

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΓΕΩΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ
ΕΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ, ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
«ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ , ΧΩΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ»



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΤΡΑΓΑΚΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΔΟΞΑΚΗ
ΕΛΙΣΑΒΕΤ

Α.Μ. 213207

Αθήνα, 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα αφορά τη διαφοροποίηση των ποσοστών θανάτων στις χώρες της ΕΕ τόσο ως προς τη χρονική όσο και ως προς τη χωρική διάσταση.

Συγκεκριμένα θα διερευνηθεί:

1. Η διαχρονική αύξηση/μείωση των ποσοστών θανάτων στην Ευρώπη.
2. Η διάρθρωση και οι μεταβολές των εν λόγω ποσοστών.
3. Η ανάδειξη των αιτιών θανάτου στο χωρικό επίπεδο.

Το εν λόγω θέμα θα μελετηθεί σε επίπεδο ευρωπαϊκών περιφερειών (NUTS II). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση του χωρικού διαφορισμού των αιτιών θανάτου με την έννοια της ύπαρξης γεωγραφικών συγκεντρώσεων. Τα ποσοστά θανάτων συνδέονται τόσο με αίτια οργανικών παθήσεων και ασθενειών, όσο και με εξωτερικά αίτια τα οποία περιλαμβάνουν θανάτους που επέρχονται από αυτοτραυματισμό με πρόθεση (αυτοκτονίες) όσο και από τροχαία ατυχήματα.

Η ανάλυση των ποσοστών θανάτων και η διερεύνηση των αιτιών ανά περιφέρεια, θα αναδείξουν ζητήματα που άπτονται των διαφορών, στο χωρικό επίπεδο, της ανάπτυξης, της απασχόλησης, της ποιότητας ζωής και του περιβάλλοντος. Κλείνοντας, η έκταση της ποσοτικής ανάλυσης και επεξεργασίας και ο τρόπος ανάδειξης των ποσοστών θανάτων στην Ευρώπη έχει εξαρτηθεί από την επάρκεια των στοιχείων και δεδομένων τόσο ως προς τη χωρική όσο και ως προς την χρονική τους διάσταση. Με αυτήν την έννοια η διαθεσιμότητα των στοιχείων έχει επιβάλλει συγκεκριμένους όρους ανάδειξης και τρόπους ανάλυσης του θέματος.

ABSTRACT

The issue concerns the diversification of death rates in EU countries both in terms of time and in terms of the spatial dimension.

In particular we will explore:

1. The continuous increase / decrease in deaths rates in Europe.
2. The structure and the changes in these rates.
3. The emergence of causes of death in the spatial level.

This issue will be studied at the level of European regions (NUTS II) focusing on the investigation of the spatial diversity -cum- geographical concentrations of death causes. The death rates in question seem to be associated with organic causes, diseases and illnesses, as well as with external causes including deaths that occur from self-harmful behaviors (suicides) and accidents.

The analysis of mortality rates and the investigation of the causes by region highlight issues associated with differences in the spatial level of development, employment, quality of life, cultural and environmental characteristics. Finally, the type of quantitative analysis in wide extent has been determined by the quality and the adequacy of data both in spatial and temporal dimension. Putting it differently, the structure, the availability and the type of data have imposed specific limitations and subject analysis modes though not so restrictive in the corpus of theoretical analysis per se.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	7
2. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ.....	9
2.1 Κίρρωση και καρκίνος του ήπατος	9
2.2 Ηπατίτιδα Α.....	19
2.3 Ηπατίτιδα Β.....	19
2.4 Ηπατίτιδα C	20
2.5 Ηπατίτιδα D.....	20
2.6 Ηπατίτιδα Ε	20
2.7 Αυτοάνοση ηπατίτιδα.....	21
2.8 Κληρονομική αιμοχρωμάτωση	25
2.9 NAFLD.....	25
3. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥΣ.....	26
3.1 Καρκίνος του πνεύμονα	27
3.2 Καρκίνος του στόματος και του λάρυγγα	28
3.3 Καρκίνος του μαστού.....	32
3.4 Καρκίνος του παχέως εντέρου	37
3.5 Καρκίνος του ορθού.....	37
3.6 Καρκίνος του προστάτη	42
3.7 Καρκίνος του στομάχου/ αιτίες θανάτου του πεπτικού συστήματος.....	47
3.8 Καρκίνος του παγκρέατος.....	52
3.9 Καρκίνος του δέρματος.....	56
3.10 Καρκίνος των ωοθηκών	58
3.11 Καρκίνος της μήτρας.....	58
3.12 Καρκίνος του νεφρού	58
3.13 Λεμφώματα	59
3.14 Πολλαπλό μυέλωμα	63
4. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	65
5. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	77
6. ΘΑΝΑΤΟΙ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	79
6.1 ΧΑΠ	79
7. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	82
8. ΘΑΝΑΤΟΙ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	86

9. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ AIDS/HIV	89
10. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ.....	90
11. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ/ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ	96
12. ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	104
13. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΧΩΡΙΚΗΣ ΑΥΤΟΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ GLOBAL MORANS' I ΚΑΙ LOCAL MORANS' I.....	110
14. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	113
15. ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΛΚΟΟΛ.....	117
16. ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΗΣ “AVOIDABILITY” ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ	119
17. ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	120
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	120
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	128
ΠΑΡΑΣΤΗΜΑ ΙΙ	133
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	137

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θνησιμότητα είναι ένα βιολογικό φαινόμενο που διαφορίζεται ανάλογα με τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν στις ευρωπαϊκές περιφέρειες, καθώς και από τις εμπεδωμένες κουλτούρες που άπτονται του τρόπου ζωής αλλά και των περιβαλλοντικών-κλιματικών συνθηκών. Από την ανάλυση πράγματι προκύπτει ότι στο χωρικό επίπεδο υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τις αιτίες θανάτων γεγονός που παραπέμπει στην ύπαρξη χωρικά διαφορετικών συνθηκών και παραγόντων. Η μελέτη των αιτιών θανάτου, είναι αναγκαία για την εξασφάλιση ενός σωστού και ευέλικτου τομέα υγείας και πρόνοιας αλλά και για την εφαρμογή πολιτικών υγείας με αποτελεσματικότερη στοχοθεσία.

Η παρούσα εργασία αφορά την μελέτη των πιο σημαντικών αιτιών θανάτου του ευρωπαϊκού πληθυσμού για τα έτη 2000-2007-2010. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση των συγκεκριμένων αιτιών θανάτου έτσι ώστε να διαπιστωθεί η χωροχρονική τους εξέλιξη. Η εργασία αποτελείται από τα παρακάτω δέκα εφτά κεφάλαια και τα συμπεράσματα:

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία με την οποία πραγματοποιήθηκε η εργασία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο πραγματοποιείται η εξέταση των αιτιών θανάτου από ηπατικά νοσήματα αναλυτικά.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι αιτίες θανάτου από καρκινώματα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αποτυπώνονται όλες οι συνέπειες θανάτων από τις αγγειακές ασθένειες.

Στο πέμπτο κεφάλαιο εξετάζεται η θνησιμότητα από τον σακχαρώδη διαβήτη.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύονται οι αιτίες θανάτου από ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος.

Στο έβδομο κεφάλαιο μελετώνται οι αιτίες θανάτου από τις ασθένειες του νευρικού συστήματος

Στο όγδοο κεφάλαιο περιγράφονται οι θάνατοι που οφείλονται στα ενδοκρινικά διατροφικά και μεταβολικά συστήματα.

Στο ένατο κεφάλαιο διερευνώνται οι θάνατοι που σχετίζονται με τον ιό AIDS/HIV.

Στο δέκατο κεφάλαιο αποτυπώνονται οι αυτοκτονίες.

Στο ενδέκατο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι αιτίες θανάτου από τραυματισμούς και ατυχήματα.

Στο δωδέκατο κεφάλαιο πραγματοποιείται ανάλυση των ποσοστών της βρεφικής θνησιμότητας.

Στο δέκατο τρίτο κεφάλαιο εμπεριέχεται ανάλυση των αποτελεσμάτων χωρικής αυτοσυσχέτισης των δεικτών Global Morans' I και Local Morans' I.

Στο δέκατο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι κοινωνικό - οικονομικοί παράγοντες της θνησιμότητας.

Στο δέκατο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται ο παράγοντας αλκοόλ και το ρόλο που κατέχει στις αιτίες θανάτου.

Στο δέκατο έκτο κεφάλαιο διαλευκάνετε ο ρόλος του μέτρου της “avoidability” θνησιμότητας.

Τέλος, στο δέκατο έβδομο κεφάλαιο εξετάζεται ο ρόλος της τεχνολογίας στην υγεία.

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία που ακολουθείται στην παρούσα μελέτη αποτελείται από μία σταδιακή διαδικασία. Καταρχήν αναλύονται όλες οι αιτίες θανάτου στην Ευρώπη σε περιφερειακό επίπεδο διαχρονικά και αποτυπώνονται σε χαρτογραφικό επίπεδο. Οι χρονιές που επιλέχθηκαν είναι το 2000, το 2007 και το 2010. Η συγκεκριμένη επιλογή των ετών αυτών έγινε με σκοπό την μελέτη των αιτιών θανάτου σε βάθος δεκαετίας. Παρά το γεγονός ότι βρέθηκαν ορισμένες ελλείψεις στα διαθέσιμα δεδομένα της Eurostat και του WHO, τελικά επιλέχθηκαν οι χρονιές 2000 και 2010 και η χρονιά 2007 που ήταν η αμέσως επόμενη με τα πιο πλήρη στοιχεία. Για ορισμένες αιτίες θανάτου έγινε παρουσίαση και για τις τρεις χρονιές καθώς υπήρχε πληρότητα στα διαθέσιμα στοιχεία και δεδομένα. Τα στοιχεία θα παρατεθούν στο τέλος σε παράρτημα.

Έπειτα από την ολοκλήρωση της ανάλυσης των αιτιών θανάτου στις ευρωπαϊκές περιφέρειες τις τρεις αυτές χρονιές, ακολουθεί η διερεύνηση της τελευταίας διαθέσιμης χρονιάς (2007 ή 2010) ως προς τη χωρική της αυτοσυσχέτιση μέσω του δείκτη Global Moran's I που υποδηλώνει αν οι αυτοσυσχέτισεις των αιτιών θανάτου είναι θετικές (εάν οι τιμές τείνουν να συγκεντρώνονται χωρικά, υψηλές με υψηλές και χαμηλές με χαμηλές), αρνητικές (εάν υψηλές τιμές γειτνιάζουν με χαμηλές και χαμηλές τιμές με υψηλές) ή βρίσκονται κοντά στο μηδέν (το οποίο δείχνει ότι υπάρχει ισορροπία μεταξύ θετικών και αρνητικών τιμών με τυχαία διασπορά τους στο χώρο).

Ο δείκτης Global Morans' I κυμαίνεται μεταξύ των -1 και 1 τιμών. Τα εργαλεία που υπολογίζουν την στατιστική σημαντικότητα του δείκτη Global Moran's I είναι ταυτόχρονα το z - score και p -value (το οποίο για να είναι στατιστικά σημαντικό πρέπει να παίρνει τιμές μέχρι το 0,1). Ο υπολογισμός του δείκτη δίνεται από τον ακόλουθο τύπο:

$$I = \frac{\sum_{i,j} W_{ij} (z_i - \bar{z}) \cdot (z_j - \bar{z})}{n} \sigma^2 (z)$$

όπου σ^2 είναι η διακύμανση του δείγματος

Τέλος, αφού έχει διερευνηθεί η χωρική αυτοσυσχέτιση μέσω του δείκτη Global Morans'I ολοκληρώνεται η ανάλυση μέσω της χαρτογραφικής απεικόνισης των χωρικών διαρθρώσεων των αιτιών θανάτου στις περιφέρειες της Ευρώπης την έσχατη διαθέσιμη χρονιά (το 2007 ή το 2010) με τον δείκτη Local Morans'I.

Ο δείκτης Local Morans' I επιτρέπει για κάθε περιοχή, τον υπολογισμό της ομοιότητας της με τους γείτονές της. Πέντε είναι τα πιθανά αποτελέσματα που μπορεί να προκύψουν μετά τον υπολογισμό του δείκτη. Πρώτον τοποθεσίες με υψηλές τιμές και παρόμοιους γείτονες: υψηλή-υψηλή . Δεύτερον, τοποθεσίες με χαμηλές τιμές και παρόμοιους γείτονες: χαμηλή- χαμηλή. Τρίτον, τοποθεσίες με υψηλές τιμές και γείτονες με χαμηλές: υψηλή-χαμηλή. Τέταρτον, τοποθεσίες με χαμηλές τιμές και γείτονες με υψηλές: χαμηλή-υψηλή. Και πέμπτον, τοποθεσίες χωρίς σημαντική τοπική αυτοσυσχέτιση. Ο υπολογισμός του δείκτη δίνεται από τον ακόλουθο τύπο:

$$I = \frac{\sum_i W_{ij} (z_i - \bar{z}) \cdot (z_j - \bar{z})}{\sum_i (z_i - \bar{z})^2} \sigma^2 (z)$$

με
$$\sum_i I_i = \gamma, I$$

Το λογισμικό που χρησιμοποιήθηκε για να προβάλει, να επεξεργαστεί και να αναλύσει τα γεωχωρικά δεδομένα είναι το ArcGIS μέσω του προγράμματος ArcMap 10.2.2.

2. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

2.1 Κίρρωση και καρκίνος του ήπατος

Η Ευρώπη είναι η ήπειρος με την μεγαλύτερη κατανάλωση οινοπνεύματος. Πάνω από το 20% του ευρωπαϊκού πληθυσμού ηλικίας 15 ετών έχει αναφερθεί σε βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (που ορίζεται ως πέντε ή περισσότερα ποτά σε μία περίπτωση, ή 50 g αλκοόλ) τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Το οινόπνευμα είναι η κύρια αιτία της ηπατικής νόσου, συμπεριλαμβανομένης της κίρρωσης του ήπατος. Με τη σειρά της, η κίρρωση μπορεί να οδηγήσει σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Στη Γαλλία, το 69% των περιπτώσεων προκαλούνται από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, καθιστώντας τον κύριο παράγοντα κινδύνου. Το οινόπνευμα ως αιτία κίρρωσης αυξήθηκε στην Εσθονία και στη Δανία κατά την τελευταία δεκαετία αντίστοιχα με την αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ. Τα ποσοστά θνησιμότητας για ασθένειες του ήπατος που συνδέονται με το αλκοόλ μεταξύ των ανδρών και των γυναικών την περίοδο 2000-2005 σε 24 ευρωπαϊκές χώρες δείχνουν σημαντική επίδραση της χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ στην υγεία της Ευρώπης. Οι αριθμοί ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των χωρών, με αυξημένα ποσοστά στους άνδρες στη Λετονία και την Ουγγαρία, αντίστοιχα. Χώρες όπως η Νορβηγία και η Σουηδία καταδεικνύουν μείωση της θνησιμότητας που μπορεί να επιτεύχθηκε με την εφαρμογή των κατάλληλων πολιτικών για το οινόπνευμα. Η κατανάλωση αλκοόλ μειώθηκε κατά τη δεκαετία του 1990, αλλά αυξήθηκε και πάλι την τελευταία δεκαετία για να σταθεροποιηθεί σε ένα υψηλό επίπεδο 9 λίτρων καθαρής αλκοόλης ετησίως κατά μέσο όρο μεταξύ του 2004 και 2006, με τεράστιες διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών (Blachier et al. a, 2013:534-597 ; Blachier et al. b, 2013:5).

Η κίρρωση του ήπατος είναι υπεύθυνη για το 1-2% όλων των θανάτων στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες σύμφωνα με τη βάση δεδομένων του WHO. Σε χώρες της Μεσογείου, η κατανάλωση αλκοόλ και η επιδημία της παχυσαρκίας απειλεί στην επικράτηση της κίρρωσης του ήπατος. Μεταξύ των χωρών της Βόρειας Ευρώπης όπως η Δανία και η Σουηδία, η επικράτηση της κίρρωσης του συκώτιου δεν έχει μειωθεί και εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει ένα μη αμελητέο παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τέλος, στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία, υπάρχει ανησυχητική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της κίρρωσης του ήπατος (Blachier et al. b, 2013:9).

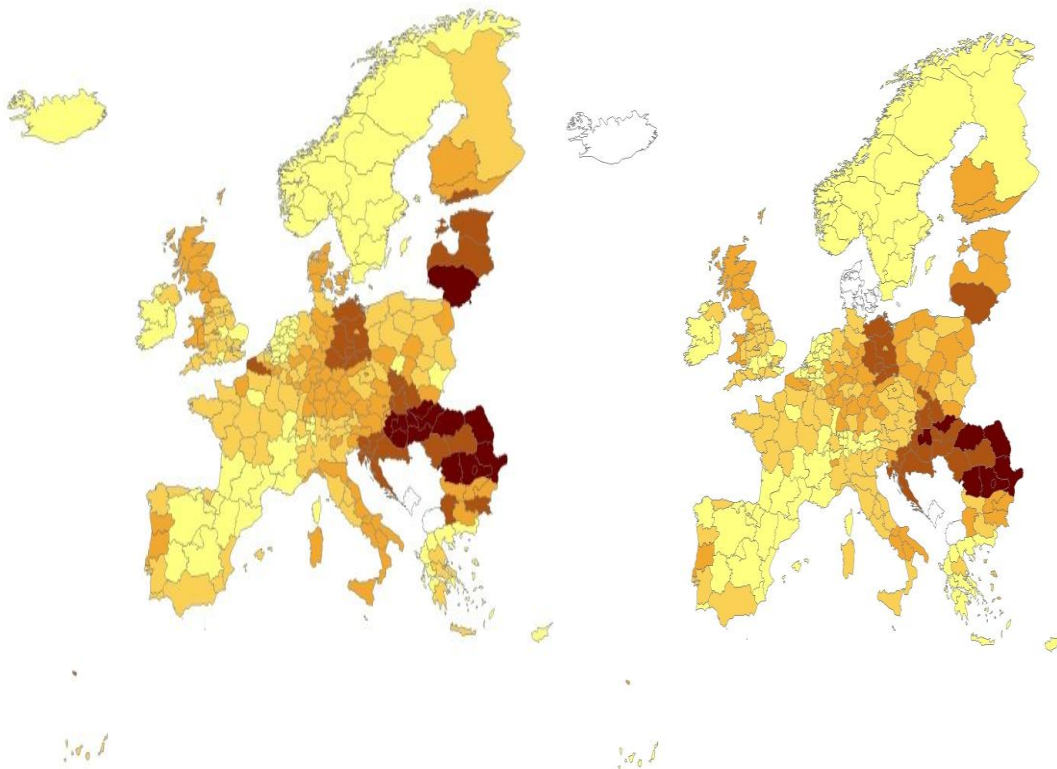
Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί σημαντική πρόοδος της γνώσης και της διαχείρισης της ηπατικής νόσου, παρόλα αυτά ακόμα, περίπου 29 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρωπαϊκή Ένωση εξακολουθούν να υποφέρουν από χρόνια ηπατική πάθηση. Η κίρρωση και ο καρκίνος του ήπατος, είναι το κλειδί για την κατανόηση του βάρους της ηπατικής νόσου. Αυτές

αντιπροσωπεύουν το τελευταίο στάδιο της νόσου του ήπατος και έτσι είναι ενδεικτικές της σχετικής θνησιμότητας. Η βιβλιογραφία σχετικά με τον επιπολασμό και την επίπτωση της κίρρωσης είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι περίπου 0,1% του ευρωπαϊκού πληθυσμού πάσχει από κίρρωση, που αντιστοιχεί σε 14 - 26 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ετησίως ή σε 170.000 θανάτους. Υπάρχουν, ωστόσο, μεγάλες ενδοευρωπαϊκές παραλλαγές. Περίπου το 0,1% των Ούγγρων ανδρών θα πεθάνουν από κίρρωση κάθε χρόνο σε σύγκριση με το 0,001% των ελληνίδων γυναικών. Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (που αποτελεί το 70-90% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος) και είναι η πέμπτη πιο κοινή αιτία του καρκίνου στην Ευρώπη και μία από τις πιο σοβαρές συνέπειες της κίρρωσης. Οι τέσσερις κύριες αιτίες της κίρρωσης του ήπατος και των πρωτογενών καρκίνων στην Ευρώπη είναι η κατανάλωση αλκοόλ, η ιογενής ηπατίτιδα Β και C και το μεταβολικό σύνδρομο που σχετίζεται με την παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος. Μετά το αλκοόλ, η χρόνια ιογενής ηπατίτιδα Β είναι η δεύτερη κύρια αιτία τόσο της κίρρωσης, όσο και του καρκίνου του ήπατος. Μεταξύ 0,5% και 0,7% του ευρωπαϊκού πληθυσμού νοσεί από χρόνια ηπατίτιδα Β, με τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης να καταγράφονται στη Ρουμανία και στην Ελλάδα. Συγκριτικά, το ποσοστό επικράτησης του ιού HIV είναι μόνο 0,2% (HIV είναι 50-100 φορές λιγότερο μολυσματικός). Η διαθεσιμότητα του εμβολίου έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της επικράτησης του HBV, αν και παραμένει υπεύθυνος για το 30% των περιπτώσεων της κίρρωσης και 15% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος. Η χρόνια ηπατίτιδα C είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, το οποίο αναπτύσσεται στις επόμενες δεκαετίες μετά τη μόλυνση. Από την ανακάλυψη του ιού στα τέλη της δεκαετίας του ογδόντα, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων μόλυνσης έχει μειωθεί σημαντικά. Τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) κατά την τελευταία δεκαετία στην Ευρώπη βρέθηκαν στην Ιταλία και τη Ρουμανία. Δημιουργεί μεγάλη ανησυχία ότι περίπου το 90% των ανθρώπων στην Ευρώπη που έχουν προσβληθεί από ιογενή ηπατίτιδα δεν γνωρίζουν την κατάστασή τους (Blachier et al. b, 2013:22-23).

Συγκριτικά για τις χρονιές 2007 και 2010 βλέπουμε στους χάρτες ότι οι αιτίες θανάτων από χρόνιες παθήσεις του ήπατος και της κίρρωσης εμφανίζονται εντονότερα στις περιφέρειες της νοτιοανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, της Βαλτικής περιοχής, της ανατολικής Γερμανίας και της βόρειας Μεγάλης Βρετανίας, λόγω υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ. Διαχρονικά ακολούθησε μία μικρή μείωση στις περιφέρειες των Βαλτικών χωρών και σε κάποιες περιφέρειες της κεντρικής Ευρώπης, μέσω πολιτικών μείωσης της κατανάλωσης οινοπνεύματος. Παρόλα αυτά όμως το πρόβλημα εξακολουθεί να είναι έντονο στις ίδιες περιφέρειες χωρίς μεγάλες διαφοροποιήσεις γεωγραφικά. Αυτό βέβαια μπορεί να οφείλεται στο μικρό χρονικό διάστημα

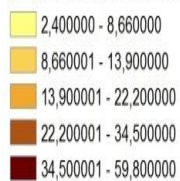
σύγκρισης των δεδομένων και μπορεί σε μελλοντικές έρευνες η χωρική διάσταση της κίρρωσης και των χρόνιων παθήσεων του ήπατος να αποτυπώνεται τελείως διαφορετικά.

Χάρτης 2.1.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από χρόνιες παθήσεις του ήπατος και κίρρωση το 2007 το 2010.



2007

Chronic liver disease and cirrhosis, per 100000

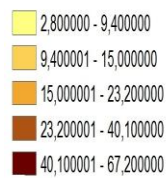


NO DATA



2010

Chronic liver disease and cirrhosis, per 100000



NO DATA

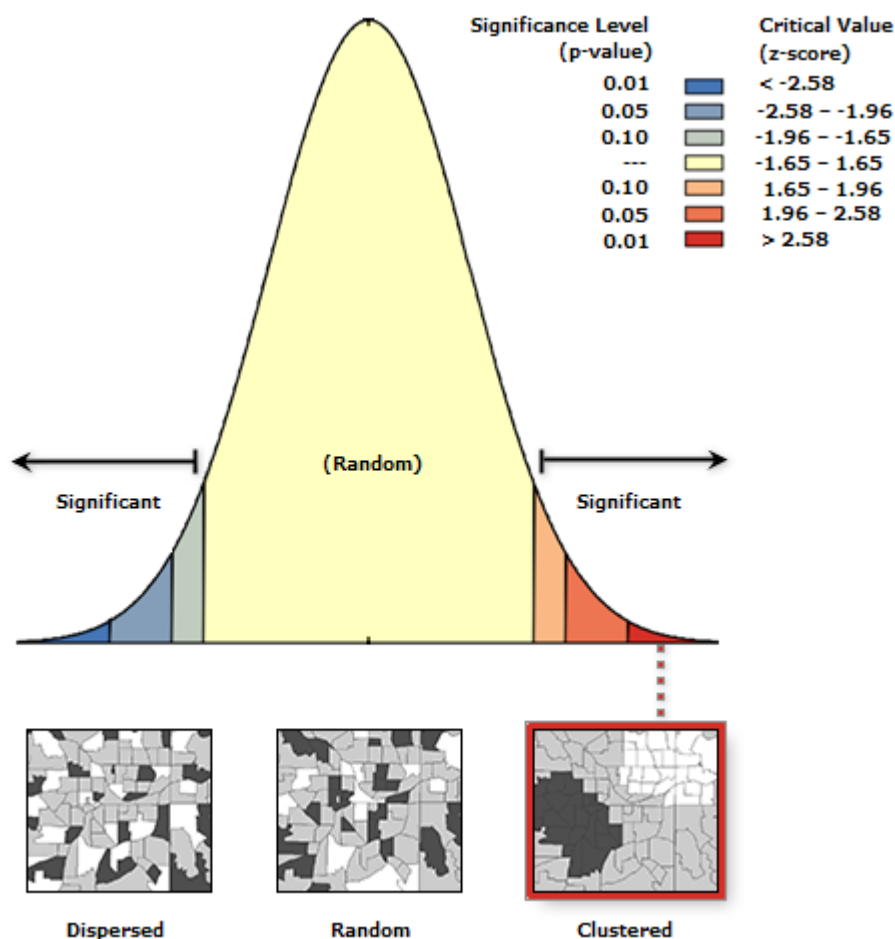


Εικόνα 2.1.1: Global Morans' I των θανάτων από χρόνιες παθήσεις του ήπατος και της κίρρωσης το 2010.¹

Moran's Index: 0.117251

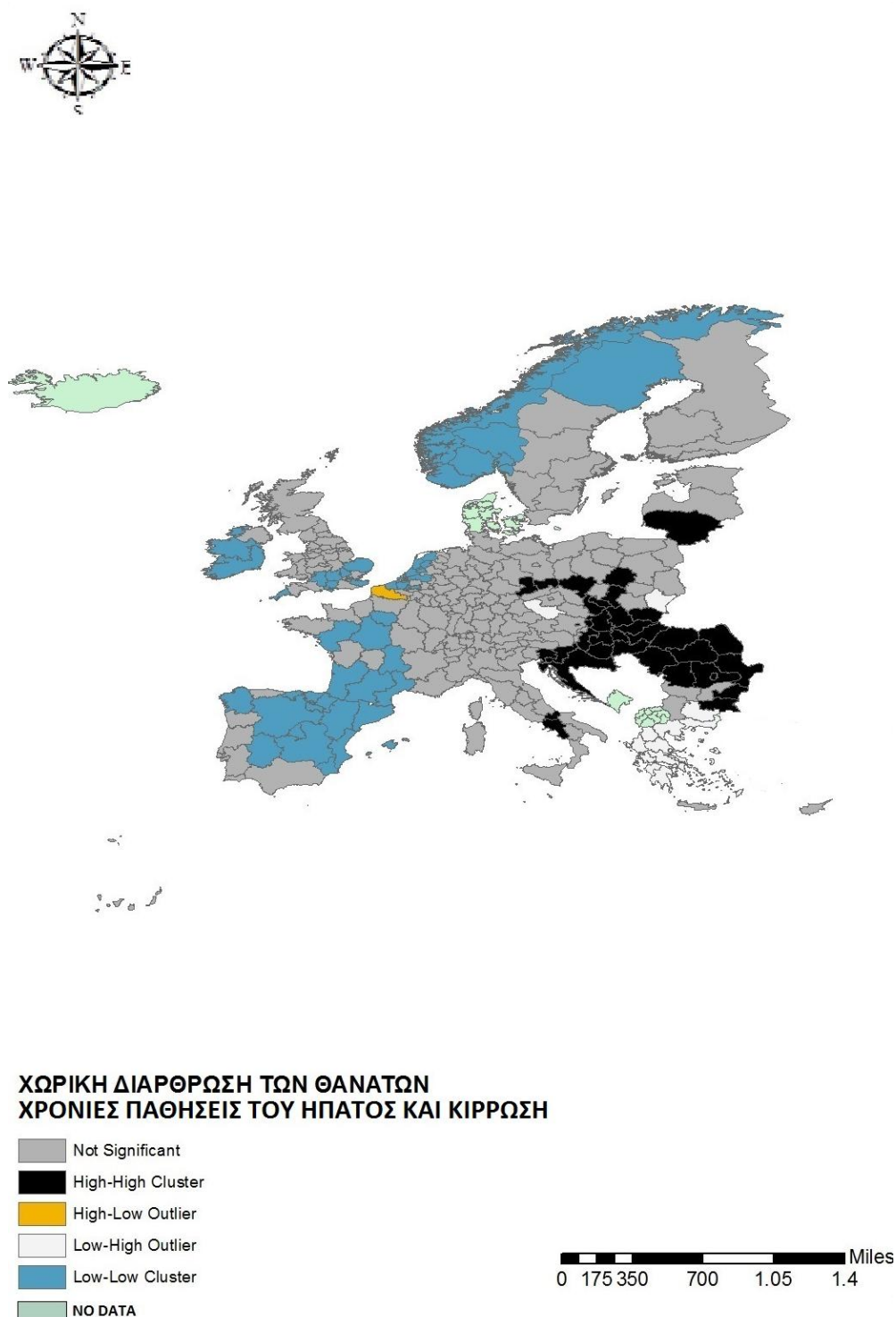
z-score: 30.320410 

p-value: 0.000000



¹ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 2.1.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από χρόνιες παθήσεις του ήπατος και την κίρρωση για το 2010.²

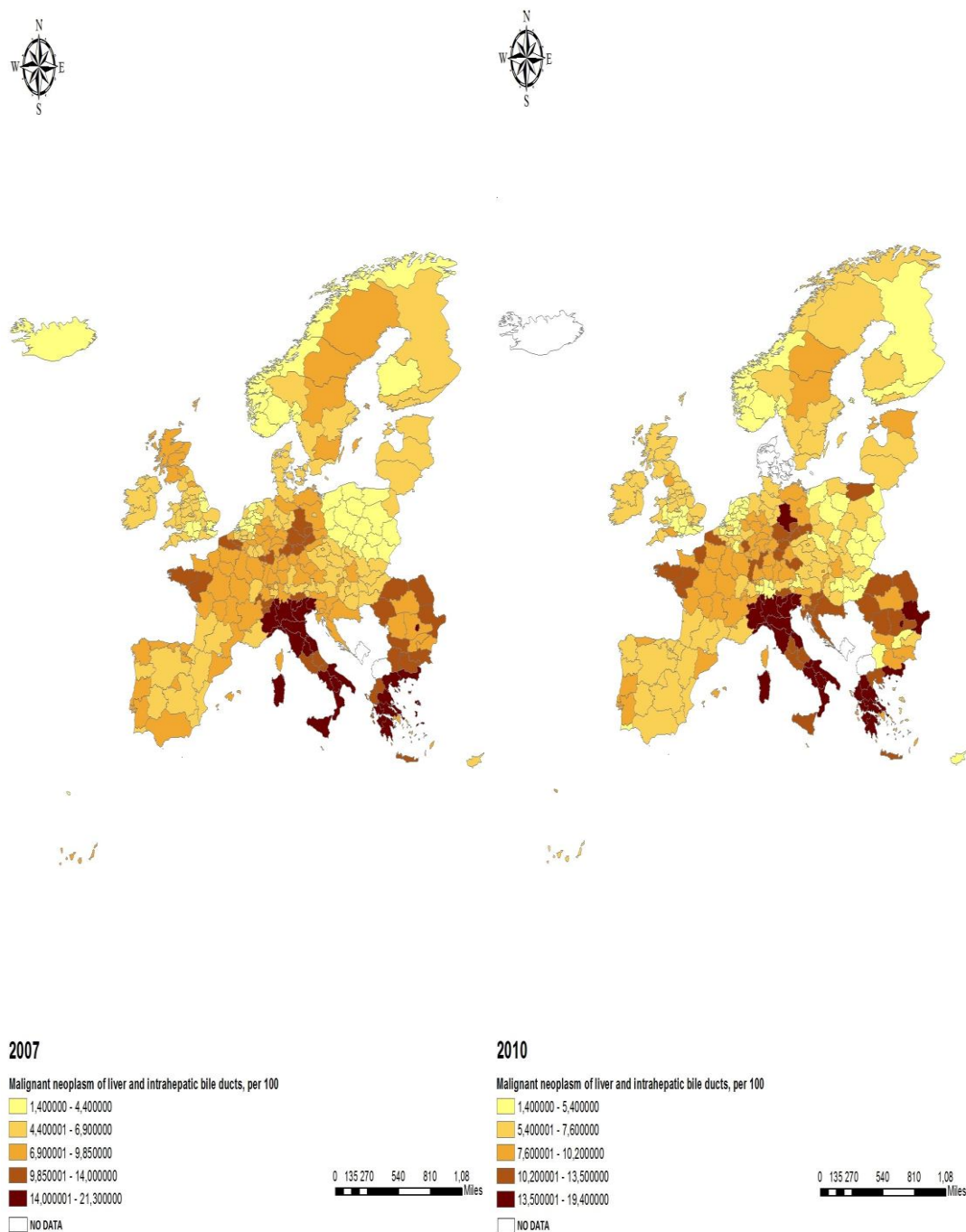


² Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Όσον αφορά τα κακοήγη νεοπλάσματα του ήπατος και των ενδοηπατικών χοληφόρων αγωγών, το 2007 οι περιφέρειες που αντιμετώπιζαν το μεγαλύτερο πρόβλημα ήταν της νότιας και ανατολικής Ευρώπης και συγκεκριμένα οι περισσότερες περιφέρειες της Ιταλίας, της Ελλάδας και των χωρών της ανατολικής Ευρώπης όπως και ορισμένες της βόρειας Γαλλίας και κεντρικής Γερμανίας, λόγω των υψηλών ποσοστών της ηπατίτιδας Β και C και λόγω του υψηλού επιπέδου πόσης αλκοολούχων ποτών. Το 2010 υπήρξε μια γενικότερη βελτίωση εκτός από ορισμένες περιφέρειες της ανατολικής Ευρώπης και μία της Γερμανίας, αποτέλεσμα των ρυθμιστικών πολιτικών της χρήσης του αλκοόλ. Όμως, δυστυχώς οι πολιτικές δεν είναι ίδιες σε όλη την ευρωπαϊκή χερσόνησο. Γενικότερα, όμως η γεωγραφική εικόνα της αποτύπωσης των θανάτων από κακοήγη νεοπλάσματα του ήπατος και των ενδοηπατικών χοληφόρων αγωγών είναι παρόμοια, με το πρόβλημα να εξακολουθεί να υφίσταται στις ίδιες περιφέρειες. Αυτό βέβαια μπορεί να αντανάκλα το σύντομο χρονικό διάστημα σύγκρισης και τις επόμενες δεκαετίες να υπάρξουν διαφοροποιήσεις.

Ως προς τη χωρική αυτοσυσχέτιση ο στατιστικά σημαντικός δείκτης Global Moran's I (βάσει του z- score και του p- value) υποδηλώνει ότι εν λόγω αυτοσυσχέτιση είναι θετική γεγονός που παραπέμπει σε μια δομή χωρικών συγκεντρώσεων. Επίσης με βάση το Local Moran's I φαίνεται πράγματι να υπάρχει μία χωρική συνάρθρωση υψηλών τιμών (H-H) των θανάτων από χρόνιες παθήσεις του ήπατος και της κίρρωσης για ορισμένες περιφέρειες και χαμηλών τιμών (L-L) για άλλες ευρωπαϊκές περιφέρειες.

Χάρτης 2.1.3: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από κακοήγη νεόπλασμα του συκωτιού και των ενδοηπατικών χοληφόρων αγωγών της χολής το 2007 και το 2010.

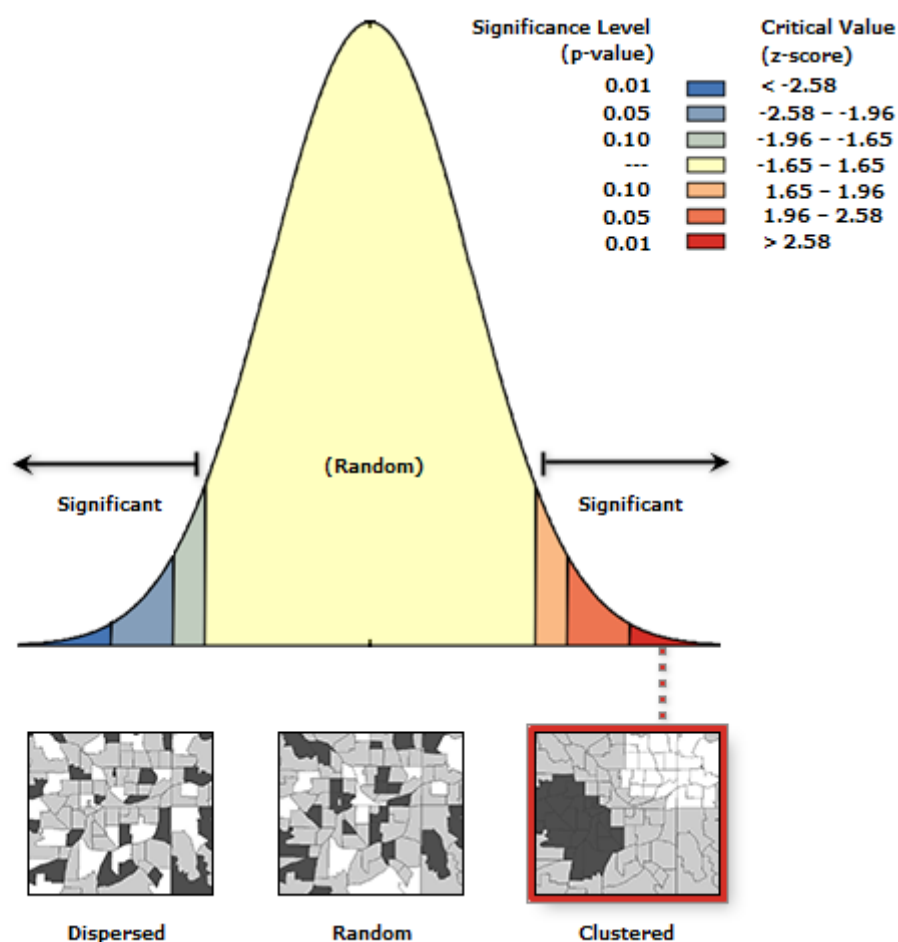


Εικόνα 2.1.2: Global Morans' I των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του συκωτιού και των ενδοηπατικών χοληφόρων αγωγών το 2010.³

Moran's Index: 0.086538

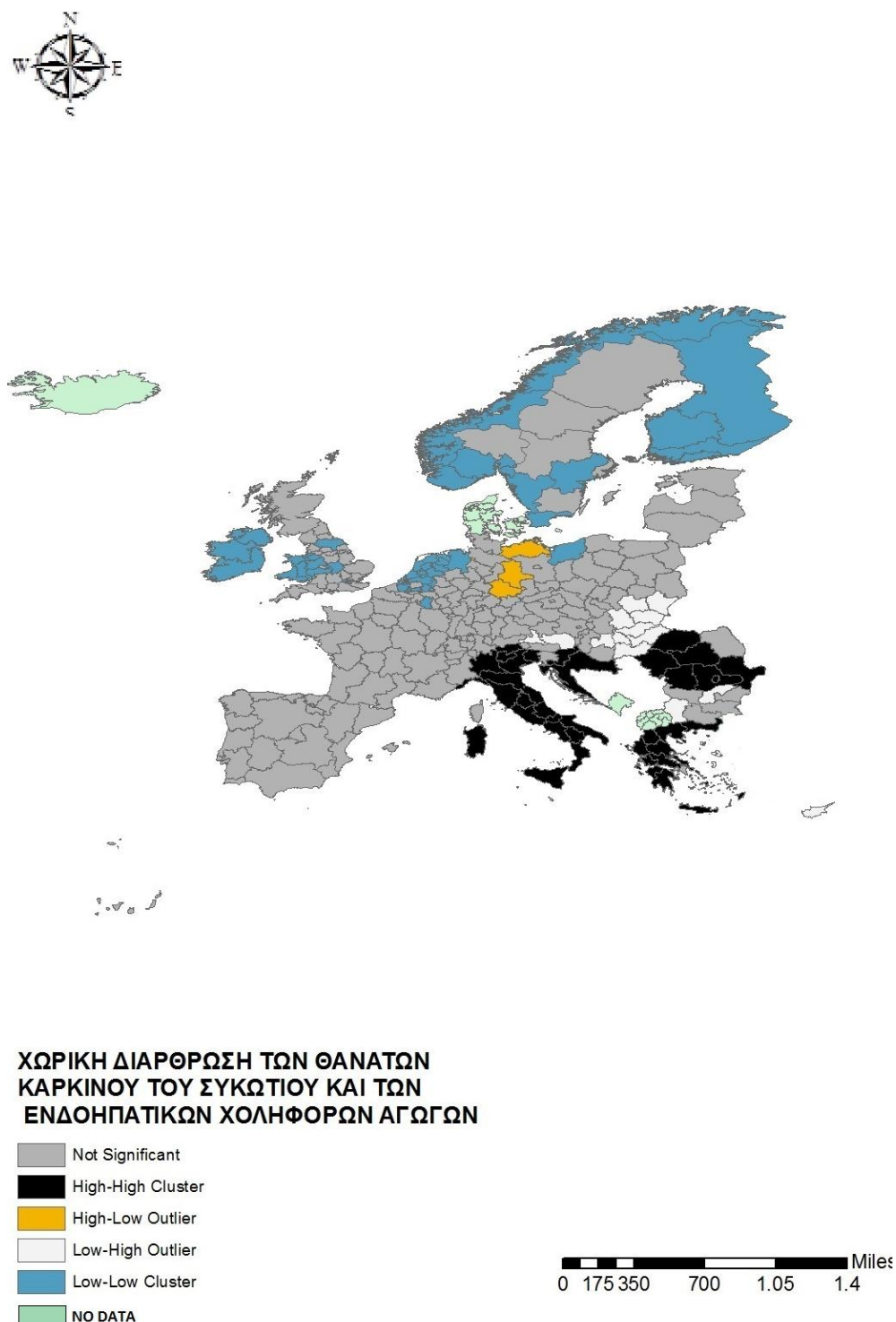
z-score: 22.492066 

p-value: 0.000000



³ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 2.1.3: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του συκωτιού και των ενδοηπατικών χοληφόρων αγωγών της χολής το 2010.⁴



⁴ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

2.2 Ηπατίτιδα Α

Η Ηπατίτιδα Α προκαλείται από τη μόλυνση του ιού (HAV). Έχει μια περίοδο επώασης 28 περίπου ημέρες και κατά κύριο λόγο μεταδίδεται από την οδό των κοπράνων-στόματος, είτε από την επαφή πρόσωπο-με-πρόσωπο ή την κατανάλωση μολυσμένων τροφίμων ή νερό. Η λοίμωξη του HAV δεν οδηγεί σε χρόνια λοίμωξη ή χρόνια ηπατική νόσο. Οι εκδηλώσεις της λοίμωξης ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία. Οι περισσότεροι ενήλικες με λοίμωξη έχουν συμπτωματική μορφή, ενώ οι περισσότερες λοιμώξεις στα παιδιά είναι ασυμπτωματικές ή μη αναγνωρισμένες. Περίπου το 0,5% των περιπτώσεων της ηπατίτιδας Α θα οδηγήσει σε οξεία ηπατική ανεπάρκεια και στο θάνατο, αλλά η θνησιμότητα φτάνει μέχρι και 2,1% σε ενήλικες άνω 40. Εμβόλια για το HAV είναι διαθέσιμα σήμερα και χρησιμοποιούνται στις ευρωπαϊκές χώρες. Η εικόνα της λοίμωξης του HAV άλλαξε στην Ευρώπη τις τελευταίες δεκαετίες, επειδή υπήρξαν βελτιώσεις στην υγιεινή και την αποχέτευση, σε συνδυασμό με την οικονομική και κοινωνική πρόοδο. Παρόλα αυτά υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Μια στρατηγική είναι να συνδυάσουν ο εμβολιασμός για τον ιό HAV και τον HBV ώστε να υπάρχει μείωση του κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας. Ο HAV συνεχίζει να είναι μια ευρωπαϊκή απειλή, ήταν υπεύθυνος για μια 10-πλάσια αύξηση του ποσοστού του στην Τσεχική Δημοκρατία το 2008, όπως και παράμυλλης αύξησης στη Λετονία. Δύο επιδημίες ξεκίνησαν στη Φινλανδία το 1994-1995 και 2002-2003 με χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και εξαπλώθηκαν στον υπόλοιπο πληθυσμό (Blachier et al. b, 2013:22-23).

2.3 Ηπατίτιδα Β

Η ηπατίτιδα Β προκαλείται από τη μόλυνση του ιού της (HBV). Κύριοι παράγοντες κινδύνου για την μετάδοση του HBV είναι η σεξουαλική επαφή. Η οξεία λοίμωξη του HBV είναι συμπτωματική σε 30-50% των ενηλίκων που νοσούν πάνω από 5 χρόνια, με μια τάξη θνησιμότητας περίπου 1% . Η χρόνια HBV λοίμωξη είναι σπάνια συμπτωματική σε ενήλικες. Ο HBV μερικές φορές αποκαλείται «σιωπηλός δολοφόνος», επειδή οι ενήλικες με λοίμωξη συχνά παραμένουν αδιάγνωστοι και έτσι η θεραπεία παρέχεται όταν είναι πολύ αργά. Σε όλη την Ευρώπη, ένας μέσος όρος 23% των ασθενών μόνο γνώριζαν ότι έπασχαν από ηπατίτιδα Β και μόνο το 27% ήξεραν ότι ήταν σε κίνδυνο να προσβληθούν από αυτόν. Οι εκτιμήσεις επικράτησης είναι υψηλότερες στη Ρουμανία και στην Ελλάδα. Επιπλέον εμφανίζεται κίρρωση στο 20% με 30% των ασθενών που έχουν μολυνθεί από τον ιό, με περίπου το 25% σε κίνδυνο ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, έτσι ο HBV είναι υπεύθυνος για το 10-15% των πρωτογενών καρκίνων του ήπατος. Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδηλώνουν μείωση στην ετήσια

επίπτωση του HBV, συνοδευόμενη από τη μείωση του επιπολασμού του που σχετίζεται με τον εμβολιασμό που έχει επικρατήσει σε όλη την Ευρώπη (Blachier et al. b, 2013:25).

2.4 Ηπατίτιδα C

Η ηπατίτιδα C απευθύνεται κατά κόρον σε χρήστες ναρκωτικών που είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι στον κίνδυνο της λοίμωξης του HCV, με ποσοστά επιπολασμού έως 50% στην Κύπρο, 59,8% στη Γαλλία, το 75% για εκείνους που έχουν γίνει δεκτοί για αποτοξίνωση από οπιούχα στη Γερμανία και 83,2% στην Ιταλία. Σχετικές μελέτες με την ιστορία της νόσου αποδεικνύουν ότι έως το 85% των μολυσμένων ασθενών αναπτύσσουν μία χρόνια λοίμωξη, με 10 έως 20% να προχωρεί σε κίρρωση και περίπου το 7% των ασθενών με κίρρωση θα αναπτύξει ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Οι τρέχουσες μελέτες σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με ηπατίτιδα C παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα, με υψηλά ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο και τα ποσοστά θνησιμότητας είναι τρεις φορές υψηλότερα από εκείνα του γενικού πληθυσμού, λόγω της ταυτόχρονης χρήσης ναρκωτικών και της ηπατικής νόσου (Blachier et al. b, 2013:28).

2.5 Ηπατίτιδα D

Ο ιός της ηπατίτιδας D (HDV) μπορεί να μολύνει άτομα που έχουν μολυνθεί από το HBV. Οι περισσότεροι ασθενείς με HBV / HDV αναπτύσσουν χρόνια μόλυνση και σοβαρή ηπατική νόσο με ταχύτερη εξέλιξη σε κίρρωση και θάνατο σε σύγκριση με τους ασθενείς οι οποίοι έχουν μόνο χρόνια λοίμωξη HBV. Η υψηλότερη συχνότητα παρατηρείται στην ανατολική Μεσόγειο και την Ευρώπη. Τα περισσότερα κρούσματα που έχουν καταγραφεί σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες βρέθηκαν σε πληθυσμούς που προέρχονται από ενδημικές περιοχές. Ο HDV κυριάρχησε σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και στη νότια ή και ανατολική Ευρώπη. Το ποσοστό των ασθενών που κατάγονται από την πρώην Σοβιετική Ένωση και την Αφρική αυξήθηκαν, ενώ το ποσοστό των ασθενών από τη Νότια Ευρώπη μειώθηκε (Blachier et al. a, 2013:601-602).

2.6 Ηπατίτιδα E

Ο ιός της ηπατίτιδας E (HEV) είναι ο αιτιολογικός παράγοντας της οξείας μορφής της ηπατίτιδας και εντοπίστηκε το 1983. Η μόλυνση σε βαριά ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς παράγει μία χρόνια μορφή της νόσου. Η ηπατίτιδα E είναι επίσης γνωστό ότι προκαλεί λοιμώξεις σε ζώα και ιδιαίτερα σε χοίρους. Επιδημίες έχουν εμφανιστεί τακτικά σε πολλές χώρες της νότιας και νοτιοανατολικής Ασίας και στην Αφρική. Αν και η ηπατίτιδα E έχει αναφερθεί από πολλές

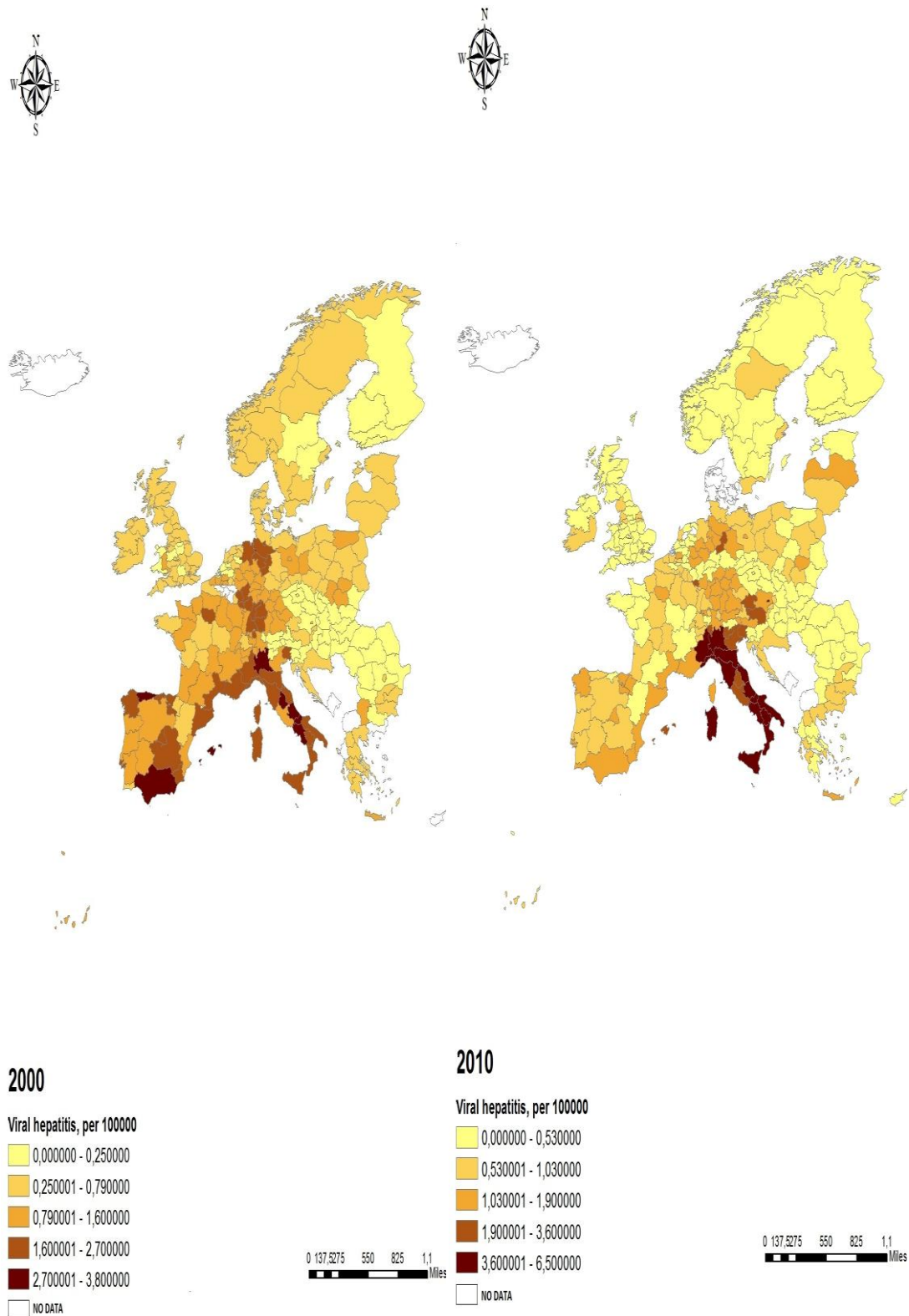
ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές, η συχνότητα εμφάνισης της στην Ευρώπη είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη (Blachier et al. b, 2013:30-31).

2.7 Αυτοάνοση ηπατίτιδα

Δεν υπάρχει ενιαίο ειδικό τεστ για τη διάγνωση της αυτοάνοσης ηπατίτιδας (ΑΗ). Ωστόσο, οι μοριακές βιολογικές δοκιμές συμβάλλουν στην διάκριση της ΑΗ από άλλες αιτίες της χρόνιας ηπατίτιδας, ειδικότερα από χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις που είναι η πιο κοινή αιτία της χρόνιας ηπατίτιδας. Δυστυχώς, πολύ λίγα στοιχεία είναι διαθέσιμα σχετικά με την επίπτωση και τον επιπολασμό της ΑΗ. Ωστόσο, παρά τα περιορισμένα επιδημιολογικά δεδομένα, ο επιπολασμός της ΑΗ εκτιμάται ότι θα κυμανθεί από 5-20 περιπτώσεις ανά 100.000 μεταξύ του πληθυσμού του Καυκάσου και στη Δυτική Ευρώπη. Εκτιμάται ότι αντιπροσωπεύει περίπου το 20% των περιπτώσεων χρόνιας ηπατίτιδας μεταξύ του πληθυσμού της Βόρειας Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης (Blachier et al. b, 2013:40).

Η γεωγραφική διάσταση των αιτιών θανάτου από την ιογενή ηπατίτιδα έχει διαμορφωθεί διαφορετικά μεταξύ της δεκαετίας 2000 με 2010. Ενώ το 2000 οι περισσότερες περιπτώσεις βρισκόταν κυρίως στις περιφέρειες της δυτικής και νότιας Ευρώπης με κάποιες εξαιρέσεις στη Γερμανία, το 2010 οι περισσότερες περιπτώσεις εντοπίζονται στην Ιταλία συγκεκριμένα. Μέσα σε αυτή τη δεκαετία βελτιώθηκε δραστικά η κατάσταση στις περιφέρειες της νότιας Ισπανίας και σε κάποιες που είχαν υψηλά επίπεδα στο βόρειο κομμάτι της και οξύνθηκε στη Ιταλία στο σύνολό της. Αυτό μπορεί να οφείλεται στα υψηλά επίπεδα ηπατίτιδας C που κατέχει μέσω των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών όπως επίσης και από τα πολλά μεταναστευτικά ρεύματα που έχει δεχθεί από τη βόρειο Αφρική (τα άτομα από τη βόρειο Αφρική έχουν αρκετά υψηλά ποσοστά της ιογενούς ηπατίτιδας). Αναλυτικά η αποτύπωση των αιτιών θανάτων της ιογενούς ηπατίτιδα στις ευρωπαϊκές περιφέρειες έχει αλλάξει άρδην. Φαίνεται να υπάρχει μία γενικότερη βελτίωση έκτος από τις περιφέρειες της Ιταλίας η οποία κατέχει την πρωτιά με διαφορά από τις υπόλοιπες περιφέρειες.

Χάρτης 2.7.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από ιογενή ηπατίτιδα το 2000 και το 2010.

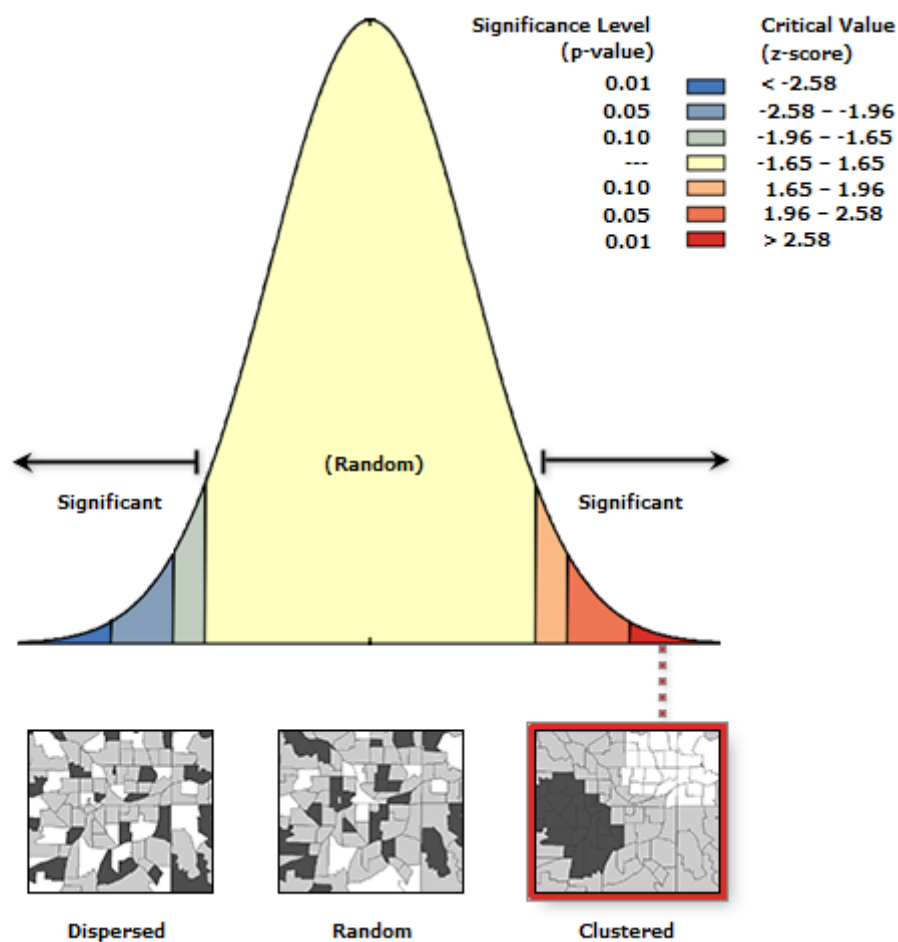


Εικόνα 2.7.1: Global Morans' I των θανάτων από ιογενή ηπατίτιδα το 2010.⁵

Moran's Index: 0.061326

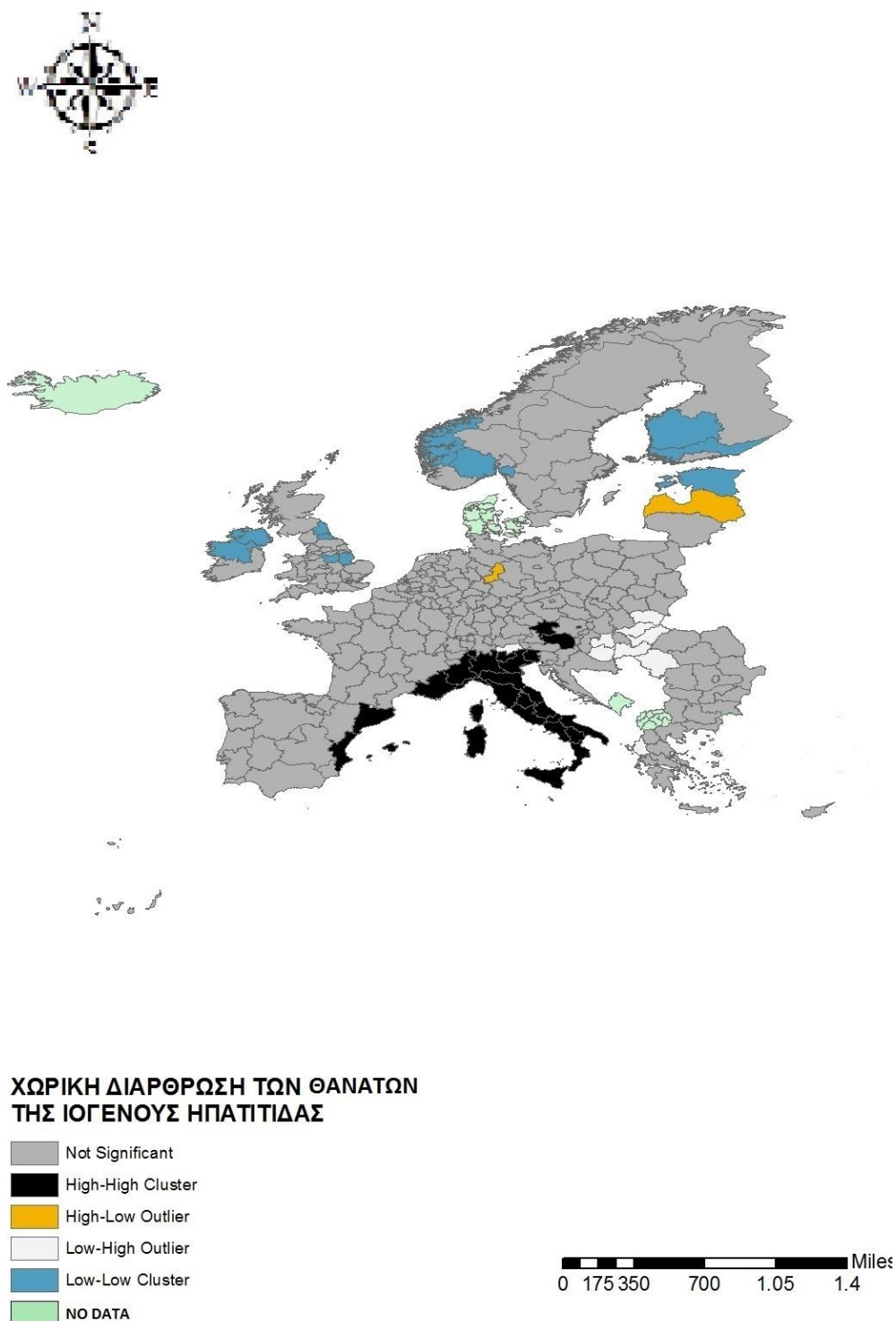
z-score: 16.054865 ■

p-value: 0.000000



⁵ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 2.7.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από ιογενή ηπατίτιδα το 2010.⁶



⁶ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

2.8 Κληρονομική αιμοχρωμάτωση

Η κληρονομική αιμοχρωμάτωση είναι μια ασθένεια της ρύθμισης του σιδήρου που προκαλεί υπερβολική απορρόφηση του σιδήρου, και τελικά, υπερφόρτωση. Σχετίζεται με μια αυξημένη συχνότητα εμφάνισης κίρρωσης του ήπατος, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιομυοπάθειας και άλλες κλινικές επιπλοκές. Τα συμπτώματα της αιμοχρωμάτωσης δεν είναι ιδιόμορφα, έχουν μια σταδιακή έναρξη και μιμούνται άλλες κοινές διαταραχές. Συνεπώς, μπορεί να αποδοθεί σε άλλες αιτίες, και η διάγνωση συχνά να καθυστερεί. Στην Αγγλία κατά τη διάρκεια του 1989/1990 έως 2002/2003, σημειώθηκε αύξηση και στα δύο φύλα σε ποσοστά εισαγωγής ασθενών που έπασχαν από αιμοχρωμάτωση (Blachier et al. b, 2013:37).

2.9 NAFLD

Η NAFLD ορίζεται ως η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος ή διαφορετικά η συσσώρευση λίπους στο ήπαρ. Περισσότερο από το 50% των ενηλίκων στην ΕΕ των 27 είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, δύο εκ των οποίων είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για NAFLD. Ως εκ τούτου, η NAFLD μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι στην Ευρώπη μια σημαντική δυνητική απειλή για τη δημόσια υγεία. Ένα υψηλό ποσοστό (36-44%) της NAFLD βρέθηκε σε παχύσαρκα παιδιά, ανεξάρτητα από τον τρόπο που χρησιμοποιήθηκε για τη διάγνωση της νόσου. Η NAFLD είναι γνωστό ότι είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε ασθενείς με διαβήτη. Δύο μεγάλες ευρωπαϊκές μελέτες ανέφεραν ποσοστά επικράτησης της NAFLD 42,6 έως 69,5% σε μεγάλα δείγματα ασθενών του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Η παρουσία του NAFLD φέρει έναν αυξημένο κίνδυνο συνολικής θνησιμότητας και της θνησιμότητας που σχετίζεται με την καρδιαγγειακή και την ηπατική νόσο (Blachier et al. a, 2013:604).

Τα στοιχεία που εξετάζονται εδώ, καταδεικνύουν σαφώς την σημαντική επιβάρυνση της ηπατικής νόσου στην Ευρώπη. Η ηπατική νόσος που σχετίζεται με τη θνησιμότητα στην περιοχή αυτή είναι τουλάχιστον συγκρίσιμη με άλλες ασθένειες που είναι ή θεωρούνται ως μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Ασθένειες όπως ο καρκίνος του μαστού είναι ψηλά στην ατζέντα της δημόσιας υγείας με ειδικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Ως εκ τούτου, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι κυβερνήσεις πρέπει να κινητοποιήσουν πόρους για να αντιμετωπίσουν τη νόσο του συκωτιού με τον ίδιο προορατικό τρόπο. Αυτή η επανεξέταση σε συνδυασμό με περαιτέρω έρευνες της επιβάρυνσης της ηπατικής νόσου στην Ευρώπη ελπίζουμε ότι θα είναι η ώθηση για την σχεδίαση και υλοποίηση στρατηγικών που θα βελτιώνουν αυτό το πρόβλημα και τελικά να σώζουν ζωές (Blachier et al. a, 2013: 605).

3. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥΣ

Υπήρξαν πάνω από 3,4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου (εξαιρουμένων των μη-μελάνωμα καρκίνων του δέρματος) στην Ευρώπη το 2012, το 53% των περιπτώσεων συμβαίνουν σε άνδρες και 47% σε γυναίκες. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι καρκίνου ήταν του μαστού (13,5% όλων των περιπτώσεων καρκίνου), που ακολουθείται από τον καρκίνο του όρθρου (13,0%), τον καρκίνο του προστάτη (12,1%) και τον καρκίνο του πνεύμονα (11,9%). Αυτοί οι τέσσερις τύποι καρκίνου αντιστοιχούν στο ήμισυ (50,5%) του συνολικού εκτιμώμενου ποσοτού καρκίνου στην Ευρώπη το 2012. Ο εκτιμώμενος συνολικός αριθμός των θανάτων από καρκίνο στην Ευρώπη το 2012 ήταν 1,75 εκατομμύρια, εκ των οποίων το 56% ήταν άνδρες και 44% γυναίκες (Ferlay et al., 2013:1382-1385).

