

TINEREȚEA ESTE O ALEGERE!

Dr. Sorana LIXANDRU¹

Dr. Marius CIUTAN¹

Dr. Mariana POSTOLACHE¹

¹Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate

CONTEXT / INTRODUCERE

“Să fii veșnic tânăr nu înseamnă să ai 20 de ani, înseamnă să fii optimist, să te simți bine, să ai un ideal în viață pentru care să lupți și pe care să îl cucerești”

Ana Aslan.

GERIATRIA ȘI GERONTOLOGIA este specialitatea medicală dedicată longevității, care are drept obiective asistența medicală din îngrijirea acută, cronică, preventivă, de recuperare și terminală a vârstnicilor, precum și studiul procesului de îmbătrânire din punct de vedere somatic, mintal, funcțional și social la nivel individual, și al problematicei legate de acest proces la nivelul societății.

Medicina Geriatrică (definiție acceptată la Malta, 03/05/08; extinsă la Copenhaga 06/09/08 de către UEMS - Uniunea Europeană a Medicilor Specialiști și valabilă pentru toate țările din Europa) este o “specialitate medicală având ca obiect aspecte fizice, mintale, funcționale și sociale ale îngrijirilor acute, cronice, de recuperare, preventive și terminale adresate pacienților vârstnici [2]”

Vârsta este trăită diferit în funcție de percepția modificărilor asupra propriei persoane, modificări ce se manifestă la nivelul autonomiei, abilităților funcționale, suportului social pe care îl simțim, existenței unui scop, autoevaluării sănătății, simptomelor depresive, etc.

Când vorbim despre vârstă putem face referire la diferite tipuri de vârstă: cronologică, biologică, socială, psihologică, subiectivă etc. Fiecare tip de vârstă are specificul ei. În același timp ele se întrepătrund, coexistă. Uneori sunt în acord una cu cealaltă și sunt și situații când apare o diferență mare față de cel puțin una dintre ele.

Vârsta cronologică exprimă timpul trecut de la naștere până în prezent. În studii este folosită ca element de referință în cercetarea evoluției fizice și psihice la adulții vârstnici. De asemenea se referă la vârsta care apare în mod oficial în buletin. Vârsta cronologică este folosită cel mai des în cercetarea geriatrică și în domeniile care studiază parcursul vieții [3].

Etapele vârstei a III-a cuprind: presenescența- între 45-60 de ani; senescența- între 61-75 de ani; vârstnic - între 76 - 89 de ani; bătrân- între 90 - 99 de ani; congenarul – peste 100 de ani [4].

Vârsta biologică măsoară capacitatea funcțională a organismului și este asociată cu gradul de conservare la nivel molecular și celular. În domeniul gerontologiei reprezintă un element ce măsoară viteza de îmbătrânire/evoluție a organismului. Evaluarea se face în raport de criterii specifice cum ar fi: maturitatea osoasă, dezvoltarea sistemului musculoscheletic, maturitatea organelor interne etc.

Geriatra, medicina vârstnicilor, oferă rezultate măsurabile care permit optimizarea sănătății și întârzierea îmbătrânirii degenerative folosind medicina de precizie, tehnologii inovatoare, tratamente personalizate și știință solidă.

Calitatea vieții vârstnicilor este una dintre prioritățile politicilor sociale, din întreaga lume, întrucât nu afectează doar persoanele, ci și întreaga societate, având în vedere longevitatea care este o realizare colectivă remarcabilă, susținută de progrese semnificative în materie de dezvoltare economică și socială și de sănătate, care au îmbunătățit considerabil calitatea vieții și au contribuit la o creștere cu 10 ani a speranței de viață medii în ultimii 50 ani [1].

Pregătirea tuturor cadrelor medico-sanitare, indiferent de specialitate, dar, îndeosebi a omnipracticianului, respectiv a medicului generalist, cu cunoștințe referitoare la asistența medicală a vârstnicului. Dacă se are în vedere că asistența geriatrică implică nu numai consultații, dar în special îngrijiri, de obicei complexe, se înțelege că rolul medicului și al cadrelor medii, devine foarte important, iar calitatea vieții vârstnicilor este una din prioritățile politicilor sociale, din întreaga lume, întrucât nu afectează doar persoanele, ci și întreaga societate.

Cuvinte cheie: Geriatra și Gerontologia, calitatea vieții vârstnicilor, prioritățile politicilor sociale.

Vârsta socială se referă la rolurile sociale pe care le avem în funcție de etapa de vârstă cronologică la care se află persoana și modul de adaptare la ele. Este văzută ca un fel de „ceas cultural” care stabilește ce este optim de realizat la un moment anume: la ce vârstă te căsătorești, când să devii părinte sau bunic, când începi să mergi la serviciu, când ieși la pensie sau cum este indicat să te porți în societate etc

Vârsta psihologică: indică nivelul de dezvoltare al personalității, capacitatea de adaptare la mediu comparativ cu alte persoane cu aceeași vârstă cronologică.

