fundatiarenasterea.ro/unitatea-mobila/>> accesat 4 Septembrie 2016
7. ‘Peste 5.000 De Clujence Vor Putea Sa-Si Faca Mamografii Gratuite In Cadrul Unui Program Finantat De Norvegieni’ (Ziar de Cluj, 2015) <<http://www.ziardecluj.ro/peste-5000-de-clujence-vor-putea-sa-si-faca-mamografii-gratuite-cadrul-unui-program-finantat-de-norvegieni>> accesat 11 Septembrie 2016
8. ‘Screening Gratuit Pentru Depistarea Cancerului La San, La Cluj’ (Edumedical.ro, 2015) <<http://www.edumedical.ro/screening-gratuit/>> accesat 16 Septembrie 2016
9. ‘Rezultate’ (Cedicrom.iocn.ro, 2016) <<http://cedicrom.iocn.ro/html/rezultate.html>> accesat 17 Septembrie 2016
10. Altobelli E and Lattanzi A, ‘Breast Cancer In European Union: An Update Of Screening Programmes As Of March 2014 (Review)’ (2014) <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203333/>> accessed 4 Septembrie 2016
11. ‘European Health Interview Survey - Eurostat’ (Ec.europa.eu, 2010) <<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>> accesat 27 August 2016

12. 'European Health Interview Survey - Eurostat' (Ec.europa.eu, 2010) <<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>> accesat 27 August 2016
13. 'European Health Interview Survey - Eurostat' (Ec.europa.eu, 2010) <<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>> accesat 27 August 2016
14. 'European Health Interview Survey - Eurostat' (Ec.europa.eu, 2010) <<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>> accesat 27 August 2016
15. 'Rezultate' (Cedicrom.iocn.ro, 2016) <<http://cedicrom.iocn.ro/html/rezultate.html>> accesat 17 Septembrie 2016
16. 'Programul National De Screening Pentru Cancerul De Col Uterin' (Iocn.ro) <<http://www.iocn.ro/Centrul-de-prevenire-si-control-al-cancerului/Programul-de-screening-pentru-cancerul-de-col-uterin/Informatii-de-interes-general.html>> accesat 20 August 2016
17. 'Dr. Carmen Ungurean: Aproximativ 630.000 De Femei, Testate De La Demararea Programului De Screening Pentru Cancerul De Col – AGERPRES' (Agerpres.ro, 2016) <<http://www.agerpres.ro/sanatate/2016/03/31/dr-car-men-ungurean-aproximativ-630-000-de-femei-testate-de-la-demararea-programului-de-screening-pentru-cancerul-de-col-14-08-22>> accesat 25 August 2016
18. 'Cum Îngroapă Ministerul Sănătății O Campanie De 140 Milioane De Euro Împotriva Cancerului | Romania Libera' (RomaniaLibera.ro, 2013) <<http://www.romanalibera.ro/special/investigatii/cum-ingroapa-ministerul-sanatatii-o-campanie-de-140-milioane-de-euro-impotriva-cancerului-295110>> accesat 20 August 2016
19. 'In Nicio Tara Din UE Nu Se Moare De Cancer Ca In Romania. Pana Si Singurul Program De Preventie Este Sabotat De Unii Medici' (stirileprotv.ro, 2015) <<http://stirileprotv.ro/stiri/sanatate/romania-lider-in-ue-la-mortile-cauzate-de-cancer-cum-ajung-doctorii-de-familie-sa-saboteze-programele-de-preventie.html>> accessed 8 August 2016
20. 'In Nicio Tara Din UE Nu Se Moare De Cancer Ca In Romania. Pana Si Singurul Program De Preventie Este Sabotat De Unii Medici' (stirileprotv.ro, 2015) <<http://stirileprotv.ro/stiri/sanatate/romania-lider-in-ue-la-mortile-cauzate-de-cancer-cum-ajung-doctorii-de-familie-sa-saboteze-programele-de-preventie.html>> accessed 8 August 2016
21. 'Ungurean (INSP): 471.000 De Femei Au Fost Testate De La Începerea Programului De Screening Pentru Cancerul De Col Uterin – AGERPRES' (Agerpres.ro, 2015) <<http://www.agerpres.ro/sanatate/2015/03/03/ungurean-insp-471-000-de-femei-au-fost-testate-de-la-inceperea-programului-de-screening-pentru-cancerul-de-col-uterin-13-49-56>> accesat 19 August 2017
22. 'Odată Perfecționat, Programul Național De Screening Pentru Cancerul De Col Uterin Va Da Roade' (Politici de Sanatate, 2015) <<http://www.politicidesanatate.ro/odata-perfectionat-programul-national-de-screening-pentru-cancerul-de-col-uterin-va-da-roade/>> accesat 10 Iulie 2016