Ο καρκίνος του πνεύμονα, κατ'εκτίμηση (το ένα πέμπτο του συνόλου) είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στην Ευρώπη το 2012, ακολουθούμενη από τον καρκίνο του παχέως εντέρου (12,2%), τον καρκίνο του μαστού (7,5%) και τον καρκίνο του στομάχου (6,1%). Καρκίνος του πνεύμονα εξακολουθεί να είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου στους άνδρες (26,1%) που ακολουθείται από του όρθρου (11,6%) και του προστάτη (9,5%). Ο καρκίνος του μαστού είναι η κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες (16,8%), ακολουθούμενη από του όρθρου (13,0%) και του πνεύμονα (12,7%). Τα συνολικά ποσοστά εμφάνισης στα δύο φύλα ήταν υψηλότερα στις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης, στους άνδρες στη Γαλλία και στις γυναίκες στη Δανία. Για άνδρες και γυναίκες, τα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης βρίσκονται στη Βαλκανική χερσόνησο με ρυθμούς σχεδόν κατά το ήμισυ στη Βοσνία Ερζεγοβίνη, την Αλβανία και την Ελλάδα. Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι υψηλά στους άνδρες σε χώρες της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης, π.χ. Ουγγαρία. Το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε κάθε είδος καρκίνου εκτιμάται στις γυναίκες στη Δανία και χαρακτηρίζεται από υψηλή συχνότητα στα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού. Το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας στους άνδρες εκτιμούνται στις βόρειο ευρωπαϊκές χώρες, τη Φινλανδία και την Ισλανδία, και στις γυναίκες στις ευρωπαϊκές χώρες του Νότου, Πορτογαλία και Ισπανία (Ferlay et al., 2013:1385-1391).

Τα ποσοστά θνησιμότητας του καρκίνου του πνεύμονα των ανδρών αυξήθηκαν ραγδαία στην Ανατολική Ευρώπη, όπου τα ποσοστά στη μέση ηλικία φτάνουν στα υψηλότερα επίπεδα που είχαν παρατηρηθεί ποτέ. Τα ποσοστά καρκίνου του στομάχου μειώθηκαν σε όλη την Ευρώπη και για τα δύο φύλα, αν και τα ποσοστά παρέμειναν υψηλά στην Ανατολική Ευρώπη, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα ποσοστά καρκίνου του εντέρου τείνουν να μειώνονται σε διάφορες περιοχές της ηπείρου. Τα ποσοστά καρκίνου του στήθους έδειξαν μια μέτρια αλλά σταθερή

αύξηση, ως επί το πλείστον στη Νότια και Ανατολική Ευρώπη. Για τις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου, στην πραγματικότητα, υπάρχει συχνά ένα διάστημα πολλών δεκαετιών μεταξύ της πρώτης έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες και την κλινική εμφάνιση ή θάνατο από την ασθένεια. Κατά συνέπεια, οι πρόσφατες τάσεις στη θνησιμότητα από καρκίνο είναι έντονα επηρεασμένες από τις ιδιαίτερες αλλαγές σε έκθεση των ατόμων σε καρκινογόνους παράγοντες πριν από αρκετές δεκαετίες (Vecchia et al., 1998:118).

3.1 Καρκίνος του πνεύμονα

Λόγω της ταχείας πορείας της νόσου μετά τη διάγνωση ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η κύρια αιτία του θανάτου μεταξύ των ανδρών σε όλες τις χώρες εκτός της Σουηδίας, όπως και οι γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του πνεύμονα πιο συχνά από ό, τι από καρκίνο του μαστού σε έναν αυξανόμενο αριθμό χωρών (Ferlay et al., 2013:1385-1391).

Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στις τιμές της κατά ηλικίας καρκίνου των πνευμόνων, με τα υψηλότερα επίπεδα για τους άνδρες στο Βέλγιο, στη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο και τα χαμηλότερα στην Πορτογαλία και τη Σουηδία. Τα υψηλότερα επίπεδα για τις γυναίκες ήταν στη Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ουγγαρία. Στους άνδρες, οι τιμές ήταν προς τα πάνω στις περισσότερες χώρες για τις γενιές που γεννήθηκαν μέχρι την έναρξη του αιώνα, επίσης οι τιμές έδειχναν μείωση σε Φινλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο για τις γενιές που γεννήθηκαν γύρω στο 1910, και σταθεροποιήθηκαν στις περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης για ομάδες που γεννήθηκαν γύρω στο 1910, και στην Ιταλία μετά το 1930. Η Γαλλία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Πολωνία και ιδίως η Ουγγαρία, οι ανδρικές τιμές του καρκίνου του πνεύμονα ήταν σταθερά ανοδικές. Οι τιμές που ήταν αισθητά προς τα κάτω ήταν στη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι νεώτερες ηλικιακές τιμές ήταν πολύ χαμηλότερες για τις γυναίκες, αλλά οι περισσότερες τάσεις ήταν σταθερά προς τα πάνω, ιδίως στις Κάτω Χώρες, Σουηδία, Ελβετία, Ουγγαρία και την Πολωνία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Δανία, όπου είχε υψηλά ποσοστά καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες υπήρξε κάποια μείωση για τις νεότερες γενιές (Vecchia et al., 1998:120- 123).

Ο καρκίνος του πνεύμονα που διατηρεί τη θέση του ως η κυριότερη αιτία θανάτου καρκίνου στην Ευρώπη προκαλείται από το κάπνισμα και ο έλεγχος του καπνίσματος είναι σαφώς η νούμερο ένα προτεραιότητα στην Ευρώπη, όχι μόνο στον αντρικό πληθυσμό της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, αλλά όλο και περισσότερο απευθύνεται σε νεαρές γυναίκες. Τα ποσοστά θνησιμότητας στους άνδρες μειώνονται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα στις βόρειες και δυτικές περιοχές όπου ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των ανδρών τείνει να μειώνεται, ενώ τα ποσοστά καρκίνου του πνεύμονα στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη παραμένουν σε υψηλά επίπεδα, παρόλα αυτά δείχνουν σημάδια σταθεροποίησης. Η αύξηση της θνησιμότητας

στις γυναίκες σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την απόκτηση της συνήθειας του καπνίσματος αργότερα από τους άνδρες στην Ευρώπη (π.χ. Γαλλία, Ισπανία) αν και τα ποσοστά αρχίζουν να σταθεροποιούνται, κυρίως στις χώρες υψηλού κινδύνου της Βόρειας Ευρώπης. Μέτρα για την πρόληψη, μέσω προσπαθειών να αποτραπεί η έναρξη του καπνίσματος και να αυξηθούν τα ποσοστά διακοπής μέσω υψηλότερων φόρων, με κανονισμούς σχετικά με το κάπνισμα και την ενημέρωση του κοινού θα έχουν σημαντική επίπτωση στην θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα και άλλους καρκίνους που σχετίζονται με τον καπνό, συμπεριλαμβανομένης της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, του οισοφάγου, του παγκρέατος και του λάρυγγα (Ferlay et al., 2013:1391-1400).

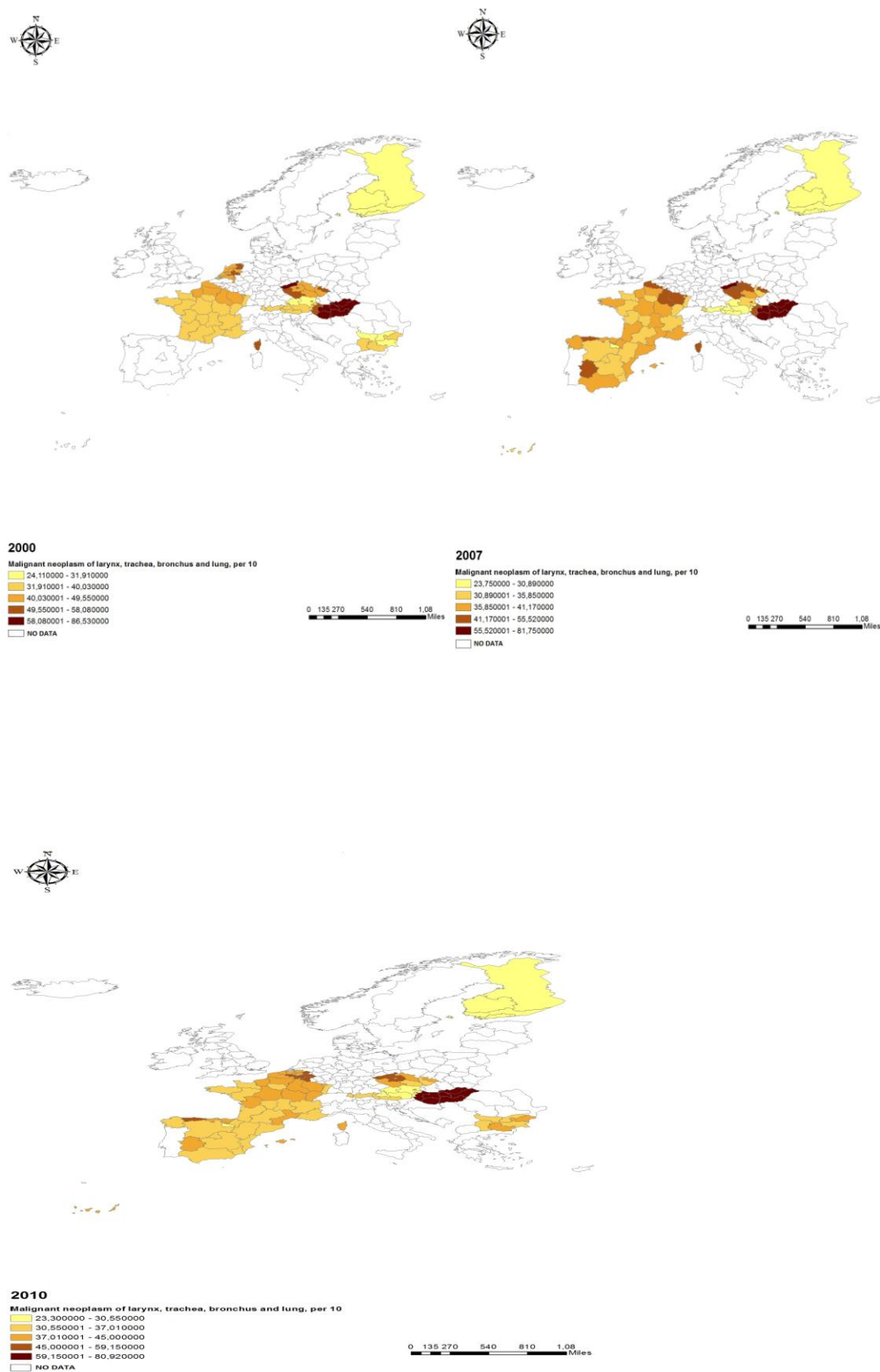
3.2 Καρκίνος του στόματος και του λάρυγγα

Ο καρκίνος του στόματος συνδέεται στενά με το αλκοόλ, τον καπνό και την αλληλεπίδραση τους. Τα στοιχεία του καρκίνου του οισοφάγου στους άνδρες συνάδουν με εκείνα του καρκίνου του στόματος και του φάρυγγα. Τα στοιχεία για τις γυναίκες δεν παρουσιάζονται, δεδομένου του χαμηλού αριθμού των περιπτώσεων για τις διάφορες χώρες. Υψηλές τιμές καταγράφηκαν στη Γαλλία, όπως και για τον καρκίνο του στόματος, αλλά και στη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο είχε χαμηλές τιμές για τον καρκίνο του στόματος. Μια σημαντική αύξηση στην Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης παρατηρήθηκε επίσης για τον καρκίνο του οισοφάγου (Vecchia et al., 1998:120- 123).

Ο καρκίνος του λάρυγγα στους άνδρες παρουσιάζει σημαντικές διαφορές ανα ηλικία, με τα υψηλότερα επίπεδα στη Γαλλία, την Ιταλία, την Ισπανία, την Ουγγαρία και την Πολωνία, και τα χαμηλότερα επίπεδα στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Το μοτίβο αυτό χαρακτηρίζεται από σημαντικές αυξήσεις στην Αυστρία, τη Γερμανία, την Ουγγαρία και την Πολωνία, αλλά και σε Δανία, και από μειώσεις στην Ιταλία και την Ελβετία (Vecchia et al., 1998:120- 123).

Αν και τα στοιχεία είναι ελάχιστα διαφάνεται μια γενικότερη επιδείνωση της κατάστασης όσον αφορά τις αιτίες θανάτου από κακοήγη νεόπλασμα του λάρυγγα, της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα μεταξύ του 2000, του 2007 και του 2010. Οι περιφέρειες της Ουγγαρίας βέβαια, συνεχίζουν να έχουν την πρωτιά όμως παρατηρείται και μία αύξηση των τιμών στις περιφέρειες της Γαλλίας και της κεντρικής Ευρώπης. Γενικότερα τα ποσοστά καρκίνου του πνεύμονα έχουν αυξητικές τάσεις σε όλη την Ευρώπη. Οπότε αναμενόμενες είναι οι αυξήσεις που αντικατοπτρίζονται στις ευρωπαϊκές περιφέρειες. Τα υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης στην κεντρική Ευρώπη πιθανόν να οφείλονται στο μη ευεργετικό τρόπο ζωής όπως στο κάπνισμα και το αλκοόλ. Επιπλέον οι χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης άργησαν να υιοθετήσουν συστήματα υγείας και περίθαλψης που απολάμβαναν από καιρό οι δυτικές χώρες.

Χάρτης 3.2.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από κακοήγη νεόπλασμα του λάρυγγα της τραχείας των βρόγχων και του πνεύμονα το 2000 το 2007 και το 2010.

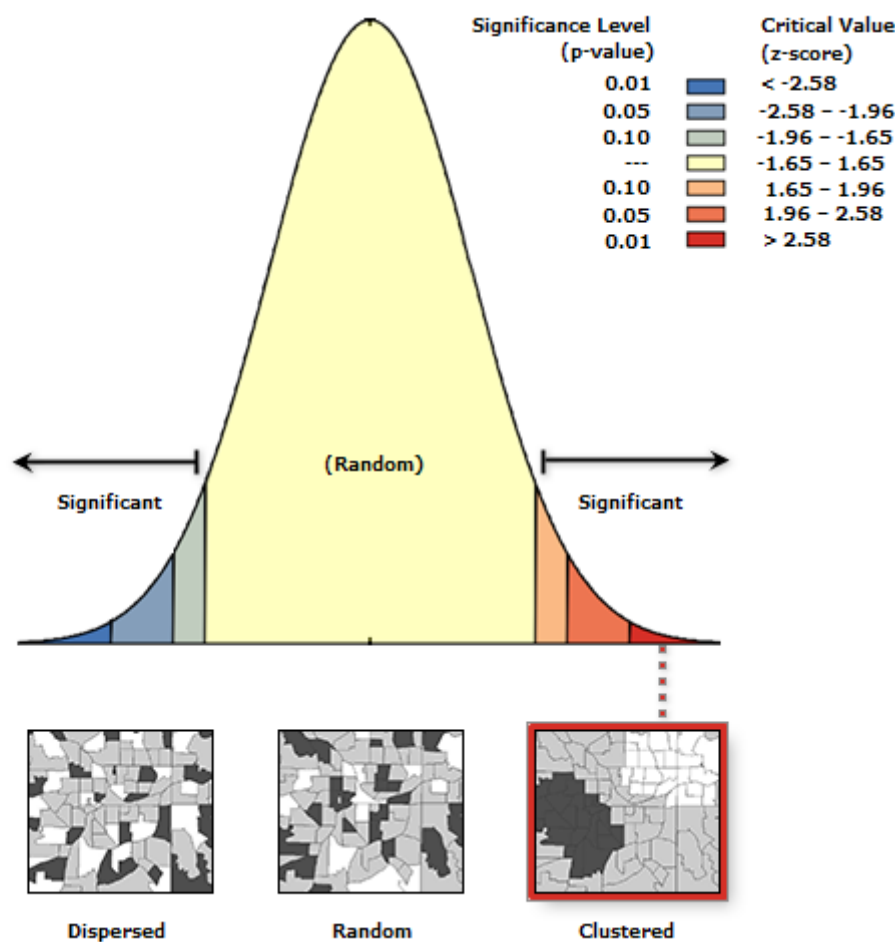


Εικόνα 3.2.1: Global Morans' I των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του λάρυγγα της τραχείας των βρόγχων και του πνεύμονα το 2010.⁷

Moran's Index: 0.050858

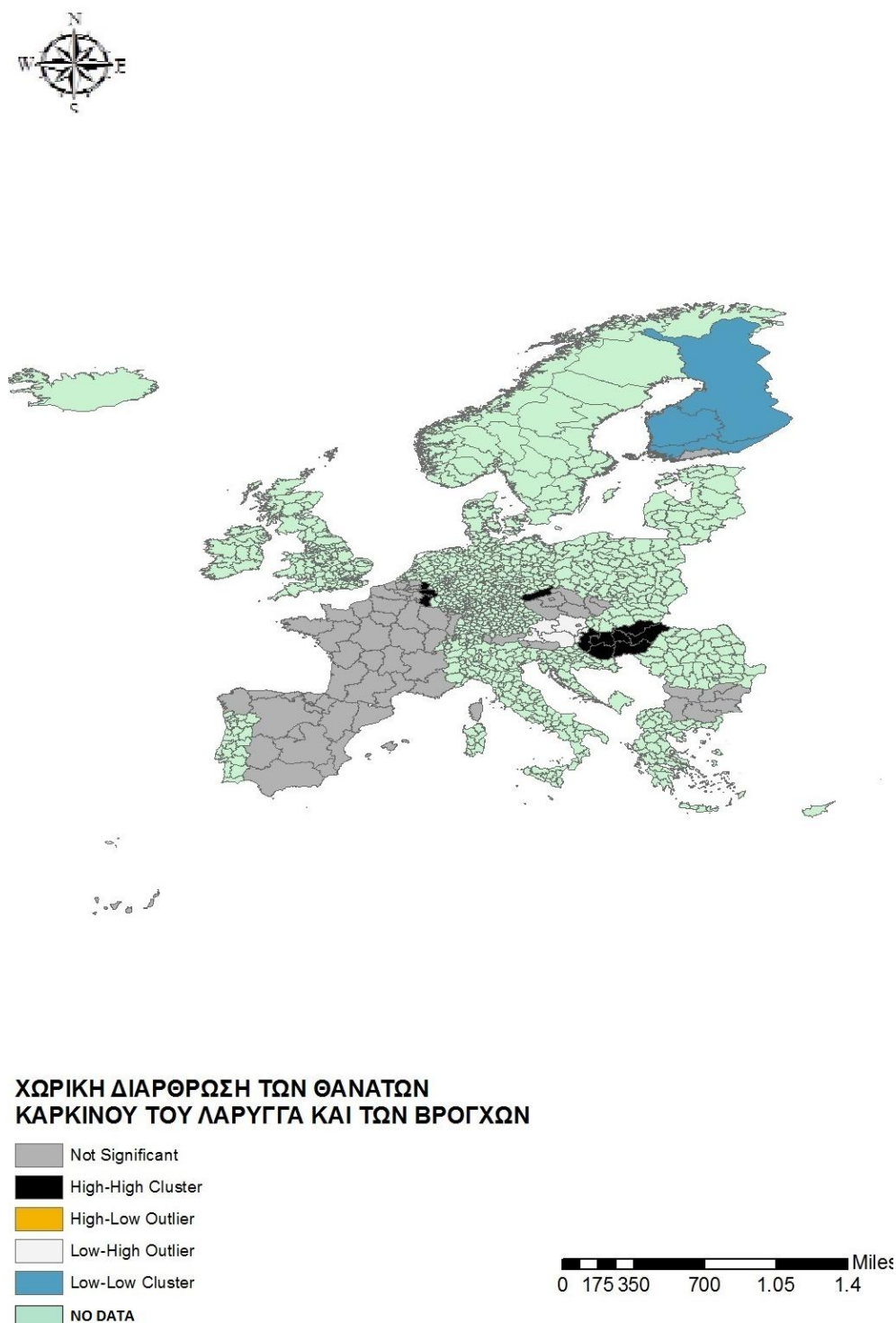
z-score: 6.188632 

p-value: 0.000000



⁷ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 3.2.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του λάρυγγα της τραχείας των βρόγχων και του πνεύμονα το 2010.⁸



⁸ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

3.3 Καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι η κύρια αιτία καρκίνου και θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης αντικατοπτρίζονται στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, ιδίως σε Βέλγιο, Γαλλία, Ολλανδία και στη βόρεια Ευρώπη, ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Σκανδιναβικές χώρες, Δανία, Ισλανδία και Φινλανδία. Συγκριτικά, τα ποσοστά εμφάνισης στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης όπως η Ουκρανία και η Μολδαβία ήταν πολύ χαμηλότερα. Τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν υψηλότερα στο Βορρά (π.χ. το Βέλγιο και τη Δανία) και στο Νότο (π.χ. Σερβία και τα Σκόπια). Τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας στις χώρες του Βορρά αντικατοπτρίζουν την υψηλή επίπτωση, ενώ στο νότο υπάρχει υψηλή θνησιμότητα σε αναλογία συχνότητας, μια ένδειξη της δυσμενούς επιβίωσης (Ferlay et al., 2013:1385-1391). Σε γενικές γραμμές οι τιμές για τον καρκίνο του μαστού έτειναν να είναι υψηλότερες στη Βόρεια Ευρώπη, και χαμηλότερες στη Νότια και Ανατολική. Το μεγαλύτερο μέρος της Βόρειας Ευρώπης δεν έδειξε αξιοσημείωτη τάση, ενώ υπάρχει αισθητή αύξηση στις τιμές στην Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ουγγαρία, την Πολωνία και, σε μικρότερο βαθμό, στην Ιταλία. Φαίνεται, ως εκ τούτου, ότι οι επόμενες γενιές των γυναικών από αρχικά χώρες χαμηλού κινδύνου παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού (Vecchia et al., 1998:120- 123).

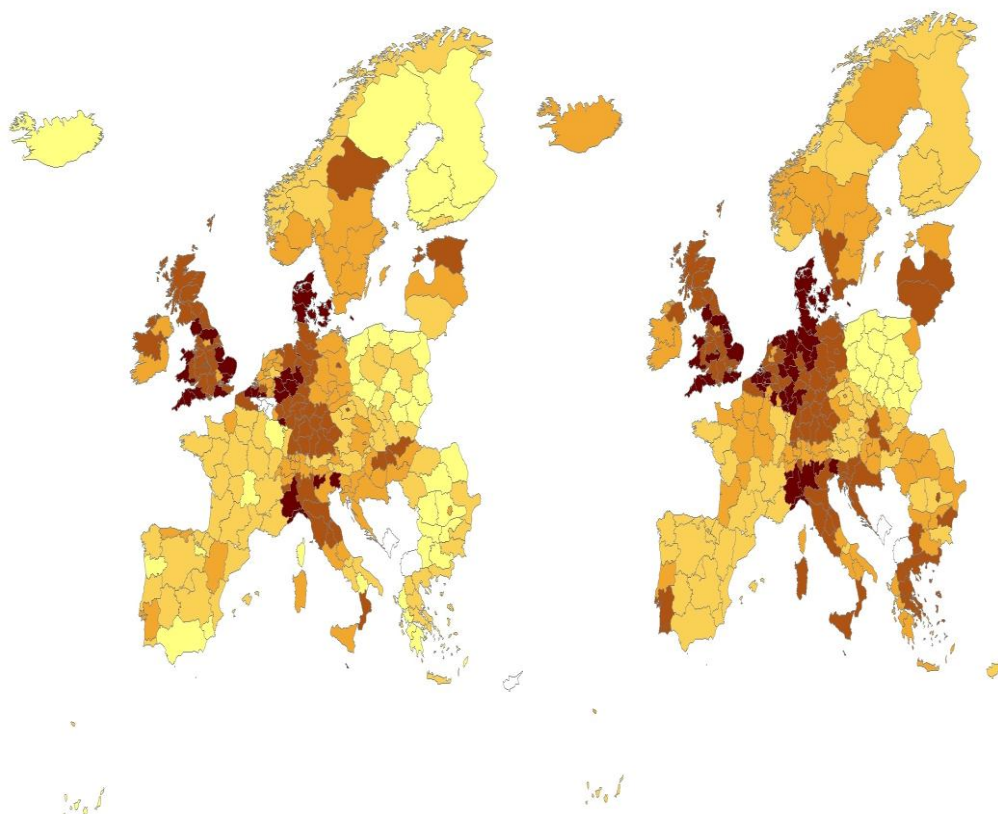
Παρόλα αυτά τα ποσοστά θνησιμότητας μειώνονται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες τη δεκαετία του 1990 όπως αναφέρθηκαν από διάφορες μελέτες ως συνέπεια των συνδυασμένων επιπτώσεων της έγκαιρης ανίχνευσης (μέρος οφείλεται στην αύξηση της ευαισθητοποίησης), και μια σειρά από βελτιώσεις στη θεραπεία (Ferlay et al., 2013:1391-1400).

Τα τελευταία χρόνια, τα υψηλότερα ποσοστά των μετεμμηνοπαυσιακών καρκίνων του μαστού συνέχισαν να είναι υψηλά μεταξύ των χωρών της βόρειας Ευρώπης, με εξαίρεση τις τρεις βαλτικές χώρες, όπου τα ποσοστά ήταν τα χαμηλότερα στην Ευρώπη και παρόμοια με εκείνα που παρατηρήθηκαν στην ανατολική και κεντρική Ευρώπη. Στη νότια, δυτική και βόρεια Ευρώπη (με εξαίρεση τις χώρες της Βαλτικής), όπου τα ποσοστά ήταν ήδη σχετικά υψηλά, τα ποσοστά εμφάνισης έχουν σταθεροποιηθεί, με μικρές αυξήσεις, όπως η Σλοβενία, Γερμανία και η Ολλανδία. Σε ορισμένες από αυτές τις χώρες, τα ποσοστά καρκίνου του μαστού μειώθηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 2000, και ιδίως στην Ιταλία και τη Γαλλία. Σε αντίθεση σε αυτές τις τάσεις, στην ανατολική Ευρώπη και τις χώρες της Βαλτικής, όπου τα ποσοστά ήταν σχετικά χαμηλά, στα ποσοστά τους παρατηρήθηκε μια αισθητή αύξηση (Arnold et al., 2013:1169-1175). Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης μπορεί να εξηγηθεί από τις τάσεις προς μια περισσότερο συχνή έκθεση σε παράγοντες που συμβάλλουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο για νόσηση του καρκίνου του μαστού (π.χ. καθυστερημένη τεκνοποίηση, χαμηλότερη ισοτιμία, η χρήση της μετεμμηνοπαυσιακής ορμονικής θεραπείας, η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής

δραστηριότητας), ενώ η διαδεδομένη χρήση του μαστογραφικού έλεγχου συμβάλλει στην υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του προβλήματος. Προηγούμενες προσπάθειες για να περιγράψουν τη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού λανθασμένα στηρίχθηκαν σε κριτήρια που σχετίζονται με τα γεωγραφικά, κοινωνικά, οικονομικά ή πολιτιστικά χαρακτηριστικά. Οι μειώσεις των ποσοστών θνησιμότητας θα μπορούσαν να εξηγηθούν από την έγκαιρη διάγνωση και κυρίως την πρόσβαση στην καλύτερη διαχείριση των περιπτώσεων. Μια σημαντική βελτίωση στον καρκίνο του μαστού από το 1960, ήταν η ριζική μαστεκτομή ως θεραπεία. Όπως και, μέχρι τα τέλη του 1980, σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες η πολυχημειοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε ως επικουρική θεραπεία μετά τη χειρουργική θεραπεία για τον πρωτογενή καρκίνο του μαστού. Ως εκ τούτου, η επίδραση στην εξέλιξη της θνησιμότητας γίνεται από αρχές της δεκαετίας του 1990, με πτωτικές τάσεις (Amaro et al., 2013: 246-250).

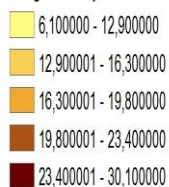
Οι αιτίες θανάτου από καρκίνο του μαστού με μια πρώτη ματιά σημείωση υψηλή αύξηση μεταξύ των περιφερειών στην γηραιά ήπειρο μεταξύ του 2000 και 2007. Αναλυτικότερα, το 2000 οι τιμές ήταν αυξημένες σε όλες σχεδόν τις περιφέρειες στην Αγγλία, στη Γερμανία, την βόρειο Ιταλία, τη Δανία, το νότιο κομμάτι της Σκανδιναβικής χερσονήσου και σε μία περιφέρεια στην χώρες της Βαλτικής. Το 2007, οι τιμές σημείωσαν άνοδο και σε άλλες περιφέρειες της Γερμανίας, στις χώρες της Βαλτικής, της νότιας Σκανδιναβίας, όπως και της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης. Οι υψηλότερες τιμές συνεχίζουν να υφίστανται σε περιφέρειες της Μεγάλης Βρετανίας, της Δανίας, της Γερμανίας και της βόρειας Ιταλίας. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην καθυστερημένη τεκνοποίηση, την χρήση της μετεμμηνοπαυσιακής ορμονικής θεραπείας στις περιφέρειες της δυτικής Ευρώπης στο μη υγιεινό τρόπο ζωής όπως και στην καθυστέρηση της εισαγωγής προληπτικών ελέγχων στις περιφέρειες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης.

Χάρτης 3.3.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από κακοήγη νεόπλασμα του στήθους το 2000 και το 2007.

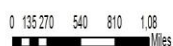


2000

Malignant neoplasm of breast, per 100000

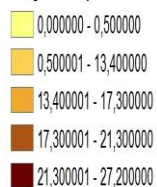


NO DATA

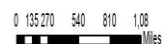


2007

Malignant neoplasm of breast, per 100000



NO DATA

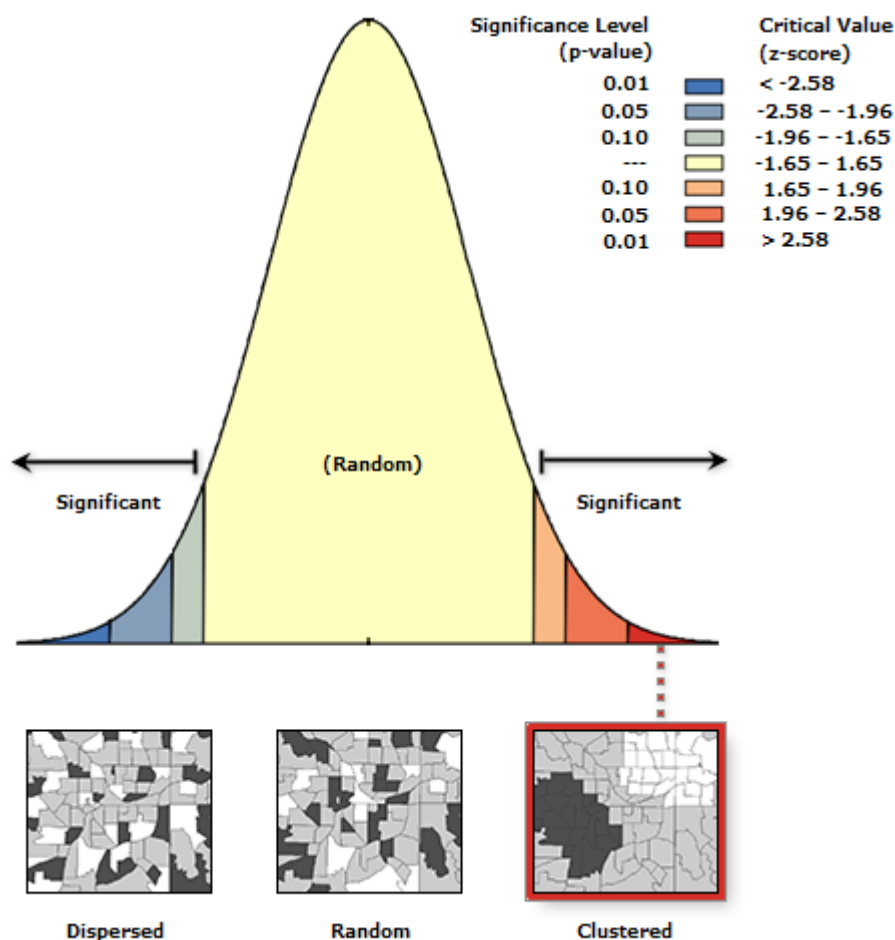


Εικόνα 3.3.1: Global Morans' I των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του στήθους το 2007.⁹

Moran's Index: 0,054475

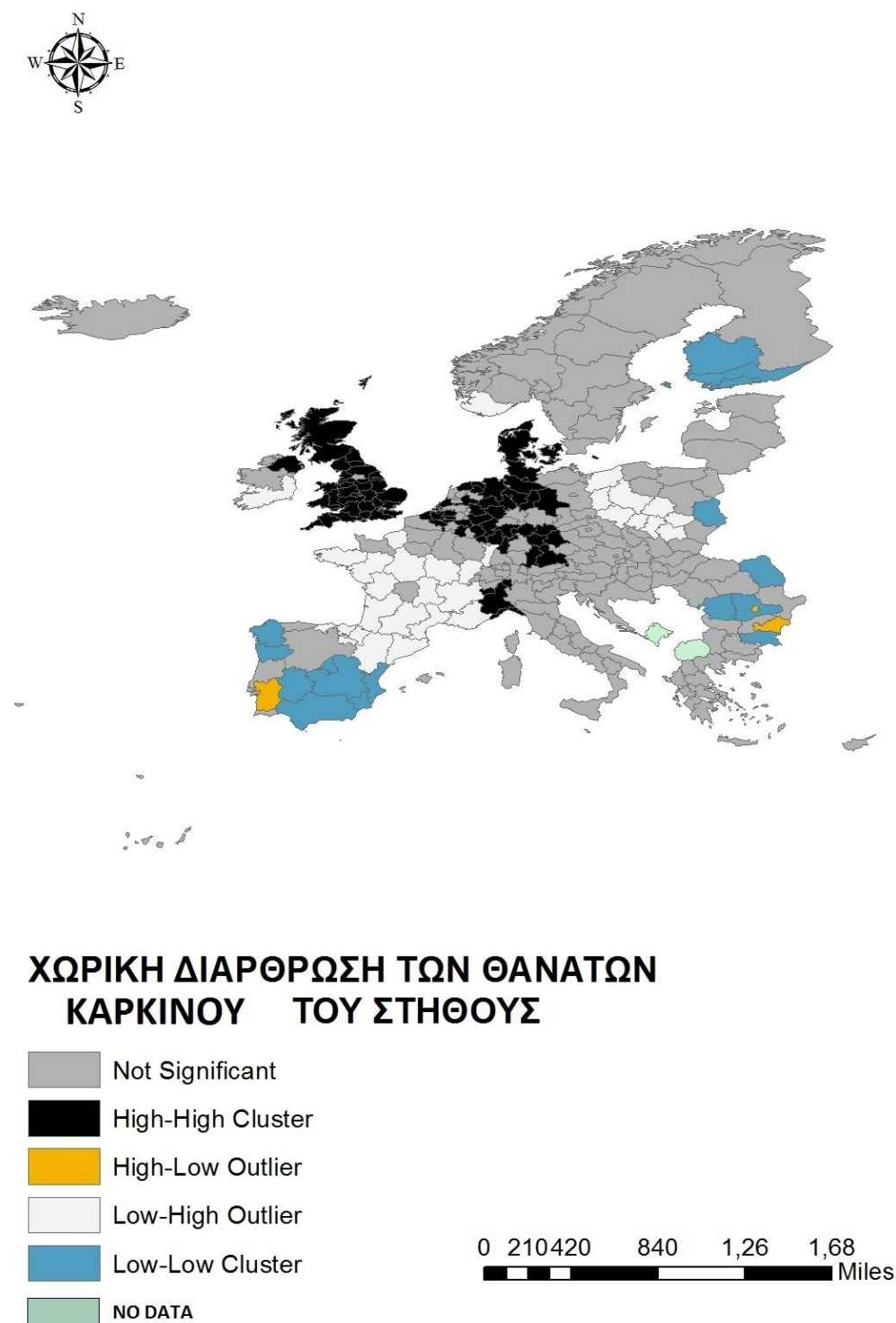
z-score: 15,610172

p-value: 0,000000



⁹ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 3.3.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του στήθους για το 2007.¹⁰



¹⁰ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

3.4 Καρκίνος του παχέως εντέρου

Τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του παχέως εντέρου είναι ελαφρώς υψηλότερα στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Αυξημένα ποσοστά βρέθηκαν σε χώρες της Κεντρικής Ευρώπης - Σλοβακία, την Ουγγαρία και Δημοκρατία της Τσεχίας στους άνδρες, ενώ στη Νορβηγία, στη Δανία και στην Ολλανδία στις γυναίκες. Υπάρχει έως και πενταπλάσια διακύμανση στα ποσοστά εμφάνισης σε όλη την Ευρώπη, με τα χαμηλότερα ποσοστά στις χώρες των Βαλκανίων, Βοσνία Ερζεγοβίνη, Ελλάδα και Αλβανία. Η γεωγραφική κατανομή της θνησιμότητας ακολουθεί εν μέρει την επίπτωση, αν και η θνησιμότητα είναι υψηλή και σε ορισμένες χώρες με σχετικά χαμηλή συχνότητα (τη Μολδαβία, τη Ρωσία, το Μαυροβούνιο, την Πολωνία και τη Λιθουανία) (Ferlay et al., 2013:1385-1391).

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου είναι η δεύτερη συνηθέστερη αιτία θανάτου από καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες. Δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε φρούτα, λαχανικά και ανεπεξέργαστα φυτικά τρόφιμα, υψηλής περιεκτικότητας σε κόκκινο κρέας, τα επεξεργασμένα τρόφιμα και το λίπος έχουν προσδώσει αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέως εντέρου. Επίσης υπάρχουν βάσιμα στοιχεία που δείχνουν ότι η συντήρηση της υγιεινής διατροφής, η αποφυγή του καθιστικού τρόπου ζωής και η παχυσαρκία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο του (Ferlay et al., 2013:1391-1400).

Για τον καρκίνο του παχέως εντέρου, τα ποσοστά εμφάνισης ήταν σχεδόν ίσα σε αρσενικά και θηλυκά. Στους άνδρες, παρατηρήθηκαν τα υψηλότερα ποσοστά στην Ιταλία, τη Σλοβακία και την Τσεχική Δημοκρατία, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν στη Φινλανδία και τη Ρωσία. Αυξητικές τάσεις στον καρκίνο του παχέως εντέρου στους άνδρες παρατηρήθηκαν στις χώρες της κεντρικής, ανατολικής και νότιας Ευρώπης. Παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, με έντονη αύξηση στην μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης π.χ. Βουλγαρία, ενώ στις βόρειες και νότιες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Δανία, η Φινλανδία και η Ιταλία, η αύξηση ήταν εντονότερη στη νεότερη ηλικιακή ομάδα. Στις γυναίκες, τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του παχέως εντέρου παρατηρήθηκαν στην Ιταλία και τα χαμηλότερα στη Λιθουανία (Arnold et al., 2013:1169-1175).

3.5 Καρκίνος του ορθού

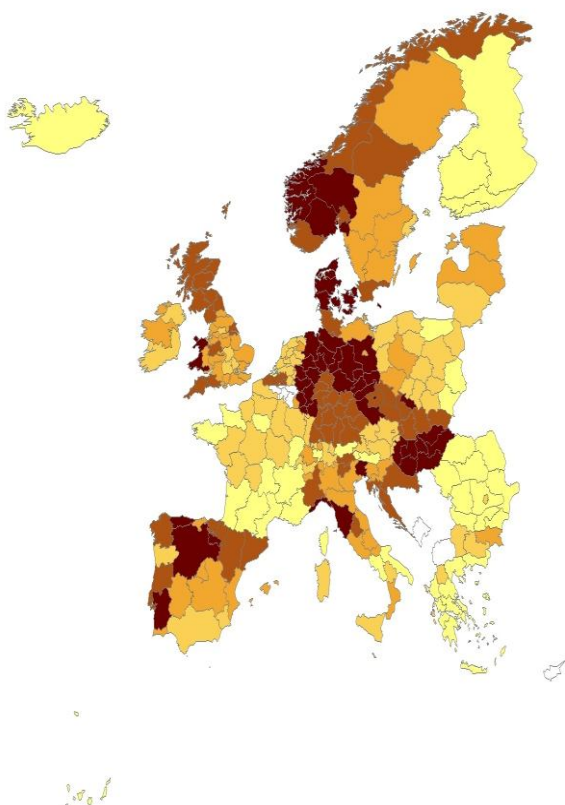
Ομοίως με τον καρκίνο του παχέως εντέρου, ο καρκίνος του ορθού ήταν η πιο κοινή αιτία μεταξύ των ανδρών στην Ισλανδία και στη Σλοβακία και τα ποσοστά ήταν υψηλότερα στην Τσεχική Δημοκρατία. Τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στην Ισλανδία, Μάλτα και τη Φινλανδία. Η επίπτωση αυξήθηκε σε νεότερους άνδρες στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, αλλά και σε αρκετές χώρες της βόρειας Ευρώπης, ενώ μειώθηκε και σταθεροποιήθηκε στη

δυτική και Νότια Ευρώπη (εκτός από τους άνδρες στην Ολλανδία και την Ιταλία). Η υψηλή επικράτηση της παχυσαρκίας, της κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος στην Τσεχική Δημοκρατία πιθανώς εξηγεί τα υψηλά ποσοστά του εκεί. Πρωταρχικά μέτρα πρόληψης με στόχο τη μείωση της επιβάρυνσης του, θα πρέπει να επικεντρωθούν κυρίως στη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους και μιας ισορροπημένης διατροφής, καθώς και την παύση του κάπνισματος και του αλκοόλ (Arnold et al., 2013:1169-1175).

Η πλέον πρόσφατες γενιές γυναικών σε αρκετές χώρες της Βόρειας Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένου, όχι μόνο το Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά της Φινλανδίας και της Σουηδίας, έχουν χαμηλά ποσοστά καρκίνου του ορθού. Αντίθετα, στη νότια και Ανατολική Ευρώπη, η οποία ξεκίνησε από τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας καρκίνου του ορθού, σημαντικές ανοδικές τάσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των γυναικών. Η διατροφή έχει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην καρκινογένεση αυτή. Ομοίως, τα πρόσφατα ευνοϊκά μοτίβα στη Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη, ενδεχομένως απεικονίζουν την αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, καθώς και την ενδεχόμενη μείωση σε κατανάλωση κρέατος και κορεσμένων λιπαρών στις τελευταίες γενιές (Vecchia et al., 1998:120- 123).

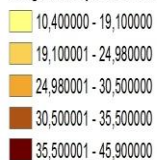
Εξετάζοντας τους χάρτες, βλέπουμε πως το 2000 οι θάνατοι από κακοήγη νεόπλασμα του ορθού, τους παχέως εντέρου και του πρωκτού έχουν τις μεγαλύτερες τιμές στις περισσότερες περιφέρειες της Γερμανίας, της Δανίας, της βορείου Ισπανίας, της Πορτογαλίας, του βορείου Ηνωμένου Βασιλείου, της Σκανδιναβικής χερσονήσου εκτός της Φινλανδίας και της κεντρικής Ευρώπης. Το 2010 οι ίδιες περιφέρειες συνεχίζουν να κατέχουν τις υψηλότερες τιμές όμως με μία αισθητή μείωση των ποσοστών, με εξαίρεση μόνο τις περιφέρειες της Πορτογαλίας και της Κροατίας που σημείωσαν αύξηση. Το καρκίνωμα αυτό σχετίζεται ως επί το πλείστον με την κακή διατροφή και το αλκοόλ. Η αυξημένη πρόσληψη λιπαρών τροφών και καταχρήσεων αιτιολογεί την γεωγραφική διάσταση αυτού του νεοπλασματος που εντοπίζεται κατά κόρον στην κεντρική και βόρεια Ευρώπη.

Χάρτης 3.5.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από κακοήγη νεόπλασμα του ορθού, του παχέως εντέρου και του πρωκτού το 2000 και το 2010.

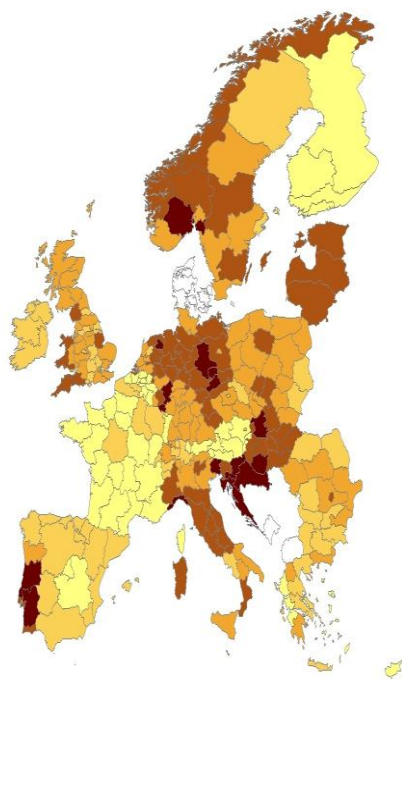
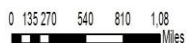


2000

Malignant neoplasm of colon, rectum and anus, per 100000

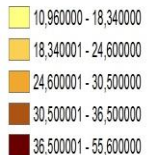


NO DATA

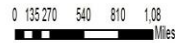


2010

Malignant neoplasm of colon, rectum and anus, per 100000



NO DATA

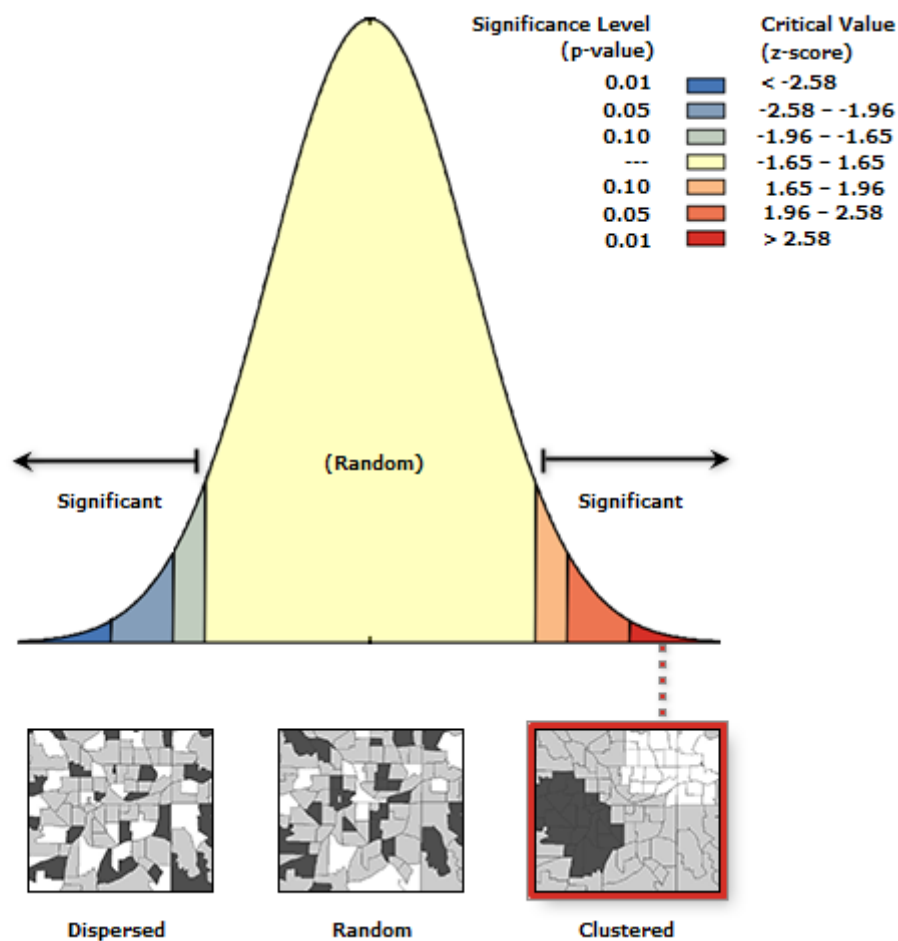


Εικόνα 3.5.1: Global Morans' I των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του ορθού, του παχέως εντέρου και του πρωκτού το 2010.¹¹

Moran's Index: 0.037985

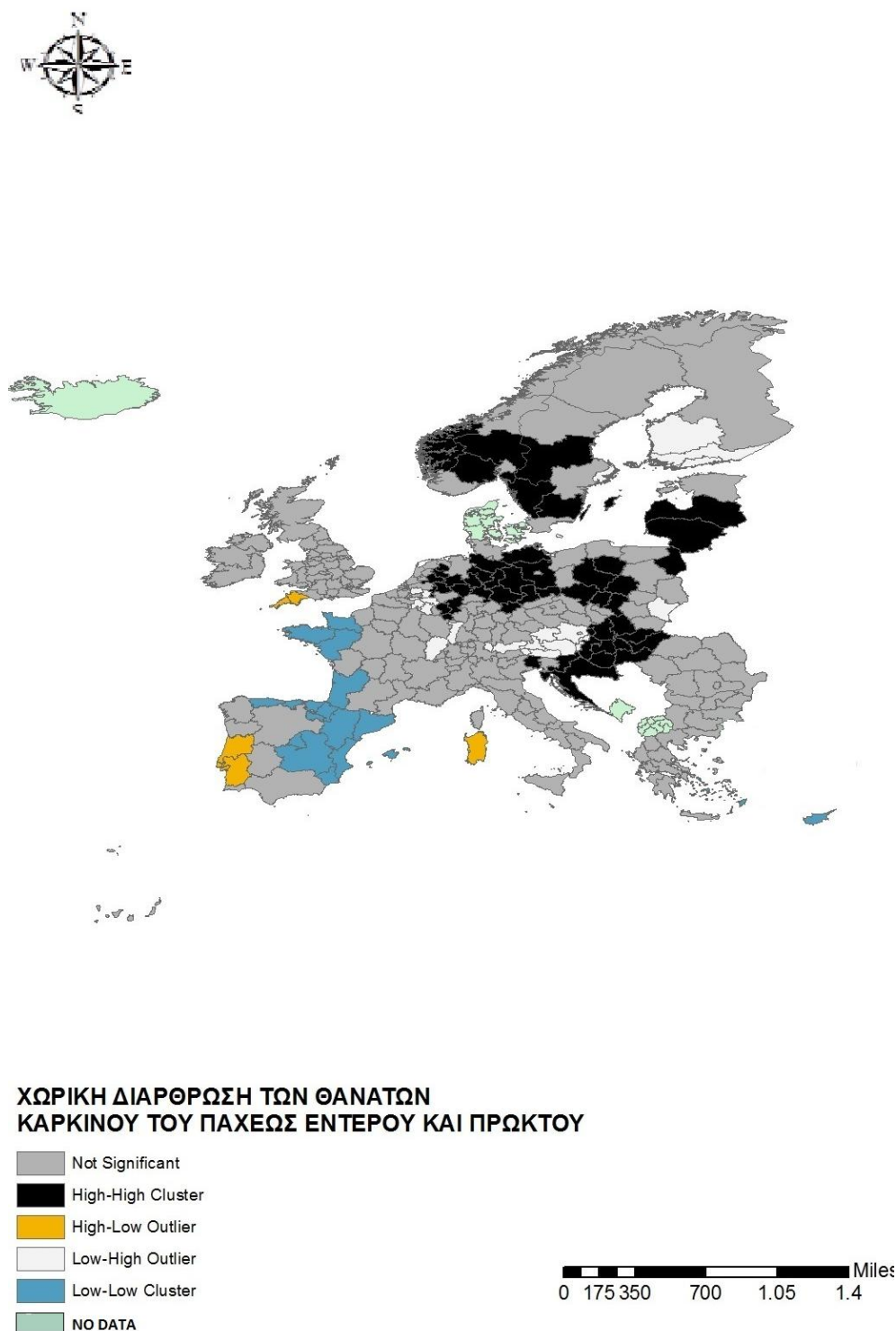
z-score: 10.357805

p-value: 0.000000



¹¹ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 3.5.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του ορθού, του παχέως εντέρου και του πρωκτού το 2010.¹²



¹² Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

3.6 Καρκίνος του προστάτη

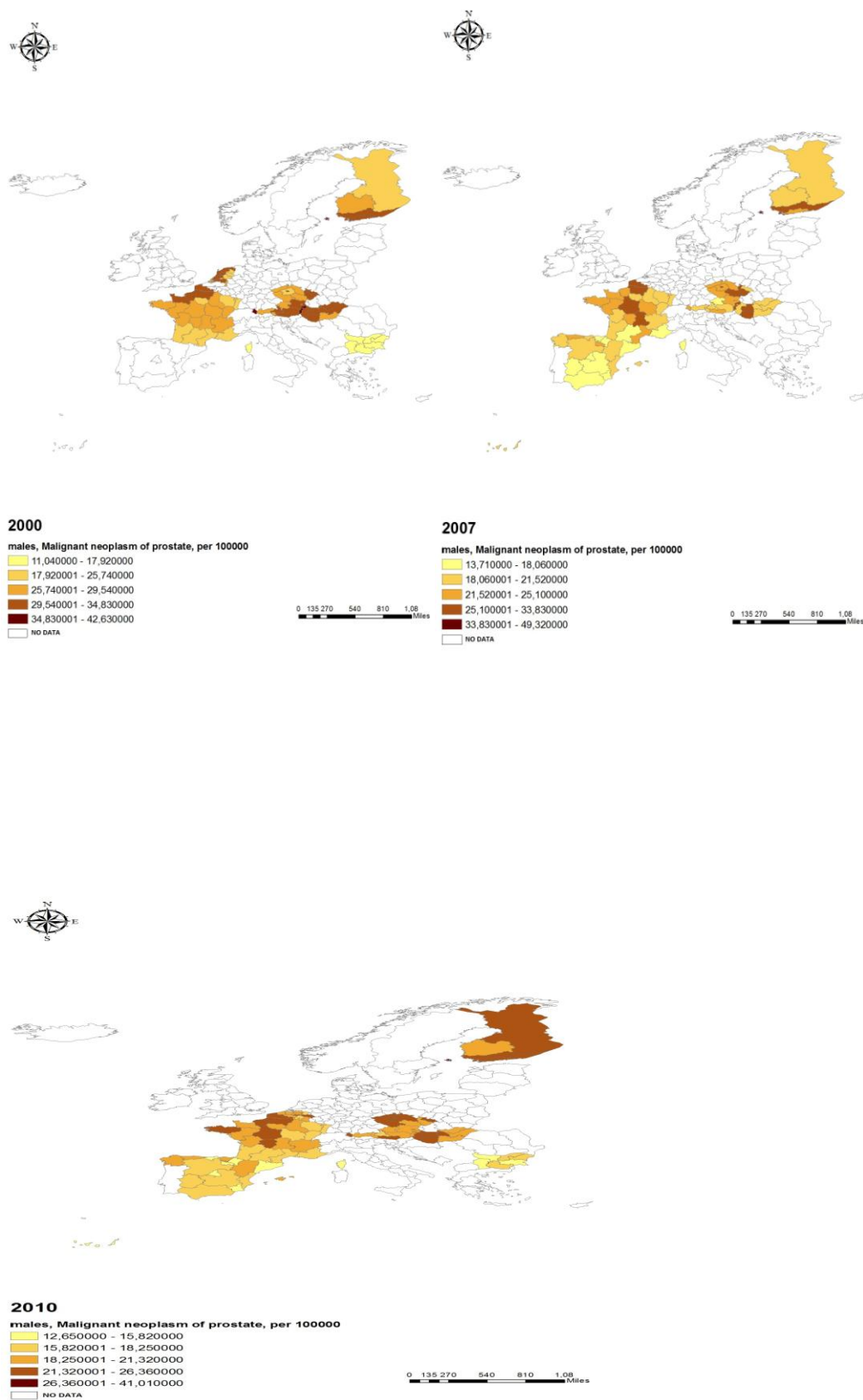
Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο τρίτος πιο συνηθισμένος τύπος καρκίνου που διαγιγνώσκεται στην Ευρώπη σήμερα, και έχει αναδειχθεί ως η συχνότερη μορφή καρκίνου μεταξύ των ανδρών στην Ευρώπη. Γενικότερα έχουν αναφερθεί αυξήσεις στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη, αλλά στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ιδίως στη Βόρεια και Δυτική Ευρώπη, οι ανοδικές τάσεις στη συχνότητα σε μεγάλο βαθμό αποδίδεται στην αυξημένη ανίχνευση λανθάνουσας νόσου. Ωστόσο, πτωτικές τάσεις θνησιμότητας παρατηρήθηκε σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες μετά το 1996 από την εισαγωγή της θεραπευτικής αγωγής από την έγκαιρη ανίχνευση (Ferlay et al., 2013:1391-1400). Ο καρκίνος του προστάτη είναι υψηλότερος στη βόρεια και δυτική Ευρώπη, αλλά τα ποσοστά στην ανατολική και νότια Ευρώπη αυξάνονται συνεχώς. Παρόλα αυτά σε ορισμένες βόρειες και δυτικές ευρωπαϊκές χώρες, τα ποσοστά εμφάνισης φαίνεται να έχουν σταθεροποιηθεί ή πέφτουν τα τελευταία έτη. Οι παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του προστάτη είναι ακόμη σε μεγάλο βαθμό ασαφής. Η μεγάλη αύξηση εμφάνισης καρκίνου του προστάτη οφείλεται κυρίως στην εισαγωγή της εξέτασης του προστάτη αντιγόνου (PSA) και σε επακόλουθη βιοψία σε ασυμπτωματικούς άνδρες και σε άνδρες με συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Ωστόσο, το όφελος του πληθυσμού στην εξέταση με χρήση PSA παραμένει αμφιλεγόμενο (Arnold et al., 2013:1169-1175).

Τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του προστάτη εκτιμώνται στις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης όπως είναι η Νορβηγία και η Γαλλία και τα χαμηλότερα στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, τη Δημοκρατία της Μολδαβίας και την Αλβανία. Η επίπτωση του ήταν μεγαλύτερη στις Κεντρικές και Ανατολικές Ευρωπαϊκές χώρες, την Ουγγαρία, την ΠΓΔΜ, τη Σερβία και την Πολωνία και η χαμηλότερη στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, για παράδειγμα στη Φινλανδία και στη Σουηδία (Ferlay et al., 2013:1385-1391).

Γενικότερα ο καρκίνος του προστάτη έχει χαμηλότερα επίπεδα στη Νότια Ευρώπη και υψηλότερα επίπεδα στην Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη. Οι τιμές ήταν προς τα πάνω, στις περισσότερες χώρες, με έναν υπαινιγμό της αναστροφής των τάσεων στις πιο πρόσφατες γενιές. Η αύξηση των τιμών ήταν μεγαλύτερη στην Πολωνία, την Ουγγαρία, την Ελλάδα και την Ισπανία. Λίγα είναι γνωστά για την αιτιολογία και τους καθοριστικούς παράγοντες του καρκίνου του προστάτη. Ειδικότερα, είναι ασαφές αν οι αυξήσεις αυτές εν πολλοίς οφείλονται σε βελτιωμένη διάγνωση της νόσου σε επόμενες ηλικιακές ομάδες και γενιές. Οι τιμές στο μεγαλύτερο μέρος της Δυτικής Ευρώπης αυξήθηκαν μέχρι τις γενιές που γεννήθηκαν γύρω στο 1920 - 1940, και μειώθηκε έπειτα. Σταθερά ανοδικές τάσεις παρατηρήθηκαν στην Ισπανία και στην Ουγγαρία, αργότερα έτειναν να μειώνονται, αν και μέτρια. Αυτή η αιτία συνδέεται με το κάπνισμα, αλλά επίσης και με την επαγγελματική έκθεση σε χημικές ουσίες (Vecchia et al., 1998:120- 123).

Αν και τα στοιχεία είναι λιγοστά, υποδεικνύουν μια γενικότερη μείωση των ποσοστών θανάτου καρκίνου του προστάτη μεταξύ των ευρωπαϊκών περιφερειών. Τα υψηλότερα επίπεδα για το 2000 εντοπίζονται στις περιφέρειες της κεντρικής Ευρώπης, της βόρειας Γαλλίας και της νότιας Φιλανδίας. ενώ τα ποσοστά για το 2007 υποδηλώνουν μείωση των τιμών εκτός από τη Γαλλία που υπάρχει αύξηση σε δυο περιφερειές της. Το 2010 ενώ ακολουθεί το ίδιο μοτίβο του 2007 στη γεωγραφική κατάταξη των αιτιών θανάτου καρκίνου του προστάτη, οι περιφέρειες της Φιλανδίας αποτελούν εξαίρεση με ανοδικές τιμές. Η χωρική συγκέντρωση σε αυτές τις περιφέρειες ή τουλάχιστον της κεντρικής Ευρώπης, οφείλεται κυρίως λόγω του επιπολασμού του καπνίσματος και την έκθεση των ατόμων σε χημικές ουσίες.

Χάρτης 3.6.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από κακοήγη νεόπλασμα του προστάτη το 2000 το 2007 και το 2010.

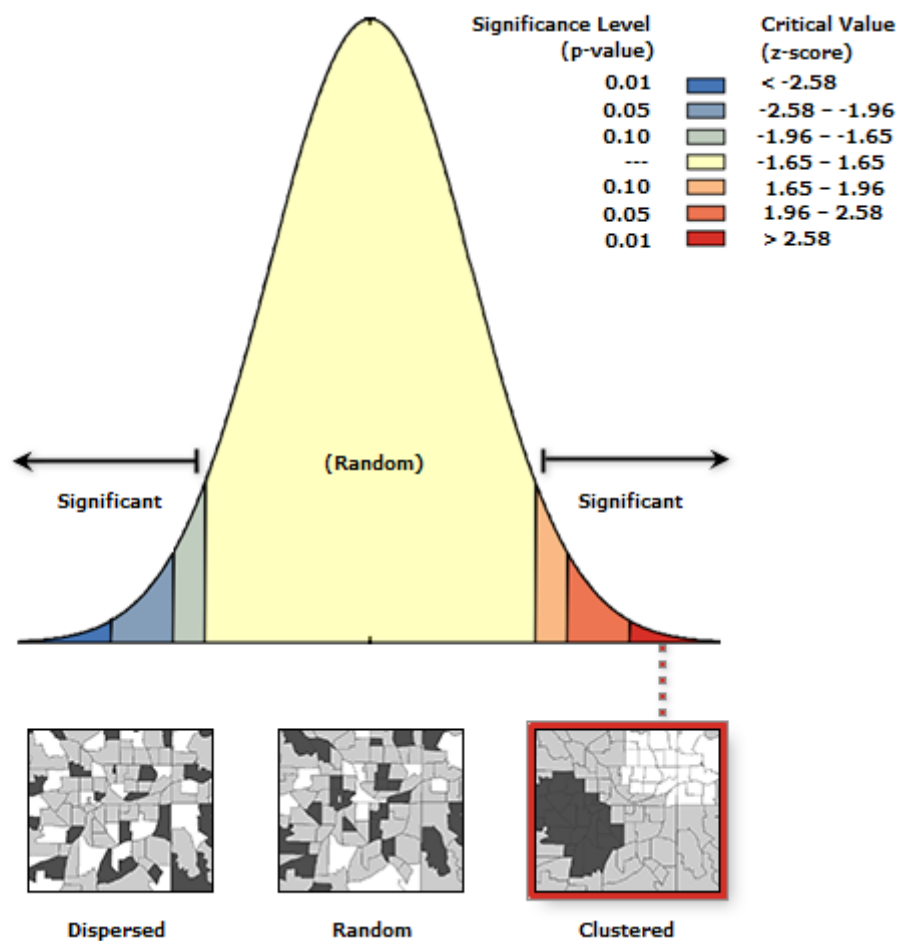


Εικόνα 3.6.1: Global Morans' I των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του προστάτη το 2010.¹³

Moran's Index: 0.143291

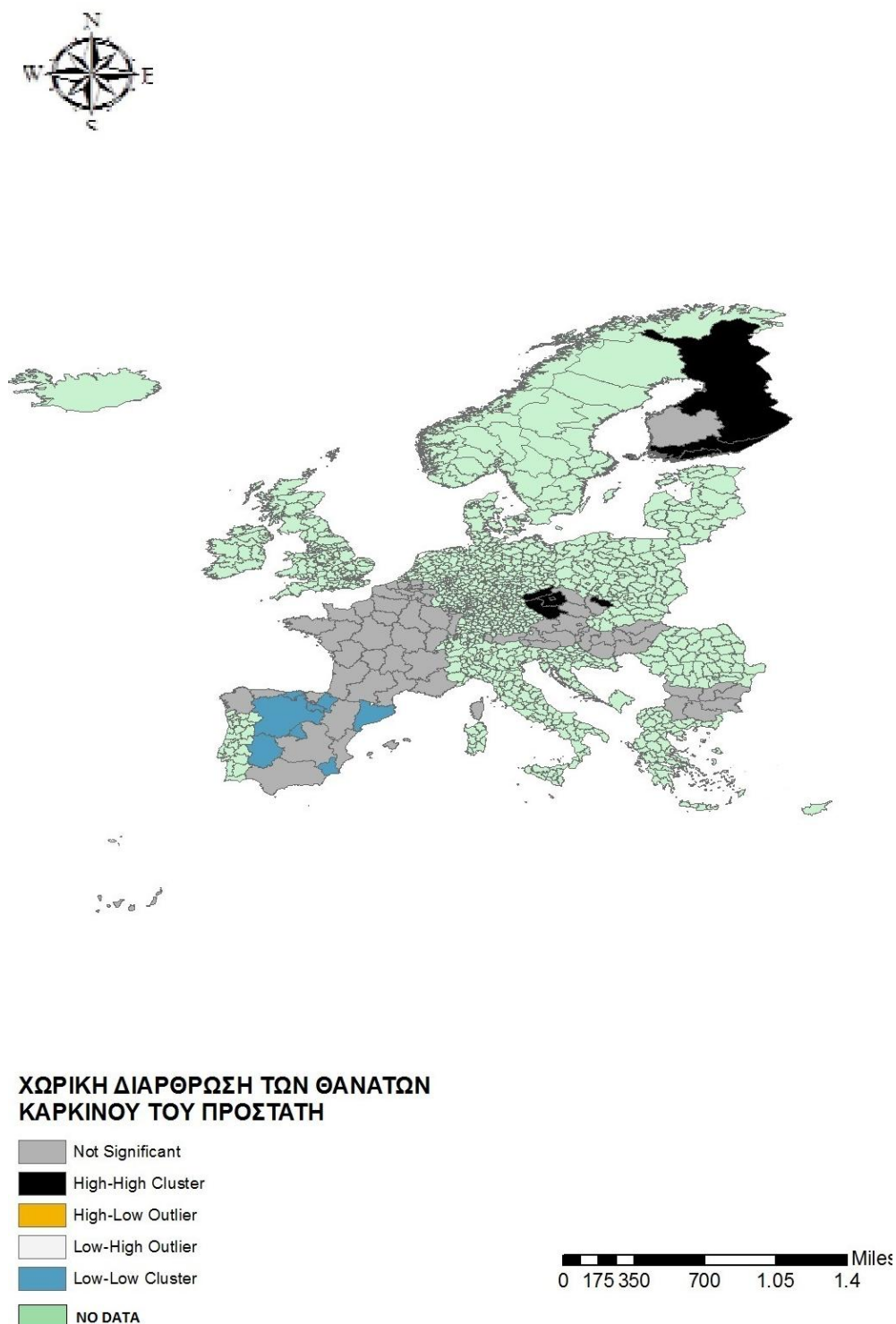
z-score: 4.938784 

p-value: 0.000001



¹³ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 3.6.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του προστάτη το 2010.¹⁴



¹⁴ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

3.7 Καρκίνος του στομάχου/ αιτίες θανάτου πεπτικού συστήματος

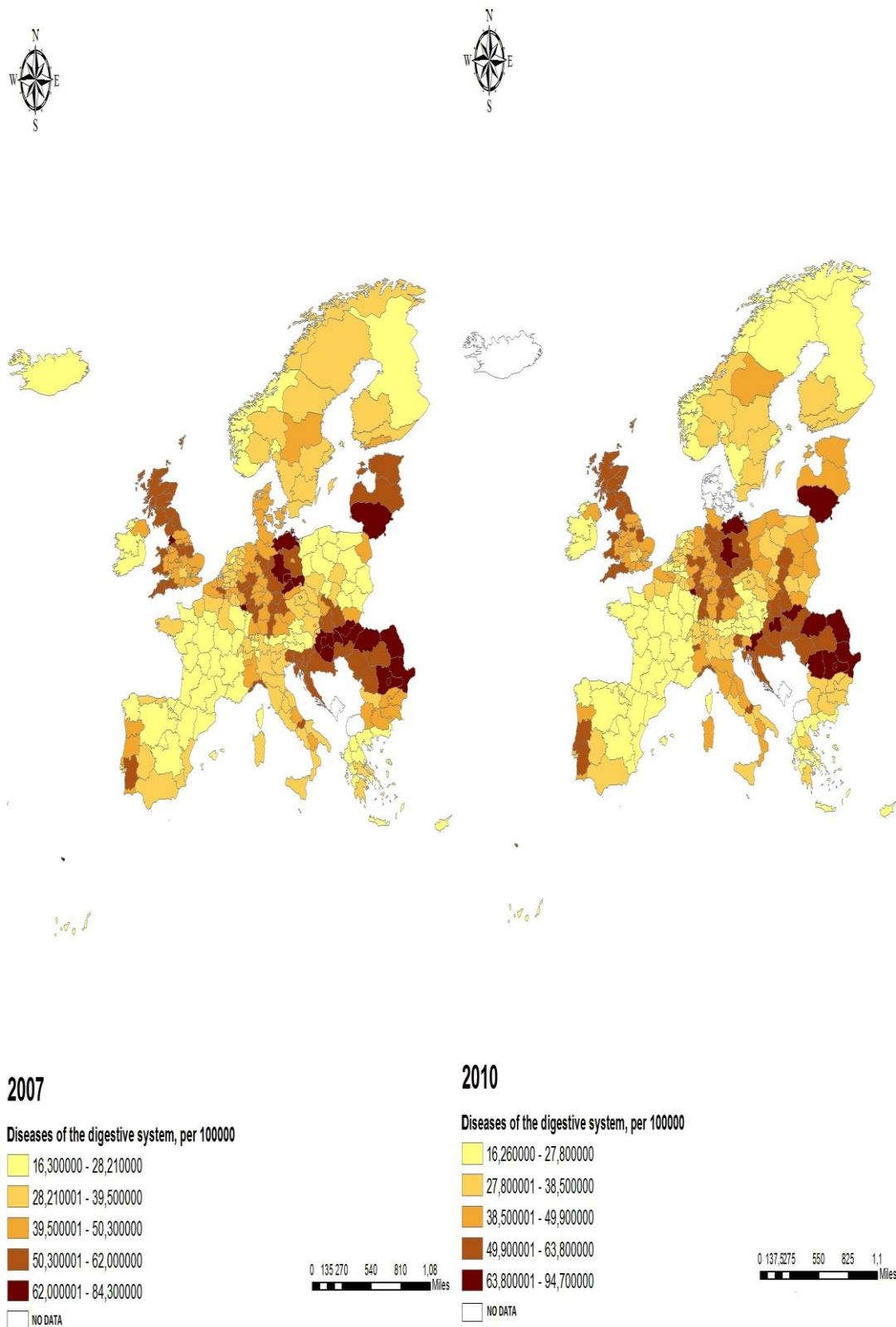
Οι πιο σημαντικές αιτίες θανάτου του πεπτικού συστήματος είναι τα νεοπλάσματα με τα επικρατέστερα να είναι του στομάχου και του παχέως εντέρου. Όσον αφορά τον γεωγραφικό προσδιορισμό του καρκίνου του στομάχου, οι κυριότερες διαφοροποιήσεις στις τιμές του αντιπροσωπεύουν τις ακόμα αισθητές διαφοροποιήσεις της θνησιμότητας του σε όλη την Ευρώπη, με την πιο απότομη άνοδο, όσο και κατά φύλο στην Ουγγαρία και την Πολωνία, αλλά και την Πορτογαλία, την Ιταλία, την Αυστρία και την Γερμανία, σε σύγκριση με τη Βόρεια Ευρώπη και, κορυφαίες, τη Γαλλία και την Ελλάδα. Ωστόσο, μειώσεις υπήρξαν στις χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης, ενώ στην Ιταλία, την Ισπανία και την Πορτογαλία, όπως και στην Ανατολική Ευρώπη, άρχισε να υποχωρεί από τις γενιές που γεννήθηκαν από την αρχή του αιώνα. Η Πορτογαλία, ιδίως, έδειξε μέτρια πτώση. Σε λίγες χώρες όπου η θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου ήταν υψηλή, όπως το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελβετία και η το Ηνωμένο Βασίλειο, υπάρχει μια ένδειξη της εξομάλυνσης των τάσεων για τις πιο πρόσφατες γενιές. Το αποτέλεσμα οφείλεται στην κατανάλωση σε πιο πλούσια φρέσκα φρούτα και λαχανικά, στη βελτίωση της αποθήκευσης τροφίμων και στη διατήρηση (συμπεριλαμβανομένης της ψύξης και μικρότερη χρήση αλάτος), καθώς και στην καλύτερη υγιεινή, με χαμηλότερο επιπολασμό της λοίμωξης. Αυτές οι ευνοϊκές αλλαγές, οι οποίες, κατ' ουσίαν απεικονίζουν το καλύτερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, συνέβησαν πιο αργά και ήταν λιγότερο διαδεδομένες σε ορισμένες χώρες της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης, όπου υπάρχουν, συνεπώς, μεγάλα περιθώρια για περαιτέρω μείωση των γαστρικών ποσοστών καρκίνου (Vecchia et al., 1998:120-123).