Vârsta subiectivă reprezintă modul propriu în care o persoană își percepe propria vârstă. Este un factor care influențează alegerile pe care le facem. Îndeplinirea cerințelor și nevoilor personale determină o percepție pozitivă asupra vârstei. Este un rezultat al procesului de adaptare și asumare al propriei vieți. Poate varia pe parcursul aceleiași zile și în raport de evenimentele, situațiile și activitățile pe care le trăiește persoana. Există o dorință universală de a fi mai tineri decât vârsta cronologică. Se manifestă ca o disociere de realitate. Acest lucru este posibil și pentru că se simte cum timpul devine din ce în ce mai limitat și se asociază îmbătrânirea ca o experiență neplăcută. Astfel persoana caută evitarea trăirilor negative percepute similar unei amenințări. Foarte frecvent o astfel de poziționare față de vârstă apare în domeniile unde persoanele pot fi afectate de stereotipurile negative și mai puțin în domeniile unde imaginea de vârstnic este asociată cu ceva pozitiv [5].

Au fost studii în care cercetătorii au luat în calcul analizarea nivelului de materie cenușie cerebrală și a vârstei subiective ca predicție pentru vârsta creierului. S-a constatat că cei care își percepeau vârsta ca fiind mai tineri, corespundea cu acele persoane al căror volum de materie cenușie era mai mare în girusul frontal inferior și în girusul temporal superior. Au observat că plecând de la aceste informații s -ar putea prezice vârsta creierului.

Trăirea personală a îmbătrânirii este legată de procesul de îmbătrânire al creierului și susține mecanismele neurobiologice ale vârstei subiective ca element important în → sănătatea neurocognitivă.

Cu toate acestea, tinerețea este inclusiv o stare interioară pe care o putem cultiva prin acțiunile și atitudinile pe care învățăm să le alegem și să le avem zi de zi.

Tendențe în abordarea geriatrică modernă

Geriatra modernă implică atât asistența medicală, cât și cea socială a populației vârstnice, fapt ce a dus la dezvoltarea "Age Management Medicine", o disciplină medicală axată pe sănătate și nu pe boală, care prinde contur cu pași repezi și în România. Medicina de gestionare a vârstei oferă rezultate măsurabile care permit optimizarea sănătății și întârzierea îmbătrânirii degenerative, aceasta se concentrează pe nevoile persoanelor la care, odată cu trecerea anilor, se pot acumula diverse afecțiuni și pot apărea nevoi speciale [6].

Diferența față de alte specialități medicale către care se pot adresa adulții odată cu înaintarea în vârstă, constă în timpul acordat pentru:

- Atenția specială îndreptată spre starea de bine, spre menținerea calității vieții, având ca obiectiv longevitatea activă;
- Abordarea fiecărui pacient din perspectiva diverselor afecțiuni, a medicației curente și a riscurilor asociate cu înaintarea în vârstă;
- Atenția medicului geriatru către viața socială a pacientului. Din aceste motive medicina geriatrică depășește medicina orientată spre organ sau sistem oferind în plus terapia în cadrul unei echipe multidisciplinare, al cărei principal obiectiv este optimizarea statusului funcțional al persoanei în vârstă, precum și ameliorarea calității vieții și a autonomiei sale.

Calitatea vieții vârstnicilor este una din prioritățile politicilor sociale, din întreaga lume, întrucât nu afectează doar persoanele, ci și întreaga societate.

Tendențe demografice

Datele Institutului Național de Statistică (INS) arată că la 1 iulie 2023, cea mai mare pondere în totalul populației României o deținea grupa de vârstă 45-49 ani (8,5%) și că fenomenul de îmbătrânire demografică s-a accentuat, populația vârstnică de 65 ani și peste (3.934.000 persoane) depășind cu 785.000 persoane populația tânără de 0-14 ani (3.148.000 persoane) [7].

Procesul de îmbătrânire demografică s-a accentuat comparativ cu 1 iulie 2022, prin creșterea cu 0,4 puncte procentuale a ponderii populației vârstnice (de 65 ani și peste) și prin scăderea ușoară, cu 0,1 puncte procentuale, a ponderii persoanelor tinere (0-14 ani). Vârsta medie a populației a fost de 42,4 ani, cu 0,3 ani mai mare decât la 1 iulie 2022. Vârsta mediană a fost de 43 ani, în creștere cu 0,4 ani față de 1 iulie 2022.

