

**Valer Donca**

**Abordarea terapeutică  
a pacientului geriatric**

Casa Cărții de Știință  
Cluj-Napoca, 2022

<b>1. În loc de introducere .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Geriatrie – Gerontologie .....</b>	<b>13</b>
<b>3. Îmbătrânirea demografică.....</b>	<b>17</b>
<b>4. Despre bătrânețe și îmbătrânire .....</b>	<b>25</b>
4.1 Filozofia IKIGAI – arta de a fi tânăr și la bătrânețe .....	29
4.2 Selecția optimizată cu compensare.....	31
<b>5. Pacient bătrân, pacient geriatric.....</b>	<b>33</b>
<b>6. Clinica geriatrică .....</b>	<b>39'</b>
6.1 Opțiunile pacientului .....	43
6.1.1 Planificarea în avans a îngrijirii .....	56
6.2 Adaptarea recomandărilor ghidurilor clinice.....	59
6.3 Prognosticul.....	68
6.3.1 Indicele prognostic multidimensional .....	70
6.3.2 Indicele de fragilitate.....	72
6.3.3 Viteza de mers.....	74
6.4 Fezabilitatea clinică .....	75
6.5 Optimizarea planului diagnostic, terapeutic și de îngrijire .....	79
<b>7. Farmacologie geriatrică .....</b>	<b>83</b>
7.1 Farmacocinetica.....	89
7.1.1 Absorbția.....	89
7.1.2 Distribuția .....	93
7.1.3 Metabolismul .....	96
7.1.4 Eliminare.....	100
7.1.5 Farmacocinetica la bătrânul fragil.....	107
7.2 Farmacodinamica .....	108
7.4 Prescrierea inadecvată a medicamentelor .....	113
7.5 Polipragmazia .....	116
7.5.1 Cauzele polipragmaziei.....	120

7.5.1.1	Companiile farmaceutice.....	120
7.5.1.2	Multimorbiditatea.....	120
7.5.1.2.1	Epidemiologie .....	121
7.5.1.2.2	Comorbiditate ca sumă aritmetică .....	123
7.5.1.2.3	Comorbiditatea ca interdependență .....	125
7.5.1.2.4	Comorbiditatea ca măsură a suferinței .....	127
7.5.1.2.4.1	Indicele de comorbiditate Charlson.....	127
7.5.1.2.4.2	Scala de evaluare cumulativă a bolilor în geriatrie ..	129
7.5.1.2.4.3	Indicele de comorbiditate geriatrică .....	130
7.5.1.2.5	Multimorbiditatea din perspectivă socio-economică.....	131
7.5.1.3	Medicamentul, element central al planului terapeutic.....	136
7.5.1.4	Statusul funcțional al pacientului .....	139
7.5.1.5	Cascada terapeutică.....	144
7.5.2	Consecințele polipragmaziei .....	146
7.5.2.1	Evenimente adverse la medicamente .....	147
7.5.2.1.1	Interacțiunile medicamentoase .....	148
7.5.2.1.1.1	Interacțiuni medicament-medicament .....	149
7.5.2.1.1.1.1	Interacțiunile farmacocinetice.....	149
7.5.2.1.1.1.2	Interacțiunile farmacodinamice.....	154
7.5.2.1.1.2	Interacțiuni aliment-medicament.....	155
7.5.2.1.1.3	Interacțiunile medicament-boală .....	157
7.6	Medicația anticolinergică.....	159
7.6.1	Povara anticolinergică .....	164
7.6.1.1	Cuantificarea poverii anticolinergice .....	164
7.6.1.1.1	Indicele de povară anticolinergică.....	168
7.7	Inventarierea medicației.....	171
7.7.1	Indicele de justificare a medicației .....	174
7.7.2	Criteriile Beers .....	175
7.7.3	Criteriile STOPP/START .....	176
7.7.4	Lista FORTA.....	177