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του στομάχου ήταν γενικά υψηλή στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, καθώς και στις χώρες της Βαλτικής και ήταν σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Όσον αφορά τις τάσεις, συνεπείς μειώσεις παρατηρήθηκαν στη νότια και δυτική Ευρώπη, όπου τα ποσοστά ήταν ιστορικά υψηλότερα, με ετήσιες μειώσεις έως και 6% στην Ιταλία και την Ελβετία. Η εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, το οποίο έχει ένα μεγάλο ρόλο στον καθορισμό του κινδύνου του καρκίνου του στομάχου σε κεντρικές, νότιες και χώρες της ανατολικής Ευρώπης, μπορεί να βοήθησε στη μείωση της εμφάνισης αυτού του είδους καρκίνου. Επιπλέον, τα προληπτικά μέτρα στην Ευρώπη θα πρέπει να περιλαμβάνουν και άλλους παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του στομάχου συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της κατανάλωσης κονσέρβας, διακοπής του καπνίσματος και της αύξησης της κατανάλωσης των νωπών φρούτων και λαχανικών (Arnold et al., 2013:1169-1175).

Μελετώντας τον χάρτη της Ευρώπης σε μικρότερη κλίμακα διαπιστώνεται ότι το 2007, οι αιτίες θανάτους από το πεπτικό σύστημα είναι αυξημένες στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη, στο

βόρειο τμήμα της Μεγάλης Βρετανίας, στο νότιο τμήμα της Πορτογαλίας, στις περισσότερες περιφέρειες της Γερμανία (με τα υψηλότερα ποσοστά να βρίσκονται στην ανατολική Γερμανία), στο νότιο τμήμα της Πορτογαλίας, και στις περιφέρειες των βαλτικών χωρών. Η εικόνα αυτή σε γενικές γραμμές παρέμεινε ίδια το 2010 με μία τάση για μείωση των ποσοστών με εξαίρεσή ίσως την Πορτογαλία όπου το ποσοστό αιτιών θανάτου από το πεπτικό σύστημα να αυξήθηκε σε περισσότερες περιφέρειες. Αυτή η αιτία θανάτου αποτυπώνεται καθ' αυτόν τον τρόπο στις περιφέρειες της Ευρώπης γιατί σχετίζεται με τον υγιεινό τρόπο διατροφής ο οποίος δεν είναι ιδιαίτερα διαδομένος στην ανατολική Ευρώπη όπως και με το αλκοόλ που είναι πολύ υψηλή η κατανάλωση του σε σχεδόν όλη την ευρωπαϊκή ήπειρο. Η συνολική μείωση των ποσοστών πιθανόν να οφείλεται στην εξέλιξη των ιατρικών μεθόδων καταπολέμησης της αιτίας αυτής. Τέλος η μικρή μεταβλητότητα των ποσοστών ίσως να προέρχεται από την μικρή χρονική διάρκεια σύγκρισης των δεδομένων.

Χάρτης 3.7.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από αιτίες του πεπτικού συστήματος το 2007 και το 2010.

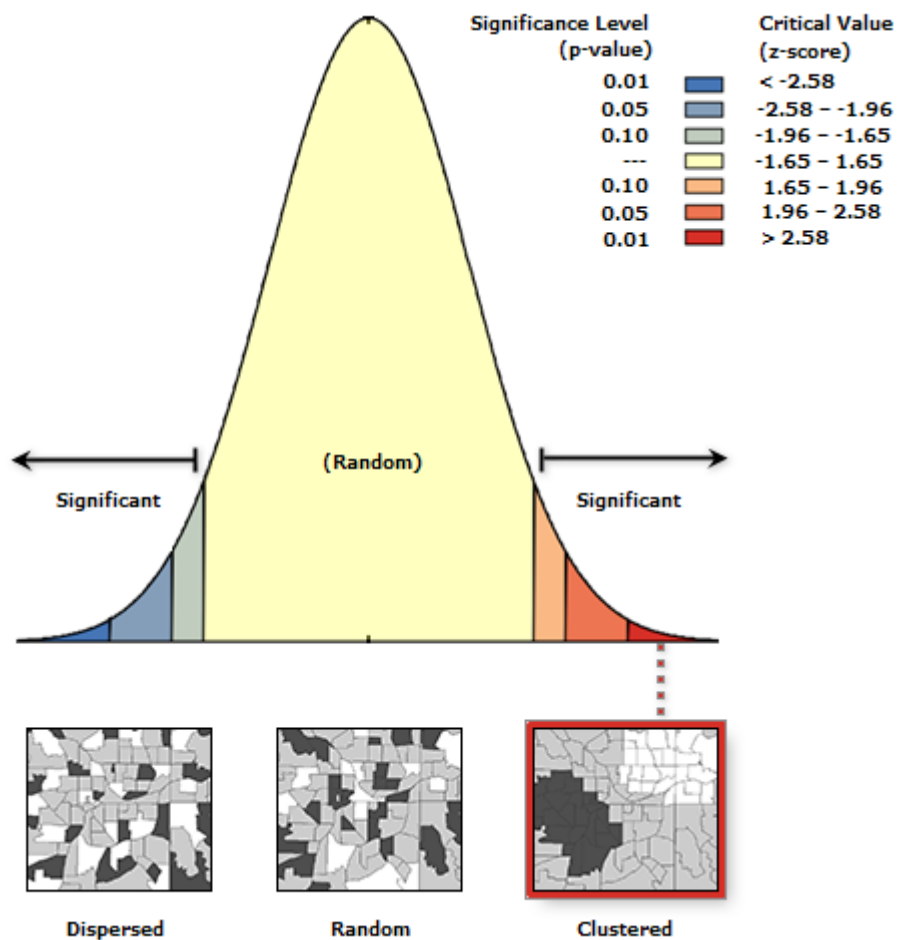


Εικόνα 3.7.1: Global Morans' I των θανάτων από αιτίες του πεπτικού συστήματος το 2010.¹⁵

Moran's Index: 0.052226

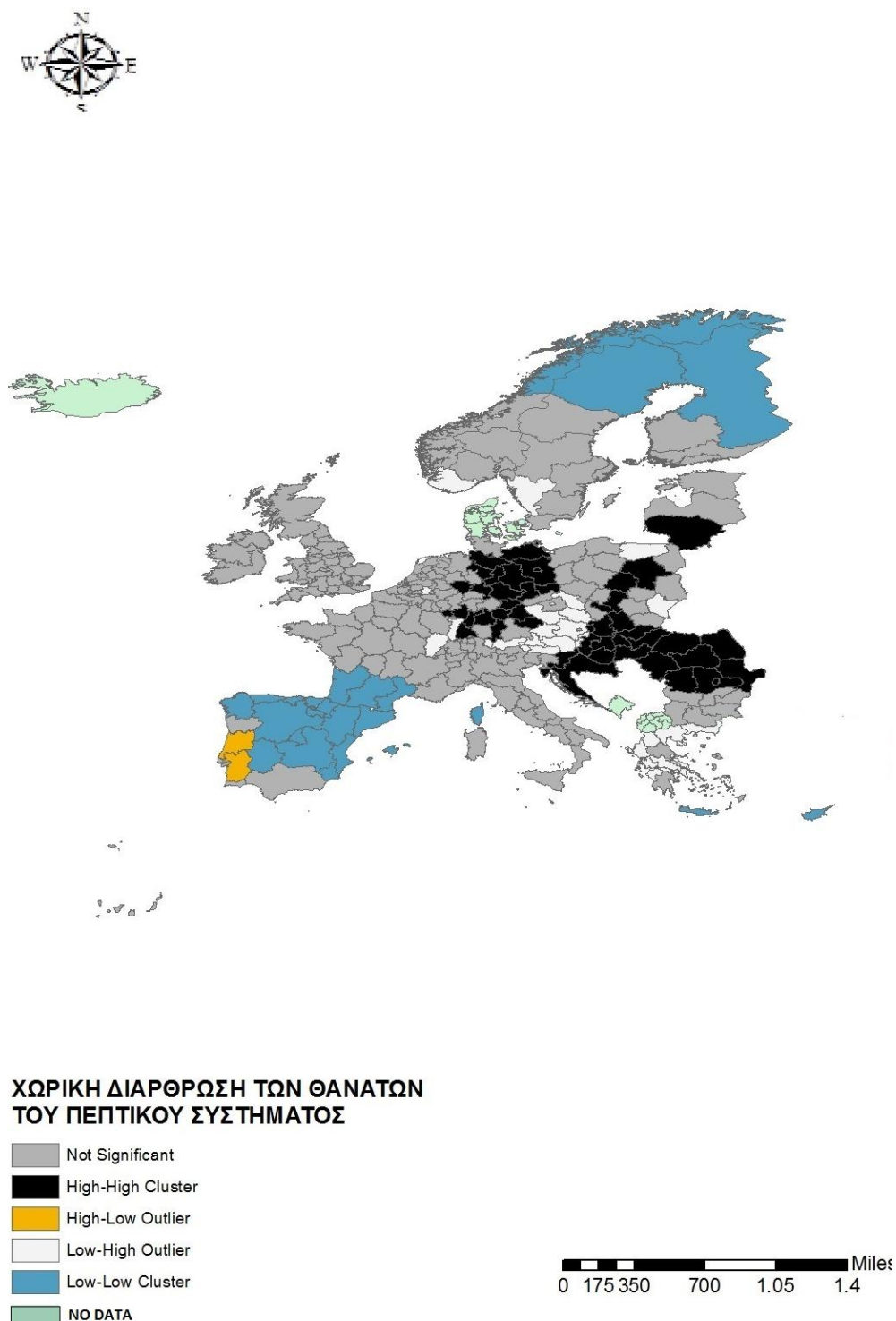
z-score: 13.913802

p-value: 0.000000



¹⁵ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 3.7.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από αιτίες του πεπτικού συστήματος το 2010.¹⁶



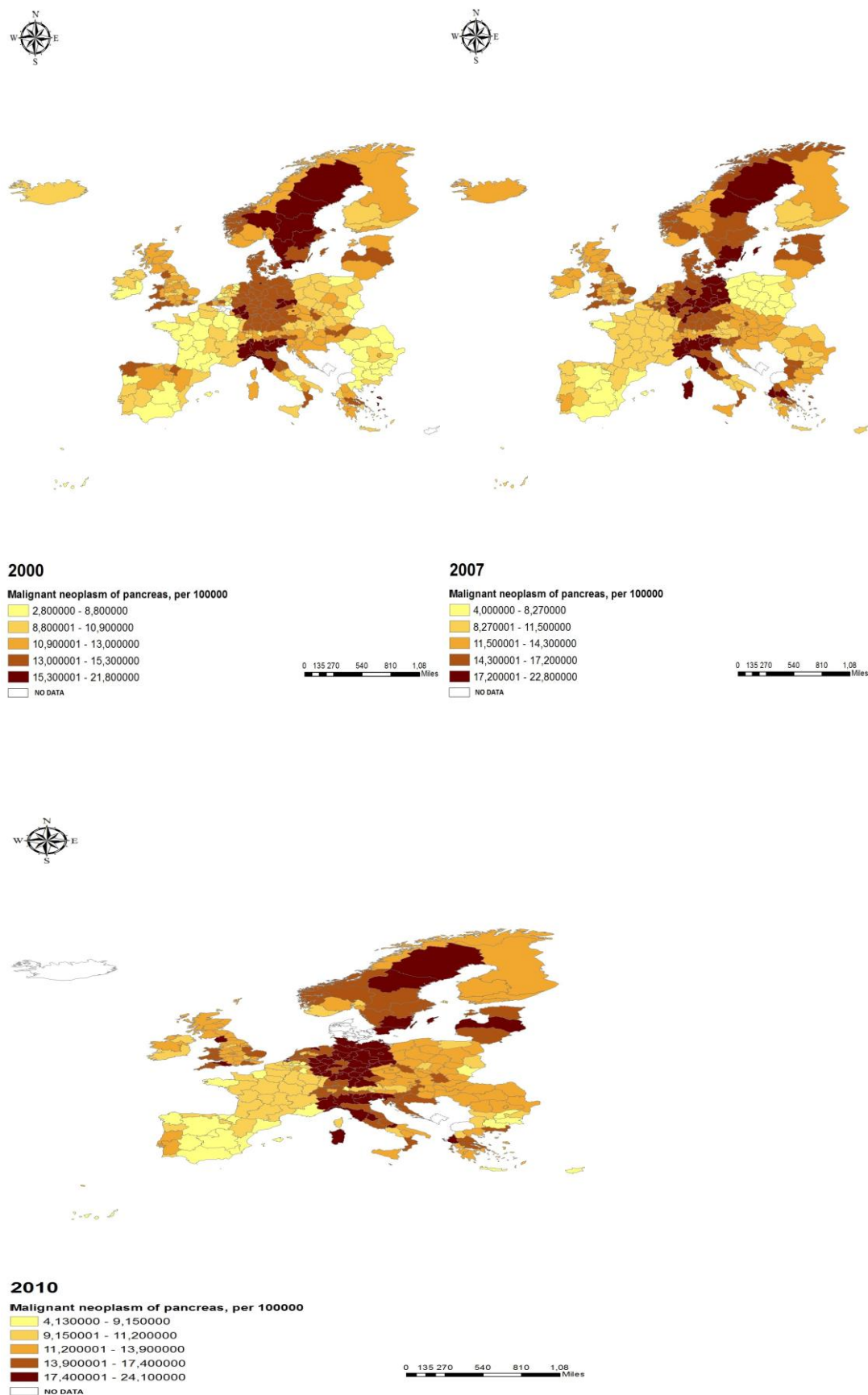
¹⁶ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

3.8 Καρκίνος παγκρέατος

Όσον αφορά το κακοήγη νεόπλασμα του παγκρέατος ή αλλιώς συκωτιού, οι υψηλότερες τιμές θνησιμότητας παρατηρούνται στις Σκανδιναβικές χώρες και την Ουγγαρία. Οι αλλαγές είναι σχετικά περιορισμένες, αν και ελάχιστα αυξητικές τάσεις, έχουν παρατηρηθεί σε Σουηδία, Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι μια άλλη αιτία που σχετίζεται με την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ (Vecchia et al., 1998:120- 123).

Συγκρίνοντας τις τιμές των αιτιών θανάτου από καρκίνο του παγκρέατος παρατηρείται ότι το 2000 τις υψηλότερες θέσεις καταλαμβάνουν οι περισσότερες περιφέρειες της Γερμανίας, της βορείου Ιταλίας, της Σκανδιναβίας, ορισμένες περιφέρειες στο ανατολικό και βόρειο τμήμα του Ηνωμένου Βασιλείου όπως και αρκετές περιφέρειες στην νότιο και ανατολική Ευρώπη. Το 2007, διαπιστώνεται μία αύξηση των τιμών στις περιφέρειες της Γερμανίας, της Ελλάδας, και των βαλτικών χωρών και μία σταδιακή μείωση στις περιφέρειες της Σκανδιναβικής χερσονήσου ενώ η υπόλοιπη εικόνα παραμένει σχετικά σταθερή. Το 2010, η κατάσταση εντείνεται στις περιφέρειες της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Ελλάδας, των χωρών της Βαλτικής, της Μεγάλης Βρετανίας όπως και της Σκανδιναβικής χερσονήσου που το 2007 έδειξαν μια σταδιακή μείωση. Αυτή η χωρική αποτύπωση των αιτιών θανάτου από κακοήγη νεοπλάσματα του παγκρέατος οφείλεται στην συνήθεια του καπνίσματος κατά κόρον στις περιφέρειες της νότιας Ευρώπης και στην κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών.

Χάρτης 3.8.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από κακοήγη νεόπλασμα του παγκρέατος το 2000 το 2007 και το 2010.

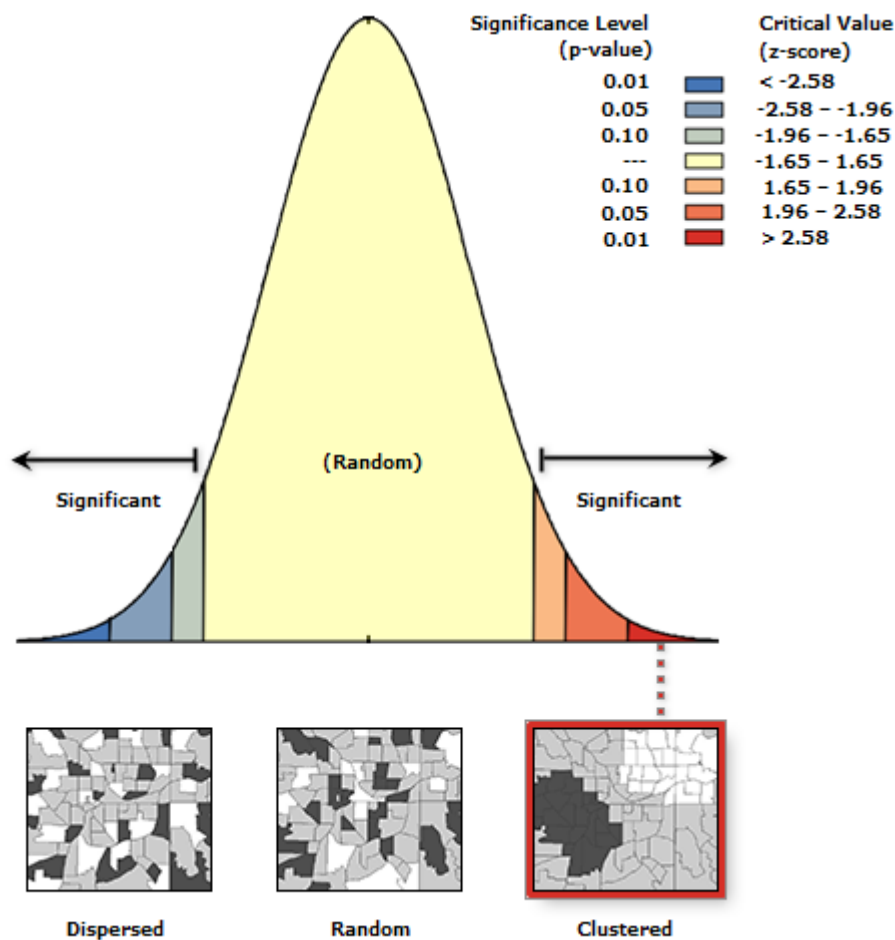


Εικόνα 3.8.1: Global Morans' I των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του παγκρέατος το 2010.¹⁷

Moran's Index: 0.060919

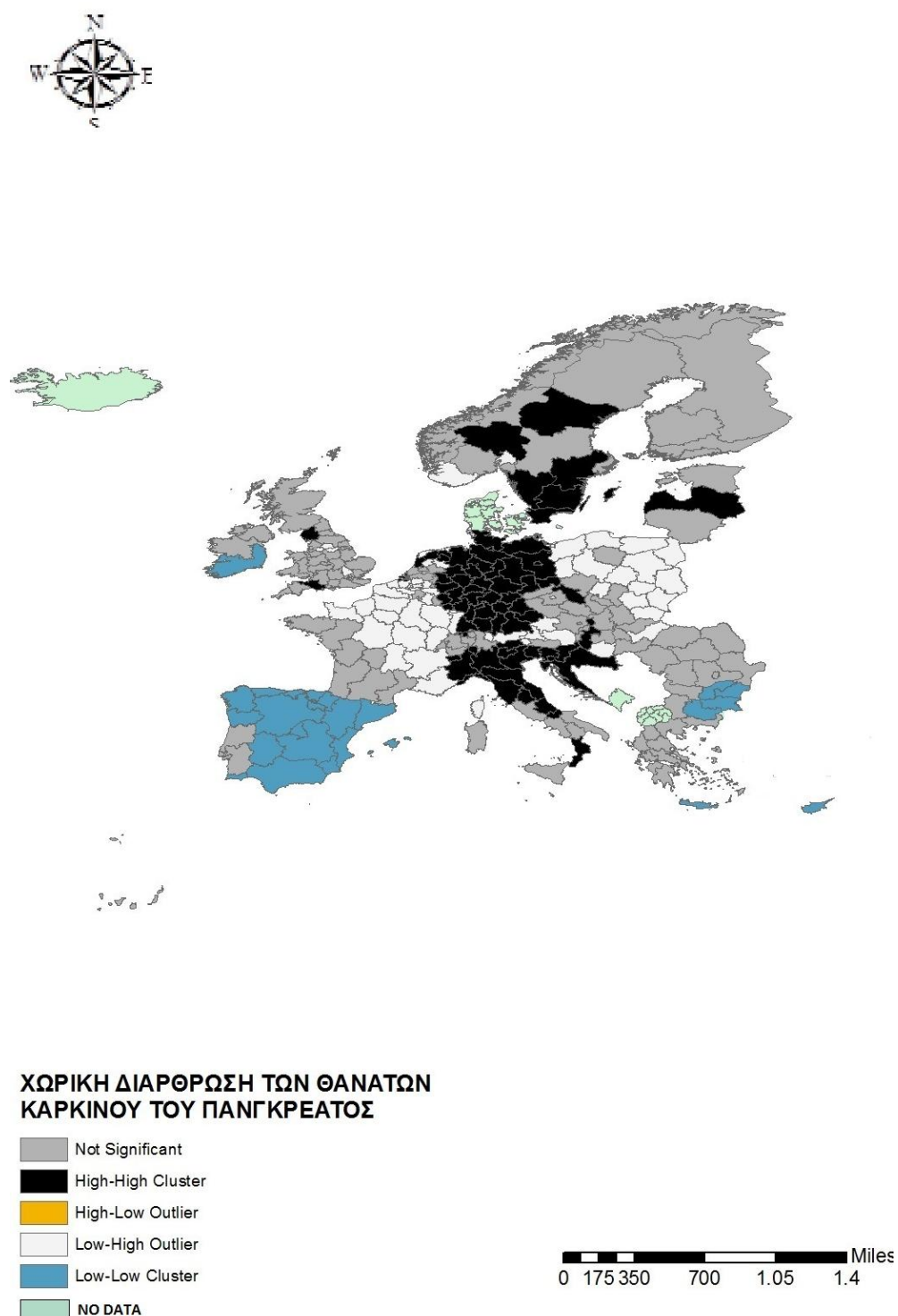
z-score: 16.073004 

p-value: 0.000000



¹⁷ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 3.8.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από κακοήγη νεόπλασμα του παγκρέατος το 2010.¹⁸



¹⁸ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

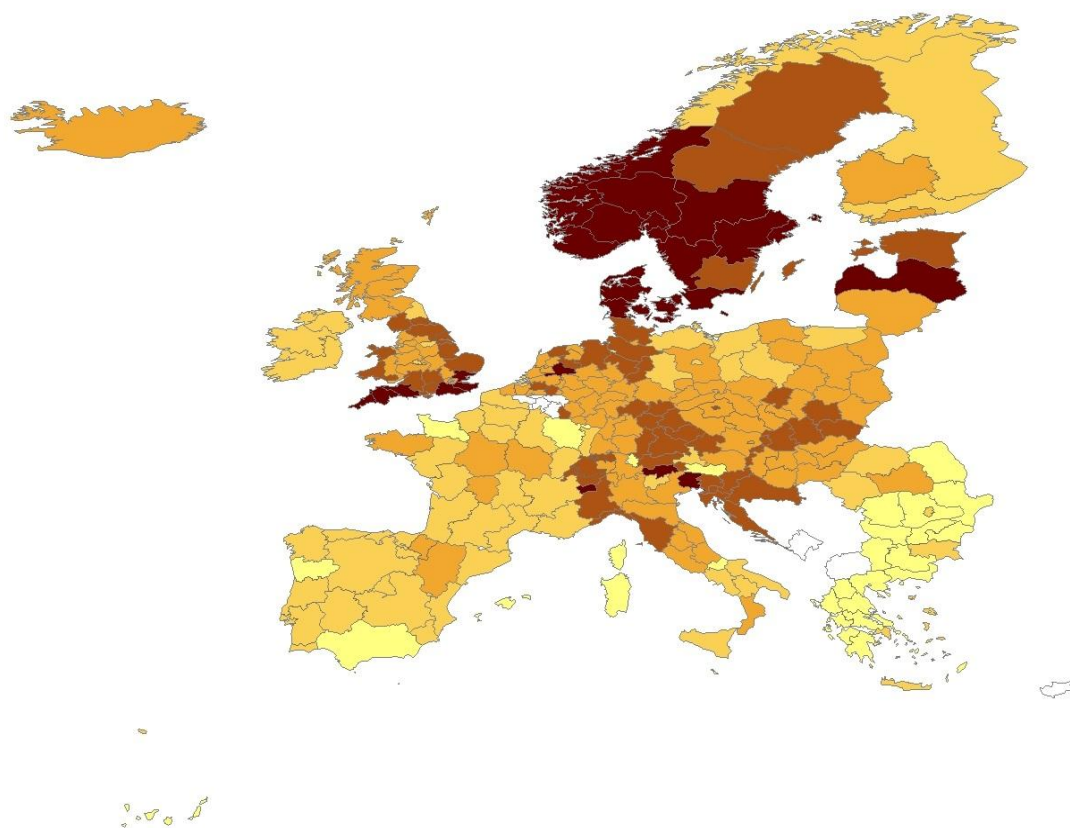
3.9 Καρκίνος του δέρματος

Στον καρκίνο του δέρματος, συμπεριλαμβανομένου του μελανώματος, ανοδικές τάσεις παρατηρούνται για ομάδες που γεννήθηκαν μετά το 1900 και, κυρίως, μετά το 1920 σε διάφορες χώρες. Το μοτίβο των τάσεων είναι ετερογενές. Η Ελβετία, για παράδειγμα, η οποία είχε μία από τις υψηλότερες τιμές για τα νεοπλάσματα του δέρματος, δεν δείχνει σημαντικό μοτίβο σήμερα, ενώ η Πολωνία, η οποία είχε επίσης υψηλά ποσοστά, έδειξε μια δραματική αύξηση στις πιο πρόσφατες γενιές όπως επίσης η Γαλλία, η Ισπανία και η Πορτογαλία. Αυτό είναι ένα νεόπλασμα που σχετίζεται με την υπεριώδη ακτινοβολία και την κληρονομικότητα (Vecchia et al., 1998:120- 123).

Δυστυχώς τα στοιχεία για τις αιτίες θανάτου από κακοήγη μελάνωμα του δέρματος δεν επαρκούσαν για διαχρονική σύγκριση σε περιφερειακό επίπεδο στην Ευρώπη. Παρόλα αυτά το 2000 το κακοήγη μελάνωμα του δέρματος είχε πολύ υψηλά ποσοστά στις περιφέρειες κυρίως της Βορείου Ευρώπης. Τα μεγαλύτερα ποσοστά διαφαίνονται στις περιφέρειες του νοτίου τμήματος της Σκανδιναβίας, της Δανίας, του νοτίου τμήματος της Μεγάλης Βρετανίας, των χωρών της Βαλτικής, της κεντρικής Ευρώπης, της βορείου Ιταλίας και Ελβετίας. Αυτός ο τύπος καρκίνου έχει μεγάλη σύνδεση με την υπεριώδη ακτινοβολία που είναι πιο έντονη στο βόρειο τμήματα των Ευρωπαϊκών περιφερειών, όπως και με κληρονομικούς παράγοντες που δεν μπορούν να αποδειχθούν χωρικά λόγω της τάσεις των πληθυσμών να μετακινούνται στο χώρο.

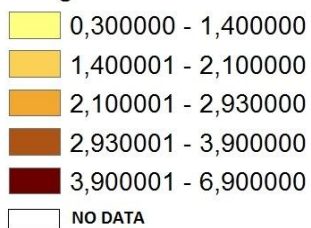
Επιπλέον, δεν ακολουθήθηκε η διαδικασία εύρεσης του δείκτη χωρικής αυτοσυσχέτισης Morans' I επειδή τα δεδομένα που απεικονίζονται αναφέρονται στο παλαιότερο έτος 2000, παρόλα αυτά στο χάρτη φαίνεται πως και εδώ υπάρχει χωρική αυτοσυσχέτιση μεταξύ των περιφερειών για τους θανάτους από κακοήγη μελάνωμα όπως και με όλες τις αιτίες ξεχωριστά.

Χάρτης 3.9.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από κακοήγη μελάνωμα του δέρματος το 2000.



2000

Malignant melanoma of skin, per 100000



0 135 270 540 810 1,08 Miles

3.10 Καρκίνος των ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών τείνει να είναι υψηλότερος σε Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη από ότι στη Νότια και Ανατολική. Στις περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης, οι τιμές αυξήθηκαν μέχρι τις γενιές που γεννήθηκαν γύρω στο 1920 ή το 1930, και μειώθηκε για τις νεότερες. Σε Ιταλία, η τάση ήταν πτωτική μόνο για τις πιο πρόσφατες γενιές, ενώ στην Ισπανία και στην Ελλάδα ήταν σταθερά προς τα πάνω. Προς τα κάτω ήταν σε μερικές χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης. Οι ευνοϊκές τάσεις για τις πιο πρόσφατες γενιές σε αρκετές χώρες εν πολλοίς οφείλεται στην εισαγωγή από το στόμα αντισυλληπτικών, τα οποία προστατεύουν την καρκινογένεση έναντι των ωοθηκών, και έχουν χρησιμοποιηθεί από γυναίκες που γεννήθηκαν από το 1920 και μετά (Vecchia et al., 1998:120- 123).

3.11 Καρκίνος της μήτρας

Ο καρκίνος της μήτρας, από τους οποίους το 80% ήταν καρκίνοι του ενδομητρίου, ήταν υψηλότερος στη Σλοβακία και τη Λευκορωσία. Τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στην Ισλανδία και στη Γαλλία. Σε γενικές γραμμές, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου της μήτρας αυξήθηκε στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη από το 1988, πιο έντονα στη Λευκορωσία. Ανάμεσα στις βόρειες και δυτικές ευρωπαϊκές χώρες, σημαντικές αυξητικές τάσεις βρέθηκαν στη Νορβηγία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία και τις Κάτω Χώρες και ήταν εντονότερες στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Πτωτικές τάσεις παρατηρούνται στην Αυστρία, και ιδίως στη νεότερη ηλικιακή ομάδα, καθώς επίσης και στη νεότερη ηλικιακή ομάδα στη Σουηδία και στη Γερμανία. Η αύξηση των ποσοστών υστερεκτομής μπορεί επίσης να επηρεάζει τη συχνότητα του καρκίνου της μήτρας και να οδηγεί σε υποτίμηση του, αφού οι γυναίκες με υστερεκτομή δεν εξαιρούνται από τον πληθυσμό σε κίνδυνο. Μελέτες στη Γερμανία και τη Φινλανδία έχουν δείξει ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου της μήτρας αυξήθηκε κατά 67% σε ηλικιωμένες γυναίκες και 29% ο καρκίνος του ενδομητρίου σε γυναίκες όλων των ηλικιών (Arnold et al., 2013:1169-1175).

3.12 Καρκίνος του νεφρού

Οι τιμές του καρκίνου του νεφρού και στα δύο φύλα ήταν υψηλότερος στις Σκανδιναβικές χώρες και την Κεντρική Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένης της Αυστρίας, της Γερμανίας και της Ουγγαρίας. Όπως και ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, οι χειρότερες εκτεθειμένες ομάδες των ανδρών τείνουν να είναι εκείνες που έχουν γεννηθεί μεταξύ 1920 και 1940, και ακολουθεί πτωτική τάση. Μείζων εξαιρέσεις είναι η Ουγγαρία, η Πορτογαλία και η Ισπανία, που δείχνουν σταθερές αυξήσεις των τιμών. Για τις γυναίκες, οι τιμές ήταν προς τα πάνω. Το κάπνισμα είναι ο

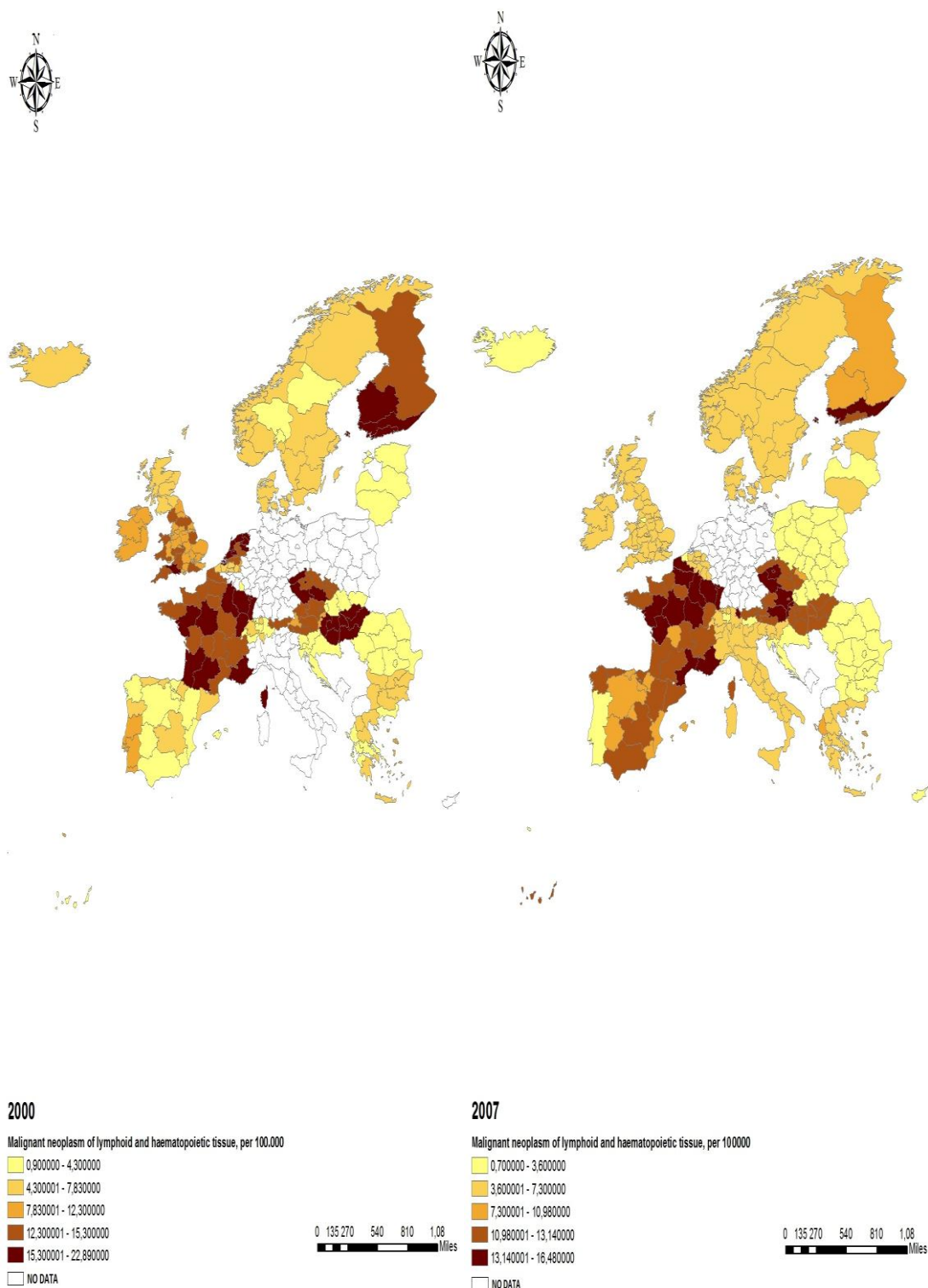
πιο αναγνωρισμένος παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του νεφρού (Vecchia et al., 1998:120-123).

3.13 Λεμφώματα

Τα λεμφώματα είναι τύποι καρκίνου που αναπτύσσονται στο λεμφικό σύστημα (μέρος του ανοσοποιητικού συστήματος τους οργανισμού). Ο ρόλος του λεμφικού συστήματος είναι να βοηθήσει στην καταπολέμηση ασθενειών και λοιμώξεων. Ομάδες λεμφαγγείων βρίσκονται στη μασχάλη, τη βουβωνική χώρα, το λαιμό και την κοιλιά. Άλλα μέρη του λεμφικού συστήματος είναι ο σπλήνας, ο θύμος αδένας, οι αμυγδαλές και ο μυελός των οστών. Μία κατηγορία λεμφωμάτων είναι η νόσος του Hodgkin. Όπως όλοι οι τύποι καρκίνου, η νόσος του Hodgkin επηρεάζει τα κύτταρα του σώματος. Στη νόσο του Hodgkin τα κύτταρα του λεμφικού συστήματος παρουσιάζουν μια αφύσικη αύξηση και μπορούν να εξαπλωθούν και σε άλλα όργανα. Καθώς η νόσος προχωρά, το σώμα καθίσταται όλο και λιγότερο ικανό να καταπολεμά τις λοιμώξεις. Η νόσος του Hodgkin είναι ένα νεόπλασμα που στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, η τάση ήταν προς τα κάτω για τις γενιές που γεννήθηκαν μετά το 1900. Αυτό οφείλεται κυρίως στις σημαντικές βελτιώσεις στη θεραπεία της νόσου κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών. Στην Ουγγαρία, οι ευνοϊκές τάσεις καθυστέρησαν γεγονός που υποδηλώνει ότι η έγκριση της θεραπείας καθυστέρησε στην Ανατολική Ευρώπη (Vecchia et al., 1998:120- 123).

Εξατέζοντας τον χάρτη παρά τα ελάχιστα δεδομένα, διαπιστώνεται ότι οι θάνατοι από λεμφικούς αιμοποιητικούς ιστούς το 2000, ήταν υψηλότεροι στις περιφέρειες της κεντρικής Ευρώπης, της Γαλλίας, της νοτίου Μεγάλης Βρετανίας και στις Φινλανδίας. Το 2007, υπάρχει μια μείωση των ποσοστών στις περιφέρειες της κεντρικής Ευρώπης και της Φινλανδίας και μία αύξηση στις περιφέρειες της Ιβηρικής χερσονήσου. Η υπόλοιπη εικόνα παραμένει ίδια. Δυστυχώς τα αίτια των λεμφωμάτων παραμένουν ως κάποιο βαθμό άγνωστα ώστε να μπορέσουν να εξηγηθούν και γεωγραφικά, παρόλα αυτά πάντως διαπιστώνεται και σε αυτή την αιτία χωρική συγκέντρωση στην ευρωπαϊκή ήπειρο.

Χάρτης 3.13.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από λεμφικούς αιμοποιητικούς ιστούς το 2000 και το 2007.

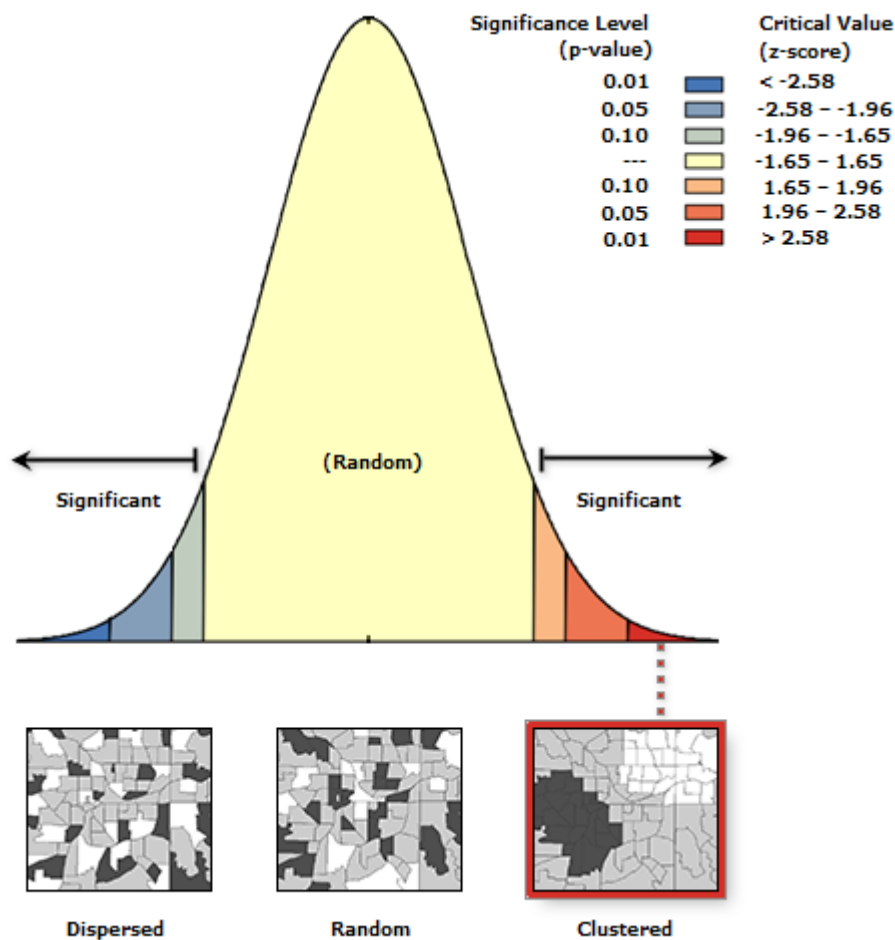


Εικόνα 3.13.1: Global Morans' I των θανάτων από λεμφικούς αιμοποιητικούς ιστούς το 2007.¹⁹

Moran's Index: 0,045405

z-score: 9,295811

p-value: 0,000000



¹⁹ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 3.13.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από λεμφικούς αιμοποιητικούς ιστούς το 2007.²⁰



²⁰ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

3.14 Πολλαπλό μυέλωμα

Ακόμη ένας τύπος καρκίνου είναι το πολλαπλό μυέλωμα, όπου είναι ένας ανιάτος τύπος καρκίνου των πλασματοκυττάρων, ενός τύπου λευκών αιμοσφαιρίων στο μυελό των οστών που παράγουν αντισώματα και βοηθούν στην καταπολέμηση των λοιμώξεων. Όταν τα πλασματοκύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά κύτταρα και πολλαπλασιάζονται, τότε ονομάζονται μυελωματικά κύτταρα. Η πολλαπλή συγκέντρωση μυελωματικών κυττάρων σε διάφορες περιοχές ονομάζεται πολλαπλούν μυέλωμα. Οι υψηλότερες τιμές του πολλαπλού μυελώματος και στα δύο φύλα, ήταν στις Σκανδιναβικές χώρες και την Ελβετία. Οι τιμές ήταν αισθητά προς τα πάνω σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, αν και σε κάποιο βαθμό, κάποια αναστροφή των τάσεων παρατηρείται σε λίγες χώρες για τις πιο πρόσφατες γενιές, παρόλα αυτά βασίζεται σε πολύ μικρούς αριθμούς και ασταθείς εκτιμήσεις. Η διαταραγμένη αυτή ανοσολογική κατάσταση είναι ένας αναγνωρισμένος συσχετισμός του λεμφώματος που μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης έκθεσης σε ήλιο και την υπεριώδη ακτινοβολία. Εκτός από την ιονίζουσα ακτινοβολία, λίγα είναι γνωστά σχετικά με την αιτία του πολλαπλού μυελώματος (Vecchia et al., 1998:120- 123).

Μια απότομη αύξηση των τιμών στα νεοπλάσματα παρατηρήθηκε στους πιο ηλικιωμένους. Αυξήσεις παρατηρήθηκαν, μέχρι τις γενιές που γεννήθηκαν γύρω στο 1920, έπειτα επικράτησαν μειώσεις, σε όλα τα νεοπλάσματα, καλοήγη και κακοήγη. Στις περισσότερες χώρες, για τους άνδρες οι τιμές ήταν αυξανόμενες για τις γενιές που γεννήθηκαν στις αρχές αυτού του αιώνα, δηλαδή μεταξύ 1900 και 1930. Αυτό επανελήφθη και στις γυναίκες όμως μόνο για τη Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι το κάπνισμα το οποίο θεωρείτε υπεύθυνο για τις περισσότερες αιτίες θανάτων στην Ευρώπη (Vecchia et al., 1998:120- 123).

Συνοπτικά οι τέσσερις πιο κοινοί θανατηφόροι καρκίνοι είναι του (πνεύμονα, ορθού, του μαστού (σε γυναίκες) και του προστάτη (σε άνδρες)) σε τέσσερις χώρες, μία από κάθε περιοχή της Ευρώπης (Δανία, Γαλλία, Ισπανία και Ουγγαρία). Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα και η θνησιμότητα στους άνδρες μειώνεται σχεδόν παντού, παρόλο που τα ποσοστά παραμένουν υψηλά στην Κεντρική και την Ανατολική Ευρώπη. Ωστόσο, παρόλο που ο ρυθμός αύξησης στις γυναίκες έχει αρχίσει να επιβραδύνεται υπάρχει επαναφορά σε χώρες υψηλού κινδύνου (Δανία, Ισλανδία, Βρετανία), τα ποσοστά εξακολουθούν να αυξάνονται ταχέως σε γενικές γραμμές, ιδιαίτερα στη Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη. Στις γυναίκες, η συχνότητα του καρκίνου του μαστού συνεχίζει να αυξάνεται αν και πολύ πρόσφατα έχει παρατηρηθεί μείωση σε ορισμένες χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο, Ελβετία, Γερμανία). Ωστόσο, τα ποσοστά θνησιμότητας έχουν μειωθεί σε πολλές χώρες από τα μέσα του 1990, πιθανώς λόγω της έγκαιρης διάγνωσης και βελτιωμένης θεραπείας. Τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη είναι περίπου 11% χαμηλότερα το 2008 σε σχέση με το 1995. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέως

εντέρου έχει αυξηθεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα στους άνδρες, αν και τα ποσοστά θνησιμότητας έχουν γενικά μειωθεί από το 1995. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη αυξάνεται δραματικά το 2008. Ωστόσο η θνησιμότητα έχει μειωθεί, σε αρκετές χώρες η οποία μπορεί να σχετίζεται με τη βελτιωμένη έκβαση μετά την πρόωρη διάγνωση. Εκτός από αυτές τις τάσεις, η συχνότητα εμφάνισης (και θνησιμότητας) του καρκίνου του στομάχου συνεχίζει να μειώνεται, έτσι ώστε στις Ευρωπαϊκές γυναίκες πλέον ο καρκίνος των ωοθηκών εμφανίζεται τώρα ως μία από τις πέντε πιο κοινές αιτίες καρκίνου. Στις γυναίκες, το βάρος των γυναικολογικών καρκίνων είναι η ίδια όπως εκείνη του καρκίνου του όρθρου (Ferlay, Parkin and Steliarova-Foucher, 2010:780).

Οι αυξητικές τάσεις στη συχνότητα εμφάνισης των πιο κοινών αιτιών καρκίνων στην Ευρώπη είναι ανησυχητική, ιδίως εκείνων στις νεώτερες ηλικίες, όπως παρατηρήθηκε για τον καρκίνο του παχέως εντέρου σε ορισμένες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, όπου η επίπτωση είναι υψηλή και εξακολουθεί να αυξάνεται. Αν και τα ποσοστά εμφάνισης έχουν μειωθεί για ορισμένες μορφές καρκίνου σε ορισμένες χώρες, π.χ. ο καρκίνος της μήτρας στη δυτική Ευρώπη, ο απόλυτος αριθμός των περιπτώσεων παρέμεινε σχετικά σταθερός (ή ακόμα και αυξήθηκε) λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Κατά το παρελθόν το συνδυασμένο αποτέλεσμα της αύξησης των κινδύνων και της γήρανσης είχε οδηγήσει σε μια σημαντική αύξηση στους απόλυτους αριθμούς των περιπτώσεων από τις πιο κοινές αιτίες καρκίνου. Αλλά υπάρχει και θετική εξέλιξη, η αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη και καρκίνου του παχέως εντέρου φαίνεται να έχει σταματήσει σε ορισμένες χώρες όπως η Φινλανδία, η Γαλλία και η Αυστρία, ενδεχομένως, υποδεικνύοντας ότι έχει επιτευχθεί σταθερότητα. Επιπλέον, η συχνότητα του καρκίνου του στομάχου συνεχίζεται να μειώνεται, ακόμη και σε χώρες με ιστορικά χαμηλή επίπτωση (Arnold et al., 2013:1175-1183).

Αυτή η συγκριτική ανάλυση της κατάστασης του καρκίνου στην Ευρώπη αποκαλύπτει παραλλαγές στη συχνότητα εμφάνισης και τα ποσοστά θνησιμότητας. Αυτά αντανακλούν τη μεταβλητότητα στις πολιτικές στο εθνικό σύστημα υγείας (π.χ. οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου μαστού, του προστάτη, του τραχήλου της μήτρας και του παχέως εντέρου). Στρατηγικές για τη μείωση της έκτασης των ασθενειών στην ήπειρο πρέπει προφανώς να καθοριστούν σε τοπικό επίπεδο και να αντικατοπτρίζουν το προφίλ των παρατηρούμενων ποσοστών καρκίνου σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα. Εκτός από τα ελλειπή στοιχεία θνησιμότητας, υπάρχει επίσης πιθανή υποτίμηση της θνησιμότητας από καρκίνο σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, όπου ο αριθμός των θανάτων που αποδίδονται σε ασαφώς καθορισμένες και άγνωστες αιτίες είναι σχετικά μεγάλος. Τα δεδομένα θνησιμότητας από καρκίνο είναι επίσης χαμηλής ακρίβειας (εγκυρότητας), κυρίως λόγω των δυσκολιών στην εξακρίβωση και την πιστοποίηση

της αιτίας θανάτου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια υποεκτίμηση της πραγματικής θνησιμότητας του καρκίνου σε συγκεκριμένες αιτίες (Ferlay et al., 2013:1391-1400).

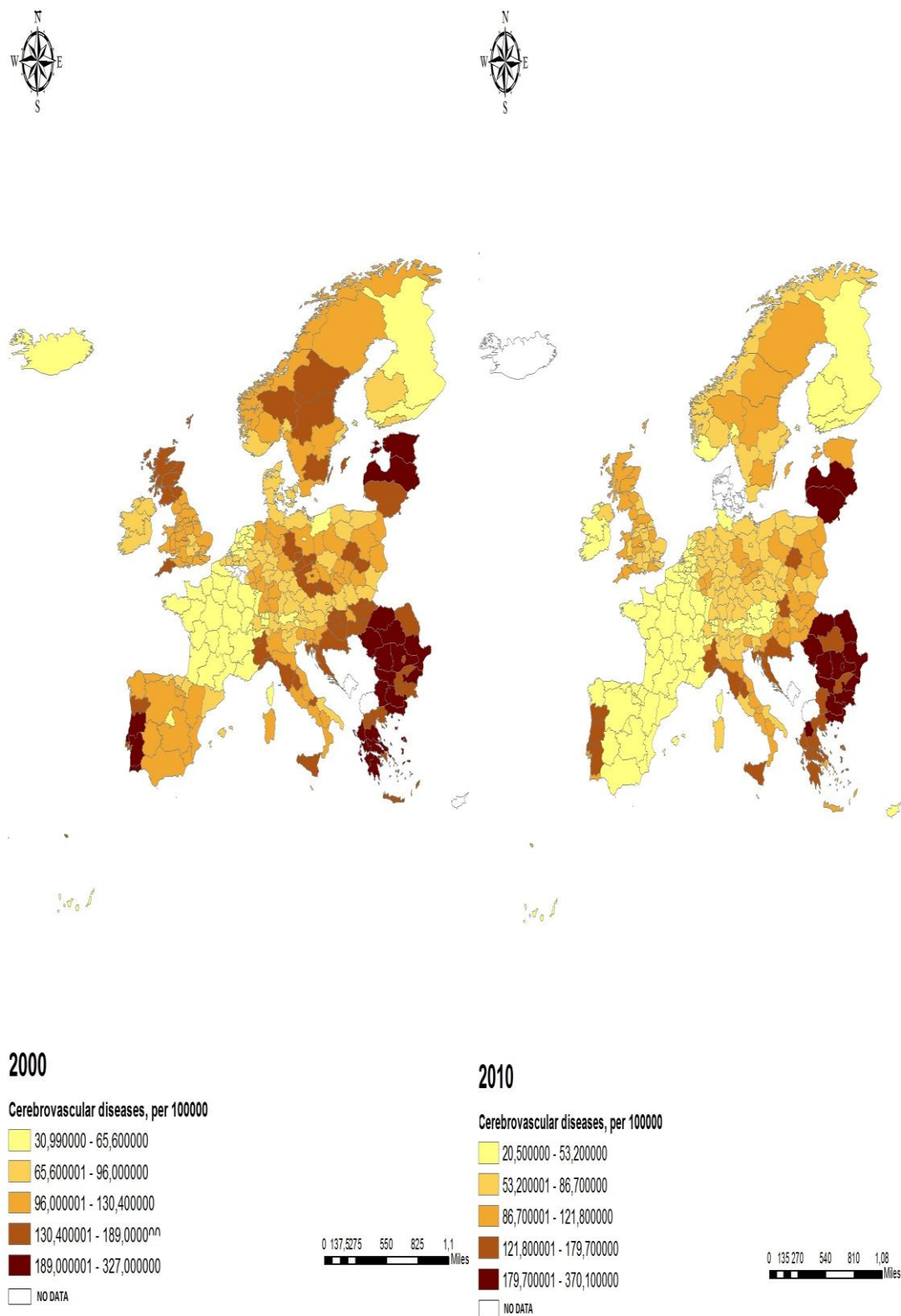
Επιπλέον, το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες έχουν ταυτοποιηθεί ως οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο σε πληθυσμούς σε όλες τις χώρες και τις περιφέρειες. Ενώ ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι ακόμα αυξημένος στις γυναίκες σε ορισμένες χώρες της νότιας και κεντρικής Ευρώπης, έχει μειωθεί στους άνδρες στην Ευρώπη από το 1960, που οδηγεί σε μειώσεις στον καρκίνο του πνεύμονα. Παρόλα αυτά, ποσοστό 3-6% όλων των καρκίνων στην Ευρώπη έχουν συσχετιστεί με υψηλό δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και σήμερα παρατηρείται αύξηση του ΔΜΣ σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Ο αντίκτυπος αυτών των πρόσφατων αλλαγών στον αριθμό των παραγόντων κινδύνου θα αντικατοπτρίζεται πλήρως στην επιβάρυνση του καρκίνου στα επόμενα 20-30 χρόνια (Arnold et al., 2013:1165-1167).

4. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι αγγειακές παθήσεις αποτελούν μείζον θέμα για τη δημόσια υγεία και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα ώστε να μην αποβούν μοιραίες για τη ζωή των ασθενών. Οι πιο σημαντικές ασθένειες των αγγειακών παθήσεων είναι τα εγκεφαλικά και οι καρδιοπάθειες. Παρά τις μεγάλες προόδους της ιατρικής στη θεραπεία και τη πρόληψη πολλών παθήσεων, υπάρχουν ακόμη κάποιες ασθένειες που, αδικαιολόγητα, δεν έχουν τύχει της απαιτούμενης προσοχής από την ιατρική κοινότητα και την πολιτεία. Όσον αφορά τις αγγειακές παθήσεις, η επικράτηση τους διαφαίνεται στην περιοχή της ανατολικής Ευρώπης και αποτελούν αιτία πρόωρων θανάτων, ειδικά σε σύγκριση με άλλες αναπτυγμένες περιφέρειες, όπου ο καρκίνος είναι η πρώτη αιτία που προκαλεί πρόωρο θάνατο. Η κυριότερη αιτία πρόκλησης τους είναι το κάπνισμα όπου ο επιπολασμός του είναι ο υψηλότερος στην ανατολική Ευρώπη σε σχέση με άλλες χώρες τη γηραιάς ηπείρου, αλλά και η παχυσαρκία (Lozano et al., 2012: 2117).

Διαπιστώνουμε μία μείωση στην γενική συνολική εικόνα των θανάτων από αγγειακό εγκεφαλικό μεταξύ των ευρωπαϊκών περιφερειών το 2000 και το 2010. Αναλυτικά, το 2000 οι περιφέρειες με τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη ήταν στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη, των χωρών της Βαλτικής, της Πορτογαλίας, του βορείου τμήματος του ηνωμένου Βασιλείου και οι περισσότερες στην Σκανδιναβία. Το 2010 οι θάνατοι από αγγειακά εγκεφαλικά μειώθηκαν αισθητά στις περισσότερες περιφέρειες κρατώντας μόνο τα υψηλά ποσοστά τους στις περιφέρειες της νότιο ανατολικής Ευρώπης, της Βαλτικής και ορισμένες της νότιας Ευρώπης. Η γεωγραφική επικράτηση στις χώρες αυτές οφείλεται κυρίως λόγω του καπνίσματος που οι τιμές του σε αυτές τις περιφέρειες είναι ιδιαίτερα υψηλές. Ενώ η γενικότερη βελτίωση της κατάστασης είναι αποτέλεσμα του πιο υγιεινού τρόπου ζωής και την πρόοδο των ιατρικών πρακτικών.

Χάρτης 4.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από αγγειακό εγκεφαλικό το 2000 και το 2010.

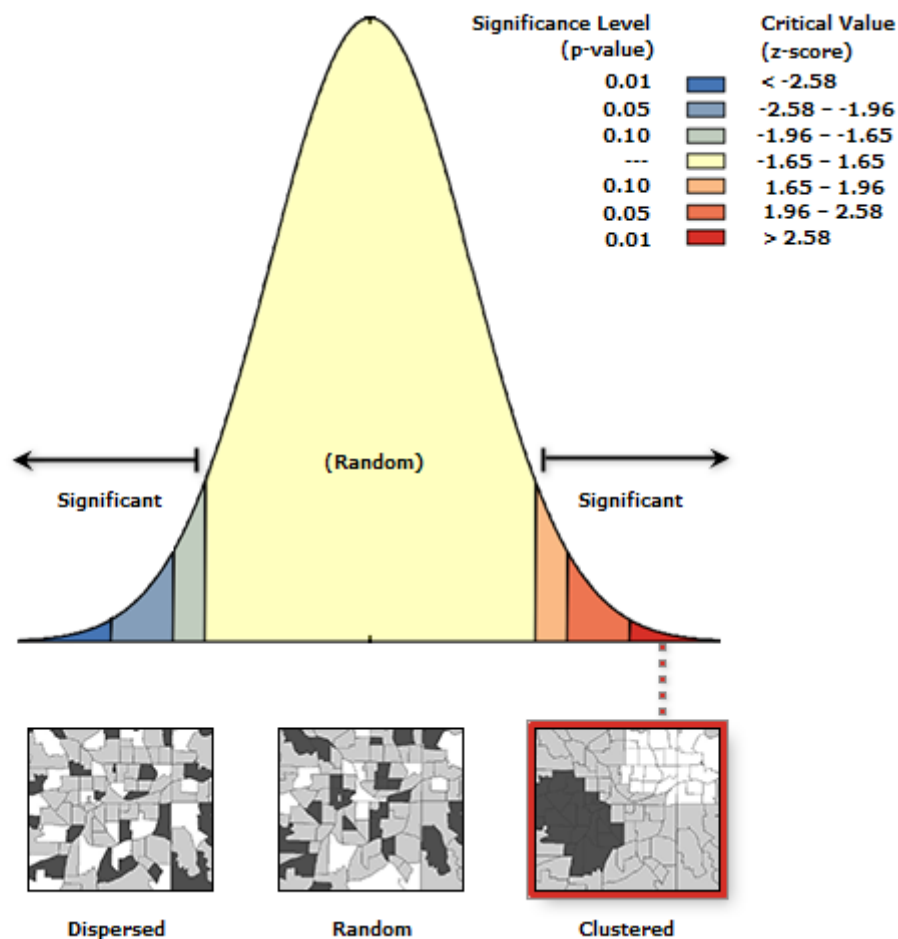


Εικόνα 4.1: Global Morans' I των θανάτων από αγγειακό εγκεφαλικό το 2010.²¹

Moran's Index: 0.177063

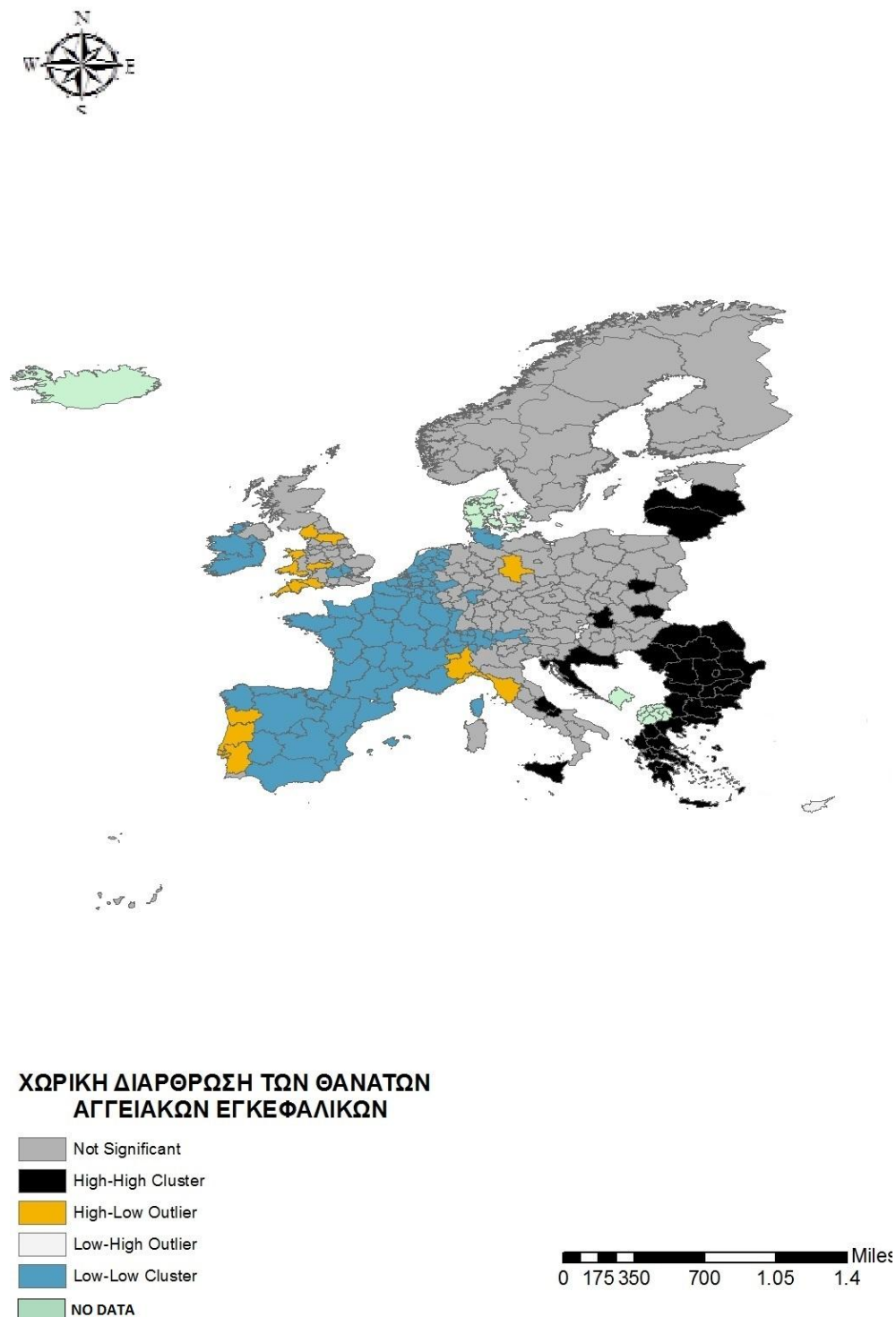
z-score: 45.242958

p-value: 0.000000



²¹ Παράτιθεται ςυνολίκη ανάλυση ςτο κεφάλαιο13 , επείδη όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουςιάζουν θετική χωρική αυτοςυςχέτιση και είναι ςτατιςτικά ςημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποςοςτά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεςμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποςοςτά είναι περιοχές με αποτέλεςμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

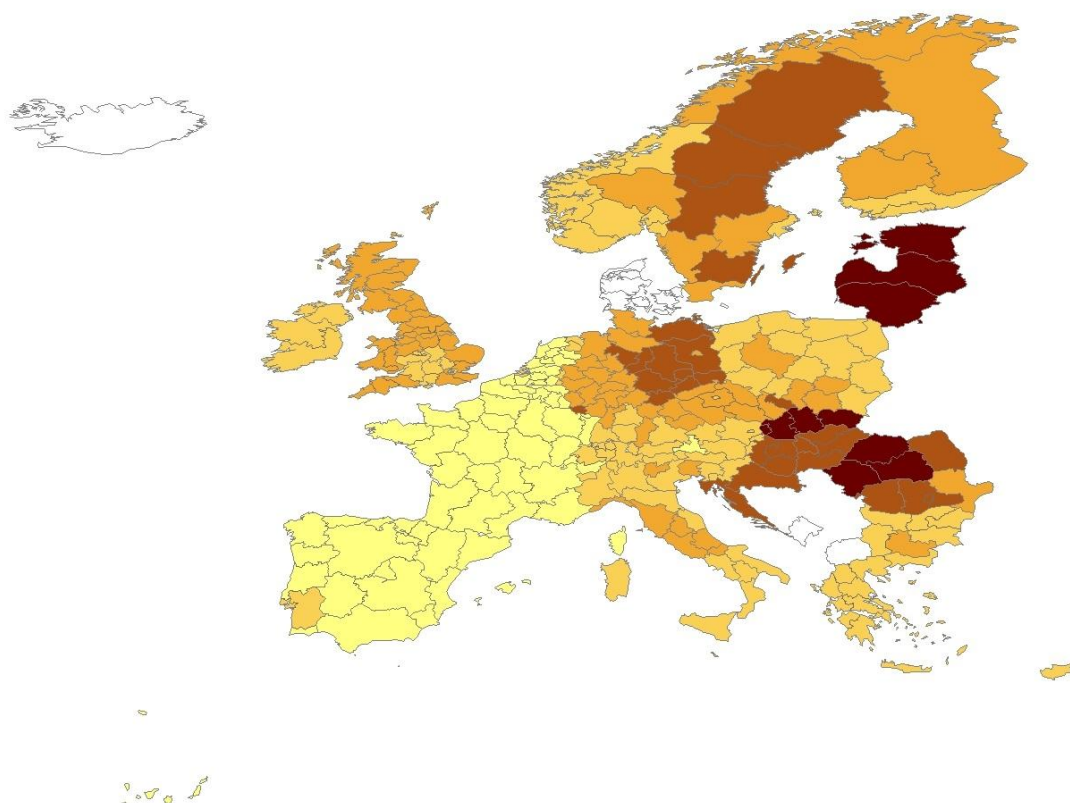
Χάρτης 4.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από αγγειακό εγκεφαλικό το 2010.²²



²² Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Παρόλο που τα στοιχεία δεν υποστηρίζουν μία συγκριτική ενδοπεριφερειακή ανάλυση των αιτιών θανάτου από ισχαιμική καρδιοπάθεια διαχρονικά, δίνεται η δυνατότητα εξέτασης της κατάστασης σε ένα πιο πρόσφατο έτος. Οι θάνατοι από ισχαιμική καρδιοπάθεια λοιπόν απαντώνται κατά κόρον στις περιφέρειες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, της Βαλτικής, στο ανατολικό τμήμα της Γερμανίας και στις περισσότερες περιφέρειες της Σουηδίας. Παρόλα αυτά υψηλές τάσεις αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο τμήμα της Ευρώπης με εξαίρεση την δυτική Ευρώπη και συγκεκριμένα τις περιφέρειες της Γαλλίας και της Ισπανίας. Οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες οφείλονται και αυτές με τη σειρά του στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής και κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ, που είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο στην ευρωπαϊκή ήπειρο.