Acest grup de pacienți este considerat a prezenta un grad ridicat de fragilitate și multiple patologii active, necesitând o abordare holistică, globală. Bolile se pot manifesta diferit la vârstnici, sunt adesea dificil de diagnosticat, răspunsul la tratament adesea este întârziat și frecvent există necesitatea unui sprijin social.

Abordări colaborative, integrate. Inițiative. Politici în domeniul geritricii

Managementul eficient al vârstnicului a reprezentat o preocupare permanentă în ultimele decade, atât la nivel

internațional, european, dar și la nivel național sau regional.

Structuri, profesioniști și resurse diverse, au fost agregate și antrenate pentru identificarea unor abordări centrate pe vârstnic și pe îngrijiri integrate, pentru vârstnic.

Pentru a puncta efortul comun și conjugat, precum și progresele înregistrate în Managementul eficient al vârstnicului, prezentăm câte o astfel de inițiativă, desfășurată la nivel european, respectiv național.

- Context european

În perioada 2017-2019, la nivelul Uniunii Europene s-a desfășurat o acțiune comună (JA- Joint Action) ADVANTAGE Consortium, care a elaborat, începând cu anul 2017, Raportul privind starea actuală în domeniul fragilității vârstnicului. Concluziile raportului elaborat de cei 22 membri ai consortiumului din statele membre – SM din UE sprijină ideea că fragilitatea este o prioritate în domeniul sănătății publice și aduce totodată, informațiile necesare planificării viitoare a prevenirii și managementului fragilității persoanelor vârstnice [8].

La ora actuală fragilitatea este considerată a fi o dimensiune distinctă, diferită de comorbiditate și dependența funcțională, și este o etapă de pre-dizabilitate. Trebuie încadrată ca o condiție cronică, pentru care ar trebui adoptate strategii de îngrijire cronică (consiliere, educație și sprijin pentru auto-management) în demersul de a promova participarea, independența și bunăstarea în ultima parte a vieții. Aspectele care argumentează plasarea fragilității în rândul priorităților Sănătății Publice sunt reprezentate de frecvența asocierii cu vârsta. Ar trebui să ne așteptăm la o creștere a numărului de noi cazuri (incidență) de fragilitate, pe măsură ce populația europeană îmbătrânește. Cu toate acestea, există informații limitate privind la cât de multe cazuri noi ne-am putea aștepta în statele membre ADVANTAGE JA. Datele publicate diferă de la 4% cazuri noi la adulți cu vârsta de peste 65 de ani în Germania până la 8% la adulți cu vârsta peste 60 de ani în Spania, după trei ani de urmărire.

De asemenea prin consecințele negative, atât pentru individ (spitalizări multiple, dizabilități), cât și pentru societate (consecințe economice costuri pentru îngrijiri ale cazurilor de fragilitate) fragilitatea este o prioritate de Sănătate Publică.

- Fragilitatea este o prioritate de Sănătate Publică, astfel:
 - ⇒ din perspectivă epidemiologică:
- Prevalența ridicată a fragilității și a factorilor de risc care cresc riscul de a deveni fragil.
 - ⇒ din perspectivă preventive:
- Poate fi reversibilă prin implementarea unor intervenții specifice, inclusiv exerciții fizice, dietă adecvată și suplimente nutriționale. Identificarea fragilității în îngrijirea de rutină pentru a implementa intervenții preventive împotriva afecțiunilor legate de vârstă este esențială, din perspectivă clinică
- Conferă un risc mai mare de rezultate adverse asupra sănătății, cum ar fi căderi, spitalizare, dizabilitate și deces.
- Este necesară o abordare holistică integrată, mai degrabă decât o abordare centrată pe boală, pentru a aborda prevenirea fragilității în mod adecvat și eficient.

Figura 1. Situația dezvoltării gradului de fragilitate pe zone, anul 2018

MS	AREA	DEFINITION	EPIDEMIOLOGY	IDENTIFICATION	SCREENING TOOLS	DIAGNOSIS	PREVENTION	NUTRITION	PHYSICAL EXERCISE	SOCIAL CARE	PRIMARY CARE	HOSPITAL CARE	INTERMEDIATE CARE
Austria													
Belgium													
Bulgaria													
Croatia													
Cyprus													
Finland													
France													
Germany													
Greece													
Hungary													
Ireland													
Italy													
Lithuania													
Malta													
Netherlands													
Poland													
Portugal													
ROMANIA													
Slovenia													
Spain													
UK													

	SUSTAINABLE
	ADVANCED
	WELL DEVELOPED
	FAIR
	BASIC

Sursa: The European Joint Action ADVANTAGE

⇒ din perspectivă societală:

- Identifică grupuri de persoane care au nevoie de o

atenție clinică și socială suplimentară și de sprijin și îngrijire suplimentară din cauza riscului ridicat de dependență.