7.7.5 Instrumentul sistematic pentru reducerea prescrierii inadecvate..	180
7.8 Deprescrierea medicamentelor .....	182
7.8.1 Principii generale ale deprescrierii medicamentelor. ....	183
7.8.2 Bariere în calea deprescrierii.....	184
7.8.2.1 Dezacord al pacientului legat de justificarea deprescrierii....	185
7.8.2.2 Lipsa interesului medicului pentru a încuraja deprescrierea.	185
7.8.2.3 Lipsa de comunicare între furnizorii de servicii medicale ....	185
7.9 Complanța terapeutică.....	187
7.9.1 Cauzele non-complanței la tratament.....	189
7.9.2 Metode de monitorizare a complianței la tratament.....	192
<b>8. Concluzii.....</b>	<b>193</b>
<b>9. La Vieillesse (fragment) .....</b>	<b>196</b>
<b>10. Congregation for the doctrine of the faith.....</b>	<b>197</b>
<b>11. Evangelium vitae .....</b>	<b>198</b>
<b>12. Chestionarul (indicele) Katz.....</b>	<b>199</b>
<b>13. Chestionarul (indicele) Lawton .....</b>	<b>200</b>
<b>14. The Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).....</b>	<b>201</b>
<b>15. Scala de evaluarea cumulativă a bolilor.....</b>	<b>202</b>
<b>16. Mininutritional Assesment tool.....</b>	<b>203</b>
<b>17. Scala Exton Smith .....</b>	<b>204</b>
<b>18. Scala de risc anticolinergic .....</b>	<b>205</b>
<b>19. Scala germană de risc anticolinergic .....</b>	<b>206</b>
<b>20. Scala poverii anticolinergice cognitive.....</b>	<b>207</b>
<b>21. Bibliografie.....</b>	<b>208</b>

## 1. ÎN LOC DE INTRODUCERE

„Bătrânii sunt și ei oameni? Văzând modul în care societatea noastră îi tratează, este permis să ne îndoim de asta. Ea recunoaște că nu au aceleași nevoi, și nici aceleași drepturi ca ceilalți membri ai colectivității, de vreme ce le refuză minimumul pe care ei îl consideră necesar; îi condamnă în mod deliberat la mizerie, la maghernițe, la infirmități, la singurătate, la disperare.

Pentru a-i liniști conștiința, ideologii săi au făurit mituri, de altfel contradictorii, care încurajează adultul să vadă în bătrân nu pe seamănel său, ci pe un altul. El este venerabilul Înțelept care domină această lume terestră de foarte sus. Este un nebun bătrân care bate câmpii și se comportă într-un mod bizar.

Fie că îl plasăm deasupra sau sub specia noastră, în orice caz, îl exilăm. Dar, mai degrabă decât să deghizăm realitatea, considerăm totuși de preferat să o ignorăm radical: bătrânețea este un secret rușinos și un subiect interzis.

Când am spus că le dedic o carte, oamenii de cele mai multe ori au exclamat: „Ce idee! E trist! E morbid!” Tocmai de aceea am scris aceste pagini. Am vrut să descriu cu adevărat condiția acestor paria și felul în care o trăiesc, am vrut să le fac auzite vocile; va trebui să recunoaștem că este o voce umană.

Vom înțelege atunci că soarta lor nefericită denunță eșecul întregii noastre civilizații: imposibil de reconciliat cu morala umanistă profesată de clasa dominantă.

Aceasta nu este responsabilă numai de o „politică a bătrâneții” care se limitează la barbarie. Ea a prefabricat aceste sfârșituri de viață dezolate; acestea sunt consecința ineluctabilă a exploatării muncitorilor, a atomizării societății, a mizeriei unei culturi rezervate unui mandarinat.