Χάρτης 4.3: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από ισχαιμική καρδιοπάθεια το 2010.



2010

Ischaemic heart disease, per 100000



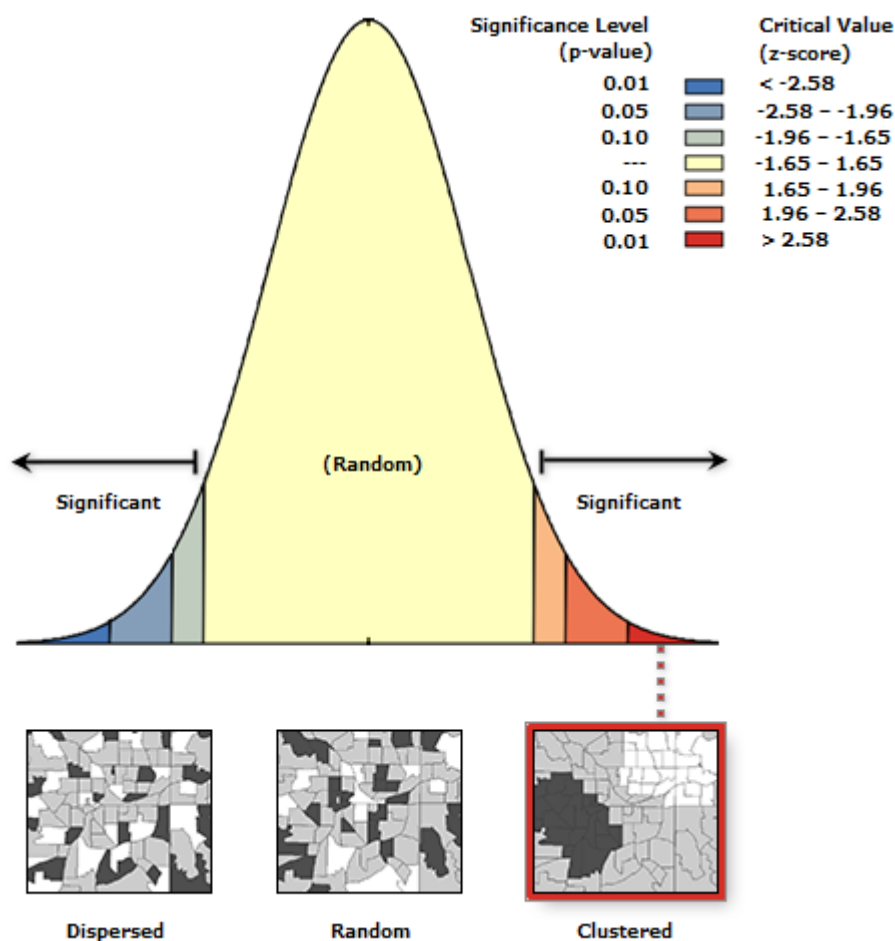
0 137,5275 550 825 1,1 Miles

Εικόνα 4.2: Global Morans' I των θανάτων από ισχαιμική καρδιοπάθεια το 2010.²³

Moran's Index: 0.125606

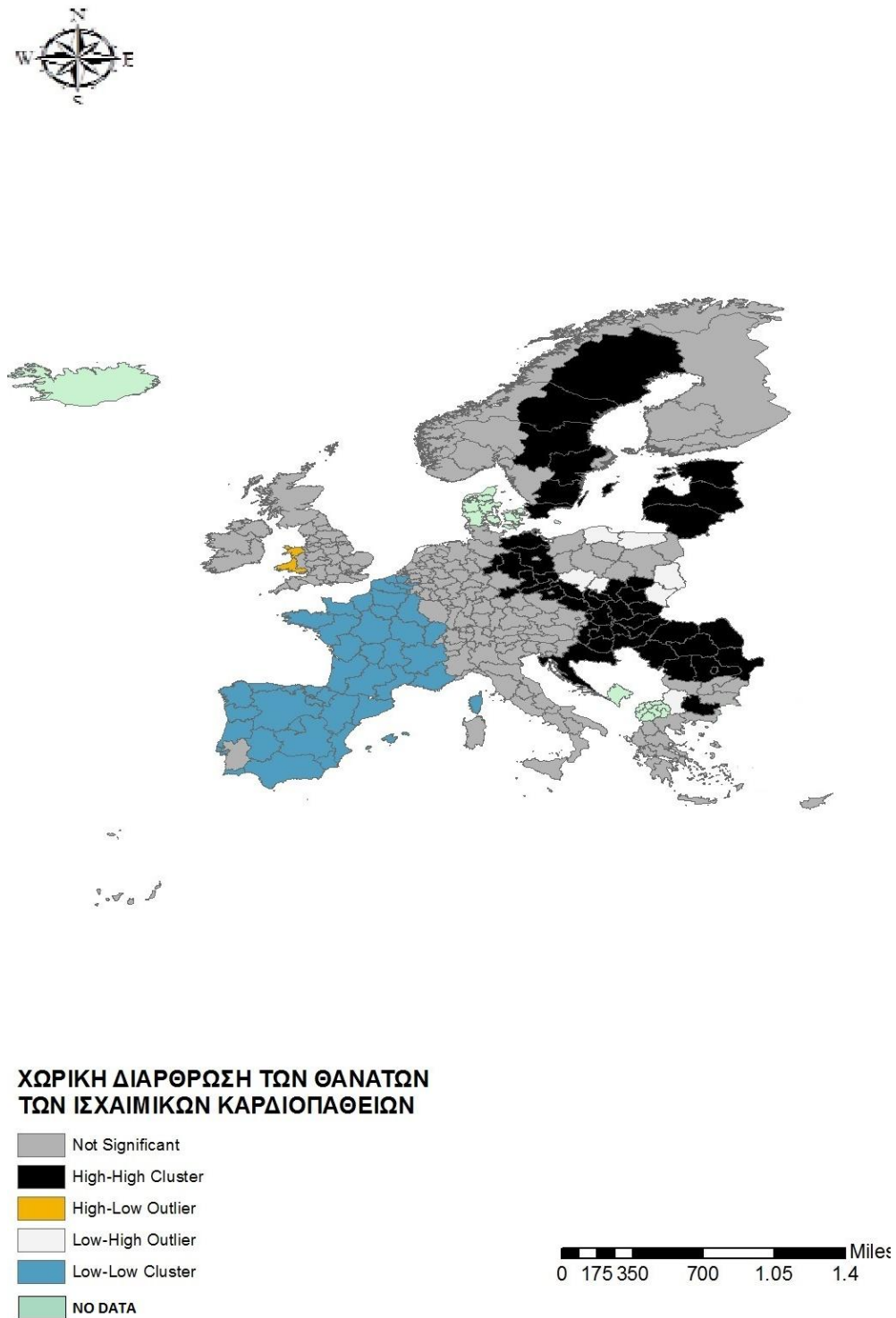
z-score: 32.304650

p-value: 0.000000



²³ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

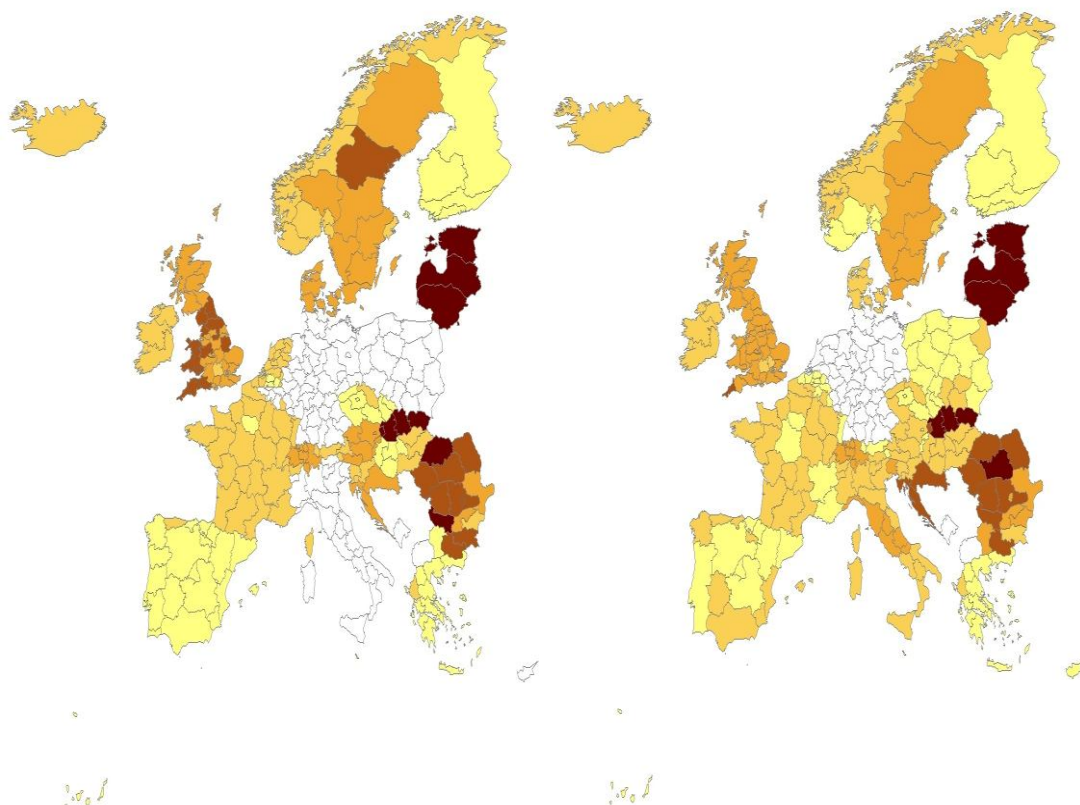
Χάρτης 4.4: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από ισχαιμική καρδιοπάθεια το 2010.²⁴



²⁴ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

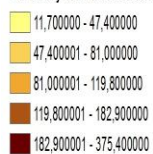
Μελετώντας τους δύο χάρτες διαπιστώνεται ότι οι αιτίες θανάτου από πνευμονικό οίδημα και άλλες καρδιοπάθειες είναι ιδιαίτερα διαδομένες στις περιφέρειες της ανατολικής Ευρώπης και των χωρών της Βαλτικής. Συγκεκριμένα το 2000, οι περιφέρειες με τα υψηλότερα ποσοστά ήταν οι περιφέρειες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, της Βαλτικής, της κεντρικής μεγάλης Βρετανίας και της Σουηδίας. το 2007 τα ποσοστά δείχνουν αισθητή μείωση με τις περιφέρειες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης όπως και των χωρών της Βαλτικής να εξακολουθούν να προπορεύονται. Όπως και οι άλλες αγγειακές παθήσεις έτσι και το πνευμονικό οίδημα και οι άλλες καρδιοπάθειες σχετίζονται με τα η διατροφή την σωματική άσκηση και την κατανάλωση οينوπνευματώδη ποτών και το κάπνισμα, όπου το τελευταίο έχει μεγάλο ποσοστό επιπολάσμου στις περιφέρειες αυτές. Η βελτιωμένη συνολική εικόνα προέρχεται και από την εξέλιξη των ιατρικών και προνοιακών δομών γενικότερα.

Χάρτης 4.5: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από πνευμονικό οίδημα και άλλες καρδιοπάθειες το 2000 και το 2007.



2000

Pulmonary heart disease and other heart diseases, per 100000

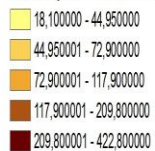


NO DATA



2007

Pulmonary heart disease and other heart diseases, per 100000



NO DATA

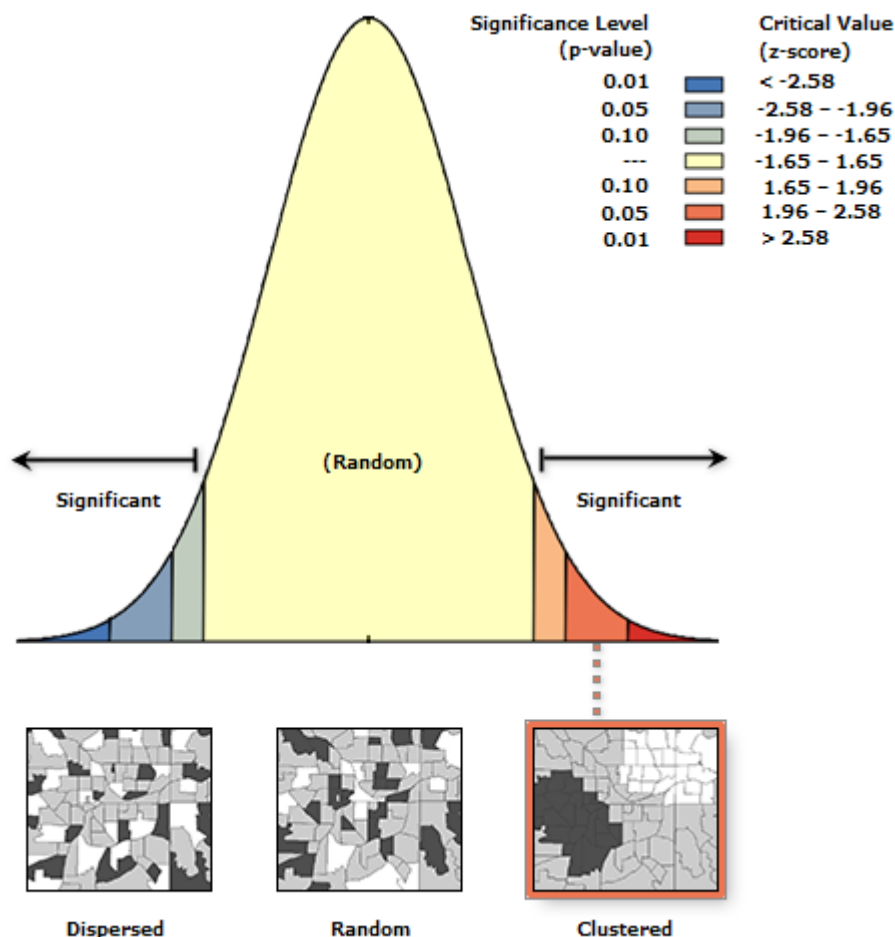


Εικόνα 4.3: Global Morans' I των θανάτων από πνευμονικό οίδημα και άλλες καρδιοπάθειες το 2007.²⁵

Moran's Index: 0,008135

z-score: 2,413024

p-value: 0,015821



²⁵ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 4.6: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από πνευμονικό οίδημα και άλλες καρδιοπάθειες το 2007.²⁶



²⁶ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

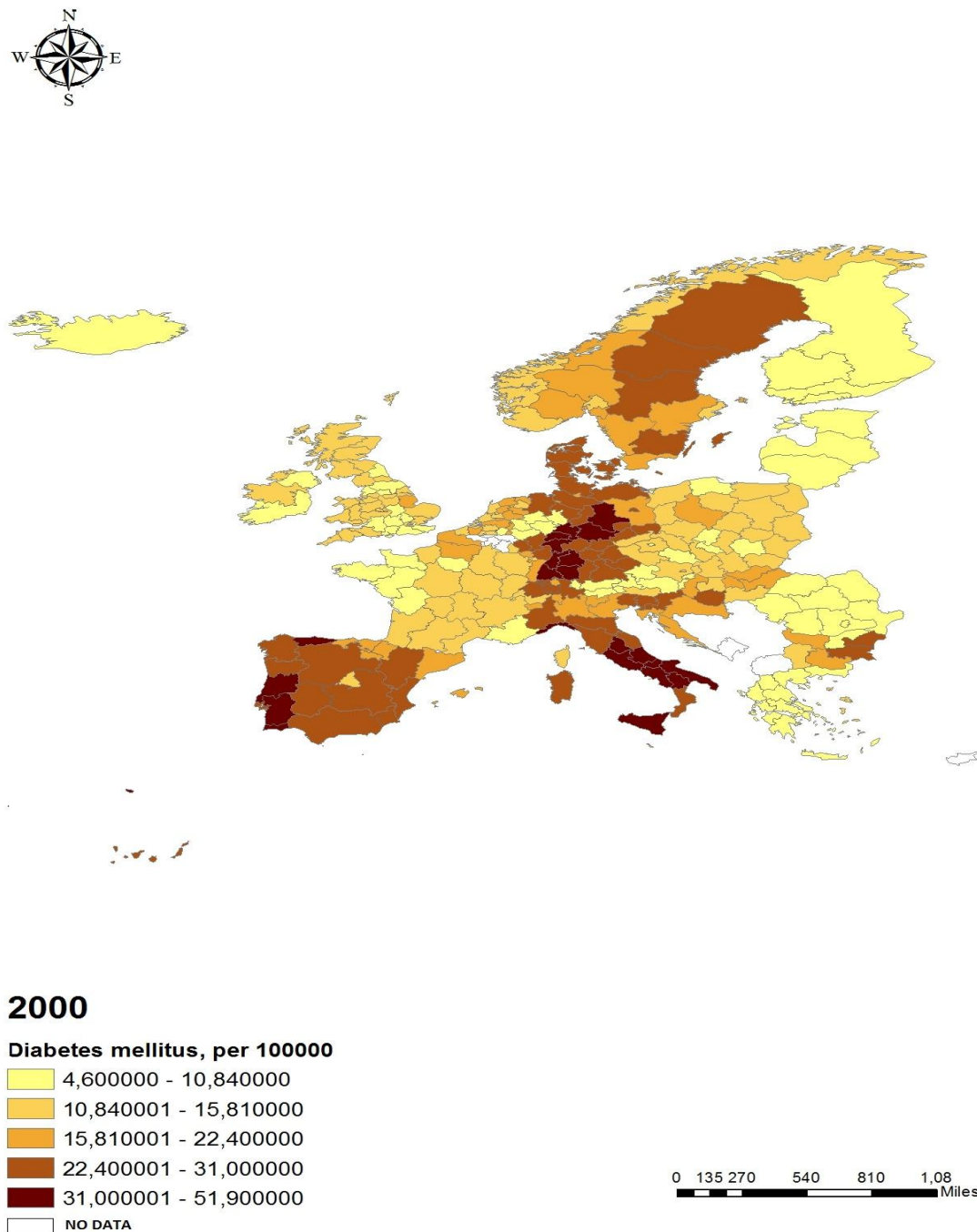
5. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μια άλλη σημαντική αιτία θανάτου είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Ο Σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια πάθηση που εμφανίζεται όταν το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη (τύπου I) ή όταν ο οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά την παραγόμενη ινσουλίνη (τύπου II). Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που επιτρέπει στα κύτταρα να πάρουν το σάκχαρο από το αίμα και να το χρησιμοποιήσουν ως πηγή ενέργειας. Μεταξύ των χωρών της Ευρώπης το πιο υψηλό ποσοστό παρατηρείται στην Τσεχική Δημοκρατία (22%), και σε μικρότερο βαθμό στην Σουηδία (14%). Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη στο γενικό πληθυσμό είναι γνωστό ότι έχει υψηλά ποσοστά στην Τσεχική Δημοκρατία, που ίσως αποτελεί μια εξήγηση για τα υψηλά ποσοστά θανάτου. Αυτή είναι ακόμη μια αιτία που σχετίζεται με την κατανάλωση καπνού και τη κακή διατροφική συνήθεια ενώ αναμένεται θεαματική επιδείνωση της ασθένειας, σε κυρίως, παχύσαρκα παιδιά (Lamagni et al., 2008:2366).

Όσον αφορά τους θανάτους για το σακχαρώδη διαβήτη τα στοιχεία δεν βοηθούν σε συγκριτική διαχρονική μελέτη μεταξύ των περιφερειών της Ευρώπης. Τα στοιχεία απαντώνται για το έτος 2000. Οι περιφέρειες με τα υψηλότερα ποσοστά είναι της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Ιβηρικής χερσονήσου και της Σκανδιναβίας. Παρά την έλλειψη των επιπλέον δεδομένων διαφαίνεται μία έντονη χωρική συγκέντρωση των αιτιών θανάτου από σακχαρώδη διαβήτη στις περιφέρειες αυτές από ότι τις υπόλοιπες στην Ευρώπη. Βέβαια η έλλειψη των δεδομένων δεν καθορίζει την χρονική εξέλιξη των αιτιών θανάτου από σακχαρώδη διαβήτη, οπότε μελλοντικές έρευνες πιθανόν να διεξάγουν τελείως διαφορετικά αποτελέσματα χωρικής συγκέντρωσης του. Η συγκέντρωση των αιτιών θανάτου από σακχαρώδη διαβήτη στις περιφέρειες αυτές οφείλεται στην κακή διατροφή, την παχυσαρκία που αρχίζει να παίρνει τεράστιες διαστάσεις εκτός από τις περιφέρειες του βορρά και στις περιφέρειες της νότιας Ευρώπης πλέον, όπως και από το κάπνισμα που είναι ευρέως διαδεδομένο στις περιφέρειες του νότου.

Ακόμη, και σε αυτή την περίπτωση δεν πραγματοποιήθηκε η διαδικασία της εύρεσης του δείκτη χωρικής αυτοσυσχέτισης Morans' I επειδή τα δεδομένα της συγκεκριμένης αιτίας απαντώνται στο παλαιότερο έτος 2000, παρόλα αυτά και σε αυτή την αιτία θανάτου διαφαίνεται στο χωρικό υπόβαθρο πως και εδώ υπάρχει χωρική αυτοσυσχέτιση μεταξύ των περιφερειών όπως και με όλες τις αιτίες ξεχωριστά.

Χάρτης 5.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από σακχαρώδη διαβήτη το 2000.



6. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο, οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος είναι η τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου στην ΕΕ. Μέσα σε αυτή την ομάδα ασθενειών, χρόνιες παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος είναι η πιο κοινή αιτία θνησιμότητας και ακολουθείται από την πνευμονία. Οι αναπνευστικές παθήσεις σχετίζονται με την ηλικία με τη συντριπτική πλειοψηφία των θανάτων από αυτές τις ασθένειες να καταγράφονται μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 ετών και πάνω. Τα υψηλότερα ποσοστά θανάτου από ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ καταγράφηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Πορτογαλία, στην Ιρλανδία και στη Δανία. Το κάπνισμα παίζει σημαντικό ρόλο και για τις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Ο WHO εκτιμά ότι το 16% όλων των θανάτων μεταξύ των ενηλίκων στην Ευρώπη οφείλονται από το κάπνισμα. Η κατανάλωση καπνού λοιπόν, ευθύνεται πέραν από τις καρδιοπάθειες, τις πολλαπλές μορφές καρκίνου και για τις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (ash fact sheet, 2014:2).

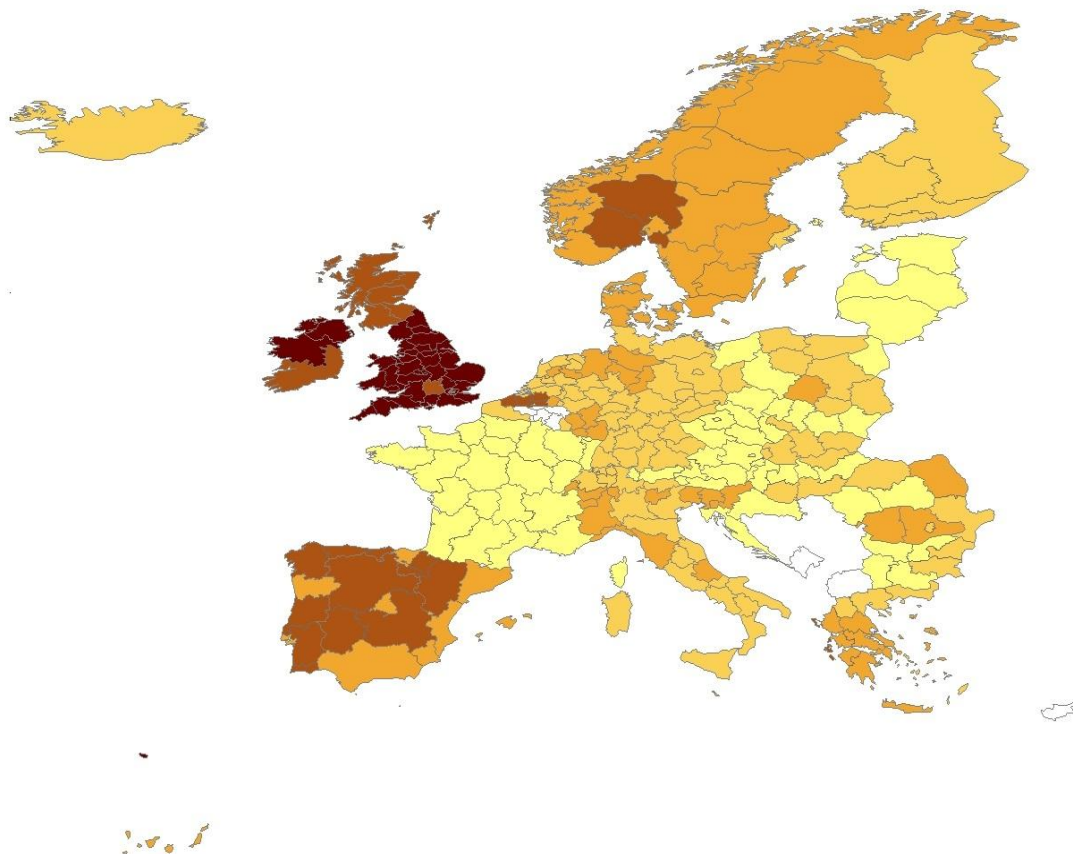
6.1 ΧΑΠ

Επιπλέον, τα ποσοστά θνησιμότητας της ΧΑΠ (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια) στις ευρωπαϊκές χώρες είναι δύο έως τρεις φορές υψηλότερα στους άνδρες από ό, τι στις γυναίκες. Οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά είναι, για τους άνδρες η Ουκρανία, το Καζακστάν, η Ιρλανδία και η Ρουμανία, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά για τις γυναίκες είναι στη Ρουμανία, στην Ιρλανδία, στο Καζακστάν και στη Δανία. Τα χαμηλότερα ποσοστά για τους άνδρες παρατηρούνται στην Ελλάδα, στη Σουηδία, στην Ισλανδία και στη Νορβηγία και για τις γυναίκες στην Ελλάδα, στη Φινλανδία, στην Ελβετία και στη Σουηδία. Υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις τάσεις της θνησιμότητας από το 1980 -1990 μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Υπήρξε αύξηση της θνησιμότητας μεταξύ των γυναικών στις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ υπήρξε μείωση στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, όπως η Βουλγαρία, η Ουγγαρία και η Ρουμανία. Η ανοδική τάση της θνησιμότητας παρατηρείται σε γυναίκες άνω των 55 ετών και στους άνδρες άνω των 75 ετών. Είναι αξιοσημείωτο ότι σε σύντομο χρονικό διάστημα υπήρξε σημαντική μείωση στα ποσοστά θανάτου για τις κυριότερες αιτίες θανάτου στις περισσότερες χώρες, αλλά όχι για τη ΧΑΠ. Σε αντίθεση με τα καρδιαγγειακά ποσοστά θνησιμότητας, τα ποσοστά της ΧΑΠ δεν είναι ιδιαίτερα μεταβλητά μέσω της βραχυπρόθεσμης διακοπής του καπνίσματος ή άλλων βελτιώσεων στην υγεία (ERS White Book, 2003:36).

Σχετικά με τις αιτίες θανάτου του αναπνευστικού συστήματος στις περιφέρειες της Ευρώπης τα διαθέσιμα στοιχεία περιορίζονται μόνο για τη χρονιά του 2000. Οι μεγαλύτερες τιμές εντοπίζονται σχεδόν σε όλες της Μεγάλης Βρετανίας, στις περισσότερες περιφέρειες της Ιβηρικής χερσονήσου, και σε αρκετά υψηλές τιμές στην Σκανδιναβική χερσόνησο, την κεντρική και νότια Ευρώπη. Η συγκέντρωση αυτή προκαλείται κυρίως από το κάπνισμα και την έλλειψη σωματικής άσκησης που είναι οι νούμερο ένα παράγοντας στις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Δυστυχώς τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επιτρέπουν την διαχρονική εξέλιξη στις ευρωπαϊκές περιφέρειες, παρόλα αυτά πιθανόν η τάση να είναι ανοδική λόγω του μεγάλου επιπολασμού του καπνίσματος σε όλες τις ευρωπαϊκές περιφέρειες (πολύ πρόσφατα μειώθηκαν τα ποσοστά καπνίσματος στην Ευρώπη) και του καθιστικού τρόπου ζωής.

Και σε αυτή την αιτία θανάτου δεν πραγματοποιήθηκε η διαδικασία της εύρεσης του δείκτη χωρικής αυτοσυσχέτισης Morans' I λόγω ύπαρξης δεδομένων στο παλαιότερο έτος 2000, παρόλα αυτά και εδώ παρατηρείται στο χάρτη πως υπάρχει χωρική αυτοσυσχέτιση μεταξύ των περιφερειών όπως και με όλες τις αιτίες ξεχωριστά.

Χάρτης 6.1.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από αιτίες του αναπνευστικού συστήματος το 2000.



2000

Diseases of the respiratory system, per 100000



0 135 270 540 810 1,08 Miles

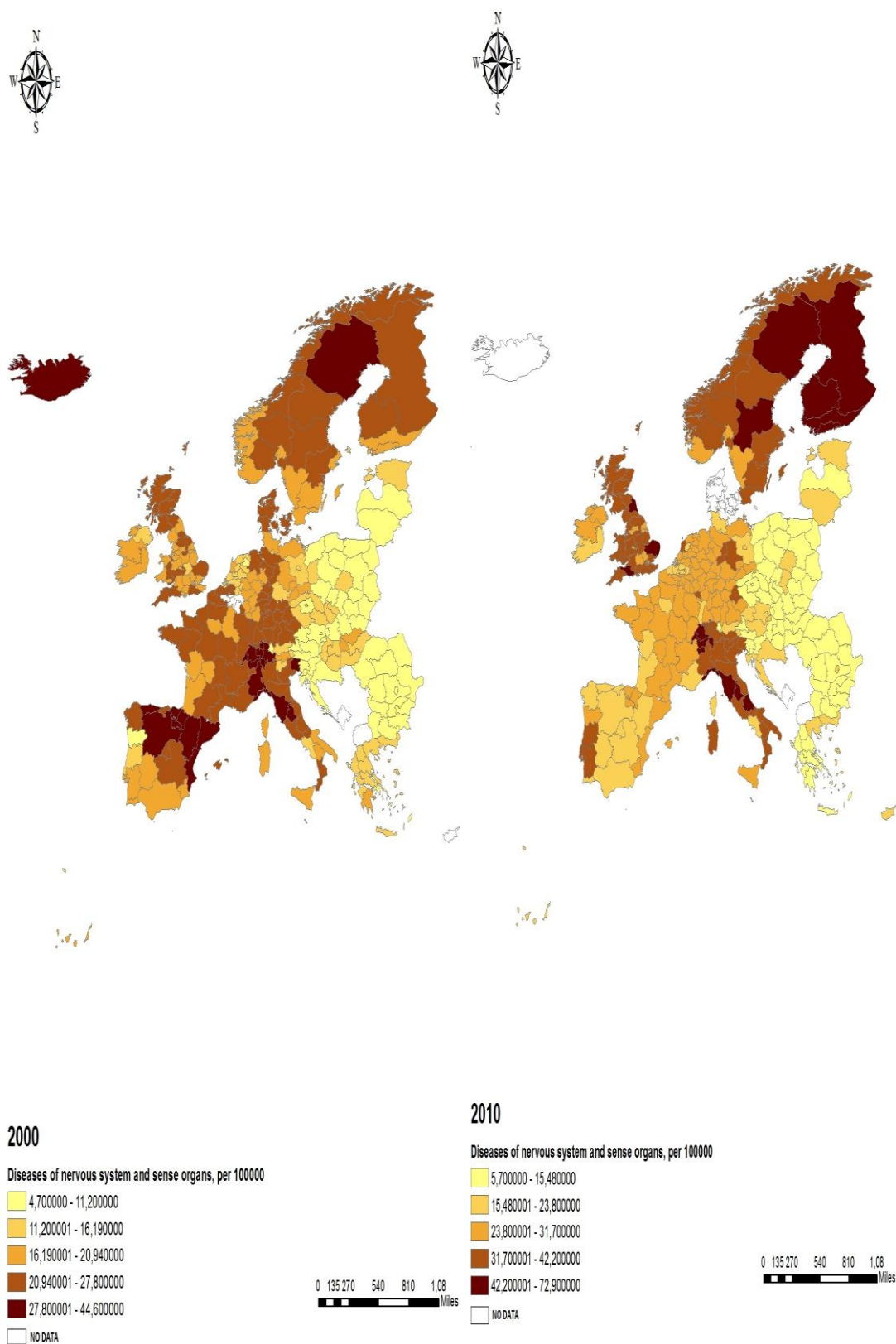
7. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι ασθένειες που αναφέρονται στον νευρικό σύστημα εμπερικλείουν μία μεγάλη γκάμα όπως το Αλτσχάιμερ, το Πάρκινσον, η επιληψία, η σκλήρυνση κατά πλάκας κ.α. Η πολλαπλή σκλήρυνση είναι η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου του νευρικού συστήματος. Η συγκεκριμένη είναι πιο κοινή σε ανθρώπους που ζουν μακριά από τον ισημερινό, αν και υπάρχουν εξαιρέσεις και πολλές έρευνες που αμφισβητούν τον γεωγραφικό τους προσδιορισμό. Η ακριβής αιτία γι' αυτό το γεωγραφικό μοτίβο δεν είναι ξεκάθαρο. Ενώ η αναλογία της συχνότητας βορρά-νότου μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου αν και από το 2010 εξακολουθεί να υφίσταται (Compston and Coles, 2008: 1502-1509).

Η πολλαπλή σκλήρυνση παρατηρείται πιο συχνά σε περιοχές με βορειοευρωπαϊούς πληθυσμούς και η γεωγραφική της απόκλιση μπορεί απλώς να αντανakλά την παγκόσμια κατανομή αυτών των πληθυσμών υψηλού κινδύνου. Η μειωμένη έκθεση στο ηλιακό φως που οδηγεί σε μειωμένη παραγωγή βιταμίνης D αποτελεί επίσης μια πιθανή εξήγηση. Επιπλέον επικρατεί και η άποψη ότι υφίσταται σχέση μεταξύ της εποχής της γέννησης και της πολλαπλής σκλήρυνσης, με λιγότερα άτομα που έχουν γεννηθεί στο βόρειο ημισφαίριο τον Νοέμβριο συγκριτικά με τον Μάιο να έχουν νοσήσει αργότερα στη ζωή τους. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, με αρκετές μελέτες να έχουν καταλήξει ότι οι άνθρωποι που μετακομίζουν από μία διαφορετική περιοχή του κόσμου πριν από την ηλικία των 15 ετών υιοθετούν τον κίνδυνο της νέας περιοχής όσον αφορά την πολλαπλή σκλήρυνση. Εάν η μετανάστευση λάβει χώρα μετά την ηλικία των 15 ετών, ωστόσο, το άτομο διατηρεί τον κίνδυνο που ήδη είχε από την πατρίδα του (Compston and Coles, 2008: 1502-1509).

Οι αιτίες θανάτου του νευρικού συστήματος κατά το 2000 και 2010 έχουν διαφοροποιηθεί έντονα γεωγραφικά. Το 2000, οι περιφέρειες με τις υψηλότερες τιμές ήταν αυτές της δυτικής και βόρειας Ευρώπης, όπως και της Ιταλίας με τα υψηλότερα ποσοστά να διαφαίνονται στις περιφέρειες της Ισλανδίας, της βόρειου Ιταλίας και Ελβετίας, της κεντρικής Σουηδίας και στις περισσότερες της Ισπανίας. Ενώ το 2010, οι περιφέρειες με τις υψηλότερες τιμές φαίνεται να συγκεντρώνονται στη Σκανδιναβία, στην Ιταλία και Ελβετία, στην μεγάλη Βρετανία (στην οποία τα ποσοστά της αυξήθηκαν), στη νότια Πορτογαλία και σε ορισμένες της Γερμανίας. Οι παράγοντες που διαταράσσουν το νευρικό σύστημα δεν είναι ξεκάθαροι, παρόλα αυτά διαπιστώνεται πως χώρες που βρίσκονται όλο και πιο μακριά από τον Ισημερινό αναπτύσσουν σε μεγαλύτερο βαθμό παθήσεις που αφορούν το νευρικό σύστημα. Αυτή η διαπίστωση αμφισβητήθηκε έντονα λόγω της εξάπλωσης της αιτίας αυτής και σε άλλες χώρες όμως σταδιακά με το πέραν των χρόνων η συγκέντρωση σε βόρειες χώρες εντείνεται όλο και περισσότερο, με κάποιες εξαιρέσεις που μπορεί να οφείλονται στην τάση μετακίνησης των πληθυσμών στο χώρο.

Χάρτης 7.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από αιτίες του νευρικού συστήματος και των αισθητήριων οργάνων το 2000 και το 2010.

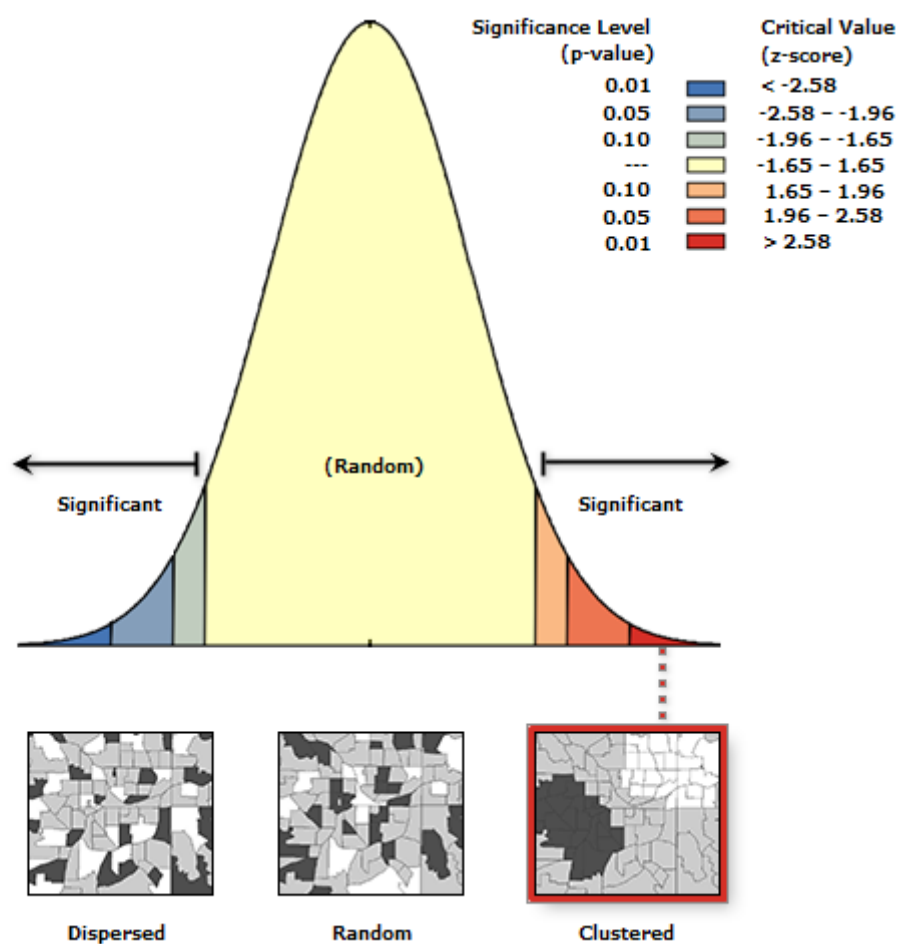


Εικόνα 7.1: Global Morans' I των θανάτων από αιτίες του νευρικού συστήματος και των αισθητήριων οργάνων το 2010.²⁷

Moran's Index: 0.129220

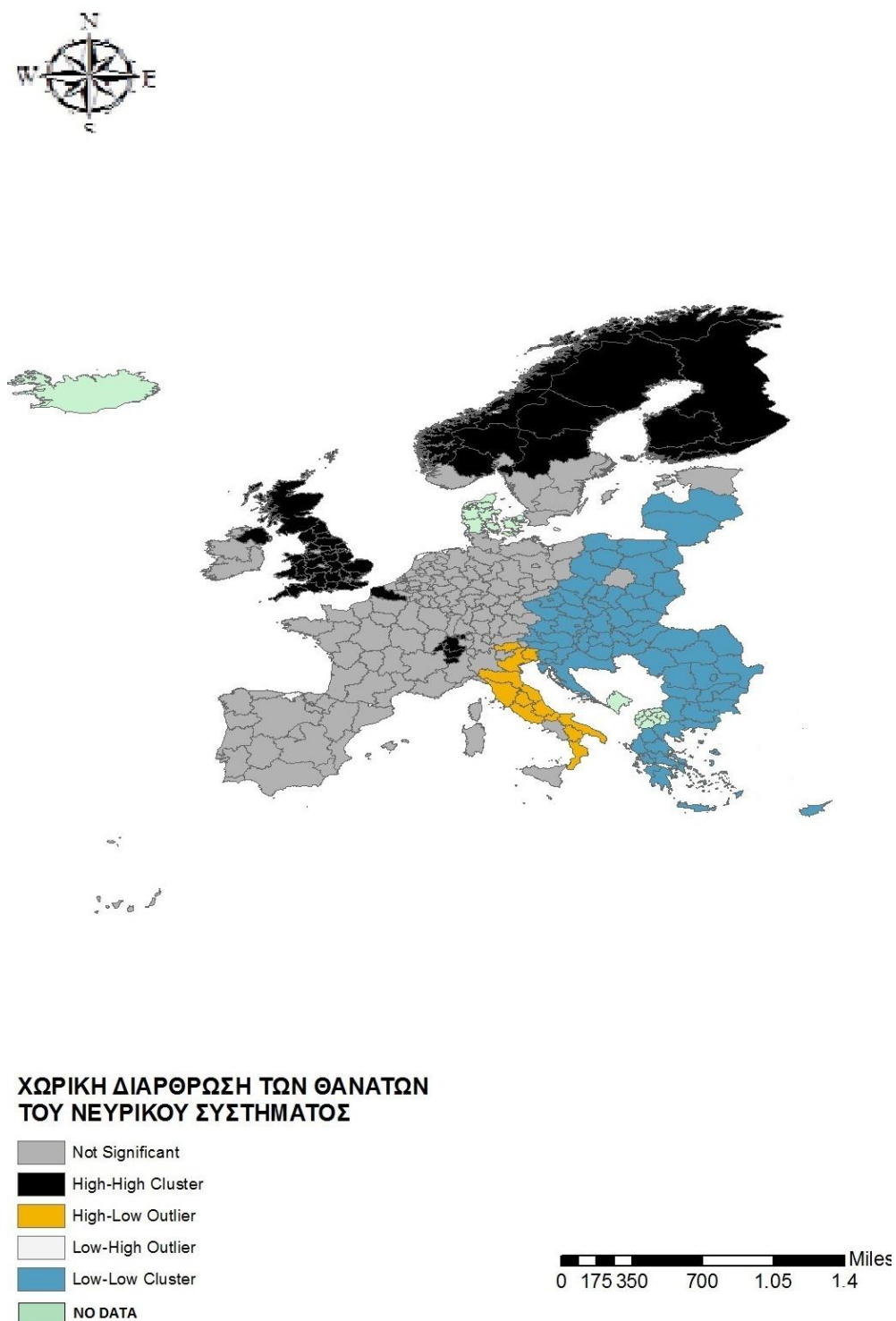
z-score: 33.143612 ■

p-value: 0.000000



²⁷ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 7.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από αιτίες του νευρικού συστήματος και των αισθητήριων οργάνων το 2010.²⁸



²⁸ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

8. ΘΑΝΑΤΟΙ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Εξετάζοντας την ιστορική πορεία των χωρών και των περιφερειών στην Ευρώπη η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ελλάδα είχαν την χαμηλότερη κατανάλωση θερμίδων ανά κεφαλή από όλες τις χώρες στην Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική και την Ωκεανία κατά τη διάρκεια του 1960-1961, και, μαζί με τη Γιουγκοσλαβία, είχαν επίσης και τη χαμηλότερη κατανάλωση στην ποσότητα των ζωικών πρωτεϊνών. Επιπλέον, η Ιταλία και η Πορτογαλία είχαν το υψηλότερο ποσοστό των ενηλίκων στη Ευρώπη που δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν το δημοτικό σχολείο (περίπου 50 τοις εκατό). Μαζί με τον παράγοντα του θερμού κλίματος μπορεί να προσδιοριστεί η προδιάθεση, σε διαρροϊκές ασθένειες και ασθένειες που σχετίζονται με τα διατροφικά και μεταβολικά συστήματα, και να σφυρηλατηθεί ένας πρόσθετος δεσμός μεταξύ Νότιο / Ανατολικής Ευρώπης και πολλές μη δυτικές χώρες (Preston and Nelson, 2011: 38-39).

Οι δυτικοί πληθυσμοί κατά την μεταπολεμική περίοδο εξάλλου, εμφανίζουν εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά θανάτου από λοιμώδη νοσήματα, λόγω της καλής πρόσβασής τους στις τεχνολογίες υγείας και της διεθνούς βοήθειας που είχε σχεδιαστεί για την καταπολέμηση αυτών των ασθενειών (Preston and Nelson, 2011: 41).

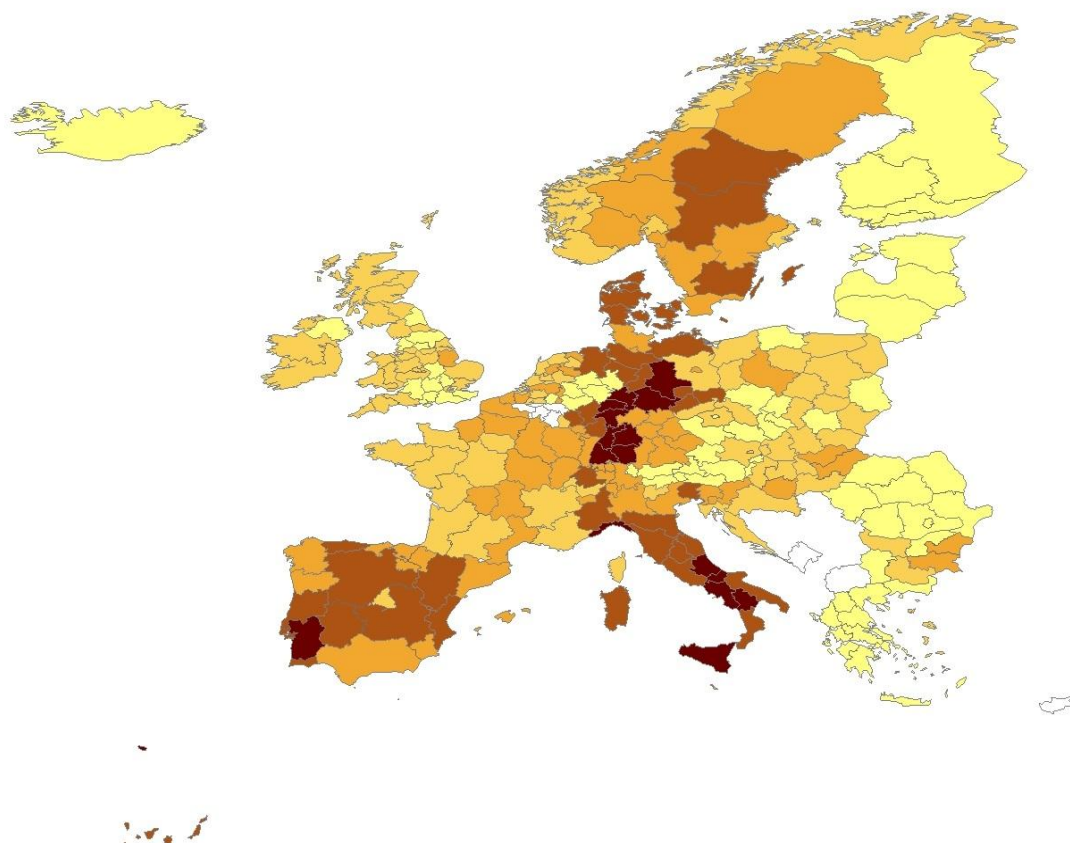
Παρόλο που η χρονική μετάβαση, μέσω της ιατρικής εξέλιξης και της πρόσβασης σε όλο και περισσότερους στην υγεία, οδήγησε σε νέα γεωγραφική κατανομή, η νότια Ευρώπη εξακολουθεί να πλήττεται περισσότερο από ασθένειες που σχετίζονται με ενδοκρινικά - διατροφικά και μεταβολικά συστήματα.

Λίγα είναι τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα για τις αιτίες θανάτου από ενδοκρινικά διατροφικά και μεταβολικά συστήματα. Η χρονιά με τα περισσότερα δεδομένα που βοηθούν στην εξέταση της κατάστασης είναι το 2000. Μελετώντας λοιπόν, τις αιτίες θανάτου από ενδοκρινικά διατροφικά και μεταβολικά συστήματα το 2000, διαπιστώνεται πως οι περιφέρειες με τις υψηλότερες τιμές είναι οι περιφέρειες της κεντρικής Γερμανίας και ορισμένες της δυτικής Γαλλίας, της Ιταλίας και Ελβετίας, της Ιβηρικής χερσονήσου και των Σκανδιναβικών χωρών. Διαπιστώνεται λοιπόν μία γεωγραφική συγκέντρωση αυτών των αιτιών θανάτου στις περιφέρειες αυτές, που οφείλεται στην κακή διατροφική συνήθεια των ατόμων, όπως και στις ανισότητες πρόσβασης στην υγεία, ιδίως στα άτομα που γεννήθηκαν στις αρχές του αιώνα και οι θάνατοι τους αντανakλώνται τις τελευταίες δεκαετίες. Βέβαια η μελλοντική εικόνα της χωρικής κατάταξης των αιτιών θανάτου από ενδοκρινικά διατροφικά και μεταβολικά συστήματα μπορεί να απεικονίζεται τελείως διαφορετικά.

Οι θανάτους από ενδοκρινικά διατροφικά και μεταβολικά συστήματα είναι ακόμα μία μεταβλητή στην οποία δεν ακολουθήθηκε η διαδικασία της εύρεσης του δείκτη χωρικής

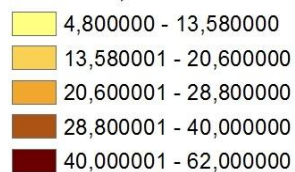
αυτοσυσχέτισης Morans' I. Η αιτία είναι η διαθεσιμότητα δεδομένων στο παλαιότερο έτος 2000, παρόλα αυτά και σε αυτή την περίπτωση φαίνεται στο χάρτη πως υπάρχει χωρική ααυτοσυσχέτιση μεταξύ των περιφερειών όπως και με όλες τις αιτίες ξεχωριστά.

Χάρτης 8.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από ενδοκρινικά διατροφικά και μεταβολικά συστήματα το 2000.



2000

Endocrine, nutritional and metabolic diseases, per 100000



NO DATA

0 135 270 540 810 1,08 Miles

9. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ AIDS/HIV

Μεταξύ των HIV μολυσμένων ενήλικων στη Γαλλία, το ποσοστό που σχετίζεται με τους θανάτους του AIDS μειώθηκε από 47% σε 36% μεταξύ του 2000 και του 2005, και το ποσοστό των θανάτων που οφείλονται στον καρκίνο και δεν σχετίζεται με το AIDS ή την ηπατίτιδα αυξήθηκε από 11% σε 17%. Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων σχετίζονται με τη νόσο είναι στη Γαλλία, και μπορεί να αποδοθεί σε ένα υψηλό ποσοστό των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Επιπλέον η οξεία νεφρική ανεπάρκεια παραμένει διαδεδομένη μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών με HIV και σχετίζεται με την αυξημένη θνησιμότητα (CID,2010:1394).

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις συσχετίσεις μεταξύ εθνότητας και γεωγραφικής καταγωγής με τη θνησιμότητα μετά την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας. Η χαμηλότερη θνησιμότητα που βιώνουν οι περισσότερες ομάδες μεταναστών στην Ευρώπη μετά την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας, σε σύγκριση με τους λευκούς μη μετανάστες, μπορεί να έχει διάφορες εξηγήσεις. Η πλειοψηφία των μεταναστών ταξιδεύουν από τις αναπτυσσόμενες προς τις βιομηχανικές χώρες αναζητούν εργασία, τείνουν να έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα του ότι οι πιο άρρωστοι μετανάστες επιστρέφουν στην πατρίδα τους για να πεθάνουν και αποτελούν από την αδυναμία τους να παραμένουν στη χώρα όταν χάνουν τη δουλειά τους λόγω της κακής υγείας και την έλλειψη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης. Ο Arnold και οι συνεργάτες του εξέτασαν 37 μελέτες από τις χώρες της ΕΕ και αναφέρουν ότι οι μετανάστες άγνωστης κατάστασης HIV από μη δυτικές χώρες ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν καρκίνους και σχετικές μολυσματικές ασθένειες από το να αναπτύξουν εκείνες που συνδέονται αιτιωδώς με τον τρόπο ζωής των εύπορων κοινωνιών. Αυτά τα ευρήματα είναι συνεπή με τις διακυμάνσεις της ηπατίτιδας Β και C και την επιδημιολογία των οροθετικών πληθυσμών σύμφωνα με τη γεωγραφική προέλευση. Επίσης οι μετανάστες στην Ευρώπη έχουν χαμηλότερη θνησιμότητα ιδιαίτερα εκείνοι που προέρχονται από τη Βόρεια Αφρική και τη Μέση Ανατολή. Τέλος, τα αποτελέσματα από αυτή τη μελέτη είναι από ασθενείς οι οποίοι έχουν ήδη πρόσβαση με επιτυχία στις υπηρεσίες υγείας και δεν είναι αντιπροσωπευτικές του συνόλου των ασθενών με HIV λοίμωξη. Εν κατακλείδι, τα ποσοστά θνησιμότητας μετά από την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας στους οροθετικούς μετανάστες και των καθιερωμένων εθνικών μειονοτήτων στην Ευρώπη διαφέρουν από εκείνες των λευκών ντόπιων. Οι πρώτοι έχουν καλύτερα ποσοστά επιβίωσης, πιθανώς αντανakλώντας το αποτελέσματα της περίθαλψης, ενώ οι δεύτεροι έχουν χειρότερη μοίρα, αντανakλώντας τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία (CID,2013: 1807-1808).

10. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την αυτοκτονία μια πράξη που ξεκίνησε σκόπιμα και εκτελείται από ένα πρόσωπο με πλήρη γνώση ή την προσδοκία του θανατηφόρου της αποτελέσματος. Εκτιμάται ότι μεταξύ του 2000 και του 2010, πάνω από 10.000 θύματα δολοφονιών ή ανθρωποκτονιών σκοτώθηκαν από πυροβόλα όπλα στα 28 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Κάθε χρόνο, πάνω από 4000 αυτοκτονίες από πυροβόλο όπλο έχουν έδρα στην ΕΕ. Σε σύγκριση με τις ΗΠΑ ή άλλες χώρες σε όλο τον κόσμο, τα ποσοστά του όπλου που σχετίζονται με βίαιο θάνατο στην Ευρώπη είναι μάλλον χαμηλά, σίγουρα όμως τα ποσοστά ανθρωποκτονιών εγείρουν ανησυχίες. Από όλες τις επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας στην Ευρώπη, περίπου το 9% γίνονται με πυροβόλο όπλο. Σε χώρες όπως το Μαυροβούνιο, η Κύπρος, η Αυστρία, η Φινλανδία και η Νορβηγία το σχετικό ποσοστό είναι 16-38%, ενώ σε χώρες όπως η Πολωνία, η Μολδαβία, η Ρουμανία και η Ολλανδία το ποσοστό είναι 2% ή και χαμηλότερο. Ενώ ο αριθμός των αυτοκτονιών από όπλο μειώθηκε θεαματικά στη Γαλλία και τη Γερμανία, αυτό δεν ήταν μια γενική τάση στην Ευρώπη. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχει παρατηρηθεί μια μείωση, αλλά η μείωση αυτή ήταν αρκετά μικρή. Επιπλέον, τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι σε χώρες όπως η Βουλγαρία, η Κύπρος και η Πορτογαλία ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε από πυροβολισμούς αρκετά κατά τα τελευταία έτη. Σύμφωνα με τα στοιχεία του WHO, οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών από πυροβόλο όπλο είναι το Μαυροβούνιο, η Φινλανδία, η Σερβία, η Κροατία και η Αυστρία, ενώ οι χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά είναι η Ρουμανία, η Πολωνία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Μολδαβία και η Ολλανδία (Duquet and Alstein, 2015:21).

Ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στους ανηλίκους και τη διάπραξη αυτοκτονιών με πυροβόλα όπλα, οι αυτοκτονίες νέων με τα πυροβόλα όπλα δεν είναι συχνές στην Ευρώπη. Διαπιστώνουμε ότι οι αυτοκτονίες θυμάτων ηλικίας κάτω των 20 ετών είναι 71 πυροβολισμοί που καταγράφηκαν στην Ευρώπη το πιο πρόσφατο διαθέσιμο έτος. Ως εκ τούτου, αυτή η ομάδα αντιπροσωπεύει μόνο το 1,3% όλων των θυμάτων από αυτοκτονία. Επιπλέον, οι περισσότερες περιπτώσεις αυτοκτονίας είχαν συχνά αλκοόλ στο αίμα τους, και δεν είχαν σχέση με ψυχιατρικές αιτίες (Duquet and Alstein, 2015:23).

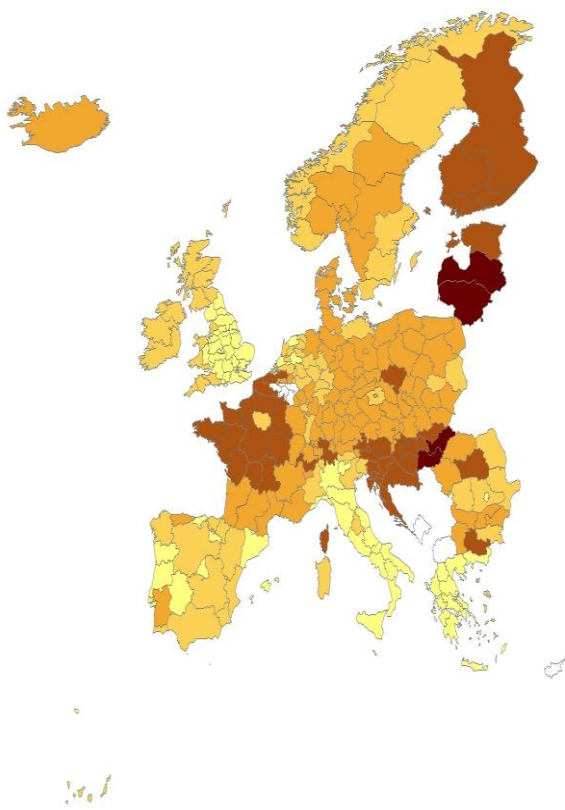
Οι γυναίκες χάνουν τη ζωή συνήθως στο σπίτι του (πρώην) σύντροφου τους ή σε ένα παρόμοιο πλαίσιο της διαπροσωπικής βίας τους, ενώ οι άνδρες σε ένα ευρύτερο φάσμα, συμπεριλαμβανομένου του πλαισίου του οργανωμένου εγκλήματος ή ως αποτέλεσμα οικονομικών διαφορών. Γενικότερα επικρατεί μια πτωτική τάση στον αριθμό των ανθρωποκτονιών από όπλο σε όλη την Ευρώπη, και μια ιδιαίτερα θεαματική μείωση μπορεί να παρατηρηθεί και σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και τις χώρες της Βαλτικής (Duquet and Alstein, 2015: 58-59).

Η αυτοκτονία είναι σημαντική αιτία θανάτου σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ. Τα ποσοστά αυτοκτονίας ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, με τα χαμηλότερα ποσοστά στην νότια Ευρώπη - Κύπρος, Ελλάδα, Μάλτα, Ιταλία και Ισπανία - καθώς και στο Ηνωμένο Βασίλειο, και τα υψηλότερα ποσοστά στην Λιθουανία, στην Ουγγαρία, στη Σλοβενία και στη Λετονία (όπου τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι 50% υψηλότερα από το μέσο όρο της ΕΕ). Εκεί η διαφορά είναι οκτώ φορές μεγαλύτερη μεταξύ της Λιθουανίας και της Κύπρου (χώρες με το υψηλότερο και το χαμηλότερο ποσοστό θανάτου). Τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών στη Λιθουανία έχουν συνδεθεί με μία σειρά παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικοοικονομικών ταχέων εξελίξεων, την αύξηση της ψυχολογικής και κοινωνικής ανασφάλειας, και στην απουσία μιας εθνικής στρατηγικής για την πρόληψη των αυτοκτονιών. Τα ποσοστά θανάτου από αυτοκτονία είναι περίπου τέσσερις φορές μεγαλύτερα για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Το χάσμα των φύλων είναι μικρότερο όσον αφορά τις απόπειρες, αντισταθμίζοντας το γεγονός ότι οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερο θανατηφόρους μεθόδους από τους άνδρες. Μεταξύ 2000 και 2011, τα ποσοστά αυτοκτονιών μειώθηκαν κατά 20% μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, με μεγάλες μειώσεις πάνω από 35% σε ορισμένες χώρες, όπως η Εσθονία και η Λετονία, Αν και τα ποσοστά αυτοκτονιών σε αυτές τις δύο χώρες παραμένουν πάνω το μέσο όρο της ΕΕ. Από την άλλη πλευρά, τα ποσοστά θανάτου από αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί σε χώρες όπως η Πορτογαλία, όπου τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν κυρίως μεταξύ των ετών 2000 και 2002, και παρέμειναν σχετικά σταθερά από τότε. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ δυσμενών οικονομικών συνθηκών, υψηλών επιπέδων του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης, και των υψηλών επιπέδων των αυτοκτονιών (π.χ. Ceccherini- Nelli and Priebe, 2011; Van Gool and Pearson, 2014). Τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν κατά την έναρξη της οικονομική κρίση σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως μεταξύ των ανδρών (Chang et al., 2013). Στην Ελλάδα, ο απόλυτος αριθμός των θανάτων που οφείλονται σε αυτοκτονίες αυξήθηκαν σημαντικά κατά τα τελευταία χρόνια, από 328 το 2007 σε 477 το 2011 και 508 το 2012 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014). Αυτό ισοδυναμεί με μια αύξηση άνω του 50% κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου των πέντε ετών. Παρ 'όλα αυτά, το ποσοστό αυτοκτονιών στην Ελλάδα παραμένει σχετικά χαμηλά σε σύγκριση με άλλες χώρες, αν και αυτό μπορεί να οφείλεται, από ελλειπίες αναφορές. Το Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και την Ευημερία, που ξεκίνησε το 2008, αναγνώρισε την πρόληψη της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας ως έναν από τους πέντε τομείς προτεραιότητας. Απηύθυνε έκκληση για δράση μέσω της βελτίωσης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, περιορισμένης πρόσβασης σε δυναμικό μέσο για την αυτοκτονία, μέτρα να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση για την ψυχική υγεία, μέτρα για τη μείωση παράγοντων κινδύνου για την αυτοκτονία, όπως η υπερβολική κατανάλωση

αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών και του κοινωνικού αποκλεισμού, και η παροχή μηχανισμών στήριξης μετά από απόπειρες αυτοκτονίας και για τους πενθούντες από αυτοκτονία, όπως η συναισθηματική υποστήριξη με γραμμές βοήθειας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2009). Τα ποσοστά αυτοκτονίας μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη σηματοδότηση αδυναμιών των συστημάτων ψυχικής υγείας, (ΟΟΣΑ, 2014). Ο αριθμός των αυτοκτονιών σε ορισμένες χώρες μπορεί να μην αναφέρεται λόγω του στίγματος που σχετίζεται με την πράξη (θρησκευτικές, πολιτιστικές αιτίες κ.α.). Η συγκρισιμότητα των στοιχείων μεταξύ των χωρών για την αυτοκτονία επηρεάζεται επίσης από μια σειρά κριτηρίων, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου πρόθεσης θανάτωσης ενός ατόμου, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την συμπλήρωση του πιστοποιητικού θανάτου, κατά τη διεξαγωγή μιας ιατροδικαστικής έρευνας, και οι διατάξεις αυτές είναι απόρρητες. Προσοχή ως εκ τούτου, απαιτείται όσον αφορά την ερμηνεία μεταξύ των χωρών (OECD/European Union, 2014:28 ; Duquet and Alstein, 2015:23).