⇒ din perspectivă financiară:

- Să aloce mai bine resursele și să sprijine programele de prevenire și programul de management eficient.

Fragilitatea este o afecțiune potențial reversibilă care poate regresa spontan într-o stare robustă (non-fragilă), în special în stadiile sale de început, deși puțin se știe despre cât de des se poate întâmpla acest lucru fără intervenție.

Stările de fragilitate mai avansate sunt mai puțin susceptibile de a fi reversibile, greu de cuantificat, dar prezente sub forma: dizabilităților potențiale, spitalizărilor multiple și a decesului, la nivel de individ, dar și consecințe economice evidențiate prin pierderi la nivelul pacientului/familiei acestora, respectiv a costului pentru îngrijirile ulterioare ale cazurilor cu fragilitate.

În privința modelelor integrate de îngrijiri pentru pacientul cu fragilitate, există patru puncte esențiale în care vârstnicul fragil poate fi întâlnit: acasă, la medicul de familie, la spital sau la azilul de bătrâni.

Pentru toate aceste puncte, la nivelul UE există modele de îngrijiri de urmat, care au componente, oarecum diverse, dar adaptate mediului în care pacientul se găsește, cu starea lui de boală.

- Astfel, spre exemplu, în UK există conceptul de SPI-TAL ACASĂ la domiciliul pacientului, în care o întreaga echipă interdisciplinară este deplasată pentru furnizare de servicii tip: educație, prevenție, imputericirea pacientului, servicii pentru îngrijire medicală, servicii de suport.

Conceptul de HOME HOSPITAL este derivat din rezultatele unor studii care arată faptul ca vârstnicul poate fi îngrijit mult mai bine în mediul său familial, iar spitalizarea poate induce un discomfort patologic pentru vârst-

nic, cu creșterea riscului de dezvoltare a delirium-ului, a mortalității, a ratei de reinternare, a gradului de instituționalizare, declin funcțional și a funcțiilor cognitive.

Ca urmare a datelor colectate în 2018, în cadrul proiectului ADVANTAGE JA cu privire la starea actuală, la nivelul fiecărei țări participante, cu ajutorul unui chestionar care a fost primit și completat de către decidenți, profesioniști și stakeholders, consorțiul a reușit să facă o analiză punctuală a diverselor componente implicate în managementul fragilității, iar în urma analizei, țările au fost împărțite în 5 clusteruri în funcție de nivelul de dezvoltare a politicii în domeniul fragilității – figura 1.

România este mai sus de clusterul țărilor grupate în grupa BASIC (în care regăsim țări precum: Bulgaria, Ungaria, Croația, Lituania), și suntem în același grup cu Cipru, Grecia, Malta, Germania, Austria, Slovenia, Portugalia) – figura 2.

De remarcat că nicio țară nu a fost încadrată în nivelul cel mai înalt, țările avansate în acest domeniu fiind cele din nordul și vestul UE (Franța, Spania, Italia, UK și Finlanda).