Acestea dovedesc că totul trebuie reluat de la început: sistemul nostru, care este mutilant, trebuie răsturnat radical. Acesta este motivul pentru evităm cu atâta grijă să abordăm problema ultimei vârste. De aceea trebuie să spargem conspirația tăcerii: cer cititorilor mei să mă ajute în acest demers.”

Simone de Beauvoir, *La Vieillesse* [Bătrânețea]; 1970

„Bătrânețea, credeți-mă, este un lucru bun și plăcut.  
Este adevărat că ești scos într-un mod delicat de pe scenă,  
dar apoi ți se oferă un loc în primul rând, ca spectator”  
Confucius

## 2. GERIATRIE – GERONTOLOGIE

Geriatría (termen propus de Ignatz L. Nascher în 1909) este specialitatea medicală care se ocupă de suferințele organice, mentale, funcționale și sociale din îngrijirea acută, cronică, preventivă, de recuperare și terminală a bătrânilor. Scopul principal al geriatriei este optimizarea stării funcționale a bătrânilor, și astfel, asigurarea celui mai mare grad de independență și de calitate a vieții (UEMS, 2008).

Medicina geriatrică este o meta-disciplină (poate singura) care transcende și informează toate celelalte discipline medicale. Baza de cunoștințe și principiile sale ar trebui să ghideze toți profesioniștii din domeniul sănătății implicați în îngrijirea bătrânilor (Tinetti, 2016).

Combinând principiile gerontologiei, a medicinei interne și ramurilor sale, a reabilitării și îngrijirii paliative, medicina geriatrică este acum recunoscută ca un instrument eficient pentru a oferi îngrijiri de înaltă calitate, umane, interdisciplinare, adecvate și echilibrate cost/eficiență pentru persoanele în vârstă, care reprezintă cel mai semnificativ grup de utilizatori de servicii medicale din toate țările europene (EUGSM, 2020).

Un studiu efectuat printre cei 145 *Directors of geriatrics academic programs* (DGAPs) de la facultățile de medicină din Statele Unite ale Americii a dovedit un consens ridicat în rândul acestora cu privire la beneficiile de a avea o îngrijire geriatrică pentru cei mai complecși și vulnerabili bătrâni în asistența primară și în spitale, subliniind că pacienții care ar beneficia cel mai mult de îngrijirea geriatrică sunt cei în vârstă de peste 75 de ani, cu sindrom de fragilitate, cu sindroame geriatrice, deficiențe funcționale severe și complexitate clinică crescută (Warshaw, 2008).

În paralel și complementaritate, gerontologia (termen propus în 1903 de Ilya Ilyich Mechnikov - Father of natural immunity) (deși poate termenul de geratologie ar fi fost mai corect (adică studiul vârstei înaintate în loc de studiul persoanei în vârstă)) studiază procesele asociate fenomenului de îmbătrânire la nivel de individ, modificările sociale și economice asociate îmbătrânirii la nivel de societate și aplicarea acestor cunoștințe în programe și politici de sănătate (Grimley Evans, 1997; IOG, 2020).

Necesitatea dezvoltării medicinei geriatrice a fost subliniată încă din 1952 de către Marjory Warren care afirma următoarele:

- geriatria este un subiect important pentru studenții la medicină și ar trebui să facă parte din curriculum lor;
- îngrijirea bolnavilor vârstnici ar trebui să reprezinte o parte esențială în formarea asistenților medicali;
- pentru îngrijirea adecvată a bolnavilor cronici sunt necesare facilitățile complete ale unui spital general, atât pentru stabilirea unui diagnostic corect, cât și pentru tratament;
- trebuie să fie încurajate activitățile de cercetare privind bolile bătrâneții care pot fi întreprinse numai cu facilitățile complete ale unui spital general.