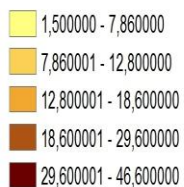
Συγκρίνοντας τις αυτοκτονίες στις περιφέρειες της Ευρώπης τις χρονιές 2000 και 2010 παρατηρείται μια γενικευμένη αύξηση των ποσοστών. Συγκεκριμένα το 2000, οι περιφέρειες με τα υψηλότερα ποσοστά ήταν στις χώρες της Βαλτικής, στις χώρες του Βισεγκραντ, της βόρειας Γαλλίας, της Φινλανδίας, και της ανατολικής Ευρώπης. Το 2010, σημειώθηκε θεαματική αύξηση των ποσοστών στις περισσότερες ευρωπαϊκές περιφέρειες με κορυφαίες τις περιφέρειες των Βαλτικών χωρών, των χωρών του Βινσεγκραντ, σχεδόν όλων της Γαλλίας, της νότιας Πορτογαλίας, της Σκανδιναβίας και της ανατολικής Ευρώπης. Η γεωγραφική συγκέντρωση των αυτοκτονιών και γενικότερη αύξησή τους οφείλεται σε διάφορους παράγοντες με ποιο έντονο τον κοινωνικό-οικονομικό ιδιαίτερα μέσα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης που πλήττει το μεγαλύτερο τμήμα της Ευρώπης μέχρι και σήμερα.

Χάρτης 10.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από αυτοκτονίες το 2000 και το 2010.

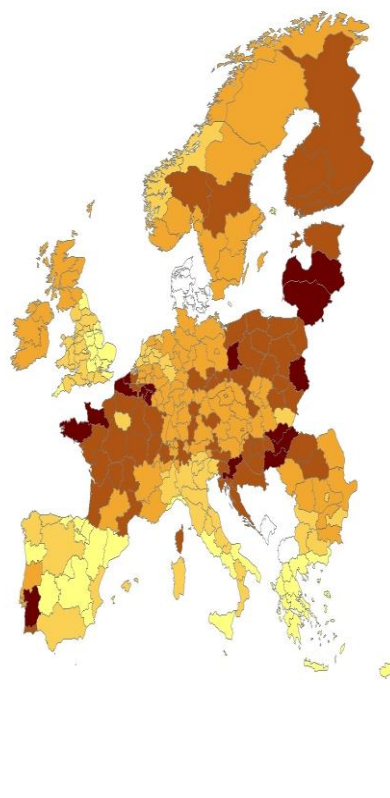


2000

Suicide and intentional self-harm, per 100000

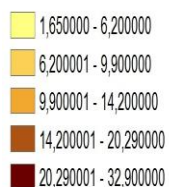


NO DATA



2010

Suicide and intentional self-harm, per 100000



NO DATA

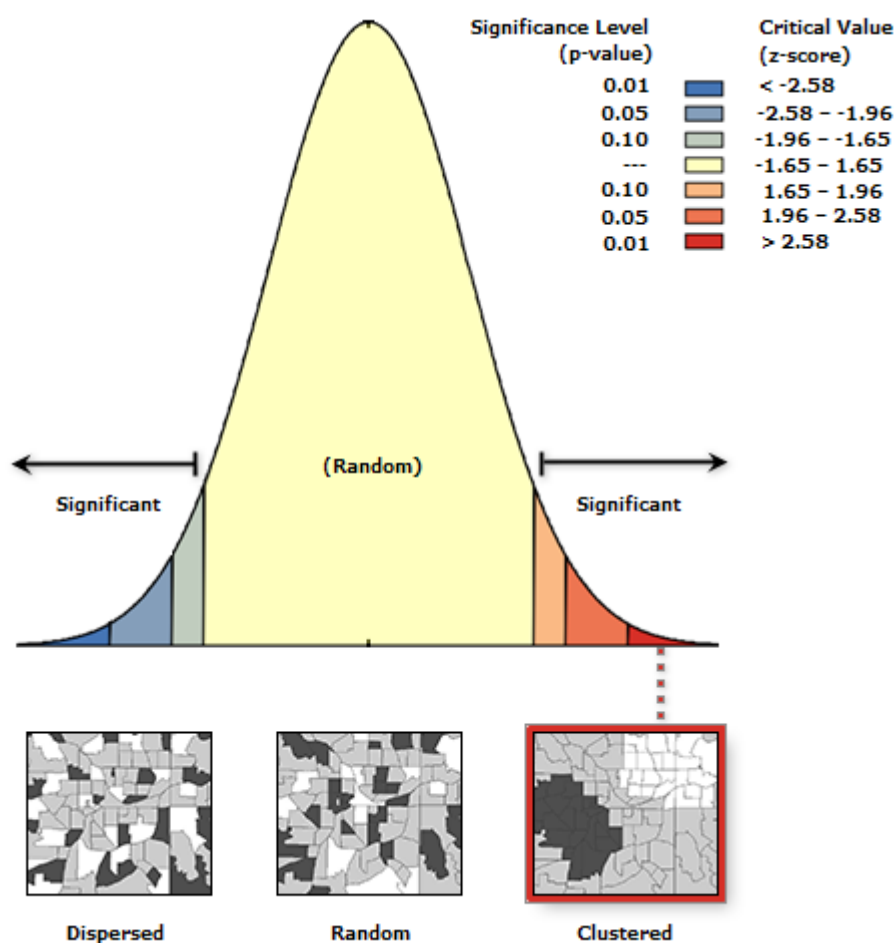


Εικόνα 10.1: Global Morans' I των θανάτων από αυτοκτονίες το 2010.²⁹

Moran's Index: 0.063498

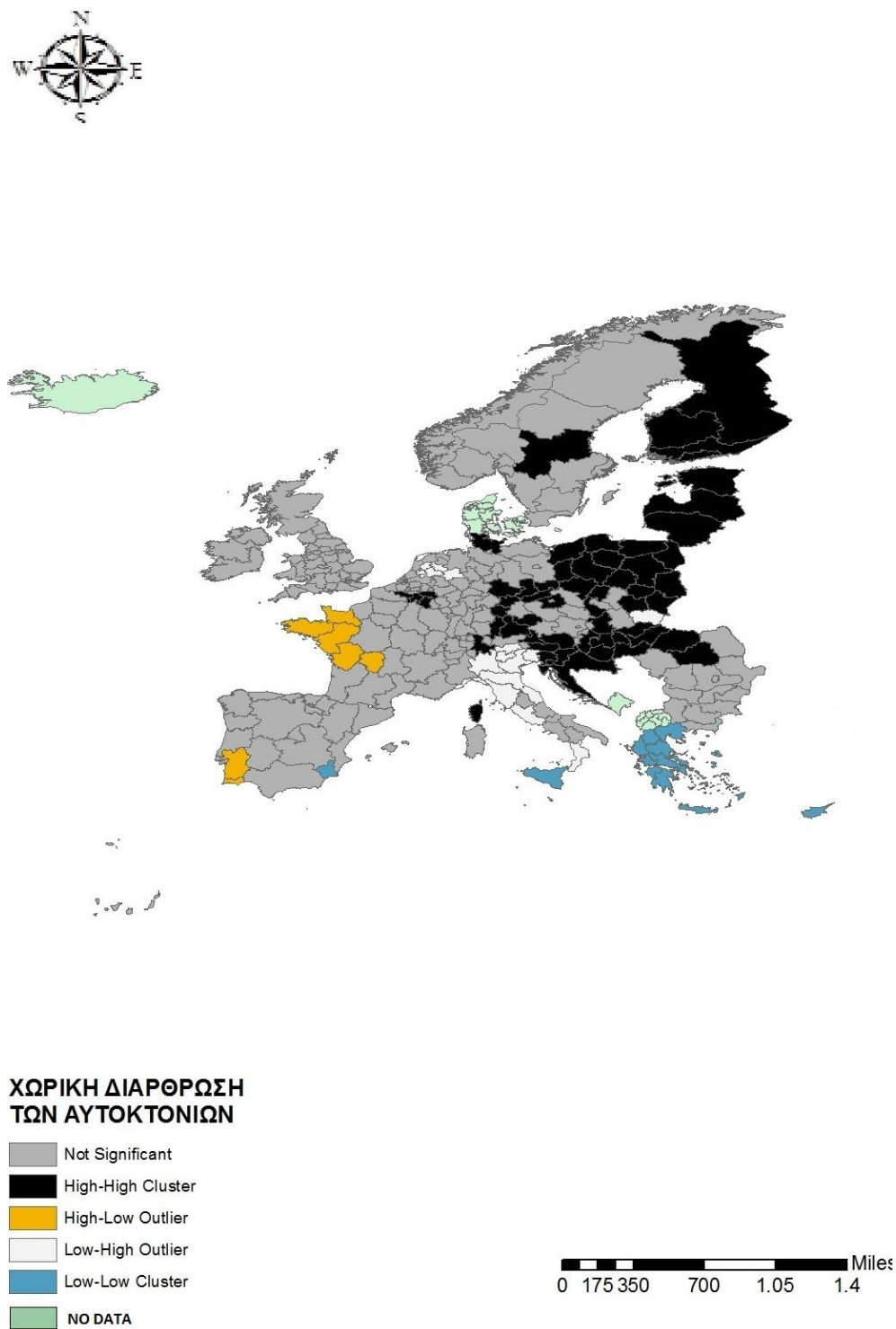
z-score: 16.733272

p-value: 0.000000



²⁹ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 10.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από αυτοκτονίες το 2010.³⁰



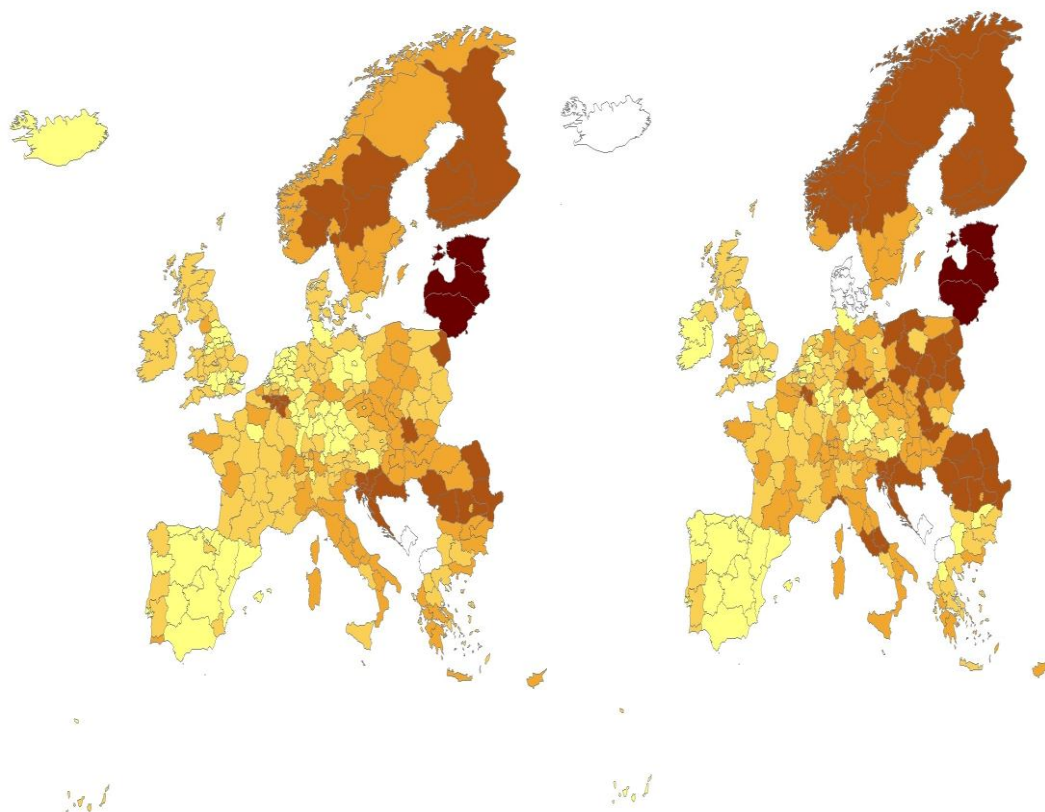
³⁰ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

11. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ/ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ

Ένα εκατομμύριο θάνατοι από τραυματισμούς σημειώθηκαν κατά το 2010 σε σχέση με τις δύο προηγούμενες δεκαετίες, με μια συνολική αύξηση 24%. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο από μία αύξηση των θανάτων σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Τα υπόλοιπα ατυχήματα επίσης αυξήθηκαν σε σύγκριση με το 1990. Επιπλέον αυξήθηκαν και οι θάνατοι τόσο από αυτοτραυματισμούς όσο και της διαπροσωπικής βίας. Οι θάνατοι από δυνάμεις της φύσης, του πολέμου και η νομική παρέμβαση ήταν περισσότερο από δύο φορές πιο συχνή σε σχέση με δύο δεκαετίες νωρίτερα. Το γεγονός ότι οι θάνατοι από τραυματισμούς αυξάνονται, και είναι η αιτία για έναν στους δέκα θανάτους παγκοσμίως, συνηγορεί υπέρ της μεγαλύτερης πολιτικής δράσης για την πρόληψή τους. Ωστόσο οι αριθμοί των θανάτων από μόνοι τους δεν παρέχουν σαφή ένδειξη για τις στρατηγικές ελέγχου της νόσου, δεδομένου ότι εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις αλλαγές στο μέγεθος του πληθυσμού και τη δομή της ηλικίας (Lozano et al., 2012:2113-2114).

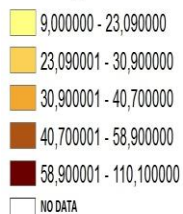
Η γεωγραφική απεικόνιση των ατυχημάτων διαχρονικά δείχνει μια γενικότερη αύξηση των τιμών. Ειδικότερα τη χρόνια 2007, οι περιφέρειες με τις υψηλότερες τιμές ήταν των χωρών της Βαλτικής, των χωρών της Σκανδιναβίας, της Κροατίας και της ανατολικής Ευρώπης με ελάχιστες εξαιρέσεις στις περιφέρειες της Γαλλίας. Το 2010, αυξητικές τάσεις αποτυπώνονται στις περιφέρειες των χωρών της Βαλτικής, των χωρών της Σκανδιναβίας, στις κεντρικής Ιταλίας και της ανατολικής Ευρώπης. Η χωρική συγκέντρωση σε αυτές τις περιφέρειες οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων και αυτό υποδηλώνει εθνικές μη αποτελεσματικές πολιτικές ή χρήση περισσότερων μέτρων και προδιαγραφών για την ασφάλεια στις μετακινήσεις, όπως αυστηροποίηση των πολιτικών κατανάλωσης αλκοόλ και οδήγησης.

Χάρτης 11.1: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από ατυχήματα το 2007 και το 2010.



2007

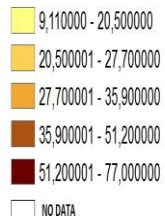
Accidents, per 100000



0 135 270 540 810 1,08 Miles

2010

Accidents, per 100000



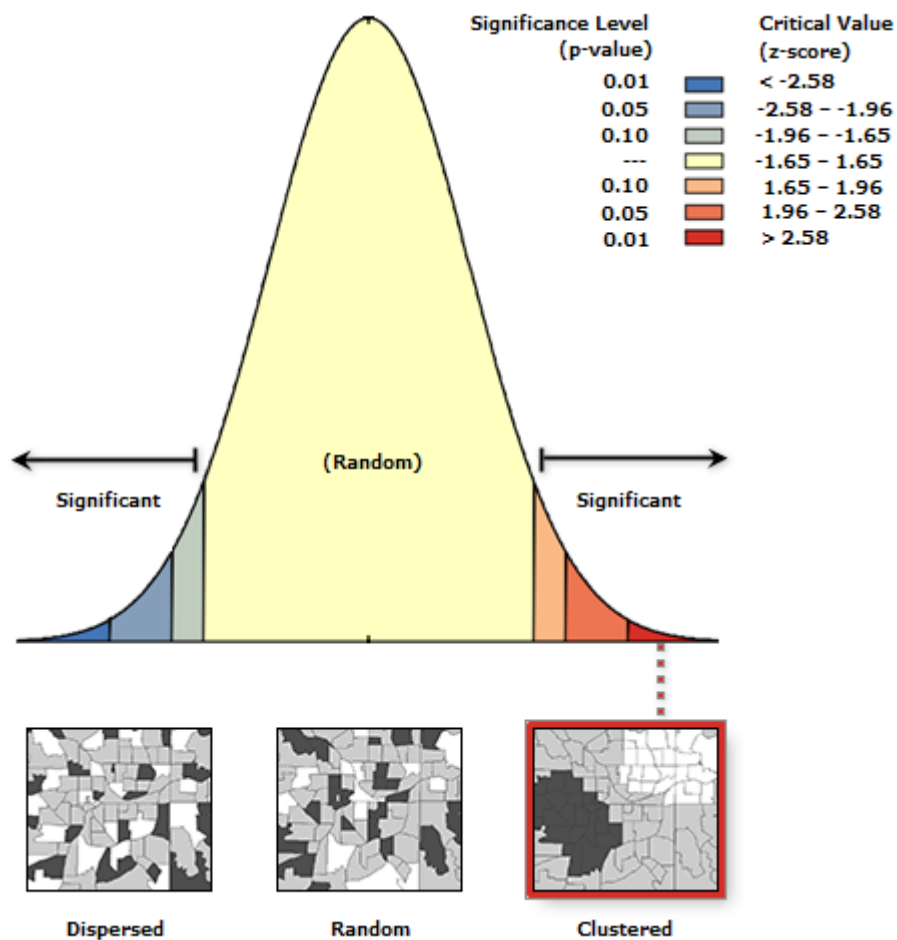
0 137,5075 550 825 1,1 Miles

Εικόνα 11.1: Global Morans' I των θανάτων από ατυχήματα το 2010.³¹

Moran's Index: 0.103784

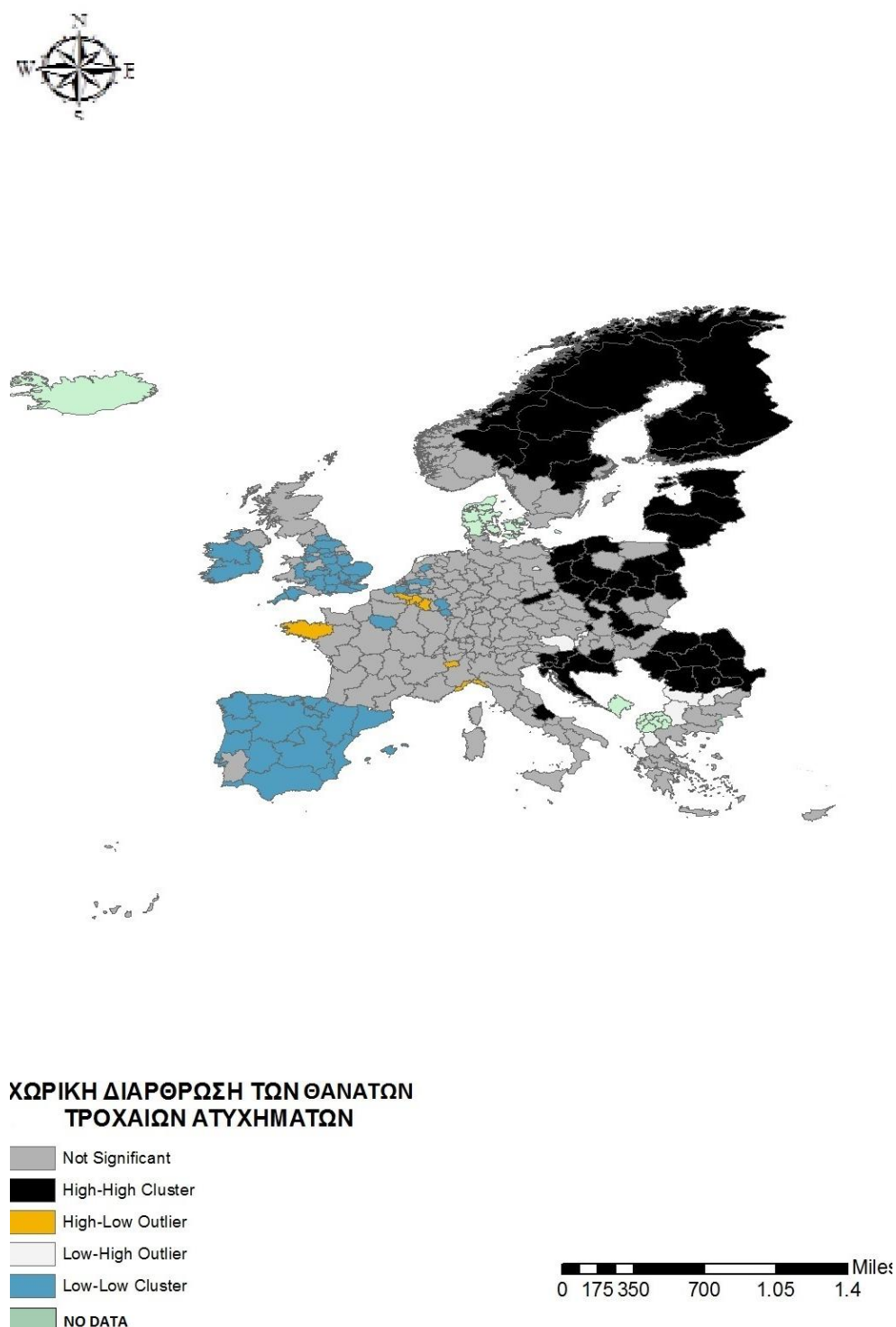
z-score: 26.835676

p-value: 0.000000



³¹ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

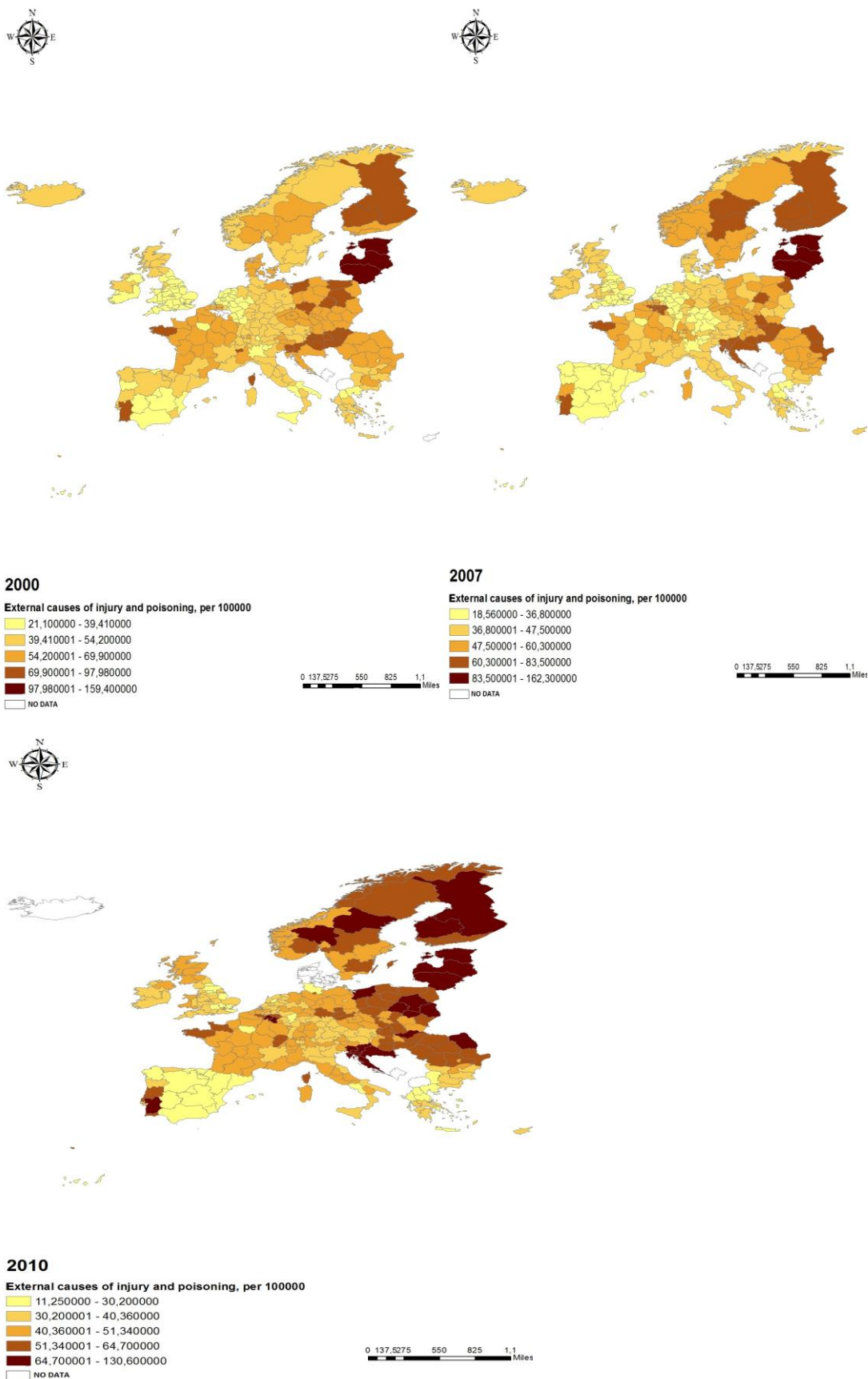
Χάρτης 11.2: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από ατυχήματα το 2010.³²



³² Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Οι θάνατοι από τραυματισμούς και δηλητηριάσεις στις ευρωπαϊκές περιφέρειες μεταξύ του 2000 και του 2007 παρέμειναν σε γενικές γραμμές σταθεροί, με αυξητικές τάσεις το 2007 σε ορισμένες μόνο περιφέρειες της Γαλλίας, της χώρας του Βινσεγκραντ, της Σκανδιναβίας και της ανατολικής Ευρώπης, ενώ μειώσεις διαφαίνονται στις περισσότερες περιφέρειες της Ισπανίας και της Γερμανίας. Οι υψηλότερες τιμές συνεχίζουν να αποτυπώνονται στις περιφέρειες των χωρών της Βαλτικής. Εν αντίθεση το 2010, υπήρξε μια αύξηση των ποσοστών στις περισσότερες ευρωπαϊκές περιφέρειες. Κορυφαίες τιμές των αυτοτραυματισμών και των δηλητηριάσεων ήταν στις περιφέρειες των Βαλτικών χωρών, της Σκανδιναβίας, των χωρών του Βινσεγκραντ (με υψηλότερη στις περιφέρειες της Κροατίας), της νοτίου Πορτογαλίας, της ανατολικής Ευρώπης και σε ορισμένες της Γαλλίας. Σταθερά χαμηλές τιμές επικράτησαν μόνο στις περιφέρειες της Ισπανίας. Αν και οι θάνατοι από τραυματισμούς και δηλητηριάσεις από μόνοι τους δεν παρέχουν κάποια σαφή ένδειξη για την χωρική συγκέντρωση τους και μπορεί να οφείλονται σε διάφορους παράγοντες, οι κύρια αιτία είναι η αύξηση της διαπροσωπικής και οικογενειακής βίας, όπως και των αυτοτραυματισμών. Επιπλέον ένα μη αμελητέο ρόλο παίζει και το εργασιακό περιβάλλον.

Χάρτης 11.3: Θάνατοι στις περιφέρειες της Ευρώπης ανά 100.000 κατοίκους από εξωτερικές αιτίες τραυματισμού και δηλητηριάσεις το 2000 το 2007 και το 2010.

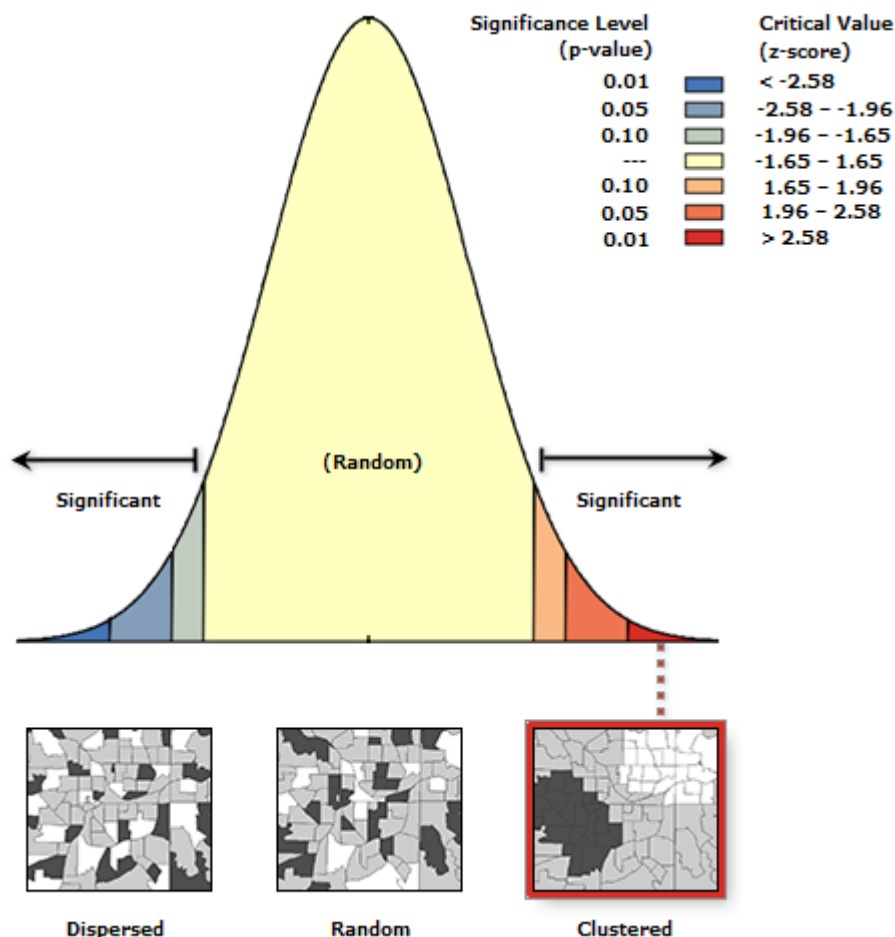


Εικόνα 11.2: Global Morans' I των θανάτων από εξωτερικές αιτίες τραυματισμού και δηλητηριάσεις το 2010.³³

Moran's Index: 0.096228

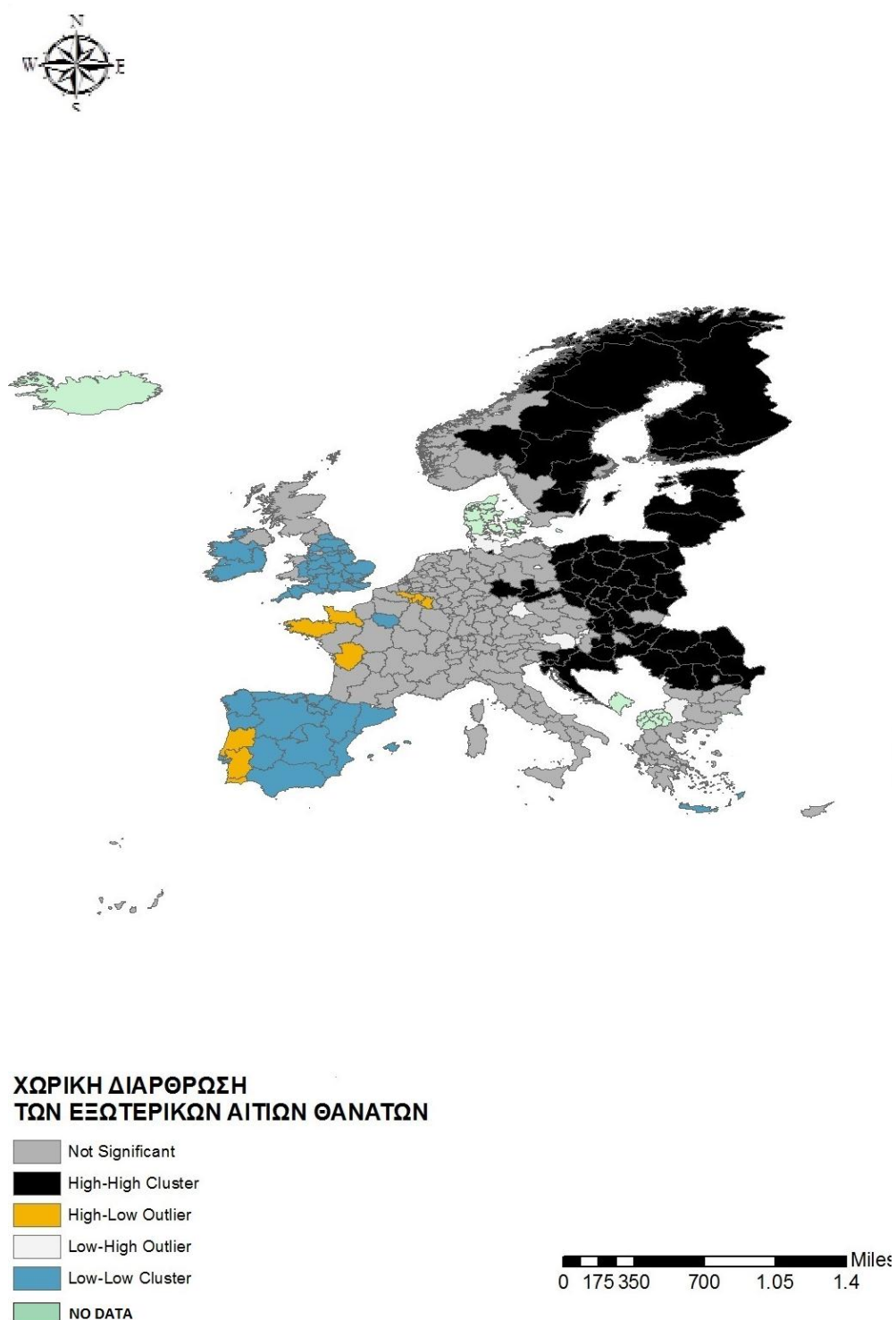
z-score: 24.985615

p-value: 0.000000



³³ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 11.4: Χωρική διάρθρωση των θανάτων από εξωτερικές αιτίες τραυματισμού και δηλητηριάσεις το 2010.³⁴



³⁴ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

12. ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Ο βρεφικός θάνατος αναφέρεται στο θάνατο που επέρχεται σε ένα βρέφος πριν συμπληρώσει το 1ο έτος της ζωής του. Η βρεφική θνησιμότητα, είναι ένας σημαντικός κοινωνικός δείκτης, ο οποίος ορίζεται ως ο λόγος των βρεφικών θανάτων που σημειώθηκαν στη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους προς τον αριθμό των γεννήσεων ζώντων του έτους αυτού. Με άλλα λόγια ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας εκφράζει την αναλογία των θανάτων βρεφών κάτω του έτους σε 1000 γεννήσεις ζώντων ετησίως (e-demography, n.d.).

Η βρεφική θνησιμότητα είναι μια σοβαρή ένδειξη του κατά πόσο μία χώρα είναι κοινωνικό-οικονομικά ανεπτυγμένη, όπως και κατά πόσο έχει εξελιγμένο σύστημα υγείας που απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως διαφόρων εξωτερικών παραγόντων όπως η κοινωνική ή πολιτισμική τους τάξη.

Συγκρίνοντας το πώς τα πάνε τα παιδιά σε διάφορες χώρες δείχνει ότι τα παιδιά της Βρετανίας είναι, δυστυχώς, μεταξύ των πιο υποβαθμισμένων στη Δυτική Ευρώπη. Αυτό αντικατοπτρίζεται στα ποσοστά θνησιμότητας, υπάρχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας των παιδιών κάτω των πέντε ετών που ζουν σε χώρες με υψηλό ποσοστό στέρησης νοικοκυριού. Τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας είναι στις Σκανδιναβικές χώρες, με λιγότερα παιδιά να στερούνται νοικοκυριά, και τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας είναι στην Ανατολική Ευρώπη, με το Ηνωμένο Βασίλειο στην ομάδα των ενδιάμεσων χωρών. Κατά πόσο δίκαια μοιράζεται ο πλούτος μεταξύ των ανθρώπων στο εσωτερικό μιας χώρας είναι πολύ σημαντικό για την επιβίωση των παιδιών. Η ανισότητα έχει σημασία για την υγεία. Τα παιδιά είναι πιο πιθανό να πεθάνουν σε χώρες όπου οι πλούσιοι είναι πολύ πολύ πλουσιότεροι από τους φτωχούς. Αυτό ισχύει και για τους εφήβους (Wolfe et al., 2014:17).

Η βρεφική θνησιμότητα για την Αγγλία, την Ουαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο στο σύνολό της, μειώνεται σταθερά εδώ και πολλά χρόνια, σε αντίθεση με της υπόλοιπες χώρες υψηλού κινδύνου που τα δεδομένα δείχνουν ελάχιστη μείωση. Η παιδική θνησιμότητα μπορεί να χωριστεί σε νεογνική θνησιμότητα, θάνατοι μέχρι και 27 ημέρες, και μετα-νεογνική θνησιμότητα, οι θάνατοι από τις 28 ημέρες, αλλά κάτω του ενός έτους. Όπως στις περισσότερες χώρες υψηλού εισοδήματος, η πλειοψηφία των θανάτων παιδιών συμβαίνουν στη νεογνική περίοδο και στις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου που αντιπροσωπεύουν περίπου το 70% των θανάτων παιδιών, εκτός από τη Βόρεια Ιρλανδία, όπου αντιπροσωπεύουν περίπου το 80%. Λίγο πάνω από τα τρία τέταρτα των νεογνικών θανάτων συμβαίνουν στις αρχές της νεογνικής περιόδου αν και το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο, κατά τα τέσσερα πέμπτα, στη Βόρεια Ιρλανδία. Δεν αποτελούν έκπληξη, τα νεογνικά ποσοστά θνησιμότητας παρουσιάζουν τις ίδιες πτωτικές τάσεις, όπως η παιδική θνησιμότητα, με τα υψηλότερα ποσοστά στην Βόρεια Ιρλανδία και τα χαμηλότερα στη Σκωτία (Wolfe et al., 2014:5-6).

Ένα από τα ισχυρότερα λοιπόν, θέματα που προκύπτουν από το γιατί τα παιδιά πεθαίνουν είναι οι επιπτώσεις της φτώχειας και της κοινωνικής ανισότητας, όπως φαίνεται από το γεγονός ότι τα ποσοστά θνησιμότητας είναι αισθητά υψηλότερα για τα μωρά που γεννιούνται σε οικογένειες χαμηλού εισοδήματος σε σύγκριση με εκείνους που γεννήθηκαν σε πλουσιότερα νοικοκυριά. Ένα στα τέσσερα παιδιά που ζουν σε συνθήκες φτώχειας στο Ηνωμένο Βασίλειο - συνολικά 3,5 εκατομμύρια παιδιά - και ο αριθμός αναμένεται να αυξηθεί στο μέλλον. Με μελλοντικές προβλέψεις, εκτιμάται ότι περισσότερα από τέσσερα εκατομμύρια παιδιά θα ζουν σε επίπεδα φτώχειας (RCPCH and NCB, 2014:5).

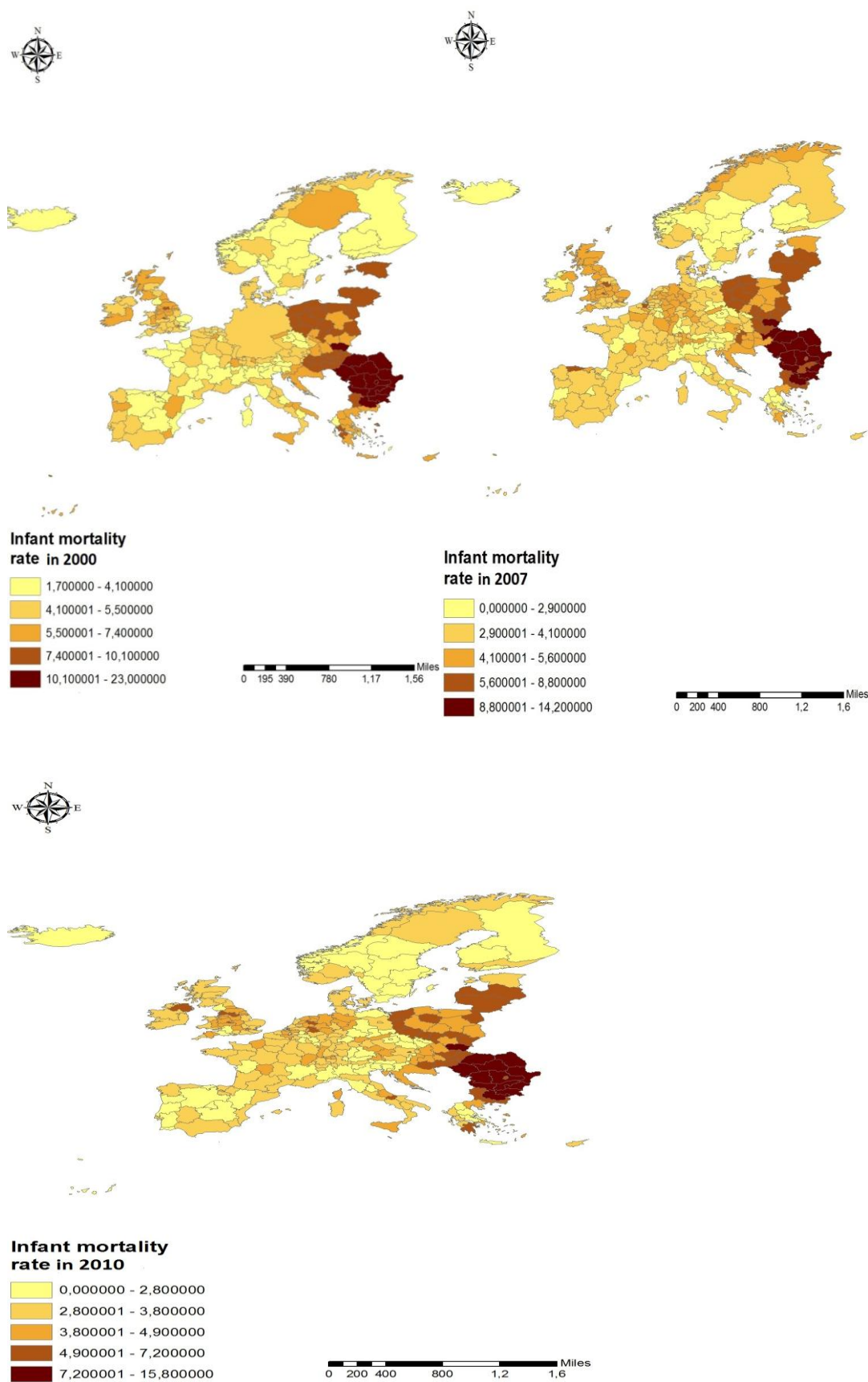
Οι πρόσφατες περικοπές των υπηρεσιών όπως η Παιδιών και Εφήβων Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (CAMHS) χρηματοδότηση σε όλη τη Βρετανία έχουν εγείρει σημαντικές ανησυχίες ότι θα μπορούσε να οδηγήσει σε μεγαλύτερη μείωση στην ικανότητα των παιδιών και των νέων να έχουν πρόσβαση στις τεκμηριωμένες θεραπείες που χρειάζονται, προσθέτοντας περαιτέρω το βάρος των νόσων που συνδέονται με την κακή ψυχική υγεία των παιδιών και των νέων (RCPCH and NCB, 2014:15).

Οπότε είναι σημαντικό να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση της αναγνώρισης και διαχείρισης των σοβαρών ασθενειών σε ολόκληρη την υπηρεσία υγείας - τόσο πρωτοβάθμια όσο και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ακόμη οι τραυματισμοί και οι δηλητηριάσεις μπορούν να προληφθούν, με αποτελεσματικές πολιτικές για τις πιο κοινές αιτίες θανάτου από ατυχήματα και τραυματισμούς. Επιπλέον οι αριθμοί των παιδιών με χρόνιες παθήσεις αυξάνονται, και υπάρχει απόδειξη παρά τα συγκριτικά φτωχά αποτελεσμάτα, για παράδειγμα το άσθμα, η επιληψία, και ο διαβήτης. Πρέπει λοιπόν, να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή για να βελτιωθεί η πρόληψη και η φροντίδα της υγείας συμπεριλαμβανομένης της κακής ψυχικής υγείας. Και τέλος ο ρόλος της κοινωνίας των πολιτών και της κυβέρνησης. Η απόλυτη διαθεσιμότητα των πόρων και των κεφαλαίων. Η ζωή των παιδιών μπορεί να προστατευθεί μέσω της υποστήριξης της κοινωνικής πολιτικής και της αναδιανομής των φορολογικών μέτρων (Wolfe et al., 2014:24).

Η συγκριτική ανάλυση των ποσοστών της βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ των περιφερειών της Ευρώπης υποδηλώνει μια γενικότερη μείωση των τιμών. Το 2000, οι περιφέρειες με τα υψηλότερα ποσοστά ήταν αυτές των Βαλτικών χωρών, της νοτιοανατολικής Ευρώπης αλλά και της κεντρικής Μεγάλης Βρετανίας. Το 2007, η συνολική εικόνα σε γενικές γραμμές παραμένει ίδια με μείωση των ποσοστών στις περιφέρειες της Βαλτικής και νοτιοανατολικής Ευρώπης, αλλά με αύξησεις των τιμών στις περιφέρειες της βόρειας Ισπανίας και τις περισσότερες περιφέρειες του Ηνωμένου Βασιλείου. Το 2010, τα ποσοστά της βρεφικής θνησιμότητας συνεχίζουν να μειώνονται στις περισσότερες ευρωπαϊκές περιφέρειες και πιο πολύ στις περιφέρειες της νοτιοδυτικής Ευρώπης, της ανατολικής Ευρώπης όπως και στις περιφέρειες της Βαλτικής. Παρόλα αυτά ανοδική τάση διαφαίνεται στις περιφέρειες της νοτιοανατολικής

Ευρώπης, της κεντρικής Ιταλίας, της βόρεια Γερμανίας και στις περισσότερες περιφέρειες της Μεγάλης Βρετανίας. Η σημαντικότερη αιτία των βρεφικών θανάτων είναι η κοινωνικό-οικονομική ανισότητα και η φτώχεια που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες είτε σε εθνικό, είτε σε περιφερειακό είτε σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Χώρες με έντονες ανισότητες στο εσωτερικό τους στερούν από τα παιδιά την δυνατότητα ίσης πρόσβασης στην υγεία και την πρόνοια, όπως και τα παιδιά από οικογένειες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ξεκινάν από διαφορετική βάση με τα υπόλοιπα παιδιά.

Χάρτης 12.1: Ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας στις περιφέρειες της Ευρώπης το 2000 το 2007 και το 2010.

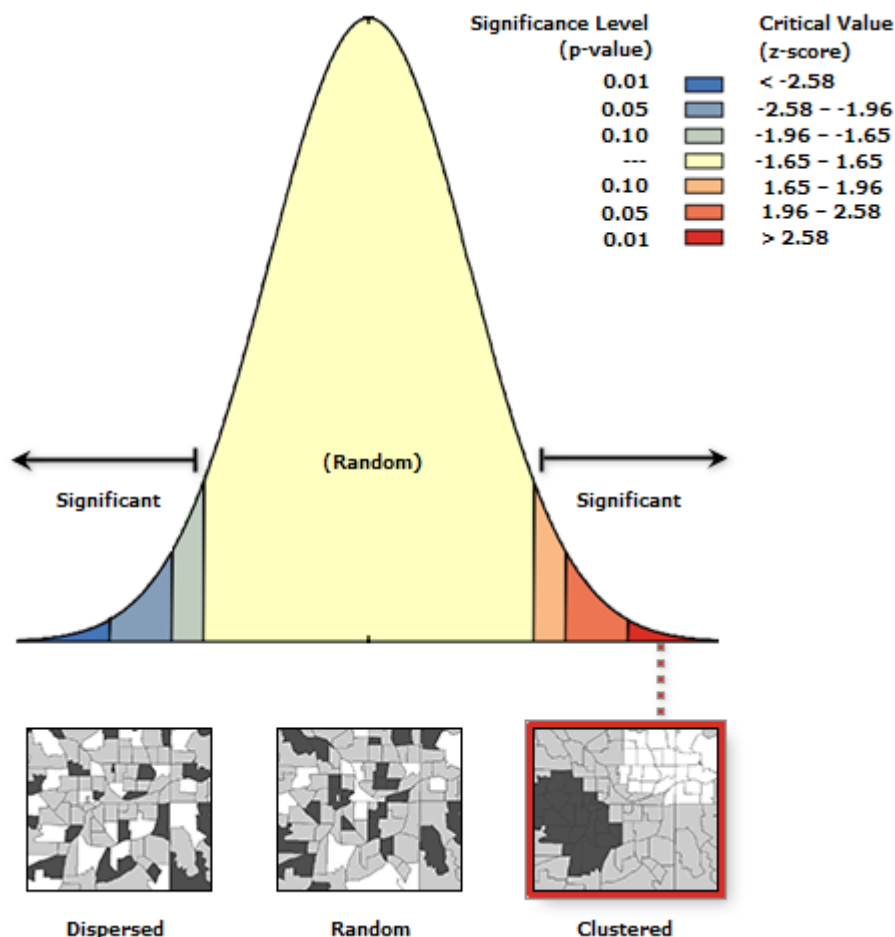


Εικόνα 12.1: Global Morans' I του ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας στις περιφέρειες της Ευρώπης το 2010.³⁵

Moran's Index: 0,066209

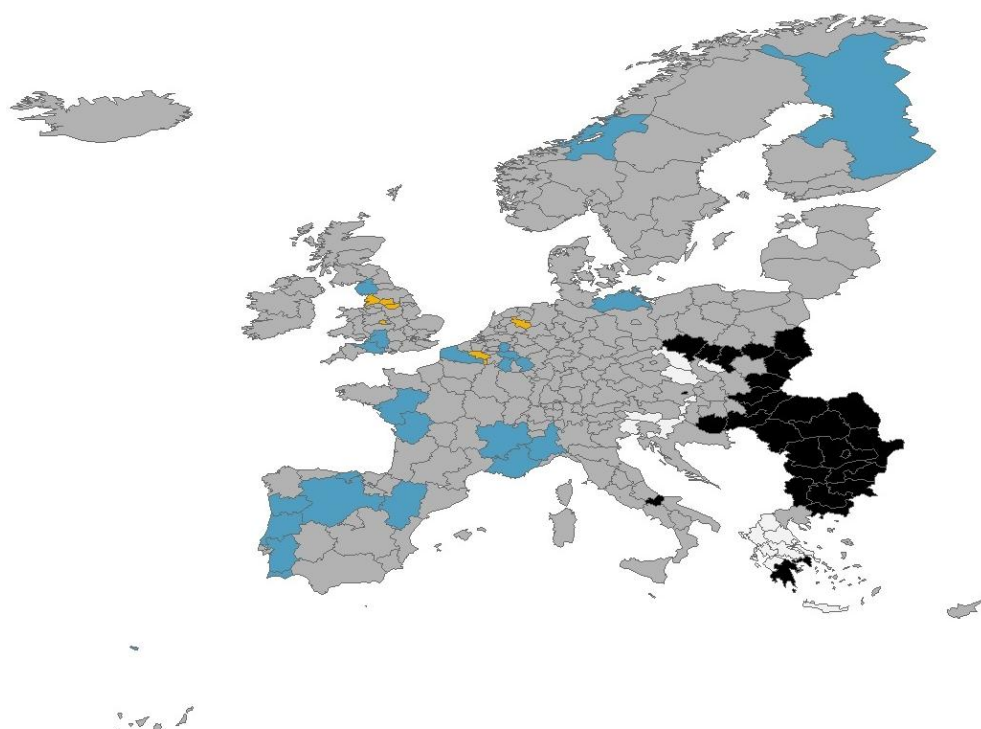
z-score: 19,051926 

p-value: 0,000000

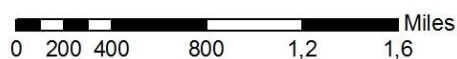
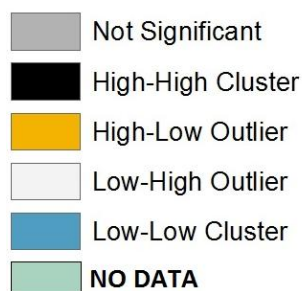


³⁵ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με τον δείκτη Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

Χάρτης 12.2: Χωρική διάρθρωση της βρεφικής θνησιμότητας στις περιφέρειες της Ευρώπης το 2010.³⁶



ΧΩΡΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟ 2010



³⁶ Παρατίθεται συνολική ανάλυση στο κεφάλαιο 13, επειδή όλες οι αιτίες θανάτου οι οποίες αναλύθηκαν με του δείκτες Global Morans' I και Local Morans' I παρουσιάζουν θετική χωρική αυτοσυσχέτιση και είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον περιφέρειες με αυξημένα ποσοστά ανά αιτία θανάτου είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Υψηλή- Υψηλή) και περιφέρειες με χαμηλότερα ποσοστά είναι περιοχές με αποτέλεσμα (Χαμηλή-Χαμηλή).

13. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΧΩΡΙΚΗΣ ΑΥΤΟΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ GLOBAL MORANS' I ΚΑΙ LOCAL MORANS'I.

Ως προς τη χωρική αυτοσυσχέτιση ο στατιστικά σημαντικός δείκτης Global Moran's I (βάσει του z- score και του p- value) υποδηλώνει ότι εν λόγω αυτοσυσχέτισεις στο συνολό τους είναι θετικές γεγονός που παραπέμπει σε μια δομή χωρικών συγκεντρώσεων. Επίσης με βάση το Local Moran's I φαίνεται πράγματι να υπάρχει μία χωρική συνάρθρωση υψηλών τιμών (H-H) των θανάτων για ορισμένες περιφέρειες και χαμηλών τιμών (L-L) για άλλες ευρωπαϊκές περιφέρειες.

Αναλυτικά, όλες οι αιτίες θανάτου που εξετάστηκαν, σύμφωνα με το πιο πρόσφατο έτος (2007-2010) με αυτούς του δύο δείκτες, ο Global Morans'I είχε θετική τιμή και τα p- value ξεπερνούσαν την τιμή 0.1. Αυτό υποδεικνυεί πως όλες οι αιτίες θανάτου στις ευρωπαϊκές περιφέρειες για τις αντίστοιχες χρονιές παραπέμπουν σε θετικές αυτοσυσχετίσεις, οπότε και σε γεωγραφικές συγκεντρώσεις. Τώρα όσον αφορά τα αποτελέσματα του δείκτη Local Morans' I δείχνουν μια γεωγραφική συσπείρωση όλων των υψηλών τιμών και αντίστοιχα όλων των χαμηλών. Το που ακριβώς προσδιορίζεται αυτή η γεωγραφική συγκέντρωση εξαρτάται από την αιτία θανάτου ξεχωριστά.

Τα ποσοστά θανάτου από χρόνιες παθήσεις του ήπατος και την κίρρωση συγκεντρώνονται με υψηλές τιμές στις περιφέρειες των χωρών του Βίσεγκραντ και της ανατολικής Ευρώπης και με χαμηλές στις περιφέρειες της δυτικής Ευρώπης, της Ισπανίας, νότιας Μεγάλης Βρετανίας και της Σκανδιναβίας. Επιπλέον υπάρχει μια περιφέρεια του βόρειο-δυτικού τμήματος της ηπειρωτικής Ευρώπης που κατέχει υψηλές τιμές ενώ οι όμορες περιφερειές της έχουν χαμηλές, εν' αντίθεση οι περιφέρειες της Ελλάδας έχουν χαμηλές τιμές και περιβάλλονται από περιφέρειες συγκέντρωσης υψηλών τιμών θανάτου από χρόνιες παθήσεις του ήπατος και την κίρρωση.

Οι τιμές θανάτου από κακοήγη νεόπλασμα του συκωτιού και των ενδοηπατικών χοληφόρων αγωγών συγκεντρώνονται με υψηλά ποσοστά την νότια και ανατολική Ευρώπη και με χαμηλά ποσοστά κυρίως στη βόρεια και δυτική Ευρώπη. Ακόμη, ορισμένες περιφέρειες της Γερμανίας που αποτυπώνουν υψηλές τιμές στο χάρτη γειτονεύουν με περιφέρειες χαμηλών τιμών, ενώ ορισμένες περιφέρειες της κεντρικής Ευρώπης είναι περιφέρειες με χαμηλά ποσοστά που γειτονεύουν με το αντίθετο μοτίβο.

Τα αριθμητικά δεδομένα θανάτου από την ιογενή ηπατίτιδα συναρθρώνονται κυρίως με τιμές Υψηλή- Υψηλή στις περιφέρειες της Ιταλίας ενώ με τιμές Χαμηλή- Χαμηλή σε ορισμένες περιφέρειες της Σκανδιναβίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Βαλτικής. Εξαίρεση αποτελεί

μία περιφέρεια της Βαλτικής που φέρει την τιμή Υψηλή- Χαμηλή, το οποίο σημαίνει είναι περιφέρεια με υψηλά ποσοστά θανάτου της ιογενούς ηπατίτιδας αλλά περιβάλλεται από χώρες με χαμηλά ποσοστά, επιπρόσθετα διαφαίνονται περιφέρειες στην κεντρική Ευρώπη και χώρες της Βαλτικής που έχουν χαμηλά ποσοστά θανάτου αλλά περικλείονται από περιφέρειες με υψηλά ποσοστά όπως και περιφέρειες με χαμηλά ποσοστά που περιτριγυρίζονται από περιφέρειες υψηλών ποσοστών.

Τα ποσοστά θανάτου του καρκίνου του λάρυγγα, των βρόγχων και του πνεύμονα έχουν τις πιο υψηλές τιμές θανάτου στις περιφέρειες των χωρών της Μεσαιευρώπης και τις πιο χαμηλές στις περιφέρειες της Φινλανδίας. Επιπλέον κάποιες περιφέρειες της κεντρικής Ευρώπης έχουν χαμηλές τιμές και συνορεύουν με περιφέρειες με υψηλές.

Η χωρική διάρθρωση των τιμών των θανάτων από καρκίνωμα του στήθους αποτυπώνεται με συγκέντρωση των τιμών θανάτων (H-H) στις περιφέρειες του Ηνωμένου Βασιλείου, της βορείου Γερμανίας, Δανίας, και χωρών της βόρειο-δυτικής Ευρώπης, ενώ η συγκέντρωση των τιμών (L-L) διαφαίνεται στις περιφέρειες της Ισπανίας και της βόρειας και ανατολικής Ευρώπης. Επίσης, παρατηρούνται και τιμές (H-L) σε περιφέρειες της νοτίου Πορτογαλίας και ανατολικής Ευρώπης, όπως και τιμές (L-H) στις περισσότερες περιφέρειες της Γαλλίας, της κεντρικής Ευρώπης, της νότιας Ιρλανδίας και της νότιας Σκανδιναβίας.

Οι τιμές θανάτου από κακοήγη νεόπλασμα του ορθού, του παχέως εντέρου και του πρωκτού απαντώνται με χωρικές συγκεντρώσεις υψηλών τιμών στις περιφέρειες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης και με συγκεντρώσεις χαμηλών τιμών στις περιφέρειες της δυτικής και νότιας γηραιάς ηπείρου. Επιπλέον, υπάρχουν περιφέρειες στη νότια Πορτογαλία, την Μεγάλη Βρετανία και την Ιταλία που εμφανίζουν υψηλές τιμές όμως γειτνιάζονται από περιφέρειες με χαμηλές τιμές και περιφέρειες στην κεντρική Ευρώπη και νότια Φινλανδία που έχουν χαμηλές τιμές και περικλείονται από περιφέρειες με υψηλές τιμές.

Τα ποσοστά καρκίνου του προστάτη έχει την πιο έντονη χωρική συγκέντρωση θανάτων με υψηλές τιμές στις περιφέρειες της κεντρικής Ευρώπης και της Φινλανδίας και με χαμηλές τιμές στις περιφέρειες της Ιβηρικής χερσονήσου.

Τα δεδομένα θανάτου από αιτίες του πεπτικού συστήματος έχουν Υψηλή-Υψηλή συγκέντρωση στην βόρεια και ανατολική Ευρώπη, Χαμηλή - Χαμηλή συγκέντρωση στην νότια και δυτική Ευρώπη, ενώ Υψηλή- Χαμηλή συγκέντρωση αποτυπώνεται στις περιφέρειες της νότιας Πορτογαλίας και Χαμηλή- Υψηλή συγκέντρωση σε ορισμένες περιφέρειες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης.

Οι τιμές των θανάτων από το καρκίνωμα του παγκρέατος παρουσιάζουν συγκέντρωση τύπου (H-H) στις περιφέρειες του κεντρικού τμήματος της Ευρώπης (κυρίως Γερμανίας) και της Ιταλίας, τύπου (L-L) στις περιφέρειες του ανατολικού τμήματος της Ευρώπης όπως επίσης και

του νότιο- δυτικού τμήματος (κυρίως Ισπανία) ενώ τέλος, τιμές (L-H) καταλαμβάνουν ορισμένες περιφέρειες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης (κυρίως Γαλλία).

Όσον αφορά τις τιμές των θανάτων από λεμφικούς αιμοποιητικούς ιστούς οι υψηλές τιμές συγκεντρώνονται χωρικά στις περιφέρειες της Ισπανίας και της Γαλλίας, ενώ οι χαμηλές στην ανατολική Ευρώπη και τη νότιο Σκανδιναβία. Στην κεντρική Ευρώπη υπάρχουν περιφέρειες που έχουν υψηλές τιμές και γειτνιάζουν με περιφέρειες χαμηλών τιμών ενώ αντίθετα οι περιφέρειες της Πορτογαλίας κατέχουν χαμηλές τιμές και οι όμορες της υψηλές.

Τα ποσοστά των θανάτων από αγγειακό εγκεφαλικό συγκεντρώνονται σε περιφέρειες την νότιας και ανατολικής Ευρώπης με υψηλές τιμές ενώ με χαμηλές τιμές συναθροίζονται σε περιφέρειες της νότιας και δυτικής Ευρώπης. Οι περιφέρειες της Μεγάλης Βρετανίας, της κεντρικής Ευρώπης και της κεντρικής Μεγάλης Βρετανίας απεικονίζουν μοτίβο υψηλών τιμών περιφερειών που γειτονεύουν με περιφέρειες χαμηλών τιμών.

Οι τιμές θανάτου από ισχαιμική καρδιοπάθεια απεικονίζεται με τιμές (H-H) σε περιφέρειες της ανατολικής και βόρειας Ευρώπης και με τιμές (L-L) στην νότια και δυτική Ευρώπη. Εξαίρεση αποτελεί μία περιφέρεια της Μεγάλης Βρετανίας που οι τιμές της απεικονίζονται (H-L).

Τα αριθμητικά δεδομένα θανάτου από πνευμονικό οίδημα και άλλες καρδιοπάθειες συσπειρώνονται στις περιφέρειες της ανατολικής ευρωπαϊκής ηπείρου και των χωρών της Βαλτικής με υψηλές τιμές και στις περιφέρειες της Πορτογαλίας με χαμηλές. Οι περιφέρειες της Φινλανδίας είναι περιφέρειες με χαμηλές τιμές που συνορεύουν με περιφέρειες με υψηλές τιμές.

Οι τιμές αιτίες θανάτου που οφείλονται στο νευρικό σύστημα ομαδοποιούνται με υψηλές τιμές στην βόρεια Ευρώπη, ενώ με χαμηλές τιμές στο νότιο και ανατολικό τμήμα της Ευρώπης. Οι περιφέρειες της Ιταλίας συγκεντρώνονται σε υψηλές τιμές ενώ γειτονεύουν με περιφέρειες χαμηλών τιμών.

Τα ποσοστά αυτοκτονιών συσπειρώνονται με υψηλές τιμές στην κεντρική και βόρεια Ευρώπη ενώ με χαμηλές τιμές στην νότια. Ορισμένες περιφέρειες της νότιας και δυτικής Ευρώπης κατέχουν υψηλές τιμές όμως γειτνιάζουν με περιφέρειες χαμηλών τιμών.

Τα ποσοστά των θανατηφόρων ατυχημάτων ομαδοποιούνται κυρίως στην κεντρική- ανατολική και βόρεια Ευρώπη με υψηλές τιμές, ενώ οι περιφέρειες της Ισπανίας και του νοτίου τμήματος της Μεγάλης Βρετανίας με χαμηλές. Επιπλέον, ορισμένες περιφέρειες της δυτικής Ευρώπης έχουν υψηλές τιμές και συνορεύουν με περιφέρειες με χαμηλές τιμές.

Τα ποσοστά θανάτου από τραυματισμούς και δηλητηριάσεις ακολουθούν το μοτίβο των ατυχημάτων (H-H) τιμές στην κεντρική- ανατολική και βόρεια Ευρώπη και (L-L) στις περιφέρειες της νοτιοδυτικής Ευρώπης και νότιας Μεγάλης Βρετανίας. Οι ίδιες περιφέρειες που είχαν τιμές ατυχημάτων (H-L) κατέχουν την τιμή (H-L) και στους θανατηφόρους αυτοτραυματισμούς και δηλητηριάσεις.

Η βρεφική θνησιμότητα συγκεντρώνεται θετικά με υψηλές τιμές στην ανατολική και νότια Ευρώπη, ενώ με χαμηλές τιμές σε περιφέρειες της νότιο- δυτικής Ευρώπης, όπως και της βόρειας. Οι περιφέρειες του κεντρικού Ηνωμένου Βασιλείου και ορισμένες της δυτικής Ευρώπης έχουν υψηλές τιμές της βρεφικής θνησιμότητας και γειτνιάζουν με περιφέρειες χαμηλών τιμών.

Τέλος οι περιφέρειες που απεικονίζονται με γκρι χρώμα δεν δείχνουν σημαντική τάση συγκέντρωσης στο χώρο.

14. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην νοσηρότητα και θνησιμότητα έχουν παρατηρηθεί σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Οι ανισότητες της υγείας είναι κοινό θέμα σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τον βαθμό στον οποίο οι ανισότητες στην υγεία είναι παρόμοιες ή ανόμοιες στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Μεγάλες ανομοιότητες θα σήμαινε ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες σε συγκεκριμένες εθνικές συνθήκες. Λίγες μελέτες έχουν γίνει σε σχέση με τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές στη θνησιμότητα με βάση τις αιτίες θανάτων. Μια μελέτη η οποία συνέκρινε την Ουγγαρία και την βόρεια Ευρώπη διαπίστωσε ότι η συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο ήταν σχετικά ασθενής για την καρδιαγγειακή νόσο, αλλά σχετικά ισχυρή για άλλες αιτίες θανάτων. Αυτό αποδείκνυε ότι παράγοντες κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο (για παράδειγμα, κατανάλωσης καπνού) είχε μια μικρότερη συμβολή στις διαφορές θνησιμότητας στην Ουγγαρία από ό, τι στο βόρειο τμήμα της Ευρώπης (Kunst et al., 1998:1636). Στις χώρες της νότιας Ευρώπης, τα ποσοστά θανάτου από ισχαιμική καρδιοπάθεια ελάχιστα διέφεραν μεταξύ χειρωνακτικών και μη χειρωνακτικών τάξεων. Αυτή είναι πιθανώς η αιτία που υφίσταται η χαμηλή θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιακή νόσο στη νότια Ευρώπη. Ειδικές συμβουλές προστασίας για τους άνδρες της Νότιας Ευρώπης ενάντια στην ισχαιμική καρδιακή νόσο είναι η παραδοσιακή διαίτα, με συχνή κατανάλωση φρέσκων λαχανικά, φρούτα, ψάρια, και το φυτικό έλαιο, και η ελάχιστη κατανάλωση αλκοόλ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι παράγοντες αυτοί έχουν παίξει ρόλο για την προστασία από τη νόσο. Το κάπνισμα μπορεί να παίξει έναν αρνητικό ρόλο βέβαια. Παρά την έλλειψη σαφών κοινωνικών κατατάξεων στο κάπνισμα στη νότια Ευρώπη στις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι διαφορές στους θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα ήταν μεγάλες περίπου όπως στη Γαλλία, την Ελβετία, την Ισπανία και όπως ήταν και στις βόρειες χώρες. Άλλοι παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα (ψυχοκοινωνικών παραγόντων ή υψηλή έκθεση σε ουσίες στο χώρο εργασίας) φαίνεται να έχουν αυξημένη συσχέτιση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα μεταξύ των ανδρών χειρωνακτών στις νότιες

χώρες. Στις αρχές του 1980 στις ευρωπαϊκές χώρες διέφερε ο βαθμός στον οποίο η υγειονομική περίθαλψη ήταν προσιτή σε χαμηλότερες επαγγελματικές τάξεις. Αν μειωθεί η πρόσβαση στην υγεία επηρεάζει την επιβίωση των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Ένα παράδειγμα είναι η αγγειακή εγκεφαλική νόσος, στην οποία επαρκεί η ανίχνευση και ο έλεγχος της υπέρτασης που μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα. Ειδικές εθνικές περιστάσεις φαίνεται να είναι σε θέση να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το μέγεθος, το σχήμα, και τις αιτίες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. Αυτό απεικονίζεται από τα πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ στη Γαλλία και Φινλανδία. Αντίθετα, οι διαφορές θνησιμότητας στις χώρες της Μεσογείου φαίνεται να έχουν μετριαστεί από τις διατροφικές συνήθειες και το ποτό που παραδοσιακά προστατεύει τους άνδρες στις χαμηλότερες τάξεις έναντι της ισχαιμικής καρδιακή ασθένεια (Kunst et al., 1998:1640).

