

UNIVERSITATEA BABEȘ BOLYAI CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**ASISTAREA PERSOANELOR ÎN VÂRSTĂ
-MODALITĂȚI ȘI SOLUȚII-**

TEZĂ DE DOCTORAT

Coordonator științific
Prof. Univ. Dr. Maria Roth

Doctorand
Carmen Maria Muscan

2012

CUPRINS

Introducere	3
Capitolul I	
<i>VÂRSTA A TREIA; CARACTERISTICI BIO-PSIHOSOCIALE; MODELE ȘI TEORII EXPLICATIVE</i>	7
1.1 Semnificații și referințe ale termenilor de bătrân și bătrânețe.....	7
1.2 Definirea bătrâneții și a îmbătrânirii.....	8
1.3 Factori cauzali, evoluții și consecințe ale procesului de îmbătrânire.....	14
1.4 Teorii ale îmbătrânirii.....	19
1.4.1 Teorii cu determinare genetic.....	21
1.4.2 Teorii fără determinare genetic.....	22
1.4.3 Alt grup de teorii.....	24
1.4.4 Modele ale îmbătrânirii.....	25
1.5 Modificări fizice și psihologice caracteristice vârstei a treia.....	27
1.5.1 Modificări fizice exterioare.....	28
1.5.2 Modificări ale motricității.....	28
1.5.3 Modificări biologice.....	28
1.5.4 Modificări ale proceselor psihologice.....	34
1.5.5 Aspecte ale vieții sociale ale vârstnicilor.....	39
1.6 Nevoile persoanelor vârstnice.....	42
1.7 Evaluarea autonomiei.....	45
1.7.1 Autonomia și dependența persoanelor vârstnice.....	46
1.7.2 Definirea și clasificarea evaluării autonomiei persoanelor vârstnice.....	47
Capitolul II	
<i>SITUAȚIA POPULAȚIEI VÂRSTNICE ÎN ROMÂNIA ȘI ÎN ȚĂRILE UNIUNII EUROPENE</i>	55
2.1 Caracteristici ale populației vârstnice.....	55
2.1.1 Coordonate demografice.....	55
2.1.2 Caracteristici de sex, mediu de rezidență, statut ocupațional și nivel de instruire.....	59
2.1.3 Profil socio-economic.....	61
2.1.4 Starea de sănătate a persoanelor vârstnice.....	72

2.1.5	Percepția socială a persoanelor vârstnice.....	77
2.1.6	Imaginea socială a vârstnicului.....	78
2.2	Consecințe ale procesului de îmbătrânire.....	80

Capitolul III

SERVICIILE SOCIALE ACORDATE PERSOANELOR DE VÂRSTA

<i>A REIA</i>	83
---------------------	----

3.1	Protecția și securitatea socială. Sistemul de bunăstare pentru vârstnici - istoric și evoluție.....	83
3.2	Serviciile comunitare acordate persoanelor vârstnice la domiciliu.....	97
3.3	Servicii rezidențiale și îngrijirea instituțională	100

Capitolul IV

EVALUAREA PROGRAMELOR SOCIALE DESTINATE PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN JUDEȚUL BISTRIȚA-NĂȘĂUD.....

4.1.	Fundamentarea cercetării cu cercetări similare din literatura de specialitate.....	109
4.2.	Schema conceptuală a cercetării.....	110
4.3.	Obiective și ipoteze de cercetare.....	115
4.4.	Metode de cercetare a problematicii asistării persoanelor în vârstă.....	116
4.5.	Contextul social al cercetării - asistarea vârstnicilor în județul Bistrița-Năsăud	121
4.6.	Rezultate și implicații ale asistării persoanelor vârstnice.....	125
4.6.1.	Precizări prealabile.....	125
4.6.2.	Rezultate și discuții.....	127
4.7.	Studii de caz.....	149

Concluzii și recomandări.....	198
--------------------------------------	------------

BIBLIOGRAFIE.....	206
--------------------------	------------

ANEXA 1.....	213
---------------------	------------

ANEXA 2	219
----------------------	------------

ANEXA 3.....	220
---------------------	------------

Rezumat

Cuvinte cheie: persoane vârstnice, nevoi, resurse, program de îngrijire rezidențială/la domiciliu, capital organizațional

România se înscrie în tabloul demografic mondial, caracterizat în principal prin reducerea natalității și îmbătrânirea populației. Schimbările în structura populației care determină consecințe în special pe piața muncii, în sistemele de pensii, sănătate, servicii sociale și economice destinate persoanelor vârstnice impune adoptarea unor servicii alternative. Aceste servicii presupun în primul rând costuri reduse și o eficiență socială superioară serviciilor existente.