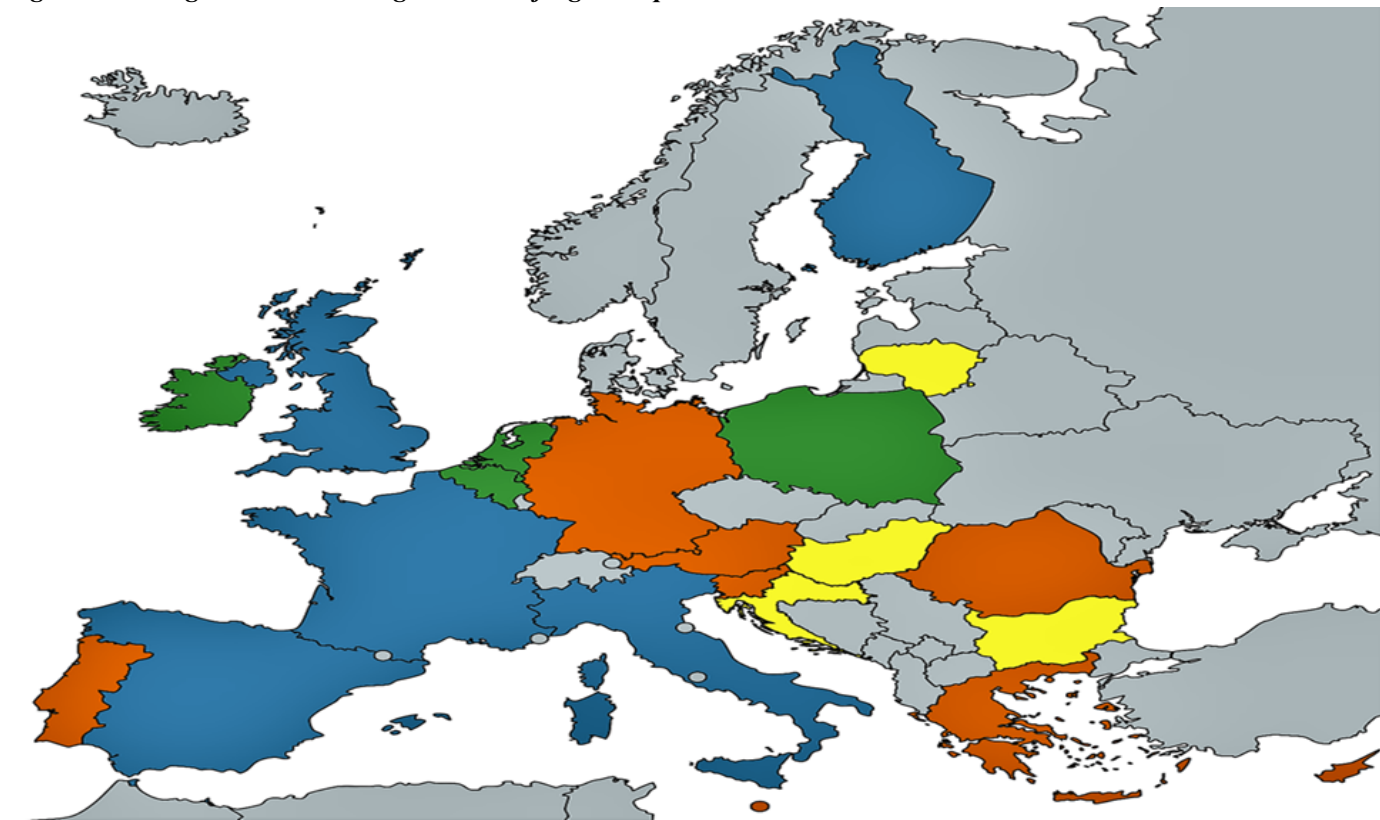
Cele 5 clusteruri în funcție de nivelul de dezvoltare al politicii în domeniul fragilității sunt:

- Bază: nu se întâmplă nimic în MS în legătură cu acel element.
- Echitabil: Se face ceva în unele locuri din SM.
- Bine dezvoltat: intervenții/programe relevante sunt realizate în multe părți ale SM.
- Avansat: există o strategie națională pentru acel articol.
- Durabil: există o strategie națională evaluată sau un plan convenit pentru a o susține.

Importanța primordială a înțelegerii contextului și a adoptării unei abordări atât centrate pe persoană, cât și bazată pe populație este clară în toate cazurile.

Următorii factori de activare au fost obișnuiți în modele de îngrijire prezentate în raportul ADVANTAGE JA și care au avut elemente comune de succes:

Figura 2. Cartograma dezvoltării gradului de fragilitate pe zone



Sursa: The European Joint Action ADVANTAGE

- Sprijin politic puternic
- Cadrele legislative
- Stimulente financiare
- Conducere și sprijin pentru schimbarea culturii profesionale
- Instrumente de screening și de predicție a riscurilor pentru a selecta persoanele în vârstă fragile pentru intervenții
- Abordări holistice și centrate pe persoană

Ținând cont de faptul că fiecare țară din consorțiu, membră în proiect și-a elaborat propriul ROADMAP (drum de parcurs), consorțiul ADVANTAGE a recomandat 5 direcții de dezvoltare strategică: prevenția, screening, management de caz, modele de îngrijiri, educație și cercetare

Deși toate modelele eficiente de îngrijire își au punctul de plecare în asistența primară, gestionarea fragilității și multi-morbidității stabilite, necesită o abordare multidisciplinară mai intensivă, care este bine integrată cu serviciile spitalicești.

Recomandările AVANTAGE JA pentru acțiune în direcția unei UE fără fragilitate sunt rezumate ca mesaje cheie:

- Faceți din prevenirea fragilității o prioritate de sănătate publică la nivelul UE.
- Implicați societatea civilă și o gamă largă de părți interesate.
- Asigurați-vă că politica este centrată atât pe persoană, cât și pe populație.
- Încorporarea unui screening sistematic pentru a permite identificarea în timp util a persoanelor în vârstă fragile.

- Oferiți prevenție și intervenție timpurie pe baza CGA pentru optimizarea funcției.
- Proiectați și furnizați modele integrate de asistență și servicii centrate pe persoană.
- Sprijinirea pregătirii adecvate a forței de muncă din sănătate și îngrijire.
- Investește în cercetare și evaluare a fragilității.
- Sprijinirea adoptării TIC și a soluțiilor tehnologice.