Toate aceste principii au fost preluate ulterior în 2002 la Conferința „Ageing and Health in Europe” organizată de *European Geriatric Medicine Society* (EUGMS), unde s-au făcut câteva recomandări importante (O'Neill, 2002):

- Uniunea Europeană trebuie să recunoască faptul că îngrijirea și bunăstarea bătrânilor din Europa vor fi la cele mai ridicate standarde dacă medicina geriatrică este promovată ca o componentă importantă a îngrijirii integrate, medicale și sociale, a acestora;
- fiecare spital din Uniunea Europeană ar trebui să aibă o secție de medicină geriatrică deservită de o echipă geriatrică (medici, asistente, psihologi, nutriționiști, kinezioterapeuți, etc) instruiți corespunzător;
- fiecare facultate de medicină din Europa ar trebui să aibă un departament academic de medicină geriatrică care să ofere leadership în

pregătirea și cercetarea universitară și postuniversitară în această specialitate;

- pregătirea în medicină geriatrică ar trebui să fie o parte obligatorie a curriculum-ului de licență pentru studenții la medicină, precum și pentru marea majoritate a specializărilor medicale în asistența primară și secundară care vin în contact cu persoanele în vârstă în practica lor de zi cu zi.

În 2019, raportul *Transforming the Future of Ageing at the Science Advice for Policy by European Academies* (SAPEA) recunoaște că: „În Europa, ca și în întreaga lume, oamenii trăiesc mai mult decât oricând. Acesta este unul dintre cele mai mari realizări ale secolului trecut, dar aduce și provocări pentru societățile europene și pentru UE în ansamblu”, dar în același timp subliniază și faptul că în multe țări din UE, există încă o lipsă de resurse disponibile de pregătire în geriatrie și gerontologie pentru a susține educația pentru sănătate durabilă prin curriculum-uri dinamice, atractive și actualizate. Multe facultăți de medicină din Europa, dintre care unele foarte recunoscute, nu oferă nicio formă de pregătire la nivel de licență în geriatrie, ceea ce este o omisiune majoră. Mai mult decât atât, chiar și atunci când există astfel de programe, acestea sunt adesea limitate ca număr de ore și discreditate de medici din alte specialități care, de subliniat, efectuează din ce în ce mai multe evaluări geriatrice pacienților lor bătrâni, pentru a îmbunătăți calitatea actului medical. Acest lucru se întâmplă nu atât în medicina internă, ci din ce în ce mai mult în cardiologie, cardio-chirurgie și ortopedie (SAPEA, 2019).

La nivel de învățământ postuniversitar, deși există o îmbunătățire consistentă în ultimii ani a recunoașterii specialității de geriatrie ca o specialitate de sine stătătoare, există totuși mari discrepanțe legate de durata și standardele de pregătire în specialitate în Europa. Geriatria este recunoscută ca specialitate medicală în 19 din 31 de țări europene, ca subspecialitate în 9, iar în două țări este recunoscută sub ambele forme. Doar 5 țări (Cipru, Estonia, Grecia, Portugalia și Slovenia) nu au această specialitate în nomenclatorul de specialități recunoscute (Michel, 2008; UEMS, 2016).

O altă chestiune importantă legată de învățământul geriatric este reprezentată de promovarea competențelor geriatrice altor specialități, ca o măsură necesară de a aborda nevoile de sănătate publică ale populației în vârstă.

Misiunea noastră nu ar trebui să fie numai să pregătim suficienți medici geriatri pentru a oferi îngrijire directă, ci mai degrabă să ne asigurăm că fiecare clinician care are grijă de adulții în vârstă are competență în principiile și practicile geriatrie (Tinetti, 2016).

Importanța pregătirii în geriatrie la nivel postuniversitar și a altor specialități a fost subliniată de către Nicholas Coni, în 1996: „*Geriatrics is too important to be left to geriatricians. We are all geriatricians now, and geriatric medicine should be like a caretaker government-self-appointed to instruct others how to do it*”.