Επιπλέον στις νότιες χώρες οι υψηλότερες επαγγελματικές τάξεις έχουν περισσότερες πιθανότητες να γεράσουν. Αυτό το πέτυχαν όχι τόσο πολύ με την πρόληψη των θανάτων από ισχαιμική καρδιοπάθεια, αλλά με την πρόληψη πρόωρου θανάτου από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν, όπως είναι οι ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ. Πρόσφατες έρευνες έχουν τονίσει τη σημασία του ψυχοκοινωνικού άγχους. Το χρόνια άγχος αναμένεται να αυξήσει τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου απευθείας μέσω του ανοσοποιητικού και έμμεσα μέσω δυσμενών αντιδράσεων συμπεριφοράς, όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, και η βία. Πολιτιστικές για το χρόνια στρες μπορεί να διαφέρουν από χώρα σε χώρα, όπως οι διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών στα εθνικά πρότυπα των αιτιών θανάτου. Μια συμπληρωματική προοπτική τονίζει τη διαδικασία της κοινωνικής προσφοράς και την πρόσβαση σε πόρους. Μέλη της τριτοβάθμιας επαγγελματικής τάξης έχουν πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα πόρων, συμπεριλαμβανομένου των πόρων που απαιτούνται για την επίτευξη μια επιθυμητής επαγγελματικής θέσης (όπως η τριτοβάθμια εκπαίδευση και το ευνοϊκό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο) και οι πόροι που προκύπτουν για όσους έχουν φθάσει σε μία υψηλή θέση (υψηλό εισόδημα, η ασφάλεια της απασχόλησης, και την αίσθηση του). Αυτό επιτρέπει τις υψηλότερες επαγγελματικές κατηγορίες να προστατεύονται από τον πρόωρο θάνατο με ένα ευέλικτο τρόπο (Kunst et al., 1998:1640).

Το πιο σημαντικό εύρημα των μελετών είναι ότι σε κάθε χώρα η ισχύς της σύνδεσης μεταξύ κοινωνικής τάξης και θνησιμότητα ποικίλλει ανάλογα με την αιτία θανάτου. Οι μεγαλύτερες διαφορές είναι στους θανάτους από εξωτερικές αιτίες (ατυχήματα και βία), ενώ οι μικρότερες τείνουν να είναι σε νεοπλάσματα (στη βόρεια Ευρώπη) και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (στη νότια Ευρώπη). Αυτή η διαφοροποίηση ανάλογα με την αιτία, και το γεγονός ότι διαφέρουν μεταξύ των περιφερειών της Ευρώπης, δεν υποστηρίζει την άμεση σύνδεση μεταξύ άγχους και γενικής ευαισθησίας σε ασθένειες. Αντ' αυτού, υποδηλώνει ότι ειδικοί παράγοντες κινδύνου,

όπως το κάπνισμα ή το αλκοόλ, αποτελούν τη βάση των προτύπων που βρίσκονται σε κάθε χώρα (Leon,1998: 1642).

Σε όλες τις χώρες, η θνησιμότητα σε όλες τις αιτίες είναι υψηλότερη σε χειρωνακτικές κοινωνικές τάξεις. Η Αγγλία και η Ουαλία, η Φινλανδία και η Γαλλία έχουν τις μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. Ακόμη οι ανισότητες στις Σκανδιναβικές χώρες και στις Κάτω χώρες στην νοσηρότητα και τη θνησιμότητα δεν είναι μικρότερες. Επιπλέον εντός της Ευρώπης στο σύνολό της υπάρχουν ακόμα μεγαλύτερες αποκλίσεις. Η πρώην κομμουνιστικές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης της Ρωσίας, δείχνουν μεγαλύτερη κοινωνικοοικονομική διαφορά στη θνησιμότητα από ό, τι οι χώρες της δυτικής Ευρώπης. Αυτό, σε συνδυασμό με την αλλαγή του μεγέθους των κοινωνικών ταξικών διαφορών με την πάροδο του χρόνου, δείχνει ότι οι διαφορές πόσο μάλλον όχι από το να σταθεροποιούνται (Leon,1998: 1642 ; Cavelaars,Kunst and Mackenbach, 1997:354-370).

Οι άνθρωποι λοιπόν, με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, χαμηλότερη επαγγελματική τάξη, ή χαμηλότερο επίπεδο εισοδήματος τείνουν να πεθαίνουν σε νεότερη ηλικία, και έχουν ένα υψηλότερο επίπεδο επιπολασμού όλων των ειδών προβλημάτων υγείας. Αυτό οδηγεί σε πραγματικά τεράστιες διαφορές μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων στον αριθμό των χρόνων που οι άνθρωποι μπορούν να αναμένουν να ζήσουν σε καλή κατάσταση υγείας («προσδοκία υγείας»). Σε χώρες με διαθέσιμα στοιχεία, το προσδόκιμο υγείας τυπικά ανέρχεται έως 10 χρόνια ή και περισσότερο και υπολογίζονται από τη γέννηση. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας έχουν βρεθεί σε όλες τις περιφέρειες της Ευρώπης, ακόμη και αν τα δεδομένα για μια συγκεκριμένη χώρα δεν είναι διαθέσιμα, μπορεί κανείς να αναμένει παρόμοιες ανισότητες (Mackenbach,2006: 4).

Οπότε, η ταχύτερη μείωση της θνησιμότητας σε ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες ήταν με τη σειρά τους, κυρίως λόγω της ταχύτερης μείωσης της θνησιμότητας στις καρδιαγγειακές παθήσεις, που μπορούν να προληφθούν. Σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης, τη δεκαετία του 1980 και του 1990 υπήρξαν δεκαετίες με σημαντικές βελτιώσεις στην καρδιαγγειακή νόσο. Αυτό οφείλεται σε βελτιώσεις στην υγεία (λιγότερο κάπνισμα, μέτριες βελτιώσεις στη διατροφή, τη σωματική άσκηση), και με την εισαγωγή αποτελεσματικών παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης (ανίχνευση και θεραπεία της υπέρτασης, χειρουργικές επεμβάσεις, θρομβολυτική θεραπεία). Προφανώς, ενώ οι βελτιώσεις αυτές έχουν σε κάποιο βαθμό ληφθεί από όλες τις κοινωνικό-οικονομικές ομάδες, οι ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες έχουν την τάση να επωφελούνται περισσότερο (Mackenbach,2006: 8).

Η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς το μέγεθος των ανισοτήτων στον τομέα της θνησιμότητας οφείλεται εν μέρει στην διαφορά στην αιτία-θανάτου: οι γυναίκες πεθαίνουν πιο συχνά από καρκίνο από τους άνδρες, και οι ανισότητες στη θνησιμότητα από καρκίνο τείνουν να

είναι μικρότερες από τις ανισότητες της θνησιμότητας από άλλες αιτίες θανάτου. Επιπλέον, ορισμένοι παράγοντες κινδύνου για τη θνησιμότητα τείνουν να συνδέονται πιο στενά με την κοινωνικοοικονομική θέση μεταξύ των ανδρών από ό, τι μεταξύ των γυναικών. Όποια και αν είναι η εξήγηση, ωστόσο, αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η κοινωνικό-οικονομικές ανισότητες στη θνησιμότητα μεταξύ των ανδρών είναι πιο πειστική για τη δημόσια υγεία από εκείνες των γυναικών, αλλά η τελευταία δεν θα πρέπει φυσικά να παραμελείται (Mackenbach, 2006: 12).

Το αρνητικό γεγονός είναι ότι, όλες οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν μεγάλες ανισότητες στο εισόδημα. Σύμφωνα με τη Eurostat, το 20 % του πληθυσμού με το υψηλότερο εισόδημα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ-25) έλαβε 4,5 φορές περισσότερο από 20 σεντς ανά τον πληθυσμό της από ότι το χαμηλότερο εισόδημα το 2001. Το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας (ορίζεται ως, όσοι έχουν εισόδημα κάτω από το 60 τοις εκατό του εθνικού μέσου όρου) ήταν 15% στην ΕΕ. Παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά της εισοδηματικής ανισότητας και της φτώχειας διαφέρουν μεταξύ των χωρών, εν μέρει ως αποτέλεσμα της διαφοράς στη φορολογία του εισοδήματος και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, είναι πολύ πιθανό ότι οι ανισότητες στην οικονομία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξήγηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Το οικονομικό μειονέκτημα μπορεί να επηρεάσει την υγεία μέσω διαφόρων μηχανισμών: ψυχοκοινωνικό στρες και επακόλουθη ανάληψη κινδύνου συμπεριφορά (κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ), μειωμένη πρόσβαση σε εγκαταστάσεις και τα προϊόντα που προάγουν την υγεία (φρούτα και λαχανικά, αθλητικά, υπηρεσίες προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης), κινδύνους για την υγεία στους χώρους εργασίας (έκθεση σε χημικές ουσίες, τους κινδύνους ατυχημάτων, σωματική καταπόνηση στην εργασία) και κίνδυνοι για την υγεία που σχετίζονται με τη στέγαση (συνωστισμός, υγρασία, κίνδυνοι ατυχημάτων) είναι άλλα παραδείγματα των παραγόντων που έχουν συμβάλει σημαντικά στην εξήγηση κάποιων ανισοτήτων στην υγεία. Η δεύτερη ομάδα καθοριστικών παραγόντων που έχουν συμβάλει στην εξήγηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας είναι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. εκείνοι που βρίσκονται σε χαμηλή κοινωνικο-οικονομική θέση κατά μέσο όρο έχουν περισσότερο το ψυχολογικό στρες, με τη μορφή των αρνητικών γεγονότων της ζωής (απώλεια των αγαπημένων, χρηματοοικονομικών δυσκολιών) και συνδυασμός υψηλών απαιτήσεων και ελέγχου χαμηλής τάσης. Αυτές οι μορφές ψυχοκοινωνικού στρες μπορεί με τη σειρά τους να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας, είτε μέσω βιολογικών οδών (π.χ. επηρεάζουν τα συστήματα ενδοκρινικών ή το ανοσοποιητικό) ή μέσω οδών συμπεριφοράς (π.χ., παγιώνοντας συμπεριφορές ανάληψης κινδύνου). Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία, φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην επεξήγηση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην καρδιαγγειακή υγεία. Η τρίτη ομάδα

των παραγόντων που συνετέλεσαν σε συμπεριφορές είναι, το κάπνισμα, η ανεπαρκής διατροφή, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, και η έλλειψη φυσικής άσκησης. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες ένας ή περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες «τρόπου ζωής» είναι που επικρατούν στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Mackenbach, 2006:31).

Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για καλύτερη κατανόηση των δεσμών μεταξύ της οικονομικής πολιτικής και της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης, της ανεργίας, και άλλων οικονομικών φαινομένων και την πρόληψη, τη συχνότητα και τη θεραπεία των ασθενειών. Θα πρέπει να υπάρχει μεγαλύτερη προσοχή στους πολλαπλούς τρόπους στην οποία η κοινωνικό-οικονομική τάξη επηρεάζει το φυσικό ιστορικό των ασθενειών και τους δυνητικά διαφορετικούς ρόλους εκπαίδευσης, το εισόδημα και το επάγγελμα (Kaplan and Keil, 1993:1994-1995).

15. ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΛΚΟΟΛ

Ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να εξετασθεί είναι αυτός του αλκοόλ. Η Ευρώπη παίζει κεντρικό ρόλο στην παγκόσμια αγορά του αλκοόλ, όντας η πηγή του ενός τρίτου της παγκόσμιας ποσότητας αλκοόλ και πάνω από το ήμισυ της παραγωγής κρασιού στον κόσμο (Anderson and Baumberg, 2006:1-2).

Τα τελευταία 40 χρόνια υπάρχει επίσης μια εναρμόνιση μεταξύ της Αυστρίας, του Βελγίου, της Δανίας, της Γαλλίας, της Φινλανδίας, της Γερμανίας, της Ελλάδας, της Ιρλανδίας, της Ιταλίας, του Λουξεμβούργου, των Κάτω Χωρών, της Πορτογαλίας, της Ισπανίας, της Σουηδίας, και του Ηνωμένου Βασιλείου. Τα επίπεδα κατανάλωσης στην ΕΕ, αντικατοπτρίζουν αυξήσεις στην κεντρική και στη βόρεια Ευρώπη μεταξύ του 1960 και του 1980, σε αντίθεση με την πτώση στη νότια Ευρώπη. Κάτω από το μισό αυτού του αλκοόλ καταναλώνεται με τη μορφή της μπίρας (44%), ενώ το υπόλοιπο κατανέμεται μεταξύ του κρασιού (34%) και των αλκοολούχων ποτών (23%). Εντός της ΕΕ, οι βόρειες και οι κεντρικές περιοχές καταναλώνουν κυρίως μπίρα, ενώ οι νότιες κυρίως κρασί. Ενώ το επίπεδο της καθημερινής κατανάλωσης επίσης παρουσιάζει μία κλίση Βορρά-Νότου, μη καθημερινή συχνή κατανάλωση (π.χ. κατανάλωση αρκετές φορές την εβδομάδα, αλλά όχι κάθε μέρα) η πιο συχνή φαίνεται να είναι στην Κεντρική Ευρώπη. Συνοψίζοντας σε όλη την ΕΕ, οι ενήλικες αναφέρουν μέθη πέντε φορές ετησίως κατά μέσο όρο, αλλά περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (5+ ποτά σε μία μοναδική περίπτωση) δεκαεφτά φορές ετησίως. Αυτό είναι ισοδύναμο με 40 εκατομμύρια πολιτών της ΕΕ «που πίνουν πολύ» μηνιαίως. Ενώ 266 εκατομμύρια ενήλικες καταναλώνουν αλκοόλ μέχρι 20g (γυναίκες) ή 40 g (άνδρες) ημερησίως, άνω των 58 εκατομμυρίων ενήλικων καταναλώνουν πάνω από αυτό το επίπεδο, με 20 εκατομμύρια εξ αυτών καταναλώνουν άνω των 40g (γυναίκες) ή 60 g ανά ημέρα (οι άνδρες). Υπολογίσουμε ότι 23 εκατομμύρια Ευρωπαίοι (5% των αντρών, 1% των γυναικών) είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Το μοτίβο της συμπεριφορά πόσης μπορεί επίσης

να αντικατοπτρίζει και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, όπου τα άτομα από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι λιγότερο πιθανό να μην πίνουν αλκοόλ (Anderson and Baumberg, 2006:2-3).

Σχεδόν όλοι οι μαθητές ηλικίας 15-16 ετών (> 90%) έχουν πει αλκοόλ σε κάποια φάση στη ζωή τους, με μέση ηλικία έναρξης τα 12½ έτη, και μέθυσαν για πρώτη φορά στα 14 τους χρόνια. Η μέση ποσότητα που καταναλώνουν σε μία περίπτωση, η ηλικιακή ομάδα 15-16 ετών, είναι πάνω από 60g αλκοόλ και φθάνει σχεδόν τα 40g στη νότια Ευρώπη. Αν και η χρήση του αλκοόλ συνοδεύεται από ευχαρίστηση, το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο από ένα ευρύ φάσμα των κοινωνικών βλαβών, σε ένα δοσοεξαρτώμενο τρόπο - π.χ. όσο υψηλότερη η κατανάλωση αλκοόλ, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος από απλές ενοχλήσεις όπως η παρεμπόδιση του ύπνου τη νύχτα και πιο σοβαρές συνέπειες, όπως τα προβλήματα στο γάμο, η κακοποίηση των παιδιών, η εγκληματικότητα, η βία και η ανθρωποκτονία. Γενικά όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της κατανάλωσης αλκοόλ, τόσο σοβαρότερο είναι το έγκλημα ή ο τραυματισμός. Το οινόπνευμα είναι αιτία 60 διαφορετικών τύπων ασθενειών και καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένου τραυματισμών, ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, γαστρεντερικές ασθένειες, καρκίνοι, καρδιαγγειακές παθήσεις, ανοσολογικές διαταραχές, πνευμονικές παθήσεις, μυοσκελετικές ασθένειες, αναπαραγωγικές διαταραχές και προγεννητικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένου τον αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού και χαμηλού βάρους γέννησης. Μια μικρή δόση κατανάλωσης αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, αν και το ακριβές μέγεθος της μείωσης του κινδύνου και το επίπεδο της κατανάλωσης αλκοόλ είναι ακόμη υπό συζήτηση. Επιπλέον σε χαμηλές δόσεις μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της αγγειακής άνοιας, της χολολιθίασης και του διαβήτη, αν και τα ευρήματα αυτά δεν είναι ίδια σε όλες τις μελέτες. Υπάρχουν οφέλη στην υγεία του ατόμου που πίνει πολύ με το να μειώσει ή να διακόψει τελείως το αλκοόλ. Ακόμη και για χρόνιες ασθένειες, όπως η κίρρωση του ήπατος και η κατάθλιψη, η μείωση ή διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ συσχετίζεται με την ταχεία βελτίωση στην υγεία (Anderson and Baumberg, 2006: 3-5).

Εντός των χωρών, πολλές από τις προϋποθέσεις που διέπουν τις ανισότητες στην υγεία σχετίζονται με αλκοόλ (π.χ. κίρρωση στη Γαλλία, βίαιοι θάνατοι στην Φιλανδία). Επιπλέον η κατανάλωση του αλκοόλ περιλαμβάνει 60.000 γεννήσεις λιποβαρών βρεφών, καθώς και το 16% της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης. Συνολικά, έχει υπολογιστεί ότι η μείωση της κατανάλωσης κατά ένα λίτρο θα μειώσει την συνολική ανδρική θνησιμότητα κατά 1% σε νότια και κεντρική Ευρώπη, και 3% στη βόρεια Ευρώπη (Anderson and Baumberg, 2006: 6).

Παρόλη την οικουμενικότητα των πολιτικών έναντι του αλκοόλ, λιγότερες από τις μισές τις χώρες της ΕΕ εξακολουθούν να μην έχουν ένα σχέδιο δράσης ή ένα συντονιστικό όργανο για το αλκοόλ. Ακόμη και έτσι, οι περισσότερες χώρες έχουν προγράμματα πολιτικής έναντι του

αλκοόλ, εκ των οποίων εκπαιδευτικά προγράμματα στα σχολεία είναι η πιο κοινή σε όλη την Ευρώπη. Όλες οι χώρες έχουν επίσης κάποια μορφή περιορισμών οδήγησης σε κατάσταση μέθης, εκτός από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία και το Λουξεμβούργο που έχουν ένα ανώτατο όριο για το αλκοόλ στο αίμα των οδηγών στο επίπεδο που συνιστά η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (0,5 g / L). Οι πωλήσεις του αλκοόλ γενικά υπόκεινται σε περιορισμούς στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, όπως και όλες οι χώρες απαγορεύουν την πώληση αλκοόλ σε νέους κάτω από μια ορισμένη ηλικία σε μπαρ και παμπ, παρόλο αυτά τέσσερις χώρες δεν έχουν πολιτική για την πώληση αλκοόλ σε παιδιά, στα καταστήματα (Anderson and Baumberg, 2006:9).

Οι συνεχιζόμενες διαφορές στην πολιτική για το αλκοόλ σε ολόκληρη την Ευρώπη, όπως φορολογικούς συντελεστές, επηρεάζουν την ικανότητα των χωρών να εφαρμόσουν αποτελεσματικές πολιτικές (Anderson and Baumberg, 2006:11-12).

16. ΤΟ ΜΕΤΡΟ ΤΗΣ “AVOIDABILITY” ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Το μέτρο της “avoidability” θνησιμότητας είναι ένας από τους πολλούς δείκτες και το αποτέλεσμα του μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας. Η εφαρμογή της έννοιας της “avoidability” χρονολογείται τουλάχιστον από τις αρχές του 20ου αιώνα, όταν, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 1928 εμπιστευτικές έρευνες έγιναν σε μητρικούς θανάτους ώστε να προσδιορίσουν πρώτα τα λάθη και τις περιοχές όπου μπορούν να γίνουν βελτιώσεις και να αποφευχθούν οι άσκοποι θάνατοι (Holland, 2009), στις Ηνωμένες Πολιτείες παρόμοιες έρευνες πραγματοποιήθηκαν στις αρχές του 1930 και οδήγησαν επίσης σε σημαντική μείωση της μητρικής θνησιμότητας (New York Academy of Medicine, 1933 as cited in Kossarova et al., 2009:3).

Ο ορισμός αυτός, περιλαμβάνει πολιτικές για τη δημόσια υγεία (π.χ. τον έλεγχο του καπνού, της οδικής ασφάλειας, και τις πολιτικές του αλκοόλ), οι δραστηριότητες των υγειονομικών αρχών, καθώς και δραστηριοτήτων που έχουν άμεση σχέση σε ιατρική θεραπεία στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση (Kossarova et al., 2009:13).

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι το να εστιάζουμε μόνο στην θνησιμότητα δεν είναι πάντοτε ο πιο κατάλληλος δείκτης για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Holland & Breeze, 1985). Οι περισσότερες μελέτες του “avoidability” θνησιμότητα δεν έχουν ασχοληθεί με τον ενδεχόμενο αρνητικό τους αντίκτυπο στην ιατρική περίθαλψη. Ιατρικά λάθη, αμέλειες και αρνητικές επιπτώσεις έχουν μόλις πρόσφατα γίνει το επίκεντρο της προσοχής των φορέων χάραξης πολιτικής (Nolte & McKee, 2004). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 2001, η Εθνική Υπηρεσία για την Ασφάλεια των ασθενών

παρακολουθεί επίσης πληροφορίες σχετικά με τα περιστατικά που μπορεί να οδηγήσουν σε βλάβη του ασθενούς ή ακόμη και θάνατο (Kossarova et al., 2009:10-12).

Ωστόσο, ένα μεγάλο μέρος του συνόλου δεδομένων θνησιμότητας της Eurostat δεν είναι αρκετά αναλυτικό για να καταστεί δυνατή η λεπτομερή ανάλυση των «avoidability» της θνησιμότητας. Έτσι, τα στοιχεία της Eurostat δεν θα μπορέσουν την ξεχωριστή παρακολούθηση των αιτιών όπως η νόσος του Hodgkin, σκωληκοειδίτιδα, επιληψία, ή τα ιατρικά λάθη με αποτέλεσμα τον θάνατο του ασθενούς (Kossarova et al., 2009:16).

17. ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Ο ρόλος της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας ήταν είναι και θα είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Η εισαγωγή νέων τεχνολογικών μεθόδων μείωσαν καθολικά τα ποσοστά θνησιμότητας όχι μόνο στην Ευρώπη αλλά και παγκόσμια. Παρόλα αυτά ορισμένες αιτίες θανάτου συνεχίζουν να εμμένουν με υψηλά ποσοστά. Συγκεκριμένα η καινοτομία και η τεχνολογία στον τομέα της υγείας δείχνει ότι μόνο για τον HIV και την αγγειακή εγκεφαλική νόσο έχει μια θετική συσχέτιση για την θνησιμότητα. Όσον αφορά τις άλλες συνθήκες (κακοήθης όρθρου νεόπλασμα, λευχαιμία, ρευματική καρδιακή νόσος, η υπέρταση και η ισχαιμική καρδιοπάθεια) διαφέρουν σύμφωνα με το εύρος της ηλικίας (Plug, Hoffmann and Mackenbach, 2011: 115-117).

Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα και άλλων παραγόντων όπως η κοινωνικό-οικονομική ταξική θέση των ατόμων που μπορεί να έχει διάφορες άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις στην υγεία. Αυτή η κατάσταση πρέπει να προληφθεί από εθνικές στρατηγικές εξισορρόπησης.

Είναι άλλωστε γνωστό πως για την προώθηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, είναι απαραίτητη η καθολική πρόσβαση, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τα επίπεδα χρηματοδότησης αυτής (Plug, Hoffmann and Mackenbach, 2011: 135-136).

Ωστόσο, με το πέρας των χρόνων παρατηρείται όλο και πιο συχνά σύνδεση με αρνητικούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες η έγκαιρη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη (Nolte & McKee, 2004 as cited in Kossarova et al., 2009:10).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συγκεντρωτικά, τα ποσοστά θανάτου από όλες τις μεταδοτικές ασθένειες και τις διατροφικές διαταραχές έχουν μειωθεί κατά 30% από το 1990. Το ποσοστό θανάτων κατά ηλικία από διαρροϊκές ασθένειες μειώθηκε κατά 49%, ενώ οι αναπνευστικές λοιμώξεις μειώθηκαν κατά 34%. Είναι ενδιαφέρον, οι τιμές της κατά ηλικία θανάτου καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα μειώθηκε κατά 8% μεταξύ του 1990 και του 2010, παρά την αύξηση κατά 47% του αριθμού των θανάτων, που οφείλονται σε συνεχείς μειώσεις της θνησιμότητας στις

ανεπτυγμένες χώρες, και πιο μετριοπαθείς αυξήσεις σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, όπου ο πλήρης αντίκτυπος του καπνίσματος, ιδιαίτερα σε άνδρες, δεν έχει ακόμη εμφανισθεί. Τα ποσοστά θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού μειώθηκαν κατά 15%, παρότι ο αριθμός των θανάτων από τη νόσο αυξήθηκε περισσότερο από το ένα τρίτο. Τα ευρήματα δείχνουν σημαντική μείωση (20% ή περισσότερο) σε κατά ηλικία ποσοστά θανάτου από μείζονες αγγειακές ασθένειες, ειδικά καρδιοπάθειες και εγκεφαλικά επεισόδια. Τα ποσοστά θνησιμότητας της ΧΑΠ και της κίρρωσης του ήπατος μειώθηκαν επίσης, αλλά σχεδόν διπλασιάστηκαν για τη νόσο του Αλτσχάιμερ, και αυξήθηκαν για το διαβήτη και τη χρόνια νεφρική νόσο. Αυτά αντιπροσωπεύουν σημαντικές προκλήσεις στην παγκόσμια υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, αν και ο αριθμός των θανάτων από τραυματισμούς αυξήθηκε κατά 24% από το 1990, τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν, αν και αυτό έχει μεταβλητή τάση για διάφορους τραυματισμούς, με τα ποσοστά θανάτου από πνιγμούς και δηλητηριάσεις να μειώνονται κατά το ένα τρίτο περίπου, λιγότερο για αυτοτραυματισμούς και βία, και σημειώνεται αύξηση για τους τραυματισμούς των μεταφορών και, περιέργως επιπτώσεων της ιατρικής περίθαλψης. Οι αιτίες θανάτου σε παιδιά μικρότερα των 5 ετών έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον εξαιτίας της παγκόσμιας προσοχής στην βελτίωση της παιδικής επιβίωσης κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών (μείωση κατά τα δύο τρίτα, μεταξύ 1990 και 2015, στο ποσοστό κάτω-5 ετών θνησιμότητα) τα τελευταία χρόνια. Από τα 2, 8 εκατομμύρια πρώιμους θανάτους νεογνών, εκτιμάτε ότι το 2,1 εκατομμύρια ήταν από νεογνικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένων πρόωρους τοκετούς, νεογνική σηψαιμία, νεογνική εγκεφαλοπάθεια, μεταξύ άλλων. Μεταξύ των σημαντικών νεογνικών διαταραχών, αυτές που εκδηλώθηκαν πρόωρα αντιπροσώπευαν το 29% των παγκόσμιων θανάτων νεογνών, με σχεδόν ίσα μερίδια για νεογνική σηψαιμία και νεογνική εγκεφαλοπάθεια 17% το καθένα. Οι τραυματισμοί αντιπροσώπευαν 28.000 θανάτους νεογνών, ενώ άλλες μη μεταδοτικές αιτίες, συμπεριλαμβανομένων αιμοσφαιρινοπάθειες και αιμολυτικές αναιμίες, ορισμένες σπάνιες μορφές καρκίνου, σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, και άλλες σπάνιες αιτίες αντιπροσωπεύουν 45.000 θανάτους. Μεταξύ άλλων βρίσκονται και οι μεταδοτικές νόσοι, κυρίως λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, διάρροια, και μηνιγγίτιδα που αντιπροσωπεύουν το υπόλοιπο ποσοστό των νεογνικών θανάτων. Στη μετά-νεογνική περίοδο εκτιμούνται 20.000.000 θάνατοι. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς τους θανάτους οφείλονται σε τρεις ασθένειες: λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, διαρροϊκές ασθένειες, και η ελονοσία. Άλλες σημαντικές αιτίες θανάτου κατά τη διάρκεια της μετά-νεογνικής περιόδου περιλαμβάνουν ανεπαρκής λήψη θεραπευτικών συστατικών, μηνιγγίτιδα και εγκεφαλίτιδα, τραυματισμούς, κοκκύτης, η ιλαρά, και το HIV / AIDS. (Lozano et al., 2012:2113-2114)

Για τους άνδρες, οι μειώσεις στη συνολική θνησιμότητα οφείλονται κυρίως σε μια μετατόπιση από τους τραυματισμούς στις μη μεταδοτικές ασθένειες, ενώ η αύξηση του εισοδήματος παράγει

το αντίθετο αποτέλεσμα. Για τις γυναίκες, η αύξηση των εσόδων τονίζει ακόμη περισσότερο τη μετάβαση από τις μη μεταδοτικές ασθένειες σε τραυματισμούς. Σε άνδρες και γυναίκες άνω των 50 ετών, η επιδημιολογική μετάβαση δεν έχει σχεδόν καμία αλλαγή στη σύνθεση της θνησιμότητας. Επιπλέον, είναι αποδεκτό ότι τα αποτελέσματα που προκύπτουν παρέχουν πληροφορίες για την επιδημιολογική μετάβαση από υψηλή θνησιμότητα σε χαμηλή με μία εξαίρεση μιας αρκετά σοβαρής παρουσίας του ιού HIV (Salomon and Murray, 2010:223-225).

Εξετάζοντας τα δεδομένα σε περιφερειακό επίπεδο συνολικά, διαπιστώνεται ότι τα καρδιακά και κυκλοφορικά προβλήματα, ο καρκίνος και οι νόσοι του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν τις τρεις κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη.

Ο καρκίνος του πνεύμονα, κατ'εκτίμηση (αποτελεί το ένα πέμπτο του συνόλου) είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στην Ευρώπη, ακολουθούμενη από τον καρκίνο του παχέως εντέρου, τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του στομάχου.

Υπήρξαν πάνω από 3,4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου (εξαιρουμένων των μη-μελάνωμα καρκίνων του δέρματος) στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια, το 53% των περιπτώσεων συμβαίνουν σε άνδρες και 47% σε γυναίκες.

Ασθένειες όπως οι χρόνιες παθήσεις του ήπατος και η κίρρωση, το κακοήγη νεόπλασμα του συκωτιού και των ενδοηπατικών χοληφόρων αγωγών της χολής, η ηπατίτιδα Α και η ηπατίτιδα Β μειώνουν τα ποσοστά τους με το πέρασμα των χρόνων. Όπως και ο καρκίνος του ορθού και του παχέως εντέρου. Επίσης μια συνολική μείωση παρατηρείται και στα ποσοστά της βρεφικής θνησιμότητας. Αντίθετα αύξηση των ποσοστών στις ευρωπαϊκές περιφέρειες παρατηρείται στις αιτίες θανάτου από την ηπατίτιδα C, την ηπατίτιδα E, από την ιογενή ηπατίτιδα (συγκέντρωση μόνο στην Ιταλία), από τον καρκίνο του προστάτη, από τον καρκίνο του παγκρέατος, από αυτοκτονίες, από ατυχήματα και από εξωτερικές αιτίες θανάτων (τραυματισμοί και δηλητηριάσεις. Η NAFLD αποτελεί δυνητική απειλή λόγω της επικράτησης των παχύσαρκων ατόμων σήμερα στις ευρωπαϊκές περιφέρειες.

Οι αυξημένες τιμές των αιτιών θανάτου οφείλονται κατά κόρον στην κατανάλωση καπνού και αλκοόλ (η Ευρώπη κατέχει την μεγαλύτερη κατανάλωση στον κόσμο), στην κακή διατροφή και την έλλειψη της σωματικής άσκησης. Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες δημιουργούν ανισότητες στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας, έτσι ουσιαστικά επηρεάζουν τις τιμές των αιτιών θανάτου όπως και των χωρική τους αυτοσυσχέτιση. Ενώ οι κοινωνικές ανισότητες αποτυπώνονται με την αύξηση της διαπροσωπικής βίας.

Οι μειωμένες από την άλλη πλευρά τιμές των αιτιών θανάτου αντιπροσωπεύουν την πρόοδο στον τομέα της υγείας και τη βελτίωση της υγείας και της διατροφής, όπως και την εφαρμογή πολιτικών περιορισμού κακόβουλων παραγόντων που ευθύνονται για τα περισσότερα είδη θανάτων. Για να επιτευχθεί λοιπόν συνολική μείωση στις αιτίες θανάτου πρέπει να συντελέσουν

και να συνυπάρξουν διάφοροι παράγοντες ατομικοί, περιφερειακοί ή εθνικοί και να δράσουν σε διάφορα επίπεδα όπως στον τομέα της υγείας, της οικονομίας και της πρόνοιας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Amaro, J., Severo, M., Vilela, S., Fonseca, S., Fontes, F., La Vecchia, C., (2013), “Patterns of breast cancer mortality trends in Europe”, *Elsevier*, 244-253.

Anderson, P., Baumberg, B., (2006), “Alcohol in Europe : A public health perspective”, *Institute of Alcohol Studies*, 1-432.

Arnold, M., Karim-Kos, H., E., Coebergh, J., W., Byrnes, G., Antilla, A., Ferlay, J., Renehan, A., G., Forman, D., Soerjomataram, I., (2015), “Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: Analysis of the European Cancer Observatory”, *European Journal of Cancer*, 51(9):1164-87.

ASH Fact Sheet on Tobacco Policy and the EU, (2014), “Tobacco policy and the European Union”, *European Lung White Book*, 1-7. available <http://ash.org.uk/files/documents/ASH_125.pdf> [18/08/2015].

Blachier, M., Leleu, H., Peck-Radosavljevic, M., Valla, D., -C., Roudot-Thoraval, F., (2013), “The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data”, *Journal of Hepatology*, 58: 593–608.

Blachier, M., Leleu, H., Peck-Radosavljevic, M., Valla, D., -C., Roudot-Thoraval, F., (2013), “The Burden of liver disease in Europe”, *EASL*, 1-61.

Burroughs, A., -K., Sabin, C., -A., Rolles, K., Delvart, V., Karam, V., Buckels, J., O’Grady, J., -G., Castaing, D., Klempnauer, J., Jamieson, N., Neuhaus, P., Lerut, J., de Ville de Goyet, J., Pollard, S., Salizzoni, M., Rogiers, X., Muhlbacher, F., Garcia Valdecasas, J., -C., Broelsch, C., Jaeck, D., Berenguer, J., Gonzalez, E., -M., Adam, R., (2006), “3-month and 12-month mortality after first liver transplant in adults in Europe: predictive models for outcome”, *The Lancet*, 367: 225-232.

Cavelaars, A., -E., -J., -M., Kunst, A., -E., Mackenbach, J., -P.,(1997), “Socio-economic Differences in Risk Factors for Morbidity and Mortality in the European Community An International Comparison”, *Journal of Health Psychology*, 2(3) 353-372.

Compston, A., Coles, A., (2008), “Multiple sclerosis”, *The Lancet*, 372 (9648): 1502-1517.

Dominguez, A., Alvarez, A., Hilario, E., Suarez-Merino, B., Goni-de-Cerio, F., (2013), “Central nervous system diseases and the role of the blood-brain barrier in their treatment”, *Neuroscience discovery*, 1(3): 1-11.

Duquet, N., Alstein, M., -V.,(2015), “Firearms and Violent Deaths in Europe”, *Flemish Peace Institute*, 1-79.

E-demography, (n.d.). available <http://www.e-demography.gr/theory/files/edemography_theory_00003.pdf> [18/08/2015].

European Lung White Book, (2003), “CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE”, *European Respiratory Society*, 34-43. available <http://dev.ersnet.org/uploads/Document/45/WEB_CHEMIN_1263_1168339451.pdf> [18/08/2015].

Ferlay, J., Parkin, D., -M., Steliarova-Foucher, E., (2010), “Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008”, *European Journal of Cancer*, 46(4):765-81.

Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J., -W., -W., Comber, H., Forman, D., Bray, F., (2013), “Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012”, *European Journal of Cancer*, 49: 1374–1403.

Kaplan, G., -A., Keil, J., E., (1993), “Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: A Review of the Literature”, *Circulation*, 88:1973-1998 available <<http://circ.ahajournals.org/>> [18/08/ 2015]

Kossarova, L., Holland, W., Nolte, E., N., McKee, M., (2009), “Measuring ‘avoidable’ mortality: methodological note”, *LSE Research Online*, 1-21., Directorate-General “Employment,

Social Affairs and Equal Opportunities”, *European Commission, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, Brussels, Belgium., available <<http://eprints.lse.ac.uk/46390/>> [18/08/2015].

Kunst,A.,-E., Groenhof, F., Mackenbach,J.,- P., Health, E-W.,(1998), “Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies”, *BMJ* ,316:1636–1642.

La Vecchia, C., Negri, E. , Levi, F., Decarli, A., Boyle, P., (1998), “Cancer Mortality in Europe: Effects of Age, Cohort of Birth and Period of Death”, *European journal of cancer*, 34(1):118-141.

Lamagni,T.,- L., Darenberg,J., Luca-Harari,B., Siljander, T., Efstratiou,A., Henriques-Normark,B., Vuopio-Varkila,J., Bouvet,A., Creti, R., Ekelund, K., Koliou,M., Rene’ Reinert,R., Stathi,A., Strakova,L., Ungureanu,V., Schale’n,C., the Strep-EURO Study Group, Jasir, A., (2008), “Epidemiology of Severe *Streptococcus pyogenes* Disease in Europe”, *Journal of Clinical Microbiology*, 46 (7): 2359-2367.

Leon, D., A.,(1998), “Commentary: Unequal inequalities across Europe”, In a paper “Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies”, *BMJ* , 316:1636–1642.

Lozano,R., Naghavi,M., Foreman,K., Lim,S., Shibuya,K., Aboyans,V., Abraham, J., Adair,T., Aggarwal,R., Y Ahn,S., A AlMazroa,M., Alvarado, M., Anderson,H.,-R., Anderson, L.,-M., Andrews,K.,-G., Atkinson,C., BaddourL.,-M.,, Barker-Collo,S., Bartels, D.,-H., Bell, M.,-L., Benjamin, E.,-J., Bennett,D., Bhalla, K., Bikbov,B., Abdulhak,A.,-B., Birbeck,G., Blyth,F., Bolliger,I., ane Boufous,S., Bucello, C., Burch,M., Burney,P., Carapetis,J., Chen, H., Chou,D., Chugh,S.,-S., Coff eng, L.,-E., D Colan,S.,-D., Colquhoun,S., Colson,K.,-E., Condon, J., Connor,M.,-D., Cooper, L.,-T., Corriere,M., Cortinovis,M., Courville de Vaccaro,K., Couser,W., Cowie,B.,-C., Criqui,M.,-H., Cross,M., Dabhadkar,K.,-C., Dahodwala,N., De Leo, D., Degenhardt,L., Delossantos,A., Denenberg,J., Des Jarlais,D.,-C., Dharmaratne,S.,-D., Dorsey,E.,-R., Driscoll,T., Duber, H., Ebel,B., Erwin,P.,-J., Espindola,P., EzzatiM., Feigin,V., Flaxman,A.,-D., Forouzanfar,M.,-H., Fowkes,F.,-G.,-R., Franklin, R., Fransen,M., Freeman, M.,-K., Gabriel,S.,-E., Gakidou,E., Gaspari,F., Gillum, R.,-F., Gonzalez-Medina, D., Halasa, Y.,-A.,

Haring, D., Harrison, J.,-E., Havmoeller, R., Hay,R.,-J., Hoen,B., Hotez,P.,-J., Hoy,D., Jacobsen, K.,-H., James,S.,-L., Jasrasaria, R., Jayaraman,S., Johns,N., Karthikeyan,G., Kassebaum,N., Keren,A., Khoo,J.,-P., Knowlton,L.,-M., Kobusingye,O., Koranteng, A., Krishnamurthi, R., Lipnick,M., Lipshultz, S.,-E., Lockett Ohno,S., Mabweijano,J., MacIntyre, M.,-F., Mallinger,L., March, L., Marks,G.,-B., Marks,R., Matsumori,A., Matzopoulos,R., Mayosi,B.,-M., McAnulty,J.,-H., McDermott, M.,-M., McGrath,J., Memish,Z.,-A., Mensah, G.,-A., Merriman,T.,-R., MichaudC., Miller,M., Miller,T.,-R., Mock, C., Mocumbi, A.,-O., Mokdad, A.,-A., Moran,A., Mulholland,K., Nair, M.,-N., Naldi,L., Narayan,K.,-M.,-V., Nasser,K., Norman,P., O'Donnell, M., Omer,S.,-B., Ortblad,K., Osborne,R., Ozgediz, D., Pahari, B., Pandian,J.,-D., Panozo Rivero,A., Perez Padilla,R., Perez-Ruiz, F., Perico, N., Phillips,D., Pierce,K., C Pope III,C.,-A., Porrini, E., Pourmalek,F., Raju, M., Ranganathan,D., Rehm,J.,-T., Rein, D.,-B., Remuzzi,G., Rivara,F.,-P., Roberts,T., Rodriguez De Leon,F., Rosenfeld,L.,-C., Rushton,L., Sacco,R.,-L., Salomon,J.,-A., Sampson,U., Sanman,E., Schwebel,D.,-C., Segui-Gomez,M., Shepard,D.,-S., Singh,D., Singleton,J., Sliwa,K., Smith,E., Steer,A., Taylor,J.,-A., Thomas,B., Tleyjeh, I.,-M., Towbin,J.,-A., Truelsen,T., Undurraga,E.,-A., Venketasubramanian,N., Vijayakumar, L., Vos, T., Wagner,G., R., Wang,M., Wang,W., Watt, K., Weinstock, M.,-A., Weintraub,R., Wilkinson,J.,-D., Woolf,A.,-D., Wulf,S., Yeh, P.,-H., Yip,P., Zabetian, A., Zheng, Z.,-J., Lopez, A.,-D., Murray, C.,-J.,-L., (2012), “Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010”, *The Lancet*,38:2095-128.

Mackenbac,J., -P., (2006), “Health Inequalities: Europe in Profile, produced as a part of the project entitled “Tackling Health Inequalities: Governing for Health” ,*European Commission*, 1-46.

OECD, European Union, (2014), ““Suicide””, in *Health at a Glance: Europe 2014*, *OECD Publishing*, Paris, available <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-10-en> [18/08/2015].

ONS, (n.d.), “Definition of avoidable mortality”, 1-7. available <<http://www.ons.gov.uk/ons/about-ons/get-involved/consultations/archived-consultations/2011/definitions-of-avoidable-mortality/definition-of-avoidable-mortality.pdf>> [18/08/2015].

Plug, I., Hoffmann, R., Mackenbach, J., (2011), “Avoidable mortality in the European Union: Towards better indicators for the effectiveness of health systems”, *EU Public Health Program AMIEHS*, 1:1-136. available <<http://amiehs.lshtm.ac.uk/>> [18/08/2015].

RCPCH/NCB, (2014), “Why children die: death in infants, children, and young people in the UK Part B”, *Royal College of Paediatrics and Child Health*, 3-21.

Salomon, J., -A., Murray, C., -J., -L., (2002), “The Epidemiologic Transition Revisited: Compositional Models for Causes of Death by Age and Sex”, *Population and Development Review*, 28(2): 205-228. available <<http://www.jstor.org/stable/3092810>> [18/08/2015].

Samuel -Preston H., Verne- Nelson, E., (1974) “Structure and change in causes of death: An international summary”, *Population Studies: A Journal of Demography*, 28(1): 19-51.

Stevens, D., -L., (1999), “The Flesh-Eating Bacterium: What’s Next?”, *The Journal of Infectious Diseases*, 179(2):366 – 374.

The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, (2013), “Influence of Geographical Origin and Ethnicity on Mortality in Patients on Antiretroviral Therapy in Canada, Europe, and the United States”, *Clinical Infectious Diseases*, 56(12):1800–9.

The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, (2010), “Causes of Death in HIV-1–Infected Patients Treated with Antiretroviral Therapy, 1996–2006: Collaborative Analysis of 13 HIV Cohort Studies”, *Clinical Infectious Diseases*, 50(10):1387-1396.

Yelland, J., Gifford, S.,-M., (1995) “Problems of focus group methods in cross-cultural research: a case study of beliefs about sudden infant death syndrome”, *Australian Journal of Public Health*, 19(3):257-263.

Wolfe, I., Macfarlane, A., Donkin, A., Marmot, M., Viner, R., (2014), “Why children die: death in infants, children and young people in the UK Part A», *Royal College of Paediatrics and Child Health*, 1-29.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΟ 2000.

ID	2000	AIDS/HIV (as recorded by routine mortality statistics system), per 100000	Viral hepatitis, per 100000	External causes of injury and poisoning, per 100000	Accident harm, per 100000	Suicide and intentional self- harm, per 100000	Diseases of the digestive system, per 100000	Chronic liver disease and cirrhosis, per 100000	Ischaemic heart disease, per 100000	Pulmonary heart disease and other heart diseases, per 100000	Cerebrovascular diseases, per 100000	Diseases of the respiratory system, per 100000	Endocrine, nutritional and metabolic diseases, per 100000	Diabetes mellitus, per 100000	Diseases of nervous system and sense organs, per 100000	Malignant neoplasms of colon, rectum and anus, per 100000	Malignant neoplasms of liver and intrahepatic bile ducts, per 100000	Malignant neoplasms of larynx, trachea, bronchus and lung, per 100000	Malignant neoplasms of melanoma of skin, per 100000	Malignant neoplasms of breast, per 100000	Malignant neoplasms of prostate, per 100000	Malignant neoplasms of haematopoietic tissue, per 100000	Malignant neoplasms of lymphoid and haematopoietic tissue, per 100000	Infant deaths rate per 1000
AT11	Burgenland	0,82	0,41	44,62	29,9	13,54	37,97	26,53	144,4	88,52	77,32	36,81	10,69	9,94	8,25	22,68	10	11,14	32,65	3,33	14,12	36,34	11,95	5
AT12	Niederösterreich	0,33	0,2	46,64	29,36	16,27	32,92	20,24	149,52	100,56	69,81	37,28	13,75	12,73	10,01	24,98	8,1	10,24	31,91	2,9	17,35	31,63	13,84	5,4
AT13	Wien (Austria)	1,54	0,67	48,19	28,79	15,85	38,59	22,73	154,08	85,2	52,25	32,29	15,84	15,15	10,05	24,69	5,23	14,09	42,18	2,52	18,09	26,58	14,08	5,1
AT21	Kärnten	0,34	0,1	56,13	30,47	24,12	30,8	18	96,91	101,17	73,83	32,42	13,58	13,39	8,38	17,91	6,31	14,41	37,1	1,4	15,81	34,54	13,91	3,3
AT22	Steiermark	0,33	0,56	49,06	26,98	20,35	34,59	21,15	124,62	86,89	85,43	26,65	11,41	10,84	9,6	23,48	5,74	12,83	34,63	2,24	15,33	31,53	14,42	4,2
AT31	Oberösterreich	0,37	0,38	45,74	28,6	15,8	34,77	19,83	125,26	90,04	67,1	39,41	10,4	9,8	9,37	23,53	7,7	9,62	31,86	3,19	13,8	26,33	14,14	4,9
AT32	Salzburg	0,21	0	56,4	31,93	23,49	35,2	20,86	108,31	69,57	90,44	35,01	7,85	6,5	11,15	20,05	5,06	12,41	33,23	1,75	18,34	32,04	9,25	3,5
AT33	Tirol (Austria)	0,55	0	47,68	29,19	17,7	24,04	10,52	131,36	60,37	64,39	32,17	9,21	8,98	11,44	13,53	5,45	11,98	33,85	3,3	14,73	25,94	12,68	5,3
AT34	Vorarlberg	0	0	39,41	23,04	16,05	25,25	13,18	136,28	56,58	72,54	28,52	8,65	7,99	11,04	21,24	4,04	6,68	33,5	1,01	14,32	40,09	15,3	5,9
BE10	Bruxelles-Capitale																							5,4
BE21	Antwerpen	0,3	0,9	54,9	33	19	37	7,3	127,1	46,9	92	115,3	16,5	11,7	21,8	32,2	4,8	13,3		3	22,3		4,7	5,2
BE22	Limburg	0,6	0,5	51,6	33,3	16,3	28,1	3,7	107,2	41,4	67,7	96,5	11,3	8,2	14,6	24,6	4,7	8,2		3	17,2		5,5	4,2
BE23	Oost-Vlaanderen	0,1	1,1	60,4	34,7	22,2	45,7	10,5	133,6	49,9	91,9	125,6	23	17,1	23	33,5	5,9	12,5		2,4	25,7		4,5	5,2
BE24	Vlaams Brabant	0,2	1,3	54,8	33,8	18,6	38,7	8,7	121,1	45,9	82,7	109,7	16,7	12	22,5	31,1	5,7	11,9		2,6	25,1		4,8	4
BE25	West-Vlaanderen		1,3	61,4	38,6	20,7	41,1	11,6	129,1	53,1	82,9	113,4	20,7	15,6	23,6	32,3	6,6	13,5		2,6	24,5		5	4,6
BE31	Brabant Wallon																							3,3
BE32	Hainaut																							4,7
BE33	Liège																							5
BE34	Luxembourg (B)																							2,7
BE35	Namur																							6,4
BG31	North-west	0	0,2	52,64	33,61	13,02	33,88	18,54	223,21	229,6	229,53	35,1	18,62	17,99	6,32	17,43	8,8	7,98	24,11	1,19	10,26	13,97	6,1	13,7
BG32	North-central	0	0,32	51,93	30,21	17	20,33	9,6	198,97	85,4	152,98	43,45	10,11	9,96	8,66	17,7	5,34	6,62	29,12	0,9	10,84	11,04	7,73	13,1
BG33	North-east	0	0,34	58,25	31,96	18,13	31,87	17,32	167,75	81	264,4	62,07	28,46	27,26	9,03	18,23	8,44	7,67	36,21	0,64	14,44	15,81	7,53	15,7
BG34	South-west	0	0,42	47,92	32,41	10,69	31,39	15,78	172,51	123,8	145,55	48,88	27,55	27,03	9,54	26,03	7,81	8,16	29,54	1,83	13,2	17,92	6,55	16,7
BG41	South-central	0	0,85	51,43	30,52	15,24	29,04	16,1	232,14	39,2	232,67	46,63	13,23	12,76	6,65	19,6	6,91	7,18	38,19	1,11	10,87	12,21	7,83	8,7
BG42	South-east	0	0,2	57,99	33,45	19,07	38,78	24,61	152,73	162,6	272,43	36,08	19,47	19,01	9,49	19,67	9,5	7,45	35,91	1,14	10,85	12,94	6,72	14,7
CZ02	Central Czech	0	0,11	56,98	40,37	11,99	27,49	11,95	138,77	39,81	125,17	40,02	14,28	13,72	8,26	32,03	7,12	11,44	47,54	2,26	14,11	24,27	13,92	3,5
CZ01	Prague (Czechia)	0,1	0,21	68,83	42,73	17,59	41,73	18,89	186,42	35,82	152,39	35,71	7,04	6,23	12,77	41,22	9,5	16,35	58,08	3,85	21,45	33,95	20,03	2,3
CZ03	South-west	0	0,2	60,67	43,02	14,16	31,11	9,78	177,45	44,72	152,7	38,15	11,28	11,06	14	40,6	7,46	13,77	53,24	2,69	16,17	26,94	16,01	4,3
CZ04	North-west	0	0,1	65,58	41,59	16,24	40,97	16,71	203,4	32,03	165,14	48,53	16,82	15,81	13,24	39,81	9,03	13,26	69,86	2,71	16,97	26,7	17,2	5,7
CZ05	North-east	0	0,13	60,44	42,55	13,78	30,72	11,57	172,51	52,17	118,23	45,81	14	13,4	11,53	32,5	7,21	12,32	48,88	2,49	14,67	29,35	14,2	3,9
CZ06	South-east	0	0,22	58,01	41,5	13,66	33	14,41	197,36	24,5	139,55	29,32	7,9	7,54	12,08	34,16	7,37	12,17	45,07	2,43	17,75	28,71	17,89	3,2
CZ07	Central Moravia	0	0,08	64,86	46,58	15,74	41,76	20,71	217,68	30,17	130,28	36,85	13,11	12,83	15,26	32,06	7,26	13,4	42,63	2,65	14,41	30,66	14,19	4,2
CZ08	Moravian-Silesia	0	0,08	67,13	47,02	16,16	46,84	25,96	212,85	31,25	117,83	51,55	11	9,97	13,17	40,32	8,34	11,66	51,6	2,58	14,72	32,07	14,98	5,8
FI19	Eastern Finland	0	0,11	85,12	49,22	27,17	28,68	7,76	213,23	29,45	67,53	59,14	10,44	9,15	24,23	12,93	4,59	10,23	26,32	2,4	10,95	28,03	15,56	3,8
FI1B	Southern Finland	0,19	0,19	68,91	42,51	20,4	33,73	15,19	165,91	24,2	69,29	53,48	8,81	7,55	20,71	15,58	5,2	11,5	29,89	2,42	14,31	31,56	16,02	3,6
FI1C	Western Finland	0,21	0,16	65,46	40,76	19,73	27,97	7,7	167,58	28,31	64,74	58,79	10,59	8,14	20,42	14,83	4,74	9,26	25,65	1,65	12,23	30,57	15,64	3,4
FI1D	Northern Finland	0,29	0,1	73,38	44	23,15	27,29	8,95	198,62	30,15	62,89	66,44	10,99	9,51	23,63	15,06	5,58	11,42	31,05	1,86	10,19	23,07	13,69	3,2
FI20	Åland (Finland)	0	0	49,72	18,17	25,14	17,14	6,27	129,43	25,17	31,29	37,07	17,94	17,94	15,34	17,27	7,06	13,84	30,85	4,92	14,25	42,63	22,89	3,9
FR10	Île De France	3,36	1,69	38,59	26,83	9,23	26,16	11,39	42,89	43,38	30,99	31,11	16,93	8,95	19	16,97	7,41	8,5	38,33	1,97	15,89	22,28	14,79	4,7
FR21	Champagne-Ardenne	0,58	1,57	58,26	36,6	18,88	32,78	14,81	51,48	58,11	39,14	42,49	25,12	15,64	20,9	19,85	8,09	8,41	43,08	2,05	14,69	29,5	16,17	4,4
FR22	Picardie (France)	0,98	0,9	68	42,62	21,63	36,44	17,85	56,02	65,06	42,11	44,92	25,22	16,18	23,09	20,02	7,49	9,41	44,11	1,51	14,35	30,05	14,98	4,9
FR23	Haute-Normandie	1,25	1,15	55,67	32,77	20,83	34,21	17,64	57,91	55,85	40,63	37,17	21,83	12,6	25,25	20,18	10,94	8,35	43,69	2,06	18,4	30,9	14,22	3,6
FR24	Centre-Val de Loire	0,83	0,6	63,2	40,13	20,44	27,44	13,23	48,55	52,54	36,37	30,84	19,74	11,12	22,03	19,79	9,38	8,74	36,47	2,27	15,01	26,4	15,59	4,8
FR25	Basse-Normandie	0,22	1,03	62,99	39,01	21,15	28,53	14	58,23	58,46	37,91	34,04	17,55	10,48	22,89	17,53	9,04	8,92	36,25	1,38	14,72	34,2	13,9	3,3
FR26	Bourgogne-Franche-Comte	1,08	0,51	65,17	41,28	20,92	31,38	14,64	50,32	55,36	39,67	36,61	23,06	14,06	21,4	20,14	10,23	9,33	38,98	2,19	15,19	27,52	15,2	3,8
FR30	Nord-Pas-de-Calais	0,44	0,72	61,72	37,58	21,12	50,97	28,35	65,89	67,11	47,36	56,3	25,91	16,67	25,08	22,27	9,72	9,38	46,72	2,01	20,02	30,6	15,01	5
FR41	Lorraine (France)	0,49	1,37	56,49	37,69	16,33	32,72	15,11	55,68	65,39	46,82	42,8	23,79	13,72	23,25	22,13	9,71	8,69	44,67	1,3	12,48	25,74	16,48	5,4
FR42	Alsace (France)	0,9	1,07	46,66	32,37	11,9	30,41	14,52	56,71	57,55	49,02	36,29	25,64	17,32	21,36	22,47	12,39	9,14	37,34	1,95	15,34	25,28	16,22	5,3

FR43	Franchie-C	0,45	0,83	64,87	44,12	18,18	26,38	10,32	48,95	54,01	40,7	36,16	21,4	12,94	24,49	17,93	7,29	8,36	37,3	1,73	15,06	26,31	15,86	4,7
FR51	Pays De Lo	0,96	0,94	61,82	38,22	21,19	29,74	15,41	45,72	51,1	41,29	31,39	17,31	9,38	22,16	19,44	11,34	8,04	32,68	1,74	15,49	27,78	16,52	3,8
FR52	Bretagne	1,18	0,59	73,02	43,51	27,01	34,55	17,76	53,8	58,22	46,24	42,68	16,84	8,38	22,68	18,65	10,63	7,46	34,47	2,34	13,6	29,35	14,29	3,9
FR53	Poitou-Ch	1,15	0,79	61,95	38,35	20,33	26,76	13,38	43,28	54,85	38,81	32,73	19,59	10,82	20,94	20,35	7,89	7,63	33,79	1,97	14,87	27,45	14,77	3,8
FR61	Aquitaine	1,59	1,32	55,96	36,76	16,43	24,42	9,3	45,74	59,7	39,39	33,29	20,22	11,74	20,56	18,64	6,65	7,95	36,97	1,81	13,99	24,81	15,52	4,4
FR62	Midi-Pyre	1,12	1,27	50,08	34,76	12,89	22,61	7,3	45,92	54,5	36,59	33,58	19,05	12,48	23,7	18,75	6,06	8,72	33,65	1,91	13,78	24,03	16,1	3,6
FR63	Limousin	2,38	0,72	66,18	43,77	20,02	28,23	10,96	43,6	58,74	43,18	33,17	23,28	12,98	20,66	21,17	7,17	7,23	34,5	2,36	13,83	27,78	15,03	4
FR71	Rhone-Alp	1,01	0,99	52,57	34,76	14,96	24,09	9,94	46,76	52,09	34,94	34,01	18,85	11,49	22,24	18,64	9,31	9,55	34,04	1,75	14,12	26,53	14,73	3,8
FR72	Auvergne	0,54	1	66,31	42,01	20,92	31,55	14,02	53,84	59,96	37,57	34,66	20,84	11,95	23,77	19,06	13,01	9,17	34,57	1,88	12,21	29,54	14,29	3,7
FR81	Languedo	3,02	1,86	63,78	42,71	17,1	26,25	9,94	50,28	58,19	40,83	35,28	21,71	13,6	22,31	16,89	7,23	8,67	40,03	1,53	14,63	25,55	14,68	4,8
FR82	Prov.-Alpe	3,32	1,7	52,55	34,27	14,86	25,4	9,71	41,32	54,07	37,26	33,05	19,24	10,75	21,94	17,26	6,6	9,46	39,58	1,85	14,16	20,62	16,25	4,4
FR83	Corse (FR)	1,48	2,02	74,59	46,27	19,04	28,35	7,88	55,5	63,15	42,6	23,52	19,25	13,24	20,5	13,81	9,71	12,62	52,09	1,36	10,98	15,31	16,62	4,1
HU10	Central Hu	0,28	0	79,69	51,72	24,64	92,7	62,28	220,78	42,06	125,13	32,8	18,95	17,58	17,14	40,04	8,96	13,45	74,37	2,73	22,92	30,83	17,06	9,3
HU21	Central Tr	0	0,14	78,31	47,51	26,27	96,19	68,52	249,29	34,72	156,4	35,82	17,72	15,54	14,25	38,41	8,25	12,82	64,72	2,71	22,73	32,12	16,45	9,3
HU22	Western T	0	0,09	73,46	48,8	21,08	85,62	60,41	251	42,39	173,2	37,93	19,6	18,39	15,29	40,06	6,24	10,7	57,13	2,42	16,96	30,24	15,51	8,5
HU23	Southern	0	0	87,85	58,19	25,87	87,77	60,58	267,36	43,7	171,38	51,41	25,59	24,09	14,74	41,4	8,15	12,22	73,21	2,52	16,86	31,61	15,45	10
HU31	Northern	0,09	0	82,53	50,38	27,33	96,67	68,34	224,12	59,4	181,83	54,13	20,77	18,87	16,68	38,86	8,07	12,01	74,57	2,7	19,9	33,12	15,7	9
HU32	Northern	0,29	0,13	97,98	52,92	40,25	84,36	57,64	284,05	51,82	143,67	43,79	20,77	18,91	11,88	40,27	6,15	13,66	86,53	2,62	18,73	29,92	16,22	8,3
HU33	Southern	0,14	0,1	95,71	47,57	44,61	82,18	55,47	212,86	49,24	140,48	52,61	16,58	14,85	14,09	36,83	6,32	12,57	68,61	2,93	17,39	27,74	15,39	9,8
IE01	Border, Midland and	0,4	48,9	34,4	12,5	32,7	3,7	197,9	65,9	84,5	167,9	18	12,8	18	25,9	4,7	10,6		1,5	20,9		11,9	5,5	
IE02	Southern	0,2	0,4	38,8	24,1	12,1	25,8	4	164,3	67,4	67,4	113,5	14,1	10,1	16,8	23	3,7	8,7		1,8	16,4		10,5	6,4
NL11	Groninger	0,83	0,37	26,9	15,08	9,5	26,49	6,14	98,44	74,91	52,28	56,58	23,37	16,9	14,27	22,73	3,21	8,59	52,54	2,56	20,08	31,98	17,21	
NL12	Friesland	0,77	0,3	30,51	22,04	7,86	24,7	4,53	90,26	65,19	57,96	62,34	19,9	17,3	16,19	20,94	2,63	11,32	43,73	3,08	17,73	31,66	17,61	
NL13	Drenthe	0	0,4	32,34	19,75	11,33	20,08	3,36	85,68	61,25	56,17	69,51	19,64	15,52	10,6	27,43	1,87	7,2	54,37	2,22	17,92	24,93	16,45	
NL21	Overijssel	0,42	0	30,95	20,01	8,8	24,93	3,65	88,09	76,73	61,5	81,21	23,61	19,68	13,87	23,88	2,9	10,13	45,41	3,04	18,4	24,97	17,39	
NL22	Flevoland	0,24	0,38	29,46	20,3	6,71	28,06	4,47	81,11	69,63	44,29	70,49	19,97	17,14	13,75	19,54	2,45	10,35	54,75	3,96	15,59	22,64	13,98	
NL23	Gelderlan	0,38	0,31	29,58	18,29	9,73	24,7	4,22	86,17	74,43	58,4	73,79	21,44	16,43	14,4	22,95	1,97	9,04	48,61	2,88	18,39	31,98	14,62	
NL31	Utrecht (N	0,38	0,07	28	17,63	8,35	25,9	4,82	76,83	72,95	55,61	66,94	18,76	14,95	14,91	22,62	1,82	8,46	49,55	2,67	17,9	34,83	17,32	
NL32	Noord Hol	2,42	0,46	29,06	16,92	9,56	25,84	4,98	80,41	68,18	52,93	62,67	18,61	14,49	16,37	20,11	3,08	9,99	45,31	2,6	19,09	30,94	16,09	
NL33	Zuid Holla	0,6	0,25	25,99	16,37	7,84	28,1	5,43	80,92	69,34	53,37	65,09	20,45	14,8	13,28	21,24	2,8	8,71	48,1	2,45	19,27	30,93	17,48	
NL34	Zeeland (I	0,25	0,13	26,01	16,94	8,56	20,75	5,49	82,09	63,05	48,97	54,2	19,7	14,94	13,94	17,25	1,84	9,25	36,84	2,01	21,44	27,33	15,83	
NL41	Noord Bra	0,28	0,23	30,27	19,06	9,13	26,1	4,12	90,64	73,34	62,18	70,48	22,11	17,81	14,7	22,69	2,61	10,04	49,27	2,7	17,69	32,78	12,67	
NL42	Limburg (I	0,46	0,45	26,89	16,97	8,34	25,73	5,56	100,17	74,24	58,82	67,17	21,9	17,87	12,36	22,48	1,7	7,57	48,47	2,73	18	29,15	11,09	
ES	Spain	4,2	2,1	41,1	30,5	8,4	45,7	12,9	97,6	35,2	90,9	101,8	27,1	23	26	28,9	10,6	9,9		1,7	14,2		4,1	4,3
ES11	Galicia	3,3	2	51,4	38,9	10,9	48,2	12,6	108,6	40,6	127,6	141,4	25,9	22,9	23,7	35,3	13,2	13,7		1,7	15,5		4,3	4,2
ES12	Principado	3,6	3,5	51,1	34,9	14,7	53	16	133,2	48,9	116,3	138,5	38,5	33,3	32	42,3	12,2	14,3		2	17,7		6	3,4
ES13	Cantabria	4,7	2,6	37	28,6	4,9	45,3	7,5	84	25,6	92,3	136,7	27,4	22,4	27,8	27,8	7,5	10,2		2,1	16,5		4,7	2,1
ES21	País Vasco	4,5	2,2	40	29,2	8,2	46,1	14,8	80,9	33,6	80,7	94,6	24,9	21,1	31,5	31,7	10,8	11,4		1,6	15,1		3,8	4,1
ES22	Comunida	2	0,7	41,9	32,2	8,4	41,7	8,4	91,2	27,5	76,7	115,7	23,7	18,8	35,2	32,1	11,7	14		2,9	13,3		4,4	3,1
ES23	La Rioja	1,5	1,9	45,6	37,9	6,7	43,8	10	88	24,5	96,9	108,7	24,9	21,9	34,1	37,1	9,3	11,1		1,9	11,5		3,7	3,8
ES24	Aragón	4	0,4	40,3	30,5	8,1	51,5	12,3	101,3	36,4	104	122	32	26,2	38,9	33,7	9,3	13		2,8	17,2		4,1	5,9
ES30	Comunida	5	2,7	28,5	22,1	4,3	41,8	8,6	70,5	24,8	55,5	89,1	16	13,2	21,9	25,7	11,4	9,9		1,8	14,1		3,8	4,1
ES41	Castilla y L	3,3	1,2	44,1	31,5	9,8	49	10,5	109,6	38,4	98,8	122,2	32	25,6	29,7	40,2	10,2	11,9		1,7	14,7		4,3	4
ES42	Castilla-La	1,4	2,4	38	27,8	8,4	47,3	9,2	95	25,8	117,5	109,6	35,2	30,7	26,1	28,6	8,9	8,8		2	13,5		5,7	4
ES43	Extremadu	2,8	1,1	34,3	24,8	7,6	48,8	8	112,9	30,3	113,8	131,8	32	27,3	19	29,4	9,3	10,4		1,6	14,5		2,7	4,9
ES51	Cataluña	4,1	1,9	44,2	34,7	7,6	46,5	15,1	87,8	34,9	82,4	97,1	25,9	21,6	31,5	31,1	12,1	9,9		2	16,3		4,7	3,5
ES52	Comunida	5,7	1,1	38,6	28,2	8,8	45,2	16,5	112,8	47,4	98,1	95,1	29,6	25	28,5	27,7	10,6	10,3		1,9	13,8		4	3,5
ES53	Illes Balear	4,1	3,8	41,7	32,4	7,1	47,5	13,2	86,1	33,5	85,3	94,2	25,4	21,5	27,1	28,5	8,1	7,8		1,2	14,6		3,9	4,7
ES61	Andalucía	5,2	2,8	36	23,9	9,6	45,2	13,9	102,2	33,7	97	87,8	27,8	24,2	20,9	23,6	10,1	7		1,3	11,8		3,3	5
ES62	Región de	2,4	1,9	43,3	30,6	9,7	41,4	13,2	86,7	31,8	100,2	93	27,1	23	16,9	24,2	7,1	7,9		1,6	11,8		3,9	6,8
ES63	Ciudad Au	8,4	1,4	21,1	11,2	5,6	32,3	9,8	68,8	16,8	47,7	82,8	36,5	30,9	19,7	12,6	8,4	2,8		2,8	9,8		2,8	10
ES64	Ciudad Au	7,6		24,5	13,8	3,1	41,3	12,2	53,5	22,9	58,1	52	21,4	15,3	10,7	12,2	7,6	6,1			6,1			5,4
ES70	Canarias	3	1,1	38,2	27,7	8,3	35,7	12,4	103,4	42,5	56,6	72,3	31,7	28,4	18,1	17,2	7	8		1,1	11,6		4,2	6,4
UK	United Kir	0,3	0,4	33,2	21,2	7,3	43,5	9,9	210,7	107,4	103,2	173,3	13,9	11	19,1	27,6	4,1	11,7		2,9	21,8		10,8	5,6
UKC1	Tees Valle	0,1		22,4	12	5,8	41,9	9,8	241,3	122,3	107,9	179,7	14,9	11,6	21,9	30,2	3,9	9,9		3,7	20		8,9	6,4
UKC2</																								