Pentru o abordare multidimensională, de tip îngrijiri cronice trebuie avute în vedere:

- Medicul de Familie = singurul punct de intrare (identifică probleme de sănătate, riscul, monitorizează fragilitatea).
- Metodologie unitară de depistare (1 singur test de screening).
- CGA + Plan individual de îngrijiri (program ex. fizice, nutriție, reducerea polimedicației)
- Intervenții adecvate (echipa interdisciplinară), la nivel de spital sau comunitate
- Management de caz + Coordonare suport + Îngrijiri continue
- Management eficace al transferului (echipe de îngrijiri / unități de îngrijiri)
- Soluții electronice (comunicare) și soluții tehnologice (independent acasă, auto-îngrijire, monitorizare de acasă, suport decizional etc))
- Politici + Proceduri pentru eligibilitatea serviciilor necesare și procesele de îngrijiri [9].

- Context național

La nivel național a fost derulat, în cadrul Ministerului Sănătății, un proiect Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională

coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu (Acronim: PAL-PLAN)", Cod MySMIS/SIPOCA 129439/733, implementat în perioada: martie 2020 - februarie 2023.

Rezultatele proiectului, împreună cu alte inițiative naționale au condus la:

- ⇒ un program național de dezvoltare graduală a îngrijirilor la domiciliu;
- ⇒ un sistem național de evaluare a calității pentru serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu, îngrijiri paliative în ambulatoriu și îngrijiri la domiciliu;
- ⇒ analiză și o armonizare a cadrului legislativ, a mecanismelor de raportare și finanțare a standardelor și procedurilor pentru îngrijirile paliative în diferite locații (unități cu paturi, ambulatorii, centre de zi, domiciliu) și a îngrijirilor la domiciliu între instituțiile publice implicate în proiect – Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Autoritatea Națională de Management a Calității în Sănătate;

De asemenea s-a avut în vedere instruirea și formarea personalului de decizie și de execuție din cadrul autorităților centrale și locale vizând îngrijirile paliative și monitorizarea calității serviciilor în domeniul îngrijirilor paliative.

Prin acest proiect s-a vizat identificarea accesului la servicii medicale a vârstnicilor din mediul rural și a celor cu venituri reduse[10].

DISCUȚII

România este una dintre țările în care geriatria a pre-ocupat continuu specialiștii din domeniu și chiar politicienii, având realizări recunoscute pe plan internațional.

Încă din anul 1949, medicina românească a beneficiat de cercetările de pionierat în medicina geriatrică prin prof. dr. Ana Aslan, care și-a început activitatea de gerontolog în cadrul Institutului de Endocrinologie din București, la Secția de Fiziologie, unde a studiat procaina (anestezic local) în afecțiunile reumatice.

Marea descoperire, „efectul antiinflamator al procainei”, a fost comunicată profesorilor Constantin Ion Parhon și Daniel Danielopolu.

Prof. dr. Ana Aslan a continuat cercetările, iar rezultatele pe care le-a avut au fost remarcabile. Astfel, de numele medicului roman Ana Aslan se leagă și inventarea „elixirului tineretii”, Gerovitalul H3, care are efecte profilactice și curative asupra îmbătrânirii și a bolilor legate de vârstă. Printre efecte descoperite se numără: efectele anti-depresive, reântinerirea pielii, repigmentarea parului, îmbunătățirea stării de sănătate a bolnavilor de Parkinson și celor cu vitiligo.

Gerovitalul H3 a fost inventat de Prof. dr. Ana Aslan în colaborare cu farmacistă Elena Polovrăgeanu. Indicativul H3 evidențiază acțiunea de tip vitaminic a produsului.

În cadrul unui congres în Germania, în 1956, lumea medicală internațională este informată despre noua descoperire, realizată în România de către dr. Ana Aslan. Gerovitalul H3 este un medicament gerontologic prin intervenția în mecanismele de îmbătrânire la nivel molecular și un medicament geriatric prin intervenția în mecanisme comune bolilor cronice degenerative, specifice vârstei a treia.

În anul 1960, Prof. dr. Ana Aslan începe experimentarea unui nou produs eutrofic Aslavital care, pe

lângă procaină conține un factor activator și antiaterogen, eficace în terapia adresată sistemului nervos și aparatului cardiovascular.

În 1978 a fost elaborat "Aslavitalul de uz infantil" folosit cu succes în tratamentul copiilor cu deficiențe mentale.

Prof. dr. Ana Aslan este cea care crează și pune în aplicare la scară națională conceptul de "profilaxie a îmbătrânirii".