Un exemplu pozitiv în acest sens este elaborarea în 2016 a *European Curriculum of Geriatric Emergency Medicine* (ECGEM), un rezultat al colaborării între *European Society for Emergency Medicine* (EuSEM) și *European Union of Geriatric Medicine Society* (EUGMS), în condițiile în care recunoscându-se faptul dacă medicina geriatrică nu s-a concentrat în mod tradițional asupra persoanelor în vârstă în contextul îngrijirii de urgență, unitățile de primiri urgențe reprezintă un punct frecvent de intrare în sistemele de îngrijire medicală a bătrânilor. Aceștia folosesc serviciile de urgență într-o proporție mult mai mare decât alte grupe de populație, ceea ce face să fie imperativ ca următoarea generație de medici de urgență și geriatri să dezvolte un nivel comun de expertiză în gestionarea persoanei în vârstă din unitățile de primiri urgențe. Principalele provocări cu care se confruntă medicul geriatru sau medicul urgentist sunt observate de obicei la pacienții în vârstă (de obicei  $\geq 75$  de ani) care sunt fragili și cu afectare funcțională. Prezentarea în urgență a bătrânilor este adesea rezultatul unui factor precipitant, iar în cazul bătrânilor cu sindrom de fragilitate, riscul pentru rezultate negative este critic. Detectarea precoce a fragilității la pacienții bătrâni din cadrul unităților de primiri urgențe ar putea duce la îmbunătățirea rezultatelor. Deoarece multe manifestări clinice acute sunt atipice, diagnosticul și tratamentul sunt adesea întârziate. Complexitatea îngrijirii în urgență a bătrânilor este unul dintre factorii implicați în creșterea numărului internărilor continue prin serviciile de urgență (Bellou, 2016).

*"I have learned from my life in medicine that death is not always an enemy.*

*Often it is good medical treatment.*

*Often it achieves what medicine cannot achieve—it stops suffering".*

Christiaan Barnard

### 3. ÎMBĂTRÂNIREA DEMOGRAFICĂ

Îmbătrânirea populației sau îmbătrânirea demografică reprezintă alături de creșterea demografică, migrație și urbanizare, principala caracteristică demografică a momentului. (UN World Populations Prospects, 2019).

Conceptul de îmbătrânire demografică a fost enunțat pentru prima dată de Alfred Sauvy, antropolog și istoric francez, în 1928 (deși primele preocupări legate de fenomenele demografice apar la începutul secolului XX [în 1907, chimistul American Alfred Lotka a început să studieze și să publice în Franța articole despre natalitate, mortalitatea specifică pe grupe de vârstă și rata de creștere a populației]), în condițiile în care dacă până la începutul secolului XIX proporția bătrânilor în totalul populației era constantă, de până la 8%, după aceasta a început să crească, inițial în Franța, urmată de Suedia (la sfârșitul secolului XIX), și mai apoi de Marea Britanie și Germania, fiind o trăsătură constantă de-a lungul secolului XX (Lotka, 1907; Dumont, 2006).

În anul 2018, pentru prima dată în istorie numărul persoanelor trecute de 65 ani l-a depășit pe cel al copiilor de sub 5 ani. Între 2019 și 2050 numărul persoanelor de peste 65 ani se va dubla, ajungând la 1,5 miliarde. La nivel global, în 2019 proporția celor trecuți de 65 ani era de 9% (în Europa 18%), estimându-se că va ajunge la 12% în 2030 (în Europa 22%) și 16% în 2050 (în Europa 29,5%). Numărul persoanelor trecute de 80 ani crește chiar mai repede decât al celor de peste 65 ani; în 1990 erau 54 milioane, pentru ca până în 2019 numărul ajungând să se tripleze (143 milioane) (40% dintre aceștia sunt în Europa și America de Nord), estimându-se că va ajunge la peste 426 milioane în 2050 (UN World Populations Prospects, 2019).