UKE2	North Yorl	0,1		31,4	20,9	7,8	40,5	5,6	240	127,4	126,3	175,8	12,8	10,3	21,7	27,8	3,1	13		3,5	25		13,4	6,1
UKE3	South Yorl	0,2	0,2	27,6	16,3	7,6	38,8	7,5	250,3	135,8	103	180,5	14	11,2	21,5	28,6	3,9	12,9		2,1	20,9		10,7	6,7
UKE4	West York	0,2	0,3	28,1	18,9	6,2	38,2	8	201,4	93,3	101,5	181,1	12,3	8,9	18,2	24,7	3,7	9,3		2,4	18,8		9,6	8,2
UKF1	Derbyshir	0,1	0,2	34,9	23,9	6,9	46,3	8,8	208,8	109,6	96,7	178,9	15,9	12,7	18,8	27,2	3,3	12,2		2,7	20,5		11,7	6,1
UKF2	Leicesters	0,3	0,4	33,1	22,7	5,7	42,2	8,9	186,6	108,7	93	166,4	12,5	10,2	15,5	23,2	2,7	10,4		2,9	20,7		10,8	4,9
UKF3	Lincolnshire			34,5	23,4	7,2	43,4	8,6	243,1	131,4	114,5	182,6	20,9	16,4	18,9	29,5	4,2	12,2		3,4	25,9		13	4,5
UGK1	Herefords	0,2		33,7	23	7,8	44,8	8,3	192,3	95,7	112,2	172,6	13,7	11,2	22,3	30,5	3,3	9,5		2,5	22,9		13	4,7
UGK2	Shropshire and Staff	0,2		30,7	20,6	6,4	41,9	8	220,4	126	101,9	165	15,8	12,8	18,3	30,8	3,2	12,2		2,5	22,6		12,3	7,2
UGK3	West Midl	0,3	0,4	31,9	20,5	6,4	42,2	10,5	214,9	115,1	103	176,1	17,5	13,3	18,5	26,9	4,8	12,5		2	20,8		10,1	7,5
UKH1	East Angli	0,2	0,4	36,2	25,8	6,8	39,7	6,3	212,1	117,2	108,6	161,6	16,3	13,2	22	27,4	2,6	11,9		3,4	24,4		11,5	4,1
UKH2	Bedfordsh	0,3	0,4	29,8	22,5	5	37,5	7,3	164	88,7	83,5	172	10,9	8,5	18,6	23	2,6	13,3		2,8	19,8		12	4,8
UKH3	Essex	0,2	0,4	28	18,5	3,9	41,1	6,8	202	104,1	99,6	177,8	14,4	12,4	20,1	26,8	4,6	10,3		4	25		11,8	4,1
UKI3	Inner Lon	2	1,3	30,2	17	6,2	38,4	12	133,9	80,1	56,3	135,4	11,9	9,9	10,4	16,8	5,1	8,8		1,7	14,9		7,7	6
UKI5	Outer Lon	0,6	0,6	24,1	14,8	4,9	36,8	8,7	169,2	97,8	74,9	172,4	11,4	8,8	13,8	21,2	4	9,8		2,3	20,6		10,9	4,9
UKJ1	Berkshire,	0,1	0,2	29,9	19,2	6,7	32,6	6,9	151,4	76	77,2	145,9	11,7	9,6	17,2	22,6	2,7	11,4		3,1	20		9,6	4,6
UKJ2	Surrey, Ea	0,4	0,3	30,7	19,2	7,5	48,1	8,9	207,1	113,2	117,3	206,4	12,5	9,9	21,5	30,4	4,4	13,3		4,1	24,6		13,7	4,5
UKJ3	Hampshir	0,1		28,1	18,3	6,5	37,4	7,9	198,7	111,2	99,1	164,4	13,4	10,8	19,2	25,6	3,6	12,6		3,4	22,2		10	4,4
UKJ4	Kent	0,3	0,3	34,4	24,2	6,4	48,4	8	193,6	103,7	108,5	188,6	12,8	10	16,4	28,8	3,2	11,8		4,6	22,9		12,1	3,8
UKK1	Glouceste	0,3	0,3	26,7	17	6,9	38,6	7,9	206	93,8	98,7	159,1	12	9,3	20,1	28,2	3	12,1		3,3	22,3		12,9	4,7
UKK2	Dorset and	0,3	0,3	37,6	26,3	8,1	50,9	8,8	251	131,3	130,4	197,5	15,6	13,5	26,7	33,7	5,1	14,7		4,4	28,5		16,7	4,3
UKK3	Cornwall &	0,2	0,4	31,8	16,9	8,8	47,6	9,2	255,9	145,2	133,7	191,6	16,1	12,7	21,3	34,4	4,2	15,3		4,8	27,1		12,9	4
UKK4	Devon	0,2	0,3	37,4	23,6	10,3	44,1	7,9	253,1	142,5	135	192,6	15,5	11,5	22,8	35,1	4,2	13,5		4,3	27,9		14,8	4,9
UKL1	West Wale	0,1	0,2	37,7	25,6	8,6	46,2	10,7	258,2	136,2	124,9	213,6	17	13,7	19,4	36,7	4,6	14,2		3,1	26,3		12,7	4,6
UKL2	East Wale	0,2	0,8	33,3	22,6	7,5	39,1	8,5	231,5	122,7	97,4	174,1	13,8	11	21,3	29,4	3,5	12,3		2,8	23,4		11,7	6,1
UKM	Scotland	0,5	0,5	47,1	26,5	12,8	57,7	18,9	245	96,8	134,3	129,2	16,3	12,2	26	31,9	5	12,5		2,3	22,1		4,4	5,7
UKM2	Eastern Scotland																							4,7
UKN0	Northern	0,1	0,4	36,1	21,6	9,7	31,5	6	192,1	55,2	87,2	179,3	7,2	5,3	14,6	24,5	5,2	9,4		1,8	17,2		9,4	4,8
DK	Denmark	0,5	0,3	62,8	44,3	13,6	52,4	15	170,6	89,1	93,5	97,8	35,2	26,8	21,4	38,7	4,8	14,9		4	25,1		4,5	5,3
DE	Germany	0,7	1,4	42	23,9	13,5	49,5	21,1	204		98,3	63	28,8	25,8	19,6	35,3	6,7	14,7		2,6	21,9			4,4
DE1	Baden-Wi	0,7	1,7	42,2	21,6	13,7	49,2	21,1	149,5		96,7	55,3	44,1	39,8	22	31,9	5,9	14,5		2,8	21,4			
DE11	Stuttgart																							
DE12	Karlsruhe																							
DE13	Freiburg																							
DE14	Tübingen																							
DE2	Bayern	0,6	1,4	42,5	24,8	16,1	45,7	19,2	174,1		94,4	59,4	25,3	23,6	23,4	34,1	7,4	14,4		3,2	21,2			
DE21	Oberbayern																							
DE22	Niederbayern																							
DE23	Oberpfalz																							
DE24	Oberfranken																							
DE25	Mittelfranken																							
DE26	Unterfranken																							
DE27	Schwaben																							
DE30	Berlin	2,2	1,6	42,3	17,8	13,9	48,1	21,3	166,7		60,4	62,5	25,3	23,9	14,6	29,5	7,2	13,8		1,9	20,8			
DE40	Brandenb	0,2	1	53,8	34,7	14,7	58,5	31,2	247,5		122,5	51,4	18,9	17,5	15,6	36,3	9,3	14,3		2,6	19,7			
DE50	Bremen	4,1	3,5	35,7	19,3	15	45,6	14,7	204,8		62,1	82,4	19,6	18,3	8,6	35,4	8	14,5		0,3	24,8			
DE60	Hamburg	2,9	1,8	48,1	32,4	11,9	49,2	20,2	199,6		75,4	75,5	22,3	20,4	15	31,4	5,1	15,9		2,6	22,8			
DE7	Hessen	1,2	1,1	46,6	28,7	12,7	48,7	18,5	189,7		85,2	54,7	44,9	40	22,4	33,3	5,1	15		2,2	22,2			
DE71	Darmstadt																							
DE72	Gießen																							
DE73	Kassel																							
DE80	Mecklenb	0,2	0,7	59,8	40,2	11,5	65,1	37,2	234,6		92,9	54,4	30,6	26,9	16,4	29,4	8	13,7		2,1	16,8			
DE9	Niedersac	0,4	1,9	53	31,4	14,3	48,8	16,5	223		98,5	72,7	33,3	29,2	23,7	37,2	6,1	14,4		3,1	22,2			
DE91	Braunschweig																							
DE92	Hannover																							
DE93	Lüneburg																							
DE94	Weser-Ems																							
DEA	Nordrheir	0,6	1,3	26,3	14,8	9,5	44,7	17,7	208		90,3	70,2	11,3	9,1	17,6	38	6,4	14,9		2,2	24			
DEA1	Düsseldorf																							
DEA2	Köln																							
DEA3	Münster																							

PL33	Swietokrz	0,2	0,9	65,3	34,7	11,2	33,3	9,1	181,6		133,5	59,7	15,3	13,7	9,8	20,1	5,6	11,6		2,5	12,2			8,6
PL34	Podlaskie	0,2	0,6	70,7	48,8	16,7	33,3	11,8	93,8		102,6	59,8	20	19,2	8,3	20,1	7	8,8		2,6	11,9			7,3
PL41	Wielkopo	0,1	0,3	66,5	45,7	16,2	36,3	14,5	143,1		107,3	39,6	22,9	21,6	9,6	25,5	6,7	10,7		1,9	14,2			7,8
PL42	Zachodnic	0,2	0,4	73,2	46,1	17,9	34,7	12,7	135,5		65,6	30,3	16	14,5	7,2	21,4	3,9	10,1		1,9	12,1			9
PL43	Lubuskie	0,8	0,8	66,8	43,8	15,6	36,7	13,4	105,9		107,5	54,8	14,8	13,2	11,6	20,7	5,9	10		1,5	11,2			8,6
PL51	Dolnoslas	0,6	0,5	71,4	45,1	19,9	41,8	17,9	119,4		93,9	44	13,1	11,9	8,9	25,4	4,7	10,2		2,7	12,6			9,5
PL52	Opolskie	0,5	0,5	58,1	36,4	15,6	32,1	11	136,4		104,3	29,7	8,3	6,9	6,4	22,6	4,4	9,8		3	11,7			6
PL61	Kujawsko-	0,4	0,7	59,8	37,9	12,9	34	11,1	163,5		93,3	55,4	13,9	12,7	10	23,1	4,6	9,4		2,4	13,9			8,7
PL62	Warminsk	0,1	0,8	72,7	43,1	16,7	29,9	11,8	106,7		86,5	53,9	13,7	12	7,1	18	3,9	7,8		1,9	9,3			7,5
PL63	Pomorskie	0,4	0,3	59,2	38,3	13,8	35,9	11,4	137,7		91	50,8	10,5	9,3	9,8	21,7	5,7	10,7		2,2	12,5			7,7
PT	Portugal	9,2	1,2	46,3	25,5	5,1	40,2	17,7	87,6	25,1	204	99,9	35	30,5	14,6	27,8	6,1	8,5		1,5	15,1		8,4	5,5
PT11	Norte	7,4	0,9	27,9	14	1,5	35,2	17,4	53,5	11,7	179,9	86,2	27,2	24,4	10,9	21	5,4	6,3		1	11,7		6,2	5,8
PT15	Algarve	7,1	0,5	84,3	55,6	11,1	42,4	10,8	105,6	28,2	224,2	107,5	39,8	33,2	19,5	30,3	4,5	10,8		2,1	13,4		10,5	4,5
PT16	Centro (P	2,8	0,8	52,9	24,6	5	47,3	21,3	73,7	16,6	254,6	111,7	40	33,9	15,3	32,4	7,3	9,9		1,8	15,1		8,8	4,5
PT17	Área Metr	20,1	2	48,1	31,6	6,8	35,6	14,9	123,8	45,7	177,8	95,4	32,1	28,5	17,4	32,3	6,1	9,8		1,9	18,8		10,2	5
PT18	Alentejo	4,2	1,2	75,7	38,6	14,2	48	16,6	127,4	37,1	285,8	119,1	56,3	48,5	19,9	40	7,4	10,2		1,8	19,5		9,7	5,3
PT20	Região Au	2,5	1,7	40,9	23,2	3,8	44,7	19,4	157,3	37,5	180,1	124	62	51,9	17,7	14,8	6,7	7,6		1,7	15,6		9,7	8,1
PT30	Região Au	2,1	0,8	60,8	36,6	3,3	69,1	33,7	95	30,8	136,2	159,9	41,2	33,3	9,2	13,3	4,2	7,9		1,7	13,7		10,4	8,1
RO	Romania	2,2	0,2	64,2	46,4	12,6	63,9	46	242,5	153,3	231,7	66,1	8,7	8,3	7,3	17	9,5	8,9		1,5	13,3		1,3	18,6
RO11	Nord-Vest	0,3	0,1	67,8	45,1	15,7	62,7	42,5	361	254,2	227,1	55,1	7,7	7	7,3	16,9	9	9,3		1,8	14,2		1,3	17,3
RO12	Centru	1	0,2	67,8	44,3	19,6	48,2	31,7	281,3	182,9	203,3	47,1	8,6	8	7,9	19	7,3	8,2		2,7	12,4		1,6	16,1
RO21	Nord-Est	3,3	0,1	69,9	52,6	10,9	70,3	50,8	188,6	140,5	157,7	87,3	10,9	10,6	8,8	15,8	9,2	8,8		1,4	10,9		1,4	23
RO22	Sud-Est	4,4	0,2	67,9	50,8	12,3	82,3	64,3	161,4	93,1	215,2	66,8	9,6	9,4	7,6	15,8	9,8	8,1		0,9	13,9		1,1	19,1
RO31	Sud - Mun	1,8	0,2	61,6	45,8	11,4	63,5	48,6	243,6	140,2	301,6	75,5	6,7	6,2	6,1	14,8	8,9	9,2		1,3	11,7		0,9	19,3
RO32	Bucuresti	2,2	0,3	50,6	38,9	5,1	68,6	47,6	226,6	127,5	189	59,2	10,7	10,5	8,1	23,6	15,1	12,2		1,5	19,8		1,8	12,9
RO41	Sud-Vest	1,6	0,2	63	46,3	11,6	57,8	43	206,6	126	327	73,4	4,8	4,6	4,7	13,7	8	7,3		0,9	11,5		1,1	17,1
RO42	Vest	2,1	0,2	59,8	42,8	14,7	50,5	31,7	303	167,6	254,1	47,9	11,1	10,5	8	18,4	9,2	8,6		1,6	14,9		1,5	18,3
SI	Slovenia	0,2	0,2	77,6	40,3	29,6	61,3	35,3	125,5	71,3	102,5	73,9	26,6	24,7	9,1	30,2	7,1	11,8		3,5	18,5		3,7	4,9
SI03	Vzhodna Slovenija (NUTS 2010)																							5,6
SI04	Zahodna Slovenija (NUTS 2010)																							4,1
SK	Slovakia	0	0,2	57,8	38,7	13,5	48,7	24,3	291,1	241,4	86,8	54	14,8	14,1	9,2	32	6,4	10,7		3,1	15		3,6	8,6
SK01	Bratislavský kraj																							5,5
SK02	Západné Slovensko																							5,8
SK03	Stredné Slovensko																							6,9
SK04	Východné Slovensko																							13
SE	Sweden	0,3	0,4	48,1	30,4	12,7	32,8	5,9	226,9	96,2	114,9	75,7	23,8	20	21,4	28,2	5,9	16,4		4,2	17,2		5,2	3,4
SE11	Stockholm	0,9	0,7	48,4	30,2	12,6	29	7,3	172,9	71,5	85,5	61,9	16,5	13,4	20,8	22,7	6,1	15		4,1	17		4,6	3,4
SE12	Östra Mellansverige	0,2	44,5	27,9	12	32,9	4,7	233,9	99,4	108,1	75,6	25,5	20,9	22	27,8	5,4	16,5		4,5	17,8		4,7	3,4	
SE21	Småland r	0,1	0,4	50,4	33,8	11,8	33,5	4,4	257,7	98,8	140,9	79,6	31,1	27,3	19,7	28,5	5,6	15,2		3,4	18,6		5,1	4,6
SE22	Sydsverige	0,4	0,5	44,9	28,4	11,7	34,6	7,5	237	105,2	113,1	77,5	20,8	17,5	18,2	33,1	6	18,4		4,1	17,9		6,3	2,7
SE23	Västsverige	0,1	0,5	46,5	28,3	13,8	31,9	5,2	216	90,4	117,8	74,7	22,3	18,9	18	29,7	4,9	16,4		4,5	16,4		4,9	2,6
SE31	Norra Mel	0,1	0,1	56,2	35,3	15,6	39,9	7,2	279,1	110,5	152,5	92	29,7	25	25,6	29,1	7,4	17		4,5	17,4		5,9	4
SE32	Mellersta Norrland	0,3	60,3	40,2	14	34,6	5,6	279,7	142	142,8	97	34,4	28,8	26,2	32,8	6,9	15,9		3,7	21,7		4,2	3,1	
SE33	Övre Norr	0,2	45	30	10,7	31,6	3,5	237,5	110,5	110,3	76	28,2	23,8	34,5	25,7	7,2	16,8		3,1	12,3		6,2	5,8	
IS	Iceland	0,4	47,3	25,2	17,8	18,1	1,1	136,9	70,1	62,9	60,5	7,5	6,8	31,3	18,5	3,2	8,9		2,8	11		5,7	3	
NO	Norway	0,3	0,3	52,7	39	12	31,6	5,2	182,2	66	99,8	97,6	18,9	14,6	22,4	35,5	2,5	12,7		4,7	17		5,1	3,8
NO01	Oslo og Al	1,3	0,7	49,7	34,9	13,3	33,6	7,4	158,5	59,6	84,6	88,7	16,2	11,4	20,6	33,6	2,6	11,7		4,9	18,7		3,7	3
NO02	Hedmark og Oppland	0,3	61,3	47,5	13,2	35,3	4,6	222,9	87,2	132,2	121,2	27,3	21,9	26,7	38,6	2,7	15,9		4,6	15,6		4	5,1	
NO03	Sør-Østlandet	0,5	59,2	43	13,5	35,2	5,1	199,6	69,6	106,4	115,4	21	17	24,8	39,3	2,7	12,8		6,9	19,7		4,8	3,8	
NO04	Agder og f	0,3	50,6	37,3	11,1	26,1	3,8	149,3	56,7	78,5	81,5	16,1	11,1	19,7	33	2,4	12		4,7	17,5		6,2	5	
NO05	Vestlandet	0,4	47,3	34,7	11	29,1	5,3	178,1	68	99	95,6	17,3	13,6	20,8	37,7	2,3	14,2		4,1	14,9		5,7	3,5	
NO06	Trøndelag	51,9	41,4	9,5	25,3	3,3	198,7	63,4	119,2	98,5	21,7	18,2	24,5	31,2	1,									

Πηγή: Eurostat,2016 <<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>>

WHO,2016 < <http://data.euro.who.int/hfamdb/>>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΟ 2007.

ID		AIDS/HIV (as recorded by routine mortality statistics system), per 100000	Viral hepatitis, per 100000	External causes of injury and poisoning, per 100000	Accident s, per 100000	Suicide and intention al self- harm, per 100000	Diseases of the digestive system, per 100000	Chronic liver disease and cirrhosis, per 100000	Ischaemi c heart disease, per 100000	Pulmona ry heart disease and other diseases, per 100000	Cerebrov ascular diseases, per 100000	Diseases of the respirato ry system, per 100000	Endocrin e, nutrition al and metaboli c diseases, per 100000	Diabetes mellitus, per 100000	Diseases of nervous system and sense organs, per 100000	Malignan t neoplas m of colon, rectum and anus, per 100000	Malignan t neoplas m of liver and intrahep atic bile ducts, per 100000	Malignan t neoplas m of larynx, trachea, and lung, per 100000	Malignan t melanom a of skin, per 100000	Malignan t neoplas m of breast, per 100000	Malignan t neoplas m of prostate, per 100000	Malignan t neoplas m of lymphoid and haemato poietic tissue, per 100000	Malignan t infant deaths rate per 1000		
AT11	Burgenlan	0,3	1,83	36,25	27,77	7,23	28,86	16,16	121,65	34,11	43,34	30,48	46,38	32,77	19,56	17,82	8,63	11,87	30,44	2,58	11,32	27,74	14,01	4,1	
AT12	Niederos	0,41	0,88	39,53	24,44	11,67	31,07	17,32	112,76	46,42	37,86	32,23	35,69	25,32	18,01	20,15	6,56	11,82	32,14	2,98	12,73	22,82	13,27	4,4	
AT13	Wien (AU	2,08	3,44	37,64	18,55	11,72	32,38	17,74	132,73	42,45	30,68	32,39	30,61	22	13,89	18,66	6,17	12,77	42,3	2,41	15,96	21,4	12,31	5,1	
AT21	Karnten (/	0,18	1,35	43,52	27,19	12,81	28,21	16,42	78,56	57,76	39,77	35,05	30,89	22,99	13,13	12,98	8,28	10,35	30,89	2,57	11,12	22,41	12,73	2,1	
AT22	Steiermai	0	1,95	41,03	23,09	14,94	27,42	15,44	92,39	54,71	41,76	29,5	30,42	23,51	16,56	16,65	6,04	10,29	30,53	2,13	11,5	20,68	13,37	2,5	
AT31	Oberoster	0,45	2,03	41,77	24,64	14,14	26,94	14,7	96,67	53,87	37,53	35,58	27,38	19,58	15,46	17,3	7,55	10,65	29,25	2,76	12,45	18,06	12,64	3,4	
AT32	Salzburg (/	0,2	1,55	44,51	25,6	16,1	24,64	13,2	85,76	48,13	44,85	31,58	22,96	15,41	13,96	18,47	4,63	10,53	24,2	2,36	13,21	19,67	12,87	2,4	
AT33	Tirol (AUT	0,54	1,67	42,88	23,87	16,18	21,2	10	86,28	43,03	28,11	33,38	26,04	16,62	18	15,79	6,85	12,55	30,69	3,08	14,97	19,51	11,42	2,3	
AT34	Vorarlber	0,26	0,75	33,82	19,13	12,76	21,08	12,88	106,86	32,82	39,68	27,4	27,88	19,01	13,58	15,91	4,68	9,95	31,51	3,57	14,06	24,11	15,26	3,2	
BE10	Bruxelles	1,7	2	61,2	35,6	15,3	42,7	11,2	88,9	42	57,8	102,7	21,5	12,6	37	24,2	6,6	12,6		2,4	20,6		3,6	3,9	
BE21	Antwerpe	0,3	0,5	47,7	27,4	14,3	39,1	7,3	87,9	36	76,2	109,1	17,2	12	31,1	28,1	5,3	12,8		2,6	22,4		5,2	3,1	
BE22	Limburg (/	0,5	0,2	46,4	29,1	14,3	28,5	5,2	84,3	30,1	55,4	91,2	14,3	9,4	25,6	24,4	5,7	10,3		2,9	18,9		4,7	3	
BE23	Oost-Vlaa	0,1	1,1	51,7	30	17,6	46,8	10,6	96,4	36,6	78,4	112,9	21,7	16,6	29,2	31,3	5,6	13,5		3,8	25,5		4,3	6,3	
BE24	Vlaams Brabant		1,1	52,5	31,6	15,7	39,5	8	87,8	35,1	65,4	93,8	19,4	13,1	29,4	26,3	5,7	15		2,7	22,6		4,5	3,9	
BE25	West-Vla	0,1	0,4	56,3	34	18,6	41,5	11,1	107	43,1	81,9	114	20,9	16	33	31,6	7,3	14,4		3,3	24,5		3,5	4,1	
BE31	Brabant Wallon		1,3	64,5	41,9	18,5	33,3	8,3	78,8	30,9	55,9	80,7	32,5	17,5	41,9	26,9	4,6	12,6		0,5	21,5		4,8	2	
BE32	Hainaut		0,5	1,2	75	50,2	18	60,3	19,4	116,8	51,7	71,5	119,2	39,8	22,2	51,7	34,1	11,4	15,8		2,8	23,5		4,5	4,9
BE33	Liège		0,9	1,1	80,4	52,4	24	48,8	12,1	105,8	41,2	68,2	117,5	29,8	14,9	53,8	24,6	7,4	15,8		3,7	20,8		5,3	2,9
BE34	Luxembou		0,4	0,4	76,5	53,7	19,4	31,2	9,1	108,9	49,5	53,3	84,5	35,8	18,3	44,2	20,9	6,1	12,2		1,9	25,1		5,7	2,5
BE35	Namur		0,6	2,4	83,5	58,9	22,2	45,7	17	95,1	42,5	66,2	100,1	37,5	19,8	53,7	24,8	8,2	15,5		1,5	16,6		4,1	3,2
BG31	North-we		0	0,1	51	35,2	11,8	38,3	15,4	250,8	172,4	383	65,9	12,7	11,8	13,8	32,7	11,4	14,4		1,7	15,2		1,1	11,2
BG32	North-cen		0	0,7	59,3	37	13,9	46,3	21	171,8	108,6	277,5	58	27,7	27,1	11,5	36,2	9,5	11,4		1,7	17		1,9	8,1
BG33	North-eas		0	0,7	53,6	35,8	11,8	45,2	19,8	154,7	99,5	222	60,5	63,8	61,5	11,1	35,3	9,4	10		1,9	20,1		2	9,4
BG34	South-we		0,1	1,1	55,8	36,2	16,4	49,5	24,5	173,9	72,3	381,9	45,1	19,2	18,5	11,1	32,1	13,3	12,9		1,2	13,2		1,5	13,9
BG41	South-cen		0	0,1	43,4	30,9	8,8	47,5	27,4	177,5	94,8	244,8	63,4	30,4	29,4	17,1	34,5	11,9	14,9		2,4	19,4		0,7	5,7
BG42	South-eas		0	0,4	44,2	30,3	11,1	44,4	19,1	265,2	136,6	337,2	59,9	19	18,3	9,4	32,1	13,6	12,5		1,7	14,8		2,2	9,4
CZ02	Central Cz		0	0,35	55,55	38,78	12,09	33,2	13,41	171,6	42,34	97,61	35,48	30,9	29,09	8,45	32,36	6,65	13,82	48,48	1,58	13,1	23,19	13,66	2,5
CZ01	Prague (C		0	0,23	44,4	28	10,58	32,63	13,98	173,03	30,77	60,99	38,73	13,36	12,32	11,12	24,55	5,4	14,2	43,09	2,89	14,34	25,86	13,41	2,2
CZ03	South-we		0	0,07	45,71	29,76	11,31	29,23	10,49	173,79	49,72	76,61	50,55	19,15	17	8,55	31,02	5,73	14,65	44,31	2,44	13,85	24,57	14,36	2,5
CZ04	North-we		0,23	0,24	57,86	34,87	13,38	41,3	17,51	182,22	46,74	106,51	40,75	29,73	27,41	12,21	33,18	7,88	12,46	58,75	2,33	13,33	22,86	12,3	5,4
CZ05	North-eas		0	0,23	53	34,06	11,73	30,37	13,36	182,97	48,3	83,61	38,33	15,54	14,1	10,52	26,82	6,19	11,68	42,88	3,36	12,75	24,01	12,47	2,8
CZ06	South-eas		0,06	0,13	48,55	32,77	10,25	34,39	15,96	186,03	34,71	75,68	43,1	14,48	12,84	6,34	26,01	5,21	12,5	36,71	2,56	12,43	25,41	11,42	3,9
CZ07	Central M		0	0,1	57,32	39,22	14,49	44,39	22,63	197,03	35,42	80,94	38,83	14,14	13,36	10,4	24,48	5,79	13,84	34,63	2,42	12,39	26,02	12,8	3,1
CZ08	Moravian		0	0,21	52,01	35,34	12,12	51,05	27,63	217,04	41,15	76,23	43,35	17,73	16,28	10,11	30,63	6,6	12,37	44,42	2,02	10,15	19,05	10,98	2,7
FI19	Eastern Fi		0	0,22	76,64	50,02	22,52	38,16	21,39	171,22	24,89	51,34	27,66	8,04	6,97	44,98	10,93	3,18	10,84	26,37	2,22	11,38	20,3	10,14	2,8
FI1B	Southern		0,36	0,22	65,03	43,38	17,27	40,36	23,85	125,86	28,63	47,81	26,08	7,93	6,23	38,73	14,45	5,91	12,94	28,64	2,87	11,85	24,86	12,87	3
FI1C	Western F		0,06	0,28	66,73	45,26	16,1	34,65	16,75	124,32	26,87	50,56	24,46	8,6	7,19	36,18	14,36	4,56	11,09	23,75	2,21	11,34	27,26	14,22	2,7
FI1D	Northern		0	0,15	71,34	48,77	17,58	25,59	9,39	147,54	27,58	44,7	25,89	10,13	8,31	45,91	9,74	4,74	13,32	29,39	2,34	10,82	20,86	10,55	3,1
FI20	Åland (Fin		0	0	34,15	24,42	9,73	19,91	4,39	88,39	23,61	54,08	22,91	7,24	2,69	39,94	1,52	9,76	11,04	28,04	0	8,52	49,32	16,48	0
FR10	Île De Fra		2,3	1,14	29,46	19,25	7,72	20,88	8,35	30,3	35,73	22,39	25,13	14,84	7,88	21,64	14,75	7,84	8,62	35,85	1,91	14,42	19,56	12,24	3,8
FR21	Champagr		0,76	0,64	50,62	28,49	18,58	29,55	12,48	37,35	51,03	28,51	29,63	20,61	13,54	25,23	18,05	7,89	9,76	44	1,93	15,09	20,54	14,77	3,6
FR22	Picardie (/		0,29	0,8	55,21	31,51	20,23	29,55	12,77	41,26	55,97	30,94	33,98	22,93	13,1	27,12	15,49	7,76	10,48	39,99	1,9	15,4	25,42	14,48	4,3
FR23	Haute-No		1,05	1	46,01	25,43	17,25	29,61	14,35	40,89	46,88	30,67	27,6	19,14	11,93	26,77	18,3	9,35	10,46	41,01	2,28	13,61	25,1	11,39	3,4
FR24	Centre (F		0,79	0,66	46,9	27,09	16,42	25,38	12,09	36,47	43,78	26,25	24,88	17,89	11,17	25,1	18,09	9,4	8,98	36,31	1,74	13,6	26,49	14,31	2,8
FR25	Basse-Nor		0,34	0,44	52,98	29,59	20,64	25,21	10,48	39,94	49,85	27,99	26,69	14,04	8,29	26,96	17,77	8,81	10,44	34,47	2,1	14,68	24,1	11,37	3,3
FR26	Bourgogn		0,66	0,92	49,42	28,25	18,32	26,66	12,07	35,16	47,46	27,49	26,6	18,66	11,73	26,46	16,76	8,55	10,92	37,84	2,16	13,73	23,09	13,24	3,3
FR30	Nord-Pas-		0,32	0,64	50,94	28,81	19,1	43,8	24,36	44,74	59,76	36,24	41,77	23,47	14,34	30,26	21,25	11,21	10,38	45,54	1,52	17,7	25,97	13,23	3,4
FR41	Lorraine (/		0,36	1	44,32	26,09	15,5	27,69	11,6	38,37	48,83	32,77	36,37	20,08	12,65	26,23	18,6	8,34	9,74	45,18	1,8	12,57	21,22	13,31	4,4
FR42	Alsace (FR		0,73	1,07	36,67	22,93	11,55	24,81	10,02	41,9	44,55	28,84	25,95	18,85	11,16	19,87	18,62	9,32	10,77	35,3	1,83	11,16	20,24	14,55	5,3
FR43	Franche-C		0,43	0,19	51,67	32,97	1																		

IE02	Southern	0,5	0,3	39,4	23,8	10,2	27,1	7,8	118,9	59,9	44,5	73	15,5	10,9	19,9	21	4,5	10,3		2,4	13,6		3,7	3,5
NL11	Groninger	0,2	0,2	34,5	19,4	11,2	29,5	5,8	87,4		59,8	85,6	28,8	24,8	21,8	31	4,4	13,8		3,7	22,1			5,5
NL12	Friesland	0,6	0,2	32,8	21,3	9,3	34,1	4,2	72,5		63,9	88,4	25,2	20,5	24	29,4	3,6	14,2		3,4	24,4			4,1
NL13	Drenthe (NET)		0,2	31,8	19,9	9,4	34,1	4,1	88,1		62,8	91,1	26,5	22,2	23	36,9	5,3	10,1		5,5	23,8			3,1
NL21	Overijssel	0,2	0,2	29,2	16,8	9,3	30,9	4,6	68,2		54,6	87,4	25,9	21,6	19,9	32	3,1	13,7		3,2	17,9			4,7
NL22	Flevoland	0,2	0,1	31	20,1	7,7	31,3	5,5	77,6		59,2	88,7	25,1	20,8	24,3	30,9	3,9	12,3		4,1	19,9			4,2
NL23	Gelderlan	0,5	0,3	20,2	12,5	5	23,1	5,3	54,4		34	54,7	15,7	13,5	14,6	17,3	3,2	9,3		3,2	14,9			4,8
NL31	Utrecht (N	0,3	0,2	28,9	18,8	6,8	29,6	4,3	59,4		51,3	70,1	23,2	17,9	19,9	23,5	2,6	12		3,7	17,3			3,8
NL32	Noord Hol	1	0,4	34,8	21,1	8,7	34,9	5,2	67,8		55,5	75,2	22,9	18,7	29,2	30,3	4,6	14,5		4	18,3			4
NL33	Zuid Holla	0,6	0,3	30,3	19,7	7	36,5	6	71,8		59,9	84,2	28	21,4	24,2	28,5	4,3	14		4,6	19,8			4,3
NL34	Zeeland (I	0,3		31,8	20,8	7,4	33,4	4,7	87,8		64,4	79,1	26,5	21	28,1	31,3	4,2	14,2		5,3	23,9			2,4
NL41	Noord Bra	0,1	0,2	32,9	20	9,2	30,2	4,2	67,2		55,1	85,9	21,6	17,7	20	28,9	3,7	13,7		3,8	19			3,6
NL42	Limburg (I	0,1	0,4	35,8	21,9	9,5	35,8	5,1	92,6		64,5	88	25	20,1	20,1	34,8	3,9	14,7		3,7	20,3			3,4
ES61	Andalucia	3,35	1,7	27,64	17,91	7,75	34,65	12,3	61,8	57,75	58,04	60,63	18,42	14,9	22,01	19,92	7,6	6,73	36,98	1,12	10,72	18	11,35	3,4
ES24	Aragon (S)	2,95	0,76	27,02	19,63	5,86	26,96	6,8	47,9	39,49	43,73	44,42	14,52	11,7	20,32	20,42	5,53	9,56	35,13	1,79	9,38	18,82	11,55	3,3
ES12	Pr.de Astu	2,1	0,89	32,9	22,6	8,06	29,03	12,02	61,69	47,51	39,53	52,25	15,26	12,88	20,44	21,8	8,29	8,98	44,97	1,88	11,38	22,59	12,06	5,9
ES53	Illes Balea	3,31	2,88	29,49	21,33	6,82	27,48	9,03	46,15	48,52	37,74	47,09	15,04	12,83	19,16	18,73	7,12	8,09	40,24	1,27	11,97	18,45	10,71	3,5
ES70	Canarias (	2,37	0,97	31,96	23,21	7,23	26,05	10,92	74,53	44,95	29,5	48,78	46,2	38,17	19,37	20,42	7,61	9,43	33,24	1,65	10,67	18,68	13,14	3,8
ES13	Cantabria	2,89	1,07	25,86	21,05	2,21	29,43	7,86	39,84	49,36	40,67	57,35	13,01	10,78	17,76	17,99	7,18	9,94	38,43	1,65	8,34	20,26	8,59	4,3
ES41	Castilla y L	2,03	1,01	30,12	22,52	6,63	23,8	6,53	42,14	43,38	33,82	46,27	12,31	10,15	18,78	22,62	6,43	8,23	33,33	1,19	10,4	19,63	10,65	3,4
ES42	Castill-La	1,42	1,34	28,55	20,77	5,59	26,57	7,08	42,55	44,73	40,42	56,35	17,18	14,68	18,86	17,52	5,59	7,7	34,96	0,94	9,87	17,01	12,54	3,8
ES51	Cataluna (	2,29	2,13	26,51	20,91	4,44	26,09	8,66	40,81	44,24	35,51	48,93	15,76	12,55	25,89	20,31	7,31	7,87	37,71	1,46	10,02	16,11	11,57	2,8
ES52	Com. Vale	2,97	1,86	28,02	19,47	7,11	30,14	10,18	63,53	47,39	44,56	53,86	18,06	14,36	23,42	19,13	6,27	7,47	37,98	1,51	9,81	18,84	10,86	3,2
ES43	Extremadu	1,77	0,85	23,67	16,74	5,57	28,67	7,13	56,15	49,66	44,01	60,52	15,98	12,86	19,36	20,33	5,9	8,52	45,27	0,82	10,26	16,65	10,16	3,4
ES11	Galicia (S)	3,14	1,08	26,42	26,25	8,78	26,66	8,93	47,42	50,26	36,17	52,62	10,18	8,67	17,5	19,42	7,61	8,99	37,65	1,25	9,26	19,59	11,98	3,3
ES30	Com. de N	2,74	2,07	18,56	15,49	2,26	25,4	5,62	40,89	40,55	27,29	64,91	8,73	6,25	17,48	19,19	7,08	7,48	33,09	1,74	9,93	15,68	9,92	2,6
ES62	Reg. de M	1,98	1,12	33,1	24,88	6,49	32,4	10	54,16	52,06	52,63	63,27	14,75	11,32	21,4	19,86	4,57	7,54	34,48	2,22	9,17	16,85	10,4	3,5
ES22	Com. Fora	1,49	0,65	28,52	17,72	9,02	23,6	5,32	38,93	42,24	29,93	50,46	14,18	11,81	22,63	17,83	6,59	8,59	36,77	2,08	9,97	15,12	9,89	2,7
ES21	Pais Vasco	2,43	1,15	26,02	17,99	6,5	26,48	9,68	38,48	41,66	36,17	42,82	14,04	11,14	23,9	19,31	7,47	8,92	38,16	1,45	9,69	17,79	11,17	4,1
ES23	La Rioja (S	2,85	0,76	31,26	24,42	4,5	26,05	5,84	41,07	48,49	43,44	39,94	13,39	10,61	27,22	21,55	8,3	7,91	27,73	1,32	8,15	23,23	10,22	3,9
ES64	Ceuta y Melilla (up to 2005 data) (SPA)																							8,8
ES63	Ceuta (dal	4,94	4,31	20,89	14,22	2,84	34,4	7,83	66,66	53,25	46,74	65,52	30,74	25,62	24,82	8,7	5,69	4,14	42,08	1,67	9,33	33,83	7,63	2,7
ES64	Melilla (di	0	4,1	20,47	7,2	9,24	34,75	12,88	47,96	51,63	39,02	44,39	26,21	21,8	19,87	3,24	6,26	0	43,24	0	6,04	4,09	8,99	4
UK	United Kir	0,4	0,4	33,8	22,6	6,4	48,1	12,4	149,7	87,3	86,9	127,9	13,9	10,4	30,2	26,2	5,3	12,7		3,3	19,8			4,6
UKC1	Tees Valley and Durf	0,2	29,3	17,8	6,5	54	15,1	161,2	89,6	94,5	147,3	13,4	10,4	31,9	29,9	7,9	13,3		2,7	19,4			4,7	
UKC2	Northumberland and	0,2	36,6	26,2	5,5	56,6	16,3	172,9	113,2	88,7	146,3	11,7	7,6	37,5	28,1	6,5	14,7		3,1	17,8			5,3	
UKD1	Cumbria	0,2	0,2	45,9	32,4	7,5	57,8	14,5	189,3	117,2	118,4	136,7	15,3	11,1	34,6	32,4	5,4	13,1		3,8	22,6			5,4
UKD3	Greater M	0,4	0,6	35,2	22,7	7,1	54,6	16,9	170,4	98,5	91,9	147,2	14	10,6	25,6	23,1	6,1	10,5		3	18,5			5,1
UKD4	Lancashire	0,2	0,5	38,9	25,2	8,6	64,6	18,2	179,1	103,2	100,3	159,5	15,3	12	30,2	27,8	5,5	13,5		3,3	20			5,4
UKE1	East Yorks	0,1	0,3	30,4	20,2	4,5	49,2	10,5	165,7	91,4	93	150	18,6	13,3	33,1	28,1	3,7	14,2		2,3	25			6,2
UKE2	North Yorkshire		0,1	29,5	20,8	5,5	49,1	10,1	166,6	108,7	115,5	124,8	10,6	9,1	34,8	29,2	5,9	14,1		4,6	21,9			4,1
UKE3	South Yorl	0,3	0,4	32,1	19,8	7,3	52,5	13,4	166,2	98,3	82,8	154	13,5	10,3	35,1	23,8	4,8	11,1		3,1	20,1			6
UKE4	West York	0,2	0,5	25,4	15,3	6,4	47,3	11,8	149,1	83,9	83,2	133	10,7	7,8	29,1	23,6	5,7	10,9		2,5	16,9			6,2
UKF1	Derbyshir	0,2	0,2	35,7	25,6	6,6	51,7	12,6	158,9	93,2	86,9	132,8	16,1	12,6	33,7	26,5	4,7	13,9		2,6	20,2			5,1
UKF2	Leicesters	0,5	0,1	32	23,2	5,6	40,4	8,2	134,3	87,4	74,7	113,5	12,9	8,4	23,4	21,9	5,3	10,6		3,1	18,4			5
UKF3	Lincolnshire		0,1	38,8	26,8	6,5	50,6	9	176,5	103,3	102,3	142,4	18,1	13,6	32,7	30,7	3,5	16,8		4,6	23,7			5,6
UKG1	Herefords	0,4	0,3	37,4	28,1	5,7	45,4	11,1	133,6	80,2	98,2	124	18,4	13,4	35,7	30,5	4,5	14		4	21,8			5,3
UKG2	Shropshir	0,1	0,3	34,2	25,2	5,6	49,4	12,4	156,1	96,7	95	134,9	13,5	11	33,5	30,2	5,9	12,4		3,4	20,8			4,4
UKG3	West Midl	0,5	0,4	34,4	24,9	4,2	49,6	15,3	142,2	78,6	86,8	136,8	18,7	14	26,2	25,1	4,8	13,2		2,6	20,4			6,5
UKH1	East Angli	0,1	0,3	33,8	23,8	6,2	44	8,6	155,5	100,5	91,5	115	14,4	11,2	37,3	31,2	4,5	14,5		3,7	22,1			5,5
UKH2	Bedfordsh	0,3	0,3	31	21,3	6	40,6	9,1	121,3	72,6	69,6	113,6	12,4	8,6	28	23	4,6	12,3		3,6	20			3,8
UKH3	Essex	0,4	0,2	24,8	16,1	4,2	42,3	9	142,6	92,8	86	129,7	12,3	9,4	34	27,1	4,2	13,7		3,2	21,3			4,6
UKI3	Inner Lon	1,7	1,1	27,3	14,9	4,7	33,5	9,4	86,5	56,4	43,4	71,1	9,5	7	15,2	13,5	5,4	7,5		1,7	11,3			4,7
UKI5	Outer Lon	1,1	0,5	23,3	14,2	3,9	36,4	8,1	112,5	70,6	59,8	103	10,1	7,8	23,4	19,8	4,4	10,4		2,7	16,1			4,3
UKJ1	Berkshire,	0,1	0,6	28	19,8	5,4	36,3	8,9	110,9	66,4	68,1	98,4	10,1	7,4	25,6	23	3,8	10,9		3,6	19,4			3,8
UKJ2	Surrey, Ea	0,8	0,4	33,6	24,3	5,7	50,1	9,9	143	92	100,1	137,4	12,7	8,7	36	27,4	5	14,5		4,9	22,6			3,8
UKJ3	Hampshir	0,2	0,4	29	20,2	5,3	41,9	8,5	139,1	87,8	89,5	117	11,7	8,4	33,5	24,7	3,7	12,4		4,2	20,1			3,4
UKJ4	Kent	0,3	0,2	32,5	22,5	6,1	48,3	10,2	153,7	102,6	85,4	131,8	12,4	9,3	27,5	31,3	4	13,8		3,7	23			4,8
UKK1	Glouceste	0,3	0,4																					

DE40	Brandenb	0,2	0,4	37,3	18,3	12,8	57,5	25,5	198,5		75,7	75,2	31,9	29,9	15,6	33,6	7,6	18,1		2,5	18,5			3,1
DE50	Bremen	1,8	1,8	28,8	9	14,5	44,2	8,9	136,1		53	89,8	30,3	22,9	13,3	32,3	9,3	20,2		4,5	18,2			6,8
DE60	Hamburg	2,2	1,6	44,2	27,2	13,8	49,5	15,1	137,8		73	59,1	21,6	15,9	15,7	28,1	5,5	17,1		3,2	21,7			3,4
DE7	Hessen	0,7	0,5	42,5	28,6	12,1	46,4	15,8	158,8		69,6	63,2	45,8	40,3	25,3	31,7	8,3	17,6		3,2	20,4			4
DE71	Darmstadt	0,9	0,5	40,4	26,6	12	47,1	16,5	144,1		65,1	59,1	39,3	33,5	23,7	30,5	8,5	16,9		3,4	21,9			3,7
DE72	Gießen	0,4	0,4	42,5	30,7	10,9	43,6	14,6	185,8		76,2	69,5	51,2	45,9	28,1	34,3	8,4	18,8		2,9	18,2			3,5
DE73	Kassel	0,4	0,4	48,6	33	13,5	46,8	14,7	180,7		77,9	70	60,8	56,1	27,8	33,2	7,3	18,5		2,9	17,9			5,1
DE80	Mecklenb	0	0,7	42,8	27,7	12,3	65,6	29,6	216,2		74,2	73,5	32,4	27,6	17,5	31,4	9,4	17,9		3	18,3			2,6
DE9	Niedersac	0,3	1,2	44,2	28,2	10,4	52,5	15,6	192,3		70,4	73,4	37,3	29,7	24,3	33,3	6,5	16,5		3,3	22,3			4,2
DE91	Braunschv	0,2	1,5	44,5	27,4	10,1	57,6	15	221,1		76,2	81	42,7	34	25,6	38,2	6,4	16,4		3,4	21,9			3
DE92	Hannover	0,3	1,1	43,3	27,1	11,4	56,3	18,5	197,7		72,8	74,4	39,1	30	25	32,5	6,8	17,6		4	23,3			5,2
DE93	Lüneburg	0,4	1,2	45,7	29,3	10,7	48,9	15,6	189,9		72	74,2	35,9	29,9	23,6	33,4	7,6	17,2		3,5	22,1			3,8
DE94	Weser-Ern	0,4	1,2	43,8	28,9	9,6	48,4	13,5	170,3		63,2	67,1	33	26,6	23,4	30,7	5,7	15,2		2,5	21,8			4,4
DEA	Nordrhein	0,7	1,2	30,3	20,2	7,9	46,9	14,1	165,5		69,8	80,8	26,4	20,1	23,2	33,7	8	17,6		2,4	21,3			4,8
DEA1	Düsseldor	0,6	0,6	22	13,8	6,9	42,3	12,3	193,1		68,4	89,5	31,1	25,8	19,9	33,3	8,3	19,1		1,4	21,8			5,4
DEA2	Köln	1	1,6	36,8	25,2	9,6	50,6	14,2	125,2		61,1	68,4	32,6	23,3	25,2	30,7	7,5	18		2,6	20,5			4,2
DEA3	Münster	0,4	1,3	36,5	26	7,3	47,3	13,8	160,9		67,3	79,2	25,7	19	25,4	36,4	8,1	15,6		2,9	22,2			5,2
DEA4	Detmold	0,5	1,2	35,8	23,3	8,9	43,4	13,1	158,2		78,2	77,6	25,6	19,3	25,4	35,4	6,9	16,6		2,4	19,6			4,3
DEA5	Arnsberg	0,6	1,6	26,9	17,7	7,4	50,5	17,1	181,7		79	86,4	13,3	9,9	22,6	34,7	8,5	16,9		3,1	22			4,7
DEB	Rheinland	0,6	1,4	33,6	19,4	12	54,3	16,2	173,6		89,4	78,8	25,7	21,1	21	35,3	8,6	18,9		2,6	23,6			4,6
DEB1	Koblenz	0,8	0,5	30,8	16,8	11,6	52,2	13,9	187		97,4	81,3	28,9	24,4	22,2	36,7	7,3	20,5		2,1	24,8			5,1
DEB2	Trier	0,4	0,6	34,3	20,5	12	45,7	13	163		90,3	87,4	29,9	26,6	21,1	39,5	6	20,9		2,9	26			4,7
DEB3	Rheinhes	0,5	2,3	35,5	21,1	12,2	58	18,6	166,3		83,3	74,8	22,3	17,3	20,1	33,1	10,2	17,1		3	22,2			4,3
DECO	Saarland	0,6	3,1	39,1	19,6	13	64,6	19	239,8		98,8	67,8	45,7	39,2	27,9	43,8	10,1	18,5		4,1	23,7			4,3
DED	Sachsen	0,2	0,5	50,1	30,6	15,6	64,9	28,6	258,2		113	60,3	38,9	34	23,1	37,9	10,1	20,7		3,9	19			2,4
DED2	Dresden	0,2	0,8	43,4	25,3	15	65,4	30,8	225,4		95,5	63,2	36,5	30,8	23,4	38,1	7,8	20,4		3,8	16,9			2,4
DEE0	Sachsen-A	0,2	0,7	41,3	22	6,6	69,2	27,6	246,6		109,5	48,9	66,5	60	27,4	38,4	10,7	21,5		2,6	20,2			3
DEF0	Schleswig	0,1	0,9	27,6	13,2	12,3	40,4	11,3	151,7		50,6	78,9	31,6	20,7	17,7	26,9	5,9	17		2,8	23,9			4,1
DEG0	Thüringer	0,1	0,6	47,3	31,9	13,2	58,1	22,9	204,5		92,7	65,5	68,2	61	23,8	36,9	10,8	20,2		3,5	17,5			3,3
EE	Estonia	3,1	0,5	120,1	80,4	18,8	54	27,9	348,7	298,6	138	35,5	21,2	18,6	20,6	29,6	5,6	15,5		3,7	16,2		4,4	5
EL	Greece	0,2	0,7	35,5	31,5	2,9	22,6	6,8	110,1	36,2	145,2	91,2	14,9	12,4	12,5	20,1	13	13,3		1,5	17,8		5,3	3,5
ELS1	Anatoliki	0,2	0,7	41,4	37,1	3,5	22,7	7,6	132	43,2	181,4	87,8	22,4	18,8	17,8	24,4	16,1	12,5		1,3	18,6		4,1	5,9
ELS2	Kentriki N	0,1	0,5	33,5	30,2	2,7	22	5,8	115	35,5	144,2	71,1	16,8	14,6	13,6	21,7	14,5	14		1,6	18,2		5	4,5
ELS3	Dytiki Makedonia (N	1	27,2	23,2	4,1	19,1	4,4	102,5	34,4	169,9	78,7	19,1	14,3	10,6	26,2	14	15,7		2	20,1		5,1	0,8	
EL61	Thessalia	0,4	1	33,7	29,9	3,1	27,4	9,9	108,9	42,4	188,6	97,2	18,7	15,2	13,7	20,4	19	18,1		1,1	18,3		6,1	1,7
ELS4	Ipeiros (NUTS 2010)			42,3	37,4	3,7	18,6	6	104,2	47,4	175,4	84,2	12,6	8,6	14,3	14	14	20		1,4	14		8	2,4
EL62	Ionia Nisi	0,4		31,7	25,5	5,3	22	7,9	94,2	32,6	171,6	104,3	11,9	10,1	13,6	16,7	11	11,4		1,8	16,3		10,1	2
EL63	Dytiki Ellada (NUTS 2	0,5		41,1	37,5	2,8	24,4	7	89,2	20,2	185,9	94,3	13,8	11,5	10,2	14,2	16,4	11,4		1,2	16,1		5,6	3,9
EL64	Stereia Ellada (NUTS 2010)			41,7	36,9	3,1	29,5	10,4	131,4	44,8	208,2	98,2	14,6	12,6	13	16,4	17,1	16,4		2	19,1		5,9	1,8
EL65	Peloponnisos (NUTS	1,2		38,2	33,5	3,7	31,1	10,6	115,3	43,9	207,2	117,5	20,7	18,3	18,3	23,7	17,5	14,1		1,2	16,2		6,7	4,7
EL30	Attiki	0,1	0,7	34,4	30,6	2,2	20,2	5,4	113,2	34,7	109,4	94,9	11,1	9,1	10	20,4	9,3	11,9		1,7	18,4		4,3	3,6
EL41	Voreio Aig	0,5	1	30,9	25,9	4,5	20,9	8,5	98,1	31,4	132,5	108,6	21,4	17,9	12	13,9	14,9	14,4		2,5	19,4		7,5	3,2
EL42	Notio Aig	0,3	0,7	28,2	25,5	1,6	19	4,9	89	38,3	117,2	63,8	17,7	12,8	10,8	16,4	9,2	9,8		0,3	16,4		4,9	2,3
EL43	Kriti	0,7	1,2	38	31,9	4,6	24,6	9,1	82,6	34,5	108,9	103,1	15,5	13,5	15	20,6	10,1	10,4		1,7	15,9		6,4	3,2
HR	Croatia	0	1,2	66,5	46,5	17,5	53,1	29	218	127,9	187,5	59,4	30,4	29,8	16,7	39,2	9	14,2		4	19,6		3,5	5,6
IT	Italy	1,7	4,4	41,2	33,5	6,3	39,1	14,2	126,5	72,9	103,7	63,7	41,2	33,5	35	30,9	16,4	16,6		2,8	20,3		5,4	3,1
ITC1	Piemonte	1,8	3,5	42,9	34	8,2	45,3	12,8	114,6	61,8	133,9	77,8	38,2	29,9	39,3	38,2	16,3	18,3		3	24		6,2	2,7
ITC2	Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste			43,1	31,9	9,6	43,9	13,6	110,8	48,6	88,5	98,1	28,7	19,9	46,3	35,1	11,2	17,5		4,8	22,3		4	3,2
ITC3	Liguria	3,3	4	44,4	39	4,7	53	15,1	146,6	82,9	129,1	86,6	53	39,3	58,6	42,1	16,8	19		3,9	27,2		7,3	3,5
ITC4	Lombardia	2,6	4,7	35,9	28,8	6	37,1	13	118,5	64,8	85,9	59,5	28,5	22,4	33,2	30,8	20,7	19,5		3	22,9		4,9	2,7
ITH1	Provincia	1	1	32,8	23,8	7,7	28,9	11,2	104,9	46,9	73,6	62,8	11,6	9	26,1	26,7	12,8	18,1		1,6	16,7		3,1	4,2
ITH2	Provincia	1,2	2,9	36,7	28,8	7,4	36,7	16,3	134,9	68,4	69,4	69,2	25,7	23,1	22,5	33,5	19,2	22,3		3,9	21,6		6,3	1,4
ITH3	Veneto	1,3	2,7	39,4	31,2	7	36,8	12	126,9	66,3	78	58,1	32,8	25,3	30,4	32	16,5	19,4		3,1	21,2		5,4	2,8
ITH4	Friuli-Ven	1,5	2,6	44,4	37,5	6	52,8	15,1	166,7	102,2	99,2	73,9	41,1	27,2	35,7	37,5	21,3	22,8		4,1	27,2		6,2	1,2
ITI1	Toscana	1,9	3,9	44	36,3	7	39,4	10,5	141,4	86,1	135,3	72,8	43,1	34,2	46,2	36	14,5	18,6		3,3	20,8		6,9	2
ITI2	Umbria	1,1	2,6	45,4	35,4	9,2	37,6	11,6	178,9	117,9	141,5	73,4	39,3	33,5	44,8	38,1	14,5	18,4		2,8	19,5		5,7	2,7
ITI4	Lazio	2	2,8	41,2	35,9	4,4	35,6	11,2	135,6	85,2	85,6	54,4	41,1	32,4	32,1	31,3	13,3	15,6		3,1	18,5		5,5	3,3
ITF1	Abruzzo	0,8	5,2	46,2	38,2	6,9	46,3	14,1	139,2	84,7	115,3	74,7	46,6	37,4	45,6	33,7	11,2	13,9		2,8	16,4		5,6	4,1
ITF2	Molise	0,6	5	37,8	34,3	3,1	57,1	22,2	152	91,1	122,9	68	57,7	45,9	39,6	29	11,9	15,9		1,9	12,2		5,3	2,4
ITF3	Campania	0,8	6,6	30,3	24,1	4,1	37,3	20,6	116,4	68,9	104,8	52,1	48,6	43	25,1	21,7	18,3	10,1		1,9	16,4		4	3,9
ITF4	Puglia	1	6	38,4	32,6	4,5	37,1	17,7	103,8	63,7	81,1	61,7	47,3	40,1	36,									

ITG1	Sicilia	0,7	4,5	37,5	30,2	5,7	33,4	15,8	109,9	62,2	136,4	60,8	57,2	51	30,2	28	14,9	13,5		2	18,6		4,4	4
ITG2	Sardegna	1,9	4,8	48,5	37,4	9,4	38,9	15,5	92,3	47,6	83	54,6	33,3	25,3	31,3	28,8	16,9	17,6		2,1	19,1		4,3	3
CY	Cyprus	0,5	0,1	43	37	2,5	20,3	5,2	101,5	43,9	52,3	50,7	50,4	44,6	17,1	15,6	4,8	8,7		1,3	12		2,2	3,7
LV	Latvia	1,9	1,4	129,6	97,3	20,6	58,7	24,5	435,6	358	236,5	40	19,5	16,6	16,8	31,6	6,4	15		3,5	17,7		3,2	8,5
LT	Lithuania	0,3	0,4	162,3	110,1	31,7	84,3	47	464,6	422,8	174	60,4	10,9	9,3	18,5	28,5	5,1	13,6		3,4	17,7		4	6,3
LU	Luxembourg	0,8	0,6	51	31,5	16,3	35,2	15	81,5	38,1	65,8	58,8	17,1	10,2	24,2	25,8	6,7	11,7		1,5	14		4,6	1,8
MT	Malta	0,2	0,5	34,7	27	6,4	24,8	7,1	160,1	71,5	81,1	69,1	31	28,5	15,7	28	3,7	15,2		2,5	18,2		3,9	6,6
PL	Poland	0,3	0,6	64,9	41,6	13,9	44	18,2	126,6	69,5	99,5	50,9	17,7	16,7	12,8	26,2	5,1	11,5		2,8	13,9		3,4	6
PL11	Łódźkie	0,2	0,3	62,2	35,3	14,3	37,5	20,9	68,4	28,7	65,4	38,9	9,4	7,9	6,6	14,4	2,6	7,2		1,1	0,1		1,6	4,8
PL12	Mazowieckie	0,3	0,2	53,6	30,6	10,8	27	12,8	62,5	36,4	44,9	37,3	7,6	7,4	5,9	14,8	2,3	6		1,6	0,1		1,9	4,9
PL21	Małopolskie	0,2	0,6	41,9	29,2	11,3	19,3	9,5	81,1	50,3	35,8	26,6	4,2	4	5,4	12,2	2,6	5,4		1,6	0,1		1,3	6,4
PL22	Śląskie	0,3	0,5	47,9	28,5	10	32,8	17,9	97,3	45,4	47,5	31,3	8	7,6	7,3	16,2	3,4	6,4		1,4	0,1		1,8	6,7
PL31	Lubelskie	0,2	0,4	43,5	27,1	10,6	23,8	10,9	51,9	26	58,8	32,1	4,7	4,6	5,6	10,8	1,4	4		1,5	0		1,8	6,1
PL32	Podkarpackie	0,1	0,2	39,6	25,3	10,3	17,2	7,4	59,5	29,1	35,9	20,4	4,6	4,1	7,4	12	2	5,1		1,8	0		1,5	6
PL33	Świętokrzyskie	0,9	53,1	25,9	8,7	24,4	10,6	87,5	47	55,2	31,8	7,8	7,6	6,7	14,1	2,5	6,7		1,3	0,2		2,4	5	
PL34	Podlaskie	0,1	0,3	56,4	39,9	13,6	24,5	12	69,9	32,7	46,3	33,7	11	10,6	9	15,9	3	5,7		1,5	0,3		0,9	5
PL41	Wielkopolskie	0,1	0,6	47,5	32,9	11,9	22	9,8	75,6	33,7	42,9	24	13,7	13,1	6,2	14,7	2,5	5,5		1,2	0		2	6,7
PL42	Zachodniopomorskie	0,2	0,3	54,4	25,4	15,6	24,6	12,4	78,5	38	34,2	27,9	8,3	8	5,3	13,1	2,1	5,7		1,3	0,2		0,8	7,4
PL43	Lubuskie	0,8	0,3	54,3	30,7	15,2	21,4	11,6	63,3	28,5	41,5	25,2	5,9	5,3	4,5	13,7	2	5		1,3	0,5		1,6	6
PL51	Dolnośląskie	1	0,3	49,5	34,5	13,1	31	18,7	57,2	29,3	40,5	27,4	5,5	5,3	3,6	16,1	3	5,4		1,8	0,1		1,5	6,9
PL52	Opolskie	0,3	0,1	44	31,6	11,3	16,3	8,4	51,1	24,9	33,1	26,2	9,4	9,2	3,4	15,1	2,9	5,5		1,6	0		1,9	4,4
PL61	Kujawsko-Pomorskie	0,2	0,2	49,9	32,6	11,5	22,6	10,1	64,3	26,8	38,8	36,1	6,9	6,7	6,1	16,8	2,9	5,5		1,3	0,3		2	6,1
PL62	Warmińsko-Mazurskie	0,2	0	57,3	29	13,5	23,8	12,3	50,6	18,1	31,6	43,7	5,5	5,1	7,8	12,5	3,9	5,8		1,2	0,1		1,7	5,4
PL63	Pomorskie	0,1	0,2	46,1	31,3	11,4	24,1	10,1	53,9	25,3	31,4	28	9,9	8,9	6,4	14,5	2,5	5,5		1	0,1		1,8	6,4
PT	Portugal	7,5	1,3	42,3	19,9	9,7	43,2	14,1	76,8	25	142	104	49,5	41,7	24,9	33	7,4	10,3		1,8	15,1		3,6	3,4
PT11	Norte	6	0,6	29,4	14,2	4,1	40,2	16	46,5		131,1	92,4	39,2	33,5	20,5	26,5	6,5	8,7		1,1	12			3,5
PT15	Algarve	10,6	1,7	68,6	32,3	22,9	46,7	9	80,7		122,4	114,2	42,7	33	21	32,6	5,7	9,7		2,4	18,6			3,9
PT16	Centro (Portugal)	2,9	0,8	51,2	25,7	10,1	50,3	15,3	64,1		176,1	126,7	57,7	48,1	27,2	36,8	8,8	11,1		1,8	14,5			2,8
PT17	Área Metropolitana de Lisboa	14,2	1,7	35,8	16,1	8,7	35	10,7	113,4		120,2	84,1	43,3	36,9	26,1	35,6	8,1	11,2		2,3	17,7			3,5
PT18	Alentejo	5,5	1	72,1	28,1	28,2	53,6	8,8	107,8		181,9	127,9	84,7	67,4	38,6	48,5	7,3	12,1		2,5	19			3,7
PT20	Região Autónoma da Madeira	2,1	0	40,2	22,6	10,7	32	10,7	102,3		119,5	89,9	71	62,8	20,9	14,8	5,3	12,7		0,4	12,7			3,2
PT30	Região Autónoma dos Açores	0	0	52,4	13,8	14,6	65,8	33,3	66,6		103,6	174,2	63,8	59,7	16,2	26,8	2	8,1		1,2	16,2			4,8
RO	Romania	0,8	0,2	60,3	44,9	11,6	69,8	47,3	253,6	148,3	244,3	60,6	11,4	11	9,7	23,8	11,1	11,8		1,8	14,9		1,7	12
RO11	Nord-Vest	0,4	0,3	57,4	39,4	13,9	63,4	38,7	338,1	230,7		48,1	8	7,6	8,4	22	10	10,1		2,7	15,5		2	11,8
RO12	Centru	0,7	0,1	59,7	40,7	16,5	52,3	34,5	315,3	226,4	178,2	57,5	14,7	14,3	11,6	26,1	9,3	12		3,1	14,9		2,2	12,5
RO21	Nord-Est	1,1	0,1	65,4	50,2	12	77,1	54,9	188,5	124,9	184,3	66,5	10,8	10,5	7,9	19,8	12,4	11		1,5	11,1		1,7	14,2
RO22	Sud-Est	1	0,2	61,4	46,5	11,3	80,8	59,8	159,9	87,6	201	65,4	15,5	14,9	13,8	23,3	11,9	12,3		1,1	15,9		1,8	12,7
RO31	Sud - Muntenia	0,8	0,2	55,7	43	9,3	70,4	49,5	245,9	135,1	284,9	58,6	11,2	10,3	7,7	21,2	9,3	11,4		1,2	12,1		1,2	11,4
RO32	București	0,6	0,7	48,1	36,7	6,2	72,9	48,5	241,3	101,4	232	46,1	9,1	8,9	12,8	30,4	14,6	14		1,2	20,7		2	7,2
RO41	Sud-Vest	1		58,8	45,1	8,3	59,3	42,4	224,6	125,9	358,6	61,1	7,9	7,9	5,8	19,5	8,1	10,8		1,4	12		1,1	12
RO42	Vest	0,5	0,3	56,7	42,5	12,2	54,9	27,7	290,8	145,6	255,6	62,9	10,2	9,9	7,3	25,5	10,3	10,4		1,7	15,9		1,5	12,2
SI	Slovenia	0,1	0,5	79,4	49	21,6	59,3	31,8	96,9	59,5	83,7	52,8	14,6	13,3	11,3	38,7	9,1	14,9		5,2	20		4,7	2,8
SI03	Vzhodna Slovenija (NUTS 2010)																							3,6
SI04	Zahodna Slovenija (NUTS 2010)																							1,9
SK	Slovakia	0	0,3	55,2	37,5	9,4	55,5	27,7	299,4	253,8	97,6	58,8	13,3	11,9	14	32,9	6,4	13		3,1	14,8		3,4	6,1
SK01	Bratislavský kraj	0,3	0,3	52,4	37,1	9,4	60,3	30,7	246,4	195	57,5	55,7	11,3	9,9	15,6	33,2	6,7	16,3		5,6	16,8		3,6	3,3
SK02	Západné Slovensko	0,1	0,3	54,5	35,4	10	58,9	29,3	311,5	262,9	113	60,2	13,3	11,5	13,6	37,8	7,8	13,5		4	17,9		3,5	3,8
SK03	Stredné Slovensko	0,1	0,2	62,3	45,5	9,6	58,4	30,8	314,1	262,1	99,5	65,8	13	11,5	12,9	30,8	5,6	11,9		1,9	14,7		3,6	6,1
SK04	Východné Slovensko	0,5	50,3	32,7	8,4	46,4	21,6	288,5	255,1	91,6	51,3	14,3	13,3	14,8	28,2	5,4	12		2	10,4		2,8	9,2	
SE	Sweden	0,3	0,8	52,9	34,1	12,3	33,1	6,7	183,7	87,1	86,7	62,3	25,8	21,4	34,2	28,9	6,4	16,8		5,2	16,3		5,5	2,5
SE11	Stockholm	0,7	0,7	50,5	31,5	10,8	29,8	6,9	136,7	60,2	64	55,7	18,8	15,3	33,4	22,5	5,8	15,6		3,7	14,5		4,6	2,2
SE12	Östra Mellansverige	0,2	0,9	50,3	31,3	12,2	32,1	7,9	195	99,4	85,3	61,1	27,7	22,5	37,3	28,6	5,2	16		5,6	17,3		5,7	2,5
SE21	Småland och Östergötland	0,1	0,5	50,4	33,6	11,4	34	6,2	201,2	93,3	104	66,3	29,5	25,9	30,2	32,2	7	18,5		6,2	13,9		5,8	4,1
SE22	Sydsverige	0,1	1	53	29,5	15,3	35,1	7,3	183,1	81,7	82,2	66,2	26,9	22,3	27,2	31,3	6,1	18,6		6,7	18,7		5,4	2,7
SE23	Västsverige	0,3	0,6	48,1	32,4	11,7	30,9	5,6	188,1	89,3	85,2	64,2	26,8	22,5	26,5	28,6	6,4	15,3		5,8	18,3		5,6	2
SE31	Norra Mellansverige	0,1	1,1	66,9	45	14,8	39,6	7,9	221,7	111	111,6	62,1	29,3	23,9	38,9	34,5	7,9	16,2		5,3	15,9		5,8	2,2
SE32	Mellersta Norrland			71,2	51,3	12,7	39,1	5,4	237,4	114,1	136	71,8	29,9	25,9	40,7	34,8	8,4	21,3		4	13,2		7	2,4
SE33	Övre Norrland			54,2	40,7	10	35	4,9	185,5	89,6	90,2	60,1	26,5	21,2	68,4	30,7	8,6	19,3		2,6	13,8		5,9	3,5
IS	Iceland		0,3	38,2	18,9	11,9	16,4	2,9	110,1	65,5	56,2	50,4	10,3	8,3	47,8	17,3	3,2	12,5		3,5	16		1,6	2
NO	Norway	0,2	0,3	50,7	39,6	10,3	26,1	4,2	124,1	43,9	72,8	90,1	24,3	17,5	29,5	32,8	3,1	14		5,8	14,1		5,1	3,1
NO01	Oslo og Akershus	0,5	0,6	47,8	36,9	10	24,4	4,8	101,9	34,9	57,2	80,7	21,8	13,1	26,7	25,6	3,3	11,7		6,1	14,4			

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΟ 2010.