Membră a Academiei de Medicină încă din anul 1944, în anul 1974 Ana Aslan este aleasă membru al Academiei Române.

Institutul de Gerontologie și Geriatrie a fost fondat în 1952 prin Hotărâre de Guvern al Consiliului de Miniștrii și a devenit Institut Național în anul 1974, iar în anul 1992, i s-a alăturat numele de „Ana Aslan”. Institutul a fost condus încă de la înființare de către renumitul medic, Prof. dr. Ana Aslan[11]. Tot datorită Prof. dr. Ana Aslan, institutul este cunoscut la nivel internațional.

De tratamentele cu Gerovital au beneficiat mari personalități: Salvador Dali, Charlie Chaplin, Onassis, Charles de Gaulle, Claudia Cardinale, Marlene Dietrich[12].

În România în anul 2023 au beneficiat de servicii medicale geriatrice un număr de 20.271 pacienți, față de anul 2022 când au beneficiat 14.523 pacienți, constatându-se o creștere a interesului pacienților pentru această ramură medicală [13].

“Nu se moare de bătrânețe, ci de boală” este încă o aserțiune făcută de prof. dr. Ana Aslan care atenționează asupra atenției ce trebuie acordată bolilor asociate bătrâneții și statutului vârstnicului în societate.

Renumele căpătat de-a lungul timpului în domeniul geriatriei trebuie menținut și dublat prin activități specifice și preocupări care să conducă la îmbunătățirea Managementului Bolilor Geriatrice la nivelul spitalelor din România (principala unitate medicală de acordare a îngrijirilor specifice), iar demersurile trebuie să ia în considerare:

Problemele Actuale în Managementul Bolilor Geriatrice, precum:

- *Durata mare a Spitalizării:* pentru principalele boli geriatrice (insuficiență cardiacă, fracturi de șold, demență).
- *Costuri Ridicate:* determinate și de nivelul ridicat al comorbidităților.
- *Re-internări Frecvente:* din cauza complicațiilor și a lipsei îngrijiri adecvate post-spitalizare.
- *Lipsa Programelor de Reabilitare:* insuficiența programelor dedicate recuperării funcționale la vârstnici, ceea ce poate duce la o deteriorare suplimentară a stării de sănătate.

Strategii pentru Îmbunătățirea Managementului Bolilor Geriatrice, precum:

- *Îmbunătățirea Coordonării Îngrijirilor:* Programe integrate care să asigure o tranziție eficientă între îngrijirea spitalicească și cea la domiciliu sau în centre de reabilitare. Aici, un rol important îl au echipele multidisciplinare (medici, asistente, fizioterapeuți, asistenți sociali).
- *Reducerea Re-internărilor:* Programe de monitorizare post-spitalizare, inclusiv vizite la domiciliu și



teleme-dicină pentru a preveni re-internările cauzate de complicații.

- *Programe de Prevenție:* Focalizare pe prevenirea complicațiilor, de exemplu prin prevenirea fracturilor (screening pentru osteoporoză) sau îmbunătățirea managementului insuficienței cardiace pentru a preveni exacerbările.
- *Îngrijirea Paliativă:* Integrarea îngrijirii paliative timpurii în managementul bolilor cronice la pacienții vârstnici poate ajuta la îmbunătățirea calității vieții și reducerea spitalizărilor inutile.

Recomandări de Politici de Sănătate, precum:

- *Colaborare:* Progresele înregistrate în domeniul geriatric trebuie adaptate, iar colaborările diverse sprijină demersul de ajustare permanentă a direcției și drumului de parcurs
- *Sprijin științific:* Actul decizional să aibă la bază evidențe științifice și consiliere din partea rețelelor de geriatrie.
- *Investiții în Îngrijirea Geriatrică:* necesitatea unor investiții suplimentare în formarea personalului medical pentru gestionarea specifică a bolilor geriatrice.
- *Optimizarea Utilizării Resurselor:* Propuneri de alocare mai eficientă a resurselor în funcție de gravitatea cazurilor și nevoile specifice ale pacienților geriatrici.
- *Sprijin pentru Familii și Îngrijitori:* Recomandarea unor măsuri pentru a sprijini îngrijitorii informalii și familiile, având în vedere rolul lor esențial în îngrijirea vârstnicilor după spitalizare.

CONCLUZII

Gerontologia și Geriatria este o specialitate medicală multidimensională având ca obiect, aspectul (fizic, mintal, funcțional și social) ce reclamă îngrijirile complexe și conjugate de tip acut, cronic, de recuperare, de prevenție și terminale adresate pacienților vârstnici.