La 1 ianuarie 2021 populația rezidentă a României a fost de 19.186.000 persoane, în scădere cu 344.000 persoane față de 1 ianuarie 2018. Se preconizează că în 2050 populația rezidentă a României va fi de 16.30.000, iar în 2070 de 13.700.000. Cauza principală a acestei scăderi o reprezintă sporul natural negativ (numărul persoanelor decedate depășind numărul născuților-vii cu 75.729 persoane) și emigrația. Această regresie demografică se asociază cu un fenomen de îmbătrânire demografică, ponderea populației de peste 65 ani crescând de la 16,2% în 2012 la 17,2% în 2015, și respectiv 19,3% în 2020, proporție asemănătoare cu cea din Europa, ceea ce ne poate face să credem, având în vedere trendul european, că în anul 2050 o treime din populația României va fi de peste 65 ani. Dintre bătrânii existenți la 1 ianuarie 2021, bărbații însumau 1.496.280 (15,9% din totalul bărbaților rezidenți în România, 9.391.685 persoane), iar femeile 2.210.800 (22,6% din totalul femeilor rezidente în România, 9.794.516 persoane). La 1 ianuarie 2021 în România erau 123,9 persoane vârstnice la 100 de tineri sub 15 ani (118,8 în 2019) (INS, 2017; INS, 2019, INS, 2021; EC, 2021).

O cauză importantă a îmbătrânirii populației a fost creșterea rapidă a speranței de viață, secundară creșterii belșugului și prin introducerea constantă a terapierilor medicamentoase inovatoare pentru a trata eficient bolile acute și cronice. Acest lucru a schimbat structura populației trecând de la tradiționala formă de „piramidă” a structurii populației, dictată de rate de natalitate foarte ridicate, dar și de rate de deces constant ridicate la toate grupele de vârstă, inclusiv mortalitatea infantilă, la un „zgârie-nori de 100 de etaje” cu o formă de turn și un vârf ascuțit în partea de sus, prin natalitate constantă, o rată scăzută a mortalității premature și longevitate. În acest sens, structura societății sub forma unui zgârie-nori reprezintă mai degrabă structura societăților moderne, bogate, decât o dezvoltare apocaliptică a societăților (Stegemann, 2016).

Speranța de viață la naștere (sau durata medie a vieții - numărul mediu de ani pe care îi are de trăit un nou născut, dacă ar trăi tot restul vieții în condițiile mortalității pe vârste din perioada de referință) a crescut în țările Uniunii Europene (UE) în ultimele decenii, dar fenomenul a încetinit în multe țări în ultimii ani. În UE per global, speranța de viață la naștere a atins 81 ani în 2018, Spania și Italia având cea mai mare speranță de viață (83,5 ani, respectiv 83,4 ani) (figura 1). Speranța de viață la naștere depășește 80 ani în

aproape două treimi din țările Uniunii Europene, dar încă rămâne în jurul vârstei de 75 în Bulgaria, România, Letonia (în România la 75,8 ani [de la 65,64 ani în 1960] (WBG, 2022) (bărbați - 71,9 ani; femei - 79,5 ani). Femeile continuă să trăiască mai mult decât bărbații în toate țările UE - în medie cu 6 ani - deși această diferență s-a micșorat cu aproape un an din 2000, deoarece speranța de viață la naștere a crescut mai repede la bărbați decât la femei. Aceste diferențe legate de sex a speranței de viață sunt datorate în parte unei mai mari expuneri la factori de risc a bărbaților, în particular consum crescut de tutun, consum excesiv de alcool și o dietă mai puțin sănătoasă, ceea ce conduce la o rată a mortalității mai mare prin boli cardiovasculare, diferite tipuri de cancer, etc. Bărbații sunt de asemenea mai predispuși să decedeze prin morți violente, precum suicidul sau accidentele (OECD/European Union, 2020).