ID	2010	AIDS/HIV (as recorded by routine mortality statistics system), per 100000	Viral hepatitis, per 100000	External causes of injury and poisoning, per 100000	Accidents, per 100000	Suicide and intentional self-harm, per 100000	Diseases of the digestive system, per 100000	Chronic liver disease and cirrhosis, per 100000	Ischaemic heart disease, per 100000	Pulmonary heart disease, per 100000	Other diseases, per 100000	Cerebrovascular diseases, per 100000	Respiratory system, per 100000	Endocrine and metabolic diseases, per 100000	Diabetes mellitus, per 100000	Diseases of the nervous system and sense organs, per 100000	Malignant neoplasms of colon, rectum and anus, per 100000	Malignant neoplasms of liver and intrahepatic ducts, per 100000	Malignant neoplasms of trachea, bronchus and lung, per 100000	Malignant neoplasms of melanoma of skin, per 100000	Malignant neoplasms of breast, per 100000	Malignant neoplasms of prostate, per 100000	Malignant neoplasms of haematopoietic tissue, per 100000	Infant deaths rate per 1000
AT11	Burgenlan	0,29	0,74	32,81	18,63	11,41	22,52	13,77	118,05	28,31	32,29	23,78	38,12	26,97	19,73	13,6	8,78	13,06	27,22	3,2	12,46	19,39	14,27	2,3
AT12	Niederos	0,05	1,6	40,07	24,73	11,55	26,99	14,06	100,51	40,76	32,28	30,92	34,02	23,17	17,37	17,2	6,83	12,2	29,01	2,83	12,44	20,07	12,45	3,6
AT13	Wien (AU	1,07	4,32	29,17	13,91	10,47	32,78	20,02	120,52	43,58	27,2	27,79	29,34	17,77	13,14	19,21	8,17	12,98	43,2	2,46	13,43	20,71	13,13	5,8
AT21	Kärnten (F	0,34	1,42	45,51	24,27	16,5	25,37	14,26	79,01	51,4	36,88	28,06	28,94	21,23	15,45	11,56	7,87	12,71	35,17	4,07	9,95	23,22	12,99	1,7
AT22	Steiermar	0,31	2,15	35,22	18,03	13,88	26,1	13,81	86,89	52,74	37,1	25,45	29,12	21,81	18,46	15,6	5,93	10,71	29,78	3,66	12,13	20,52	12,71	3,3
AT31	Oberoster	0,4	2,11	40,36	23,99	12,79	22,16	12,24	90,1	47,86	32,61	27,92	25,3	17,35	17,69	16,25	7,14	11,46	28,39	3,49	11,44	18,64	11,32	3,9
AT32	Salzburg (I	0,19	0,98	46,33	24,45	16,31	18,95	11,65	67,69	49,92	35,93	26,34	19,85	13,25	15,48	14,61	4,98	10,6	27,51	2,69	9,94	16,34	12,26	4,9
AT33	Tirol (AUT	0,6	1,11	37,51	20,87	11,91	17,73	9,05	84,3	40,2	27,44	27,36	24,62	19,12	18,77	11,72	6,11	10,47	31,76	2,32	11,03	20,83	11,5	2,5
AT34	Vorarlber	1,07	0,84	34,04	17,21	14,01	18,86	10,19	82,32	34,92	31,71	24,85	20,15	14,53	13,38	15,8	4,31	8,51	34,57	3,61	12,53	24,62	10,98	2,6
BE10	Bruxelles-	0,39	0,29	39,96	21,02	14,09	19,61	4,89	42,34	60,91	40,13	52,24	9,77	6,33	20,61	16,35	3,23	9,23	42,61	2,34	13,58	19,43	10,64	3
BE21	Antwerpe	1,87	1,52	45,83	25,37	11,79	27,96	10,37	51,54	46,24	33,54	55,1	15,43	7,92	23,02	16,46	7,19	9,61	43,45	1,69	14,82	20,45	13,6	4,1
BE22	Limburg (F	0,11	0,21	39,94	22,88	13,38	18,03	3,48	47,19	64,18	33,51	54,14	8,22	4,87	21,04	14,97	3,68	8,18	50,14	2,05	14,09	17,26	13,36	2,8
BE23	Oost-Vlaac	0,39	0,67	42,52	22,32	16,34	24,99	8,03	46,93	64,54	35,78	49,44	11,41	8,17	19,8	17,93	4,45	10,55	42,77	2,4	18,53	20,9	13,63	4,1
BE24	Vlaams Br	0,3	0,61	38,41	20,5	12,95	20,68	5,92	44,97	59,12	32,79	43,76	11,91	8,7	18,86	16,51	4,27	8,61	39,54	1,48	15,79	19,69	12,69	3,3
BE25	West-Vla	0,25	0,63	47,09	22,89	20,9	22,53	8,12	48,77	65,26	31,55	47,95	11,35	7,73	19,52	16,63	5,73	9,87	37,76	2,85	16,43	18,78	11,35	3,6
BE31	Brabant W	0,46	0,47	45,87	26,59	15,54	23,89	8,72	40,75	52,15	26,85	48,96	17,95	8,46	28,69	14,37	6,51	8,51	36,06	2,89	14,64	22,43	11,73	3,2
BE32	Hainaut	0,37	0,52	58,09	35,86	19,51	41,48	19,59	62,17	62,62	37,04	64,79	23,61	12,64	31,05	18,9	7,01	9,98	49,29	2,26	15,85	18,94	14,43	4,8
BE33	Liège	0,73	0,42	58,38	33,99	21,84	25,39	8,22	53,39	67,79	32,89	67,7	17,48	8,58	30,13	14,71	5,62	10,75	55,61	1,48	11,22	22,26	12,32	2,8
BE34	Luxembou	0	0,6	70,81	39,57	27,74	28,54	9,53	50,13	70,23	29,48	50,2	23,53	12,89	30,22	14,89	4,17	7,69	59,15	1,56	9,53	18,91	13,47	2,1
BE35	Namur	0,43	0,92	66,56	39,69	23,24	32,18	13,13	45,94	62,5	31,96	63,01	21,34	9,83	30,13	15,37	5,74	12,39	49,66	1,35	14,5	17,02	13,44	3,4
BG31	North-we	0,07	0,2	35,79	22,21	9,61	29,58	14,78	119,73	297,75	216	36,78	18,36	17,97	11,37	21,3	8,41	9,37	36,14	1,59	9,86	15,3	8,08	9,4
BG32	North-cen	0	0,56	41,5	20,17	11,03	32,59	16,01	97,22	190,73	150,09	33,18	20,31	19,52	9,83	22,37	4,67	8,22	36,6	1,3	9,73	16,28	8,01	8,5
BG33	North-eas	0,1	0,24	40,15	26,55	8,51	34,64	17,33	101,72	157,24	199,29	42,28	30,57	30,05	13,08	25,33	6,31	10,09	38,06	1,7	12,13	16,12	10,06	12,4
BG34	South-we	0	0,54	38,17	23,85	10,9	34,74	16,87	118,61	266,89	228,6	46,71	8,52	8,04	6,75	19,36	8,13	7,83	36,16	1,94	10,94	13,11	8,38	15,8
BG41	South-cen	0	0,13	27,48	17,18	7,4	31,12	16,57	92,72	303,01	126,02	40,94	12,97	12,55	9,76	21,38	5,13	10,88	32,71	1,66	11,68	15,43	7,12	5,2
BG42	South-eas	0,33	0,55	35,5	23,3	9,79	30,21	11,68	154,27	158,82	195,26	29,98	9,44	8,73	7,97	20,69	8,69	8,14	39,55	1,82	11	16,54	8,38	8,8
CZ02	Central Cz	0,15	0,14	45,62	29,43	13,41	31,88	13,37	166,11	46,23	76,25	37,35	17,82	16,21	7,07	27,16	7,38	12,8	46,48	2,56	13,5	24,28	13,54	2,1
CZ01	Prague (C	0,14	0,18	39,37	24,05	11,69	31,02	13,38	113,53	44,43	58,75	32,86	10,25	8,44	9,88	23,92	5,64	11,93	38,38	2,65	12,82	23,68	12,1	2,7
CZ03	South-we	0	0,2	47,82	31,3	12,09	24,64	9,66	148,8	50,35	74,29	45,34	18,79	15,81	5,7	28,19	5,61	12,66	41,4	3,37	11,54	24,79	10,42	2,9
CZ04	North-we	0,07	0,35	58,32	37,27	13,78	37,18	15,63	171,7	57,92	93,49	49,4	14,53	13,06	7,81	31,72	6,24	13,23	55,58	2,66	12,4	26,36	10,78	4,8
CZ05	North-eas	0	0,13	49,44	31,92	12,34	29,17	11,38	162,45	49,57	73,28	44,5	13,36	12,26	6,23	23,74	5,14	15,36	41,81	3,03	10,55	21,66	11,58	2,1
CZ06	South-eas	0	0,16	45,68	31,22	10,89	31,4	14,25	161,83	33,8	69,12	42	14,27	13,24	6,82	25,68	5,67	12,96	35,35	1,83	12,08	20,81	12,18	1,8
CZ07	Central M	0	0,18	51,48	33,04	15,85	41,52	22,5	173,34	39,82	75,35	34,44	12,35	9,45	10,01	25,58	6,08	12,95	34,61	2,14	10,97	21,08	11,98	2,8
CZ08	Moravian-	0	0,37	48,68	31,14	13,06	49,52	25,87	203,83	45,14	69,68	43,02	16,59	14,99	7,5	28,41	6,47	12,83	41,61	2,72	10,86	25,17	12,71	2,7
FI19	Eastern Fi	0	0	72,71	47,93	20,29	35,87	20,36	148,23	26,86	43,08	23,68	7,77	5,26	55,06	11,81	5,73	11,57	26,86	2,53	9,48	20,96	11,2	2,3
FI1B	Southern	0,16	0,07	56,77	37,19	15,72	35,06	21,55	112,57	25,98	43,12	21,15	7,82	5,62	53,16	13,65	5,52	11,88	30,33	2,69	12,36	23,3	12,43	2,1
FI1C	Western F	0,08	0,08	60,11	39,11	16,35	31,42	15,22	115,88	26,24	44,99	20,52	7,5	5,88	49,4	13,66	3,99	11,83	23,3	2,02	12,2	24,35	13,07	2,9
FI1D	Northern	0,17	0,18	66,52	41,22	19,41	22,07	8,54	134,01	26,6	38,02	21,41	7,26	5,59	54,63	10,96	4,8	13,09	26,25	2,41	8,89	21,95	11,82	2,2

FI20	Aland (Finl)	0	0	18,29	13,25	5,04	16,26	8,21	77,2	38,23	30,77	17,91	7,76	4,14	43,97	17,07	3,62	10,34	24,94	0	8,79	41,01	12,39	3,5
FR10	Ile De Fra	1,44	1,14	28,2	18,57	7,43	18,98	6,93	25,15	33,38	20,5	22,68	14,81	7,45	23,12	15,06	8,05	9,66	34,42	1,9	13,95	19,02	12,71	3,8
FR21	Champagn	0,3	0,74	47,14	26,02	18,87	27,27	12,05	32,24	43,84	25,94	28,53	19,41	12,07	27,78	19,4	8,54	9,6	42,95	1,85	13,06	21,14	12,83	3,6
FR22	Picardie (F	0,19	0,59	49,78	29,42	17,68	29,29	12,53	33,32	50,73	27,5	31,67	21,62	12,11	31,48	18,14	9,48	9,82	38,91	1,72	16,13	22,08	13,63	3,4
FR23	Haute-No	0,52	0,55	45,66	25,4	16,95	30,92	14,28	34,78	44,15	27,17	26,49	17,75	9,93	27,37	17,94	10,28	8,92	38,68	2,67	15,77	21,77	14,13	3,9
FR24	Centre (Fr	0,85	0,75	46,64	26,31	17,88	22,63	9,91	31,45	42,24	26,06	21,86	16,72	9,12	27,22	18,49	9,07	9,61	37,87	2,51	13,76	22,88	14,02	3,3
FR25	Basse-Nor	0,38	0,32	51,65	26,94	22,53	25,07	12,09	34,93	44,24	23,54	23,1	13,82	7,99	27,47	15,22	9,78	10,04	35,98	2,62	14,64	19,51	12,5	3,6
FR26	Bourgogn	0,54	0,33	46,34	25,8	17,82	23,84	11,3	31,45	42,57	26,2	24,66	17,96	10,59	26,65	16,46	8,78	9,98	38,67	2,26	13,1	18,25	11,52	3,3
FR30	Nord-Pas-	0,22	0,7	51,34	28,2	20,86	40,93	21,29	37,17	54,6	31,62	38,21	24,22	13,49	31,56	20	11,72	9,56	44,87	1,84	17,04	23,26	13,42	3
FR41	Lorraine (I	0,33	0,67	44,32	27,2	15,58	27,08	10,69	33,38	46,72	27,49	32,35	18,57	11,73	26,05	18,61	8,94	9,79	44,13	1,67	12,48	16,48	12,05	3,3
FR42	Alsace (FR	0,42	0,81	32,88	21,54	10,04	21,8	8,05	35,64	43,51	26,15	25,95	20,13	11,37	23,56	15,43	10,6	10,19	32,94	2,25	12,93	17,21	13,61	3,9
FR43	Franche-C	0,34	0,36	52,51	31,11	17,91	20,44	8	32,37	46,56	23,78	27,46	16,18	10,03	24,07	14,76	7,22	9,67	37,79	1,9	12,76	16,93	11,77	3,9
FR51	Pays De Lo	0,43	0,43	46,61	26,74	17,86	22,34	10,19	28,18	39,05	25,8	22,77	14,66	8,14	24,79	16,5	11,36	9,89	32,77	2,34	12,44	21,13	14,78	2,9
FR52	Bretagne	0,33	0,39	60,7	32,74	25,36	26,29	12,47	34	43,24	28,92	29,84	12,64	5,85	26,68	15,68	10,7	8,18	35,02	2,62	11,84	24,07	12,71	3,6
FR53	Poitou-Ch	0,45	0,44	49,79	30,18	17,02	25,47	11,68	27,15	42,36	25,71	23,39	16	9,12	23,33	16,57	8,11	9,79	38,32	2,05	11,95	19,88	15,12	2,7
FR61	Aquitaine	1,01	0,88	42,86	25,85	14,7	19,8	7,59	30,23	45,53	26,23	23,05	15,01	8,81	23,26	17,07	6,7	9,59	36,83	2,25	12,3	18,2	12,04	3,6
FR62	Midi-Pyre	0,43	0,51	41,94	28,1	11,56	17,88	5,28	28,95	40,99	23,65	22,23	14,34	8,65	25,93	15,16	5,64	9,84	34,63	2,11	10,83	16,55	11,77	3,7
FR63	Limousin	0,11	0,55	47,77	26,51	18,92	24,78	10,5	32,93	44,68	29,07	23,91	18,94	11,52	25,32	15,92	9	10,79	36,66	2,21	11,82	21,84	13,52	4
FR71	Rhone-Alp	0,34	0,51	38,98	25,22	11,44	19,42	6,93	26,71	39,62	22,53	23,74	14,2	8,15	26,47	15,89	8,13	9,58	33,79	1,93	12,46	18,75	12,1	2,8
FR72	Auvergne	0,29	0,67	46,38	27,87	16,15	25,35	9,28	34,26	42,6	24,65	25,4	18,05	10,15	24,05	14,79	9,87	10,52	33,7	2,01	11,87	20,18	11,39	3,5
FR81	Languedo	0,91	1,13	48,76	30,31	15,66	21,79	8,05	30,2	44,58	24,95	25,29	15,56	9,05	27,22	15,71	7,56	10,56	39,3	2,28	12,71	17,37	12,2	3,7
FR82	Prov.-Alpe	1,06	1,39	42,6	25,57	13,79	19,66	6,84	26,88	37,06	22,68	22,89	14,14	7,7	22,72	13,54	6,66	9,13	33,39	1,57	10,66	16,15	11,77	3,1
FR83	Corse (FR)	0,28	1,32	51,99	29,52	15,37	16,86	4,41	35,46	44,55	23,8	21,86	22,05	12,17	20,17	14,18	7,83	10,16	45	2,71	15,23	13,86	9,46	4,3
HU10	Central Hu	0,1	0,3	49,92	28,49	18,59	58,36	34,05	191,56	42,53	69,03	39,52	16,03	13,51	12,13	33,09	5,05	12,74	67,01	2,45	16,03	21,77	13,03	4,3
HU21	Central Tr	0,16	0,15	53,05	30,12	19,06	68,95	45,15	210,36	47,02	101,08	37,7	25,18	22,81	14,18	36,23	5,16	13,72	67,04	2,21	15,82	25,26	13,24	4,3
HU22	Western T	0	0,34	50,26	31,8	16,22	58,71	35,6	189,11	41,29	117,66	35,2	21,84	19,41	11,45	36,14	6,96	15,54	62,22	3,09	13,29	24,25	12,35	4,5
HU23	Southern	0	0,33	56,11	33,28	20,17	61,45	38,25	215,1	49,05	88,7	48,73	32,79	27,65	12,7	37,65	7,32	11,62	80,59	2,92	13,13	21,87	11,98	5,4
HU31	Northern	0	0,29	69,1	40,93	23,86	69,82	44,31	260,42	51,76	98,22	55,84	18,03	14,51	14,26	32,68	5,52	13,31	77,92	2,83	13,68	18,56	11,6	6,1
HU32	Northern	0,15	0,15	58,59	30,31	26,31	54,38	32,36	245,76	45,84	87,9	46,89	17,07	14,33	10,65	34,13	4,24	12,4	80,92	2,57	15,19	20,44	12,24	5,5
HU33	Southern	0,17	0,12	59,78	30,25	27,59	55,43	33,71	211,44	59,83	89,11	35,89	17,82	14,87	10,89	33,99	4,85	13,78	66,79	2,07	14,42	19,6	14,46	7,2
IE01	Border, M	0,3	0,3	35,1	20,3	12	23,8	6,1	118,8	51,3	51,9	83,2	18,7	14,3	24,7	20,6	5,5	11,7		3,2	13,4		3,8	3,3
IE02	Southern	0,3	0,7	36	20,4	10,4	24	6,6	98,9	53,1	43	67,6	13,6	9,6	22,1	20,6	5,5	10,3		3	14,9		3,3	3,5
NL11	Groningen (NET)		0,2	32	19,4	9,5	36,9	5,51	76,7		54,7	79,3	31,3	26	31,7	33,1	5	17,8		6,1	19,5			4,7
NL12	Friesland (NET)		0,3	36,2	21,3	11,1	27,8	4	67,9		61,7	80,6	24,4	19,6	30	31,8	4,5	15,8		5,1	23,4			4,4
NL13	Drenthe (NET)			38,9	24,6	11,4	35,2	4,5	74,9		64,3	89,4	28,7	23,2	26,7	38,3	4,3	15,3		4,7	22,6			4,2
NL21	Overijssel	0,2	0,1	33,2	22,2	8	28,5	4,31	58		53,7	80,9	26,1	21,5	24,8	32,9	4	11,7		4,8	20,8			5,1
NL22	Flevoland	0,1	0,3	32	19,7	8,7	31,1	4	65,4		56,6	88,6	24,4	18,7	27,7	33,1	4,2	15,1		4,2	22,8			4,2
NL23	Gelderland (NET)			24,4	13,8	7,4	23,6	6,2	41,5		32,1	54,4	13,3	11,3	22,8	22,3	2,8	9,2		4,1	19,8			4,1
NL31	Utrecht (N	0,2	0,2	33,1	21,2	7,3	28,4	3,9	49,1		42	68	21,1	15,3	26,5	28,3	4,3	15		4,3	12,1			3,3
NL32	Noord Hol	0,7	0,8	36,7	22,4	9,9	30,6	4,9	59,5		48,4	67,6	20,4	15,5	32,5	29,8	4,2	15,5		4,9	17,5			3,2
NL33	Zuid Holla	0,4	0,4	35,3	21,6	9	33,2	4,7	61,5		53,2	75,8	23,3	17,6	28,3	28,9	4,7	15,1		4,6	17,6			3,5
NL34	Zeeland (NET)			44	27,3	12,8	35,4	5,8	80,5		61,3	84,9	32,2	26,5	30,1	30,9	3,9	17,8		4,5	18,7			3,2
NL41	Noord Bra	0,2	0,1	32,5	18	11,4	31,4	4,2	58,1		52,6	79,9	20,7	16,3	26,8	30,2	4,3	14,8		5	23,3			3,5
NL42	Limburg (I	0,4	0,4	38,4	22,4	11	37,5	6,2	81,3		65,6	98,2	24,5	20	27,4	34,4	4,6	14,9		4,7	19,8			4,4
ES61	Andalucia	2,45	1,43	23,84	14,63	7,31	33,19	11,69	55,42	48,64	45,57	49,62	17,63	13,6	22,91	20	6,65	7,53	36,65	1,12	21,6	17,54	10,84	3,2
ES24	Aragon (Si	1,71	0,53	23,66	16,66	5,67	24,16	6,99	38,14	40,5	34,57	40,08	13,11	9,37	20,9	18,88	7,25	9,25	36,47	1,53	10,39	19,45	10,89	2,2
ES12	Pr.de Astu	2,45	0,76	31,63	19,23	9,82	27,26	11,73	56,09	43,9	36,16	42,63	15,2	12,25	21,28	21,89	7,97	10,76	46,61	1,66	10,27	21,32	11,33	3,2
ES53	Illes Balea	1,38	2,08	25,76	16,67	8,39	25,66	7,89	44,61	52,07	32,82	38,34	14,07	10,86	26,44	19	8,94	8,59	40,11	2,03	10,61	18,74	11,66	3,6
ES70	Canarias	1,44	1,01	23,25	15,25	6,7	21,57	8,99	51,33	32,81	23,58	41,31	41,81	34,8	21,48	19,53	7,3	7,93	38,59	1,57	10,73	15,3	13,27	2,5
ES13	Cantabria	3,03	0,21	24,75	20,22	3,01	22,02	6,25	33,73	46,48	35,69	39,85	5,84	3,07	19,91	22,28	6,74	9,6	40,75	1,5	10,51	14,9	9,98	2,6

ES41	Castilla y L	1,78	0,91	24,14	16,12	6,51	23,94	7,32	39,06	36,1	28,21	38,88	13,65	10,41	17,12	23,68	6,77	8,78	31,41	1,75	9,15	16,84	10,04	1,8
ES42	Castill-La	0,89	1,03	23,46	15,56	5,64	24,29	6,91	39,72	37,89	32,94	47,02	15,21	12,17	20,34	17,55	6,51	7,55	33,91	1,57	8,19	17,76	10,49	2,8
ES51	Cataluna (	1,86	1,7	25,25	19,26	4,84	23,24	8,48	36,44	37,64	27,74	41,86	16,83	11,91	26,03	20,56	7,82	9,13	35,71	1,52	10,52	15,82	11,67	3,4
ES52	Com. Vale	2,54	1,83	22,25	14,11	6,84	25,8	8,94	53,5	43,08	39,17	44,55	14,83	10,43	24,89	21,05	6,91	9	36,98	1,64	9,81	17,84	10,54	2,9
ES43	Extremadi	1,26	0,82	21,25	13,7	6,15	29,14	6,25	48,53	46	40,3	53,48	13,21	9,5	19,66	22,09	7,5	9,12	43,43	0,82	9,65	16,39	11,89	3
ES11	Galicia (SF	1,88	1,16	27,89	19,09	7,8	23,96	8,54	40,26	42,51	39,05	47,43	9,67	7,64	19,13	22,14	6,48	8,81	35,99	1,32	10,04	19,67	11,21	3,7
ES30	Com. de N	2,22	1,78	11,25	9,11	1,65	20,04	4,64	34,74	31,3	22,35	50,05	7,87	5,64	16,96	18,34	7,08	7,85	31,97	1,56	9,09	15,7	9,91	2,7
ES62	Reg. de M	1,25	1,6	21,81	13,94	5,72	26,72	8,57	43,81	47,18	40,9	51,92	14,66	10,43	25,79	19,72	5,99	8,92	37,01	2,39	9,27	15,21	10,58	3,5
ES22	Com. Fora	1,74	1,16	23,52	17,53	5,56	21,91	3,7	29,22	32,33	32,42	40,22	12,89	10,58	23,99	18,99	7,27	9,15	33,86	1,7	6,59	12,65	9,86	3,4
ES21	Pais Vasco	1,76	1,21	20,72	14,38	4,73	22,5	8,71	34,38	39,69	29,05	34,99	14,35	10,39	24,32	21,15	7,01	8	38,05	1,71	8,8	18,78	11,1	3,8
ES23	La Rioja (S	1,82	1,47	23,32	16,49	4,55	22,51	6,53	34,12	44,52	34,65	31,1	11,07	8,17	29,42	19,45	6,79	9,61	30,55	1,98	7,85	15,51	8,56	3,2
ES64	Ceuta y Melilla (up to 2005 data) (SPA)																							8,4
ES63	Ceuta (data	7,5	2,28	24,39	17,04	4,85	27,59	9,81	48,49	43,92	43,23	87,3	29,11	20,83	22,3	22,01	1,4	4,13	49,01	0	7,33	18,47	9,95	0
ES64	Melilla (data	0	2,46	13,41	9,03	1,24	15,9	7,46	47,93	51,24	22,55	51,35	33,86	28,65	10,55	17,14	1,45	6,45	27,84	0	14,68	9,72	11,85	3
UK	United Kingdom	0,4	0,4	32,6	21,4	6,7	47	11,9	128,4	77,4	78,7	121,2	13,6	9,8	33,2	25,6	6,1	12,6		3,5	18,6		4,4	4,2
UKC1	Tees Valley	0,3	0,2	30,2	18	6,4	56,7	14,7	127,9	74,7	81	138,3	13,3	10,6	34,6	24,4	7,2	13,4		3,6	20,5		5,7	4,2
UKC2	Northumbria	0,2	0,2	39,5	28,6	5,7	58,1	15,4	144	97,3	84,9	145,4	12,9	7,6	43,9	27,1	7,6	13,1		2,2	20,6		5,3	3,4
UKD1	Cumbria		0,6	37,4	26,7	8,3	56,2	11,5	168,9	110,5	117,9	130,9	16,8	12,1	39,9	35	8,1	18,2		4,9	23,3		5,3	1,6
UKD3	Greater Manchester	0,6	0,6	37,1	24,4	6,8	51,6	15,7	139,6	84,7	76,6	128,1	11,5	8,1	26,6	24,4	7,1	10		3,3	15,3		3,3	4,8
UKD4	Lancashire	0,3	0,6	34,9	21,9	8,5	63,4	16,6	155,9	95,4	87,5	148,9	12,6	9,8	36,1	30,1	7,2	12,9		3,7	17,7		5	5,3
UKE1	East Yorkshire	0,1	0,7	32,1	23,7	5,2	47,7	10,5	145,1	79,9	81,9	149,7	15,4	12,1	30,3	24,6	6,8	11,8		2,7	19,8		6	4,8
UKE2	North Yorkshire	0,5		30	19,3	7,7	47,6	10,1	160,5	103	106,7	127,2	12,7	8,7	35,8	27,7	5,6	13,6		3,2	20,7		5,2	4,1
UKE3	South Yorkshire	0,2	0,4	21,8	14,7	4,2	51	11,7	148,4	98	73,3	131,6	13,3	10,2	37,8	27,1	6,9	11,6		3,1	18,3		5,3	5
UKE4	West Yorkshire	0,3	0,5	24,9	15	6,4	43,1	10,6	130,2	74	71,6	121,5	11,3	7,8	31,6	23,5	7	10,9		2,3	14,5		4,1	5,5
UKF1	Derbyshire	0	0,2	31,9	23,3	3,9	49,1	11,8	137,3	88,5	77,1	121,4	14,4	10,5	37,1	28	6,1	13		3,5	18,4		4,2	3,9
UKF2	Leicestershire	0,7	0,4	31	22,3	5,5	46	11,2	115,9	76,5	70,7	113,3	13,4	9,4	32,9	24,1	4,8	12,1		3,4	18,3		4,8	4,1
UKF3	Lincolnshire		0,1	28,2	17,9	4,3	55,1	11,4	154,1	94,9	90,9	134,3	16,8	10,8	36,4	32,4	6,7	15,1		4,4	21,2		4,8	3,7
UKG1	Herefordshire	0,2	0,3	35	23,3	7,1	44,8	10,5	124,3	80,4	99,3	123,5	15,1	11,2	37,9	26,3	4,8	13,4		3,7	19		6,1	4,1
UKG2	Shropshire	0,1	0,3	35,8	24,4	8,5	48,8	13,6	139,1	88,9	87,1	130,5	14,7	10,3	33,3	29,8	5,5	13,2		3,9	20,3		4,1	4,8
UKG3	West Midlands	0,5	0,5	32,8	22,2	4,7	47,4	14,7	120,9	66	76,6	127,8	19,7	13,9	27,7	23,8	6,2	12		2,9	18,4		4	6,1
UKH1	East Anglia	0,3	0,2	32,8	22,8	6,2	41,4	6,8	139	88,8	85,8	114,2	16,1	12	44,5	28,5	5,6	15,6		4	21,2		4,7	3,6
UKH2	Bedfordshire	0,3	0,2	27	17,6	6,2	36,6	8	116,8	71,6	64,4	109,5	13,9	10,2	30,9	22,8	5,6	11		3,5	19		3,8	3,1
UKH3	Essex	0,6	0,2	27,5	16,2	5,4	45,2	10,2	129,9	88,4	75,9	124,4	13,5	8,9	37	25,2	5,8	12,8		3,6	21,9		5,2	3,8
UKI3	Inner London	2,1	0,8	24,4	14,1	5,1	30,7	9,6	66,9	41,8	37,3	64	9,5	6,7	16,6	14,5	5,8	7,4		1,7	11,4		2,5	4,5
UKI5	Outer London	0,8	0,7	24,4	14,6	4,8	34,8	8,6	96,1	57,6	54,9	95	9,5	6,9	25	18,2	5,9	10,2		2,5	15,8		3,4	4,6
UKJ1	Berkshire	0,5	0,5	29,3	19,4	5,9	33,7	8,3	93,3	55,7	61,5	100,5	10,3	7,4	30,4	23,6	4,6	12,4		3,2	16,8		4,3	4
UKJ2	Surrey, East	0,3	0,4	32,9	22,5	7,1	48,3	10,3	130,4	85,7	88,9	132,3	11,1	7,7	38,2	28,4	5,2	15,1		5,2	22,8		5,5	3,3
UKJ3	Hampshire	0,1	0,2	31	21,2	6,8	40,9	9,6	115,4	79,3	82,4	119,8	11,8	8,7	37	22,1	4,9	13,8		4,3	19,1		4,6	3,5
UKJ4	Kent	0,1	0,2	27,3	18,6	5,2	48,8	9,4	127,3	88,4	82,3	132,3	11,3	9	32,5	28,2	4,5	13,9		4,6	22,2		4	3,2
UKK1	Gloucestershire	0,2	0,2	31	19,6	7,2	45,6	8,9	117,1	75,3	79,6	114,8	13,3	10,4	39,2	26,3	5,2	13,8		4,2	17		4,5	2,7
UKK2	Dorset and	0,2	0,4	37,9	26,1	8,2	57,2	12,3	152,9	104,9	114,4	140	15,2	11,1	45,1	33,7	8	18,6		5,5	21,8		5,5	2,5
UKK3	Cornwall and Isles of	0,2	0,4	34,4	23,6	5,6	56,7	10,4	148,6	102,9	119,1	133,8	14	9,7	34	33,9	6,5	16,7		4,8	23,4		5,4	3,6
UKK4	Devon	0,3	0,3	34,3	24,5	6,7	50,6	10,8	139,1	95,6	109,1	136,3	15,3	11,5	40,3	34	7,1	16,3		5,5	22,9		6	4,4
UKL1	West Wales	0,2	0,4	43	31,2	7,3	58	15,3	171,8	112,9	99,2	154,1	16,9	12,4	35,5	30,9	5,7	15,2		3,9	22,6		5	3,6
UKL2	East Wales	0,3	0,2	35,1	23,3	6,9	47,9	12,6	131,9	87,5	82,3	127,6	11,6	8,6	33,4	29,5	5,1	14,7		4,1	19,5		3,4	4,3
UKM	Scotland	0,4	0,5	43,7	26,1	10,9	59,5	18,7	155,8	68,2	91,2	132	19,2	14,4	33,7	29,3	6,9	12,8		3,7	19,8		4,7	3,7
UKM2	Eastern Scotland																							3,5
UKN0	Northern Ireland	0,2	0,1	46,7	27,7	13,4	39,7	10,6	124,2	41,9	68,9	104,8	16,2	11,3	31,6	23,3	6,1	10,3		3,5	15,1		3,8	5,4
DK	Denmark																							3,4
DE	Germany (incl. Berlin)	0,6	1,4	40,7	22,7	12,3	52,2	17,5	162,8	90,5	75,3	74	35,7	28,3	26,7	31,8	9	18,9		3,3	21,5		4,9	3,4

DE1	Baden-Wi	0,4	1,4	47,1	27,6	12,9	50,9	17,3	131		73,4	59,5	39,1	29,3	27,1	26,8	9,4	17,4		3,3	20,3		3,2
DE11	Stuttgart	0,6	1,3	48,6	28,6	12,8	49,7	16,8	124		68,2	54	40,4	29,4	24,8	25,6	9,1	17,8		3,6	19,4		3,6
DE12	Karlsruhe	0,4	1,9	43,3	24,8	12,7	54	19,1	158,8		80,5	65,9	40,3	28,1	28,4	29	10,6	17,8		3,3	22,1		2,9
DE13	Freiburg	0,2	1	49,4	29,4	13	53,1	18	117,8		78	63,3	36,9	30,2	29,5	27	9,3	16,7		3,3	20,7		2,9
DE14	Tübingen	0,2	1,2	46,9	27,4	13,1	46	14,7	120,4		68,5	57,3	37	29,7	27,4	26,3	8,5	16,4		3	18,9		3,1
DE2	Bayern	0,6	1,4	33,5	18,5	14,1	49,9	16,5	150,7		73	67,4	37,6	32,6	27,4	28,9	9,5	18,6		3,4	21,2		3
DE21	Oberbaye	0,9	1,7	32,3	17,4	14	45	14,9	123,4		62,2	60,7	29,5	25	27,8	25,8	8,8	18		3,6	21,5		2,7
DE22	Niederbay	0,2	0,8	35,9	19,3	15,6	48,9	15,7	151,5		83,1	68,2	39,4	34,1	25,4	32,4	11,2	17,4		3	21,2		4,8
DE23	Oberpfalz	0,3	1,2	32,6	19,5	12,3	52,2	16,3	161,2		70,4	69,5	43,8	38,7	32,3	33,5	8,3	17,8		3,1	19,1		3,5
DE24	Oberfrank	0	1,2	38,2	23,7	14	58,9	20,7	217,7		83,2	83	49,1	42,3	27,1	35,9	10,4	22,3		2,3	23		3,9
DE25	Mittelfran	0,8	1,9	34	18	15,1	57,1	20	164,1		82,4	75,1	37,2	32,3	24,8	28,6	12	18,1		3,6	21,4		2,9
DE26	Unterfran	0,3	1,1	30,5	17,5	12	46,6	14,5	161,7		76,7	66,1	46,5	40,8	27,1	28,1	8,9	20,6		2,8	21		2,8
DE27	Schwaben	0,4	1,2	34,3	17,9	15,3	51,1	16,8	149,4		76,8	66,3	39,7	34,6	27,7	28	8,3	18,3		4,1	20,6		2,4
DE30	Berlin	1,9	1,2	34,3	17,1	10,6	46,9	17,6	139,1		56,1	68,6	32,6	26,8	19,3	26,3	8,4	17,8		3,1	19,6		3
DE40	Brandenb	0,2	0,6	40,6	21,5	12,1	63,8	25,7	207,8		82,9	75,3	35,2	31,3	22,3	33,7	9,9	21,4		3,4	19,9		3,4
DE50	Bremen	1,7	1,2	41,1	26,6	10,9	55,7	14,5	182,4		73,5	102,8	40,7	26,5	18,8	28,3	9,8	21		4,1	18,5		4,8
DE60	Hamburg	1,4	1	53,6	35,6	12,3	50,4	14,8	136,5		58,4	54,5	22,5	17,6	22,6	29,7	7,5	18,5		3,4	21,5		3,9
DE7	Hessen	0,8	0,3	39,5	25,6	11,7	46,9	15,2	157,1		64,8	69,9	45,4	39,4	26,9	30,3	8,5	17,2		3,2	20,6		3,2
DE71	Darmstadt	1,1	0,5	38	24,2	11,6	45,9	14,7	145,1		61,5	65,8	38,3	32,5	25,6	29,2	8,2	16,8		2,9	20,6		3,2
DE72	Gießen	0,1	0,2	41,4	27,3	12,1	48,9	16,1	175,5		70,4	74,6	52,7	46,4	28,8	30,2	8	18,6		4,1	20,3		3,7
DE73	Kassel	0,7	0	42,3	28,5	11,8	48,3	16	178,7		70,2	79	60,9	55	29,4	33,9	10	17,2		3,4	20,9		3,1
DE80	Mecklenb	0,2	0,9	45,7	28,9	13,1	70,8	32,6	203,7		76,9	76,6	39,8	29,9	23,9	34,4	10	22,5		3,5	20,3		2,5
DE9	Niedersac	0,5	1,5	44,5	30	11,6	50,5	15	181,3		75,2	76,1	38,4	29,7	31,3	33,6	7,1	18,2		3,6	23,2		4,2
DE91	Braunschv	0,6	2,3	45,3	31,4	10,4	54,2	16,5	210,3		77,4	80,5	43,3	33,2	31,9	34,5	7,5	18,7		3,6	25,2		4,3
DE92	Hannover	0,8	1,5	42,4	27,2	12,8	54,4	17,2	187,8		77,8	79,4	37,9	28,2	31,3	35,4	7,5	21,1		3,5	21,6		3,9
DE93	Lüneburg	0,2	1,4	48,8	33,4	12,8	51,9	13,9	177,8		76,3	71,9	36,4	28,4	30,6	33,3	7,1	18,1		3,8	24,1		4,3
DE94	Weser-Er	0,3	0,9	42,8	29,1	10,5	43,7	12,7	159,1		70,7	73,3	37	29,7	31,5	31,8	6,4	15,5		3,4	22,6		4,3
DEA	Nordrheir	0,6	1,6	39,3	24,5	10,2	50,5	15,1	139,2		73,7	89,3	23,1	15,8	27,2	33,8	8,1	19,2		3,1	22,4		4,2
DEA1	Düsseldor	0,7	1,7	41,3	25,6	10,5	54,7	16,3	143		77,6	95,6	24,3	16,5	27,5	35,6	8,2	19		2,7	23,8		5
DEA2	Köln	0,5	1,4	38,2	23,7	10,2	45,1	13,7	130,7		68	80,6	21,8	13,4	25,4	30,5	7,3	19,1		3,2	20,6		3,8
DEA3	Münster	0,4	1,6	35,6	22	9,3	48,2	13,7	132,5		69	90,9	19,1	13,5	27,4	34,1	7,9	18,4		3,3	20,6		4,4
DEA4	Detmold	0,4	1,2	38,4	22,5	11,3	44,5	13	139,4		77,7	83,7	23,2	16,4	28,1	32,3	7,8	19,2		2,7	22,4		3,2
DEA5	Amsberg	0,6	1,9	41,2	26,9	9,7	55,9	17,2	148,6		76,4	93	25,6	18,8	28,2	35,9	9,1	20,1		3,4	23,8		3,9
DEB	Rheinland	0,3	0,9	31,5	17,6	12	51,6	16,3	169,8		86,1	83,2	32,6	24,4	24,9	33,4	9,6	18,5		3,5	23		3,1
DEB1	Koblenz	0,4	0,4	28,9	15,2	11,3	51,2	15,7	180,4		95,1	98,6	28,6	21,9	24,3	37,5	8,7	19,2		3,9	26,2		3,5
DEB2	Trier	0	0	31	18,9	10,9	45,6	15,2	164,2		91,3	83,2	33,3	26,3	26,5	33,3	10,5	18,3		3,1	22,8		1,9
DEB3	Rhein Hess	0,4	1,4	33,6	19	12,7	53,3	17,1	163,4		78,1	71,8	35,4	25,9	24,9	30,4	10	18		3,3	20,7		3,1
DEC0	Saarland	0,6	2,8	35,5	19,2	11,9	72,2	20,1	217,3		93,5	62,4	49,2	41,1	32,7	38,8	9,9	20,8		3,1	25,7		2,8
DED	Sachsen	0,3	0,3	52,3	32,4	15,3	62,3	26,2	254,8		106	61	46,7	40,3	24,7	39	11,6	22,1		4,4	19,5		2,2
DED2	Dresden	0,2	0,3	42	22,9	15	63	27,3	227,7		98	63,8	38,1	30,8	25,9	36,2	10,7	24,1		4,5	18,8		2,2
DEE0	Sachsen-A	0,4	1,2	47	31,7	13	67,6	30	273,5		110	61	52,8	44,3	36,2	42,5	14,3	22,1		3	24		2,8
DEF0	Schleswig	0,1	0,8	27,4	12,9	13,6	41,4	10,6	140,1		48,3	92,2	24,1	10,9	19,7	27,3	7,4	18,7		2,3	23,4		3,8
DEG0	Thüringen	0,1	0,5	55,6	39,4	14,6	58,4	21,6	196,6		84,4	77,2	62,5	54,8	28,5	35,4	11,4	21		3,2	18,6		2,5
EE	Estonia	3,1	0,1	84,8	56,5	16,7	45,9	20,7	323,4	275,3	100,8	31,8	13,2	11,4	19	30,6	7,7	16,1		4,5	17	4,4	3,3
EL	Greece	0,2	0,7	31,7	26,5	3,4	22,9	6,8	101	36,2	133	92,2	12	9,6	13,6	21,2	12,4	13		1,8	18,4	5,5	3,8
EL51	Anatoliki I	0,2	1	36,8	30,8	4,3	27,2	7,9	114	36,4	196,6	92,7	13,5	10,6	20,9	27,2	16,2	16,2		1,2	17,5	5,6	5,1
EL52	Kentriki I	0,1	0,6	27,1	23	2,3	21,3	7	99,8	30,9	148,8	75,2	15,2	13,1	17	22,9	13,3	12,3		1,4	19,5	5,8	3,9
EL53	Dytiki Makedonia (NUTS 2010)	21,2	17,4	3,1	22,2	8,5	101,1	42,7	187,2	72,4	11,6	10,2	14,3	30,1	16,1	10,2	1,4	16,4		8,5	16,4	8,5	2,6
EL61	Thessalia (NUTS 2010)	0,4	29,6	24,1	4,6	29,1	10,6	103,4	40,2	163,1	98,1	13,7	11,6	12,2	21,1	17,7	16,9	1,4	20,7		6,4	2,3	
EL54	Ipeiros (NUTS 2010)	0,3	26,5	21,5	4,5	19,8	4,7	92,7	39,6	138,5	94,1	10,1	7,8	10,3	15,4	15,9	17,9	2,5	11,7		6,4	3,1	

EL62	Ionia Nisia (NUTS 2)	0,9	27,7	23,5	3,4	17,9	4,7	78,9	31,6	131,4	104,5	7,3	5,5	9,4	19,2	10,2	14,9		2,6	15,4		5,1	2,4	
EL63	Dytiki Ellada (NUTS 2)	0,9	35	29,9	3,6	24,7	8,7	82,5	26,3	155,7	97,2	11,5	9,7	10,6	18	16	13,1		1,1	17,4		4,3	3,2	
EL64	Stereia Ellada (NUTS 2)	0,2	0,4	31,4	26,5	3,8	20,2	7,8	100,6	40,2	162,7	95,6	11	8,5	10,6	18,8	15,5	15,9		2,2	17,7		4,1	2,3
EL65	Peloponnisos (NUTS 2)	0,3	0,5	39,3	33,2	5,1	29,1	7,3	101,9	38,6	174,4	116,3	12,5	9,7	15,2	25,4	15,4	12,7		1,5	18,1		7,3	5
EL30	Attiki	0,2	0,6	27,7	22,8	2,7	20,4	4,9	105,1	38	97	90,4	10,2	7,8	12	19,9	8,9	12		2,2	18,9		4,8	4,4
EL41	Voreio Aigaio (NUTS 2)	0,5	0,5	28,5	22	5	27	9,5	82,1	30,5	133,6	118,6	10,5	9	16,5	15	6	12,5		1	18,5		6,5	4,1
EL42	Notio Aigaio (NUTS 2)	0,3	1,6	31,6	27,8	2,9	21,3	4,5	77,5	27,8	94,6	63,9	14,5	10	13,2	16,5	9	12,3		0,6	16,1		2,9	3,9
EL43	Kriti		1,5	29,4	23,5	4,4	23,3	8,2	74,4	30,4	95,3	109,7	10,8	8,7	13,2	21,9	11,1	7,8		2,3	16,2		7	2,3
HR	Croatia	0,2	1	67,2	47,2	17,6	55,6	27,9	254,9	162,4	172,2	44,3	33	32,2	17,9	43,7	10,9	15,2		4,6	22,5		4,1	4,4
IT	Italy	1,4	4,6	39,7	31,5	6,6	39,4	13,1	119,9	71,9	100,5	64,1	42,6	34,1	37,1	31,2	15,6	17,4		2,9	20,2		5,4	3
ITC1	Piemonte	1,3	4	41,4	31	8,5	44	11,7	108,9	61,4	130,9	77,5	38,7	29,6	41,9	36,3	14,8	19,2		2,9	23,7		6,1	2,5
ITC2	Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	0,8	45,3	35,9	8,6	52,3	18	95,3	40,6	95,3	88,2	32	25	48,4	24,2	15,6	20,3		4,7	13,3		8,6	3,2	
ITC3	Liguria	2,7	5	45,9	41,1	3,8	50,6	11,4	147,5	90,3	134,1	90,1	57,4	40,6	66,5	41,6	16,8	22,6		3,4	28		7	2,8
ITC4	Lombardia	2,2	5,1	34,6	26,6	6,8	35,8	11,1	109	61,2	86,7	61,5	28,8	22,3	37,6	30,2	19,2	20,6		3,1	23,3		5,3	2,3
ITH1	Provincia di Bolzano	0,4	0,2	43,9	35,2	8,3	24,9	9,3	93	51,4	68	55,2	11,3	10,3	35,8	25,7	13,3	16		4,5	15,4		4,2	3,3
ITH2	Provincia di Trento	0,8	3,6	31,7	25	6,3	38,5	14	144,7	88	63	58,6	29,4	25,6	31,9	32,2	17,5	19,2		2,1	19,5		4,2	2
ITH3	Veneto	0,9	3	36,3	28	7,2	36,9	10,7	118,9	64,5	77,6	59,1	35,2	26,5	35,4	30,1	15,6	20,5		3,1	20,4		5,5	2,5
ITH4	Friuli-Venezia Giulia	0,4	3,2	44,5	35	8,5	53,2	13,7	151,7	91,7	103,6	84,4	42,7	30	36	41	19,4	21,3		4,8	23,9		7	2,6
ITI1	Toscana	1,3	4,3	42,6	34,3	6,9	43,1	10,3	128	80,4	136,2	75,2	46	35,2	47	33,4	14,1	19,9		4	20,5		6,8	2,6
ITI2	Umbria	0,8	3,4	45,3	34,1	9,3	40,2	11,6	178,3	119	128,5	80,2	36,5	29,3	46	34,1	12,8	19,7		2,4	19,6		8,9	2,4
ITI4	Lazio	1,6	2,9	42,7	36,4	4,7	38	11,2	130,6	86,1	83,7	58,2	40,8	31,5	35,2	32,1	12,8	15,7		3,3	18,1		5,5	3
ITF1	Abruzzo	0,7	4,3	48,1	39,1	7,3	45,8	14,2	143,6	94,4	112,7	68,7	48,8	38,9	48	32,3	11,8	16,9		3,3	18,1		4,5	4,4
ITF2	Molise	0,3	4,1	45,9	37,8	6,9	59,4	20	157,2	98,7	107,2	61,2	55,9	45,9	42,2	31,6	14,1	17,8		3,1	15		5	5,2
ITF3	Campania	0,9	6,5	27,3	22,2	3,8	37,6	19,8	119	74,3	102,5	52,5	51,5	45,2	23,8	23,8	18,7	11,2		2,4	16,6		3,5	3,8
ITF4	Puglia	0,6	6,1	36,5	30	4,5	37,5	16,5	95,2	61,1	72,2	59,3	47,2	39,9	36,5	26,2	14,5	12,4		2,7	18,3		4,9	3,2
ITF5	Basilicata	0,9	6,3	42	33,5	7,1	43,9	16,5	111	61,4	92,8	70	56,1	48,8	33,3	27,4	18,4	12,1		2,9	13,8		5,4	3,5
ITH6	Calabria	0,6	4,1	40,5	31,3	5,9	37,7	16,1	98,5	57,7	108,6	55,8	49,2	42,2	24,2	25,7	13,3	9,8		2,2	14		4	3,5
ITG1	Sicilia	0,7	4,7	37,1	30,1	5,4	32,7	14,4	107	61,7	125,9	56,6	61,6	54,5	30,7	30,4	13,1	13,9		2,1	17,9		4,5	4,4
ITG2	Sardegna	2,3	5,4	44	33,9	8,9	40,1	14,4	88,8	46,4	79,8	51,4	36,3	26,2	37,2	32,8	17,6	18,3		1,7	20,9		4,4	3,6
CY	Cyprus	0,2	0,2	35,3	28	4,6	21,2	6,3	74,7	31,5	46,3	43,3	44	37,6	16,2	11,6	4,5	6,8		1,9	12,2		3	3,2
LV	Latvia	2,8	1,6	100,5	64,3	20,9	49,9	19,8	409,6	343,2	222,2	31,6	28	25,6	12,5	32,4	6,5	18,3		4,6	20,3		4,1	5,6
LT	Lithuania	0,6	0,8	130,6	77	32,9	71,6	31,6	487,9	446,7	185,9	41,3	10,1	8,9	19,3	30,8	6,1	14,4		3,9	18,7		3,9	5
LU	Luxembourg	0,2	0,8	50,7	30,6	10,7	32,4	12,8	62,1	26,6	64,7	52,7	19,1	13,6	29,2	25,1	9,5	12		2,4	18,5		3,6	3,4
MT	Malta	0,2		28,7	20,3	7,5	22,4	4,8	156,1	72,9	63,4	70,7	27,5	24,8	17,9	26,8	5,5	17,6		1,4	19,1		2,2	5,6
PL	Poland	0,4	0,6	62,1	37,4	16,6	42,3	16,2	119,5	73,2	92,8	50,4	17,9	17	13,4	28,2	5,3	11,8		3,1	13,8		3,3	5
PL11	Lódzkie	0,4	0,4	74,2	39,5	18,6	57,7	23,2	105,3	51	137,3	61,8	19,6	17,6	22,4	29,6	7	11,6		2,8	16,2		3,4	4
PL12	Mazowieckie	0,3	0,7	66,3	38,8	14,9	46,8	15,3	119,6	77,4	106,8	66,4	16,4	15,5	11,9	27,4	5,6	12,4		3,9	15,3		4,2	4,5
PL21	Małopolskie	0,2	0,6	48,8	31,5	15,6	34,3	12,2	158,1	127,3	75,9	34,8	12,8	12,2	10,5	27,2	4,1	11,5		2,6	13,5		3,2	4,5
PL22	Śląskie	0,5	0,8	64,5	40,4	11,6	52,8	23	179,3	113,5	108	43	24,1	22,9	16,8	31,2	5,6	12,9		3,6	15,6		3	5,7
PL31	Lubelskie	0,2	0,4	68,1	40,7	21,6	39,5	14,1	75,9	33	98,8	50,4	12,8	12,1	12,5	24,2	3,5	10,4		2,8	11,6		3	4,7
PL32	Podkarpackie	0,1	0	53,3	30,8	20	29,5	9,7	92,7	48,8	75,4	49	6,3	5,6	10,9	19,1	2,6	8,9		2,7	10,4		2,9	5,2
PL33	Świętokrzyskie		1,2	70	44	17,5	41,3	14,4	167,3	117,8	114,5	46,5	12,8	11,6	12,3	28,4	3,8	12		2,6	13,9		3,8	6,3
PL34	Podlaskie	0,1	0,4	70	50,6	16,2	42,3	14,5	119,3	77,8	94,9	51,6	19,6	18,9	12,7	29,7	4,7	10,5		3,8	11,1		2,2	4,5
PL41	Wielkopolskie	0,3	1	63,2	40,1	16,5	37,1	13,4	137,8	81	94,6	38	27	26,5	14,1	29,7	5	12,3		2,8	13,7		3,3	4,4
PL42	Zachodniopomorskie	0,4	0,6	66,1	38,2	18,8	43,3	18,1	121,5	70,9	75,5	41,6	16,5	15,6	9,5	28,5	3,9	12,2		2,3	11,6		3,9	5,2
PL43	Lubuskie	0,6	0,6	60,9	33,6	22,2	40,8	16,5	95,2	47,5	85,8	40,6	15,7	15	12,7	26	5,7	11,7		2,3	14,2		1,7	5,4
PL51	Dolnośląskie	1	0,6	59,7	40	18,7	43,9	18,1	78,2	45	74,3	38	17,9	17	12,5	30,1	5,5	12,5		3,5	13		2,9	6,1
PL52	Opolskie	0,5	0,5	48,7	33,1	14,2	37,4	16,9	80,7	47,4	63,2	34,2	28,7	28,6	9,6	31,7	4,7	11,1		2,4	12,4		2,9	5,2
PL61	Kujawsko-Pomorskie	0,3	0,5	53,4	24,9	14,5	36,4	12,7	106,2	52,1	82,5	61,7	15,4	14,3	12,8	31	5,1	12,7		2,4	14,7		3,6	5,8
PL62	Warmińsko-Mazurskie	0,3	0,5	64,7	30,1	19,3	32,6	14	75,3	32,2	78,8	104,7	15,3	14,8	14,2	27,8	11,1	11,2		2,9	12,3		3,9	4,8

PL63	Pomorski	0,5	0,8	59,1	37,9	15,8	40,3	16,2	88,6	54,7	69,2	49,6	19,5	18	13,3	27,4	6,3	11,6	4	14,2	3,6	4,5
PT	Portugal	6,1	1,1	42,8	18,7	10,4	43,9	12,8	71	23,9	136,2	111,5	53,4	44,9	29,4	35,6	8,5	11,8	2,3	15,9	4	2,5
PT11	Norte	4,3	0,8	33	16,1	5,5	39,3	13,1	42,9		127,2	100,9	42,4	36,3	24,5	29,2	7,5	9,9	1,6	11,8		2,1
PT15	Algarve	5,6	1,1	54,4	21,7	16,7	43,6	8,6	72,5		115,9	102,3	43,8	32,3	19,9	34,1	4,1	10,6	1,4	15,1		1,9
PT16	Centro (P	2,7	0,7	52,4	23,2	12,2	51,9	15,5	62,6		162,8	133,8	61,7	50,8	32,4	40,5	9,6	13,3	2,5	16,8		1,9
PT17	Área Metr	12,5	1,3	36,4	14,7	10,3	36,8	10,3	99,5		121,4	88,9	48	40,7	33,4	36,5	9,4	12,5	2,7	19,6		3,3
PT18	Alentejo	3,6	0,9	67,3	25,8	25,5	61,1	12	116,5		179,7	148,6	95,9	79,6	40,6	55,6	8,9	13,2	3,4	18		2,2
PT20	Região Au	2	0,4	35	17,9	9,3	44,3	14,6	89		100,4	141	67,5	58,1	22,8	23,2	6,9	10,6	2,8	17,5		5,5
PT30	Região Au	1,6	0,4	61,3	22,5	9,3	53,2	17,5	61,3		97,8	168,8	68,7	61,7	16,3	22,5	8,1	12,8	3,1	17,8		2
RO	Romania	0,6	0,2	61,1	43,3	13,7	82	56,7	263,2	158	243,5	62,9	12,7	12,1	12,7	26,8	13,5	13	1,8	15,9	1,7	9,8
RO11	Nord-Ves	0,2	0,2	55,4	37,6	15,4	67,8	46,3	352,7	225,2	216,1	48,3	8,9	8,6	9	22,2	11,3	11,9	2,8	13,4	1,5	8,9
RO12	Centru	0,8	0,1	59,1	39	17,1	61,9	40,1	320,8	236,6	168,7	59,8	17,2	16,5	15,3	28,5	10,2	12,2	2,2	15,7	1,5	8,7
RO21	Nord-Est	0,9	0,1	66	48,3	14	94,7	67,2	200	131,2	185,3	70,6	11,3	11	9,7	23,3	13,3	11,6	1,5	13	1,8	11,2
RO22	Sud-Est	1	0,4	62	42,4	13,6	90,1	64,7	166,7	95	208,5	61,5	15,6	13,8	13	25,2	14,8	13,3	1,4	14,8	1,8	12
RO31	Sud - Mun	0,4	0,3	55,4	40,5	11	81,1	58	230	125,4	276,2	58,3	13,1	12,8	12,6	24,9	12,6	12,5	1,1	14,7	1,3	10,9
RO32	Bucuresti	0,7	0,3	43,6	32,5	6,9	76,5	51,3	232,9	108,3	199,4	46,3	7,9	7,2	20	30,9	15,4	13,7	1	20,9	2,7	6
RO41	Sud-Vest	0,2	0,2	62	45,3	11,2	70,9	54	216,9	112,2	370,1	61,4	9	8,9	7,2	21,3	11,8	11,4	1,3	13,7	0,8	9,3
RO42	Vest	0,5	0,1	52,9	36,9	13,1	62,3	33,3	307,2	173,1	242,2	64,9	12,2	11,8	9,6	28,8	12,6	11,8	2,3	15,5	1,4	10,4
SI	Slovenia		0,4	74	45,1	20,2	56,2	30,1	100,1	56,8	96,3	54,6	14,4	12,4	14,9	38,4	9,3	17,7	5,8	20,6	7	2,5
SI03	Vzhodna Slovenija (I		0,4	80,9	50,3	22	66,7	38,2	105,1	54,9	111,5	60,8	15,7	14,3	15	42,5	10,5	16	5,7	20,7	7,1	2,2
SI04	Zahodna Slovenija (I		0,4	66,2	39,2	18,1	44,5	20,9	94,5	58,9	79,2	47,7	13	10,4	14,7	33,7	8	19,7	5,8	20,6	6,8	2,8
SK	Slovakia	0	0,4	54,7	32,2	11,7	52,8	25,3	314,3	250,1	108,6	61,4	13,4	12,1	13,5	32,6	6,6	13,7	3,7	14,8	3,3	5,7
SK01	Bratislava	0,2	1	54	34,2	11	59,7	31,7	294,8	219,9	65,4	70	10,3	9,2	12,4	31,9	7	16,7	4,6	20,3	3,3	3,4
SK02	Západné S	0,1	0,3	58,1	29,6	13,5	56,7	26,7	326,8	245,3	129,2	63,1	15,2	13,8	12,2	38	8,8	13	4	16,7	3,1	4
SK03	Stredné Slovensko	0,4	62,6	41,1	13,2	54,6	25,3		304,3	252,1	106,4	62,6	13,1	11	13,9	31	5,7	14,4	3	14,1	4,3	4,3
SK04	Východné Slovensko	0,2	43,6	26,6	8,5	43,4	21		312,2	263	101,9	54,5	12,7	11,9	15	27,7	4,5	12,5	3,4	11	2,6	9
SE	Sweden	0,1	0,6	49,7	31,7	12,2	29	6,3	160,1	80,4	81,1	53,9	25,8	20,6	38,4	27,7	6,8	16,5	5	14,9	5,6	2,5
SE11	Stockholm	0,2	0,7	44,2	26,9	10,7	25,5	6,7	108,6	53	57,1	46,1	18,3	13,9	39,7	20,7	6,6	14,7	3,6	13,9	4,4	2,1
SE12	Östra Mellansverige	0,5	49,9	32	12,9	30,3	7,2		160,4	82,1	79,9	52,4	26,2	22,2	36,3	27,7	6,3	16,6	5,7	14,1	4,7	2,7
SE21	Småland med öarna	0,5	53,4	34	13,1	28	4,4		194,5	97,6	91,8	57,3	30,3	25,2	35,4	30,8	6,9	20,8	4,6	14,2	7,8	2,4
SE22	Sydsverige	0,2	0,9	48,6	29,4	12,5	30,2	5,9	161,7	76,9	73,7	59,9	25,9	21,4	33,9	29	7	17,6	5,8	15,9	5,4	2,7
SE23	Västsverige		0,5	44,3	29	11,2	27,1	5,3	163,4	82,4	83,8	53	27,8	19,8	30,5	30,4	6,6	15,3	5,3	16,8	6,1	2,7
SE31	Norra Mell	0,2	0,5	62,4	38,4	15,9	36,2	7,7	201,5	105,6	113	60,4	29,5	25,5	47,1	34,6	7,7	15,1	6,9	13,7	6,7	2,6
SE32	Mellersta	0,5		66,3	46,8	14,1	40,1	8,7	215,4	120,7	121,8	62,2	36,3	30	37,9	29,5	8,7	18,7	4,9	16	4,9	2,3
SE33	Övre Norrland	0,4	55	39,8	10	24,6	5,5		186,3	89	92,2	55,3	27,2	22,1	72,9	24,6	6,7	18,9	3	14,6	6,3	3,8
IS	Iceland																					2,2
NO	Norway	0,2	0,3	51,7	39,7	11,2	25,9	4,2	106,5	38,2	65	79,4	20,6	14,4	33,7	32,5	4,2	12,9	6,9	13,8	5,5	2,8
NO01	Oslo og Ak	0,4	0,5	49	37,1	10,9	23,4	4,7	79,1	27,8	50,4	66,6	18,1	11,4	31,1	27,2	3,8	10,4	9,3	13,2	5	2,5
NO02	Hedmark og Oppland			67,1	51,2	15,4	31	3,7	149,4	45,6	95,3	104	29,7	21,2	34	34	6,9	17,2	5,6	15,4	6,6	2,7
NO03	Sør-Østlar	0,4	0,4	55,5	42,1	12,7	30,4	5,2	116,3	39,6	75,5	92,4	24,6	16,3	34,3	39,2	4,3	13,8	7,8	14,2	5,6	3,1
NO04	Agder og Rogaland			45	33,1	10,9	18,9	3,6	85,7	36,9	48,4	73	18,7	13,6	29,9	28,6	3,2	10,8	6,6	15,6	5,5	3,6
NO05	Vestland	0,1	0,1	50	39,5	9,9	24,4	3,7	113,5	42,2	65,5	79	18,4	13,8	35,1	35	3,9	14,3	4,9	13,3	5,4	2,5
NO06	Trøndelag	0,2	0,2	48,8	39,8	8,7	30,6	5	116	46,2	72,4	76,4	19,3	14,9	36,3	30,9	2,6	15,1	7,3	12,7	4,2	2,1
NO07	Nord-Norge		0,4	54	42,2	10,5	27,4	2,8	129,1	41,8	73	78	19,5	13,9	39,6	33,8	5,8	12,2	4,1	12,2	6,6	3
CH	Switzerland	0,5	1,1	45,6	31,1	12,9	31,6	8,4	106,2	73,8	49	47,6	20	16	41,5	22	7,7	15,1	4	18,2	4,4	3,8
CH01	Région lé	0,6	1	42,9	29	12,3	29,4	8,7	66	41,3	40,5	49,2	14,9	11,9	50,3	19	9,2	14,6	2,8	18,8	3,2	3,8
CH02	Espace Mi	0,5	1	49,5	33,5	14,6	35,5	9,5	120,9	88,2	55,6	52,8	22,4	18,6	44,5	24,9	7,3	15,3	5	18,2	5,7	3,1
CH03	Nordwest	0,2	1,4	45,2	32,9	10,4	31,8	8,3	113,6	78,7	45,5	49,2	21,6	16,9	40,9	24,8	8,8	17	3,9	20,5	5,2	4,7
CH04	Zürich	0,8	0,9	46,8	32	13,1	31,9	8,9	106,2	73,5	46,2	38,1	17,3	12,8	36,4	18,9	7,2	14,7	4,1	17,1	4,1	4,4
CH05	Ostschwe	0,6	1,2	47,8	30,7	15,3	28,2	6,6	126,8	87,2	54	46,2	26,8	22,1	32,9	22,2	5,4	14,7	4,1	16,5	4,3	3,4
CH06	Zentralsch	0,4	0,4	39,6	27,9	10,5	28,9	7	107,8	77,6	50,6	38,8	18,7	16,3	36,5	19,6	5,4	13,4	3,4	15,7	3	3,5
CH07	Ticino	0,6	2,1	38,5	25,7	10,5	35,8	8,1	112	74,7	55,6	71,4	16,7	9	49,9	29,6	14,6	16,1	3,9	22,4	5,4	3,4

Πηγή: Eurostat,2016 <<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>>

WHO,2016 < <http://data.euro.who.int/hfamdb/>>