23. 'In Nicio Tara Din UE Nu Se Moare De Cancer Ca In Romania. Pana Si Singurul Program De Preventie Este Sabotat De Unii Medici' (stirileprotv.ro, 2015) <<http://stirileprotv.ro/stiri/sanatate/romania-lider-in-ue-la-mortile-cauzate-de-cancer-cum-ajung-doctorii-de-familie-sa-saboteze-programele-de-preventie.html>> accesat 8 August 2016
24. (2016) <<http://www.sanatateabuzoiana.ro/primul-plan-national-multianual-integrat-de-control-al-cancerului-in-romania/>> accesat 5 August 2016
25. V. Kesic, M. Poljak and S. Rogovskaya, 'Cervical Cancer Burden And Prevention Activities In Europe' (2012) <<http://cebp.aacrjournals.org/content/21/9/1423.full>> accesat 4 August 2016
26. 'Home - Eurostat' (Ec.europa.eu, 2012) <<http://ec.europa.eu/eurostat>> accesat 4 August 2016
27. *Ibidem 26*
28. 'Vaccinarea Împotriva Cancerului De Col Uterin, Un Eșec' (Mediafax.ro, 2009) <<http://www.mediafax.ro/social/vaccinarea-impotriva-cancerului-de-col-uterin-un-esec-3766878>> accesat 11 August 2016
29. 'SOLICITARE CATRE MINISTERUL SANATATII - Acces La Datele Medicale Din Foia De Observatii Din Spital | Programe Proprii' (Protectiipacientilor.ro, 2013) <<http://www.protectiipacientilor.ro/>> accesat 11 August 2016
30. 'O Nouă Tentativă: Medicii Cer Reluarea Campaniei De Vaccinare A Fetițelor Împotriva HPV' (REALITATEA.NET, 2016) <https://www.realitatea.net/o-noua-tentativa-medicii-cer-reluarea-campaniei-de-vaccinare-a-fetițelor-impotriva-hpv_1874585.html> accesat 12 August 2016
31. 'Campanie - Cancer Ovarian 2016' (Federatia Asociatiilor Bolnavilor de Cancer din Romania, 2016) <<http://fabc.ro/campanie-cancer-ovarian-2016/>> accesat 4 August 2016

32. Blogul femeilor, 'Teste Pentru Cancerul Mamar Și Ovarian' (Donna Medical Center) <<http://www.donna-medicalcenter.ro/blog/teste-genetice-pentru-cancerul-mamar-si-ovarian.html>> accesat 12 September 2016.
33. 'Cancerul ereditar de san si ovarian' (synevo) <<https://www.synevo.ro/mutatii-brca1-cancer-ereditar-sanovar>> accesat 12 September 2016.
34. Institutul National De Statistica | Institutul National De Statistica' (Insse.ro, 2015) <<http://www.insse.ro/cms/>> accesat 26 August 2016
35. Institutul National De Statistica | Institutul National De Statistica' (Insse.ro, 2015) <<http://www.insse.ro/cms/>> accesat 26 August 2016
36. 'Lista Cu Spitale Si Centre De Oncologie' (Ghid-cancer.ro, 2016) <<http://www.ghid-cancer.ro/spitale-oncologie>> accesat 7 Iulie 2016
37. Institutul National De Statistica | Institutul National De Statistica' (Insse.ro, 2015) <<http://www.insse.ro/cms/>> accesat 26 August 2016
38. 'Eurostat - Tables, Graphs And Maps Interface (TGM) Table' (Ec.europa.eu, 2016) <<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00044&plugin=1>> accesat 24 August 2016
39. Institutul National De Statistica | Institutul National De Statistica' (Insse.ro, 2015) <<http://www.insse.ro/cms/>> accesat 26 August 2016
40. 'Eurostat - Tables, Graphs And Maps Interface (TGM) Table' (Ec.europa.eu, 2016) <<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00044&plugin=1>> accesat 24 August 2016
41. 'Bolnavii De Cancer Din România, Tratați Cu Medicamente Vechi | Romania Libera' (RomaniaLibera.ro, 2013) <<http://www.romanialibera.ro/societate/utile/bolnavii-de-cancer-din-romania--tratati-cu-medicamente-vechi-292396>> accesat 15 Iulie 2016
42. 'Reconstrucția Mamară, Dreptul La O Viață Normală' (Digi24.ro, 2015) <<http://www.digi24.ro/magazin/stil-de-viata/viata-sanatoasa/reconstructia-mamara-dreptul-la-o-viata-normala-467136>> accesat 22 August 2016
43. 'MS: Pacientele Cu Cancer Mamar Vor Avea Acces La Tratamente De Ultima Generatie Si Operatii De Reconstructie Mamara' (Sanatateatv.ro, 2014) <<http://www.sanatateatv.ro/stiri-medicale/ms-pacientele-cu-cancer-mamar-vor-avea-acces-la-tratamente-de-ultima-generatie-si-operatii-de-reconstructie-mamara/>> accesat 6 August 2016.