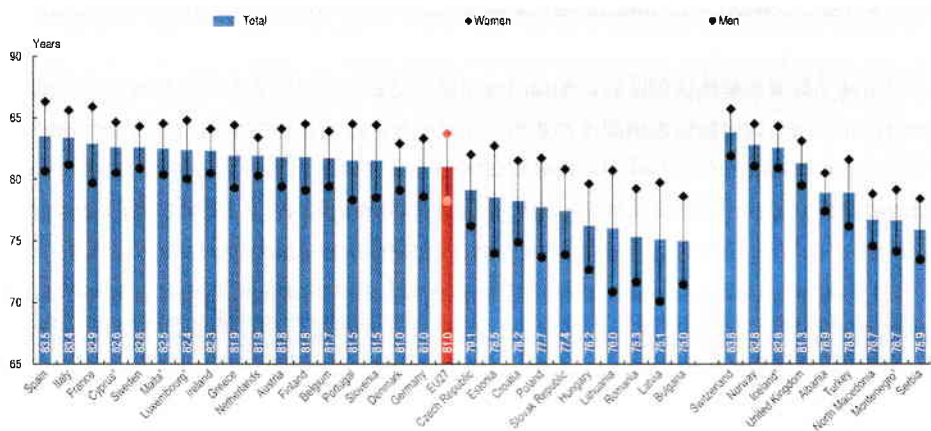


Figura 1. Speranța de viață la naștere în țările UE (global și funcție de sex) (2018) OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

Pandemia COVID-19 va avea ca rezultat o nouă stagnare sau o posibilă scădere a speranței de viață în țările cele mai afectate de aceasta. În 2020, în Statele Unite ale Americii, speranța de viață la naștere era de 77,0 ani, în scădere cu 1,8 ani, de la 78,8 ani în 2019. Pentru bărbați speranța de viață a scăzut cu 2,1 ani de la 76,3 în 2019 la 74,2 în 2020, iar pentru femei cu 1,5 ani, de la 81,4 în 2019 la 79,9 în 2020 (Murphy, 2021).

Cu toate acestea, estimările Uniunii Europene arată că speranța de viață la naștere va continua să crească, urmând să ajungă la 86,1 ani la bărbați și 90,3 ani la femei în 2070 (în România 83,5 ani, respectiv 88,5 ani) (EC, 2021).

Speranța de viață la naștere a devenit cel mai cunoscut și utilizat indicator în monitorizarea nivelului și tendinței sănătății populației în diferite țări. Este un instrument care permite comparații între populații și perioade de timp. Astfel, creșterea speranței de viață a fost mult timp considerată cea mai puternică dovadă a îmbunătățirii sănătății. În ciuda popularității sale, speranța de viață are un dezavantaj important, pentru că este doar o măsură a mortalității (ignorând starea de sănătate a celor care rămân în viață) și nu poate oferi informații dacă rata de scădere a mortalității este egală cu rata îmbunătățirii sănătății (Solé-Auró, 2021).

De aceea, în afară de a analiza creșterea speranței de viață și a duratei medii a vieții, trebuie să ne întrebăm și cât de sănătoși sunt anii de viață câștigați? Sunt acești ani suplimentari de viață trăiți fără boli, dizabilități sau deficiențe fizice și mentale? Care este calitatea vieții acestor ani suplimentari? Care este costul social al acestor ani? Sunt întrebări care necesită o abordare complexă și exhaustivă (Daley, 2000), după cum spunea și Seneca în *Epistulae Morales ad Lucilium*: „*Quam bene vivas refert, non quam diu*”.

Într-un scenariu ideal, sănătatea precară ar trebui să fie comprimată spre sfârșitul vieții, susținută de ipoteza „comprimării morbidității”. Un scenariu pesimist însă, și care este mai aproape de realitate, este cel în care oamenii trăiesc mai mult, dar anii de viață câștigați sunt petrecuți predominant într-o stare de sănătate precară, numită „extindere a morbidității” (Solé-Auró, 2021).