Modul de furnizare a îngrijirilor de lungă durată persoanelor vârstnice este stabilit prin politicile promovate de guvern, care gestionează îngrijirile monitorizate sau prestate de autoritățile administrației publice (centrale sau locale) și de organisme neguvernamentale. Un atribut de eficiență socială crescut și implicare financiară redusă este oferit de serviciile de îngrijire la domiciliu, ca și o completare la serviciile de îngrijire rezidențială. Un alt rol important deținut de serviciile de îngrijire la domiciliu este cel de a susține familia, ca structură fundamentală de acordare a suportului persoanei vârstnice. Rezultatele cercetărilor efectuate privind problematica mai sus menționată (Chappell, Havens, Honorary și alții (2004) evidențiază rolul critic al îngrijitorilor informali în eficiența îngrijirilor pe termen lung acordate persoanelor vârstnice și urmăresc identificarea modului în care aceștia pot fi susținuți în activitatea lor, prin asumarea responsabilității de îngrijire în mod eficient de stat.

Prin cauzele și efectele sale, îmbătrânirea are implicații și în plan social, economic, fiind cuprinsă în sferile de interes ale organismelor internaționale și naționale. Politicile și programele de asistență socială destinate persoanelor vârstnice au în centrul preocupărilor autonomia acestei categorii de persoane, rolul lor în familie și societate, sistemul de finanțare a prestațiilor și serviciilor sociale, durata normală a unei vieți active.

La proiectarea infrastructurii serviciilor este necesară cunoașterea nevoilor de bază ale acestei categorii de persoane. Datorită complexității și diversității tipurilor de nevoi preocupările pentru dezvoltarea instituțiilor sunt sporadice.

Cercetarea personală constă într-o analiză comparativă a două programe de îngrijiri acordate persoanelor vârstnice autonome, semidependente și dependente, respectiv îngrijiri instituționalizate și îngrijiri la domiciliul persoanei pentru proiectarea viitoare a programelor, alocarea resurselor și îmbunătățirea serviciilor oferite.

Teza de doctorat, structurată pe 4 capitole, evidențiază :

- profilul persoanelor vârstnice care cuprinde trăsături fizice, psihice, comportamentale marcate de deteriorarea progresivă a proceselor și funcțiilor organismului, cauzele și factorii responsabili ai acestui proces;
- caracteristicile contingentului de vârstnici la nivel european și național, percepția socială a acestora și consecințele multidimensionale pe care le determină îmbătrânirea populației;
- dezvoltarea sistemului de servicii sociale și măsuri de protecție adresate tuturor categoriilor de persoane aflate în dificultate, inclusiv persoanelor vârstnice, în vederea prevenirii, combaterii și depășirii unor situații de nevoie;
- identificarea capitalului organizațional al serviciilor de îngrijire și a gamei nevoilor sociale și medicale, resursele economice, sociale și culturale de care dispun persoanele vârstnice, în vederea prezervării stării de sănătate și menținerii unei vieți active conform restartului funcțional al fiecărei persoane

În capitolul I al tezei, **VÂRSTA A TREIA; CARACTERISTICI BIO-PSIHO-SOCIALE; MODELE ȘI TEORII EXPLICATIVE** se definesc conceptele, se prezintă cauzele, factorii și rezultatele îmbătrânirii asupra persoanei. Bătrânețea este tratată ca și o stare, marcată de diminuarea capacităților fizice și intelectuale ale persoanei vârstnice ceea ce presupune apariția nevoilor specifice, necesitatea evaluării acestora și încadrarea în grade de dependență (autonom, semidependent și dependent).

În procesul îmbătrânirii apar transformări dăunătoare (senescența) și benefice. Deși vârsta înaintată se asociază cu scăderi progresive ale performanțelor funcționale, cercetările au demonstrat că există o mare variabilitate în modul de deteriorare a funcțiilor organismului în funcție de transmiterea genetică, de particularitățile biologice, și de factorii care au influențat viața individului (sociali, psihologici, de mediu) (Harman, 2006). Avansarea declinului funcțional se realizează până la un anumit prag, urmat de decompensarea la nivelul unor sisteme relevante. Reducerea progresivă a rezervei funcționale limitează capacitatea de răspuns a organismului la acțiunea stimulilor interni și externi (Fontaine, 2008; Schroots, 1996).

Scăderea capacităților fizice, psihice, funcționale, competențelor și resurselor vârstnicului determină apariția unei game de nevoi specifice. Astfel, declinul funcțional al organismului, deteriorarea stării de sănătate (apariția afecțiunilor acute sau cronizarea acestora) determină *nevoi medicale* (tratament, asistență medicală), de îngrijire și supraveghere conform restartului funcțional al fiecărei persoane. Instalarea stării de semidependență sau de dependență, care presupune pierderea parțială sau totală a autonomiei, determină *nevoia de ajutor din partea altei persoane*, în raport cu potențialul evolutiv al

fiecărei afecțiuni diagnosticate. Câmpul social diminuat după pensionare, restrângerea sferei sociale și culturale, favorizează scăderea interacțiunilor dintre vârstnic și alte persoane, conturându-se *nevoia de companie și interacțiuni sociale* mai ales în cazul persoanelor singure, fără rețea familială. De asemenea apar probleme legate de adaptarea la