Preconizăm că, această specialitate va fi una dintre specialitățile care în viitor va preocupa prioritar și va primi atenție din ce în ce mai sporită din partea politicianilor, având în vedere aspect precum: - longevitatea care este o realizare colectivă remarcabilă, susținută de progrese semnificative în materie de dezvoltare economică și socială și de sănătate, care au îmbunătățit considerabil calitatea vieții și au contribuit la o creștere cu 10 ani a speranței de viață medii a bărbaților și a femeilor în ultimii 50 ani; - se preconizează că între 2016 și 2070 speranța de viață va crește de la 78,3 la 86,1 ani pentru bărbați și de la 83,7 la 90,3 ani pentru femei; - creșterea speranței de viață medie trebuie privită, în toate situațiile, ca un factor al progresului civilizației și niciodată ca o constrângere; - datele disponibile arată că în 2018, numărul estimat de ani de viață sănătoasă era de 64,2 ani pentru femei și de 63,7 ani pentru bărbați, o viață mai lungă și mai sănătoasă este valoroasă, atât pentru persoane, cât și pentru societăți, creând noi oportunități de participare și de includere a persoanelor în vârstă în viața economică și socială; - implicarea socială la o vârstă mai înaintată contribuie, în schimb, la sănătatea și bunăstarea individuală; - există o corelație între longevitate și statutul social; întrucât participarea la diverse activități sociale, precum cele de voluntariat, sportive sau de recreere, precum și contactul periodic cu familia și prietenii tind să aibă un impact pozitiv asupra sănătății generale a persoanelor în vârstă și previne izolarea lor [1];

Se apreciază că începând cu vârsta de 65 de ani (începutul vârstei a treia), 50% dintre bătrâni au nevoie de îngrijiri medicale, ambulatorii sau spitalicești. În timp ce vârstnicii reprezintă circa 15% din totalul populației, ei consumă 50% din prestațiile medicale. Asistăm de fapt la o geriatrizare a medicinei.

Medicii geriatrici sunt instruiți pentru a stabili diagnosticul, tratamentul și prevenirea bolilor la vârstnici. Sunt experimentați în procesul de îmbătrânire și în diversele afecțiuni care tind să afecteze vârstnicii. Aceste condiții medicale pot include: demența și boala Alzheimer, diabet, boli de inimă, epilepsie, osteoporoză, boala Parkinson, accidentul vascular cerebral, tulburările de somn.

Este necesară pregătirea tuturor cadrelor medico-sanitare, indiferent de specialitate, dar, îndeosebi a omnipracticianului, medicul generalist, cu cunoștințe referitoare la asistența medicală a vârstnicului.

Dacă se are în vedere că asistența geriatrică implică nu numai consultații, dar în special îngrijiri, de obicei complexe, se înțelege că rolul medicului și al cadrelor medii, devine foarte important, iar calitatea vieții vârstnicilor este una din prioritățile politicilor sociale, din întreaga lume, întrucât nu afectează doar persoanele, ci și întreaga societate.

Se poate construi dacă avem în vedere și că: vârsta nu are număr, creșterea speranței de viață este realizarea majoră a umaniității, iar rezolvarea consecințelor ce decurg din aceste progrese este de fapt RESPONSABILITATEA, atât a guvernului, cât și a populației, respectiv a individului.

Bibliografie

1. Raport referitor la îmbătrânirea populației vechiului continent – posibilități și provocări legate de politica privind îmbătrânirea populației după 2020, Parlamentul European
2. European Union of Medical Specialists Geriatrics Section
3. Stephan, Y., Sutin, A.R. and Terracciano, A. (2018). "Determinants and Implications of Subjective Age Across Adulthood and Old Age". In Carol D. Ryff, and Robert F. Krueger (eds), *The Oxford Handbook of Integrative Health Science*, Oxford Library of Psychology; online edn, Oxford Academic,
4. EUROSTAT date pentru îmbătrânirea populației
5. Weiss, D., & Lang, F. R. (2012). "They" are old but "I" feel younger: Age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and Aging*,
6. Kornadt, A. E., Hess, T. M., Voss, P., & Rothermund, K. (2018). Subjective age across the life span: A differentiated, longitudinal approach. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*,
7. INS date pentru îmbătrânirea populației
8. ADVANTAGE- European Joint Action of Frailty; <https://www.sciensano.be/en/projects/european-joint-action-frailty>
9. Marius Ciutan (2017) Advantage Managing Frailty
10. Proiect Creșterea capacității instituționale pentru dezvoltarea națională coordonată a îngrijirilor paliative și îngrijirilor la domiciliu PAL PLAN (POCA)
11. Valentin Lipatti (2018) "De vorbă cu Ana Aslan"
12. Anca Elena Ștefan (2020) "Moștenirea"
13. INMSS, DRG, date statistice privind geriatrie gerontologie