Deși speranța de viață la naștere a crescut semnificativ în timp, durata maximă a vieții nu s-a modificat. În Anglia spre exemplu, unde sunt disponibile date certe din 1837 cu privire la numărul de centenari, s-a observat că de-a lungul acestui timp, în ciuda unei mari schimbări în speranța medie de viață, nu a existat o modificare semnificativă a numărului de persoane care trăiesc mai mult de 100 de ani sau a vârstei maxime a persoanelor care au murit într-un anumit an (Fries, 1980), fapt observat și de Georges-Louis Leclerc, Conte de Buffon, care la mijlocul secolului XVIII, în tratatul „*Histoire naturelle, générale et particulière*” notează: « *l'homme qui ne meurt point de maladies*

*accidentelles vit partout quatre-vingt ou cent ans* » (Bibliothèque Nationale de France, 2020) (în unele traduceri ulterioare apare 90 sau 100 ani).

Speranța de viață sănătoasă, (*health-adjusted life expectancy* [HALE]), este un indicator important al stării de sănătate a populației, deoarece ea arată dacă anii câștigați ca speranță de viață sunt trăiți în condiții bune de sănătate sau cu unele probleme de sănătate și dizabilități. Un număr mai mare de ani de viață sănătoși înseamnă, în general, o forță de muncă mai sănătoasă, mai puține pensionări anticipate din cauze medicale și nevoi de îngrijire pe termen lung reduse sau amânate. Principalul indicator al anilor de viață sănătoși utilizat în UE este numărul de ani trăiți fără limitări de activitate din cauza problemelor de sănătate (cu alte cuvinte, speranța de viață fără dizabilități).

Pe măsură ce speranța de viață la 65 ani a crescut, numărul anilor rămași de viață la care bătrânii se pot aștepta să trăiască fără dizabilități nu s-a modificat semnificativ. Într-un interval de 17 ani, din 1995 până în 2012, speranța de viață la 65 de ani a crescut la femei cu 13% și la bărbați cu 20%, pentru a ajunge la 21,8 și respectiv, 18,1 ani, dar HALE a rămas în jurul valorilor de 9,6 ani și 8,8 ani pentru femei și bărbați. În România, aproape 70% din anii rămași de trăit după vârsta de 65 ani sunt cu limitare funcțională (figura 2) (OECD/European Union, 2020).

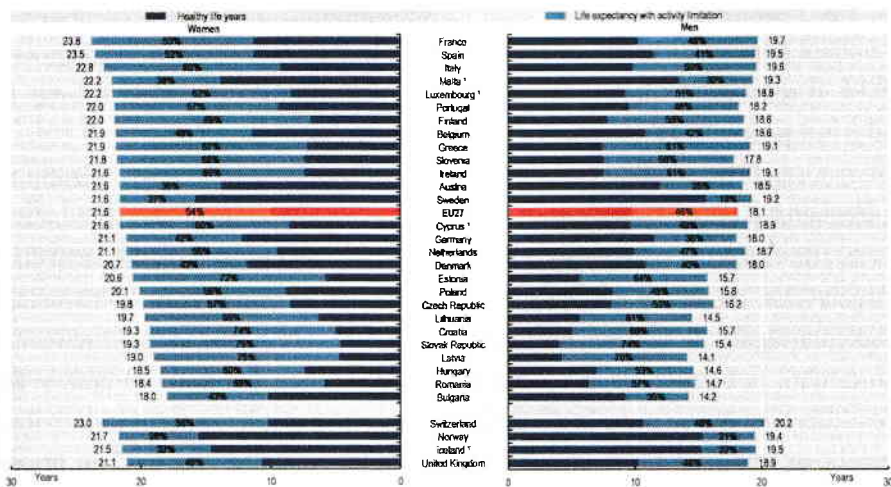


Figura 2. Speranța de viață și speranța de viață sănătoasă la 65 ani (2018)  
 OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle,  
 OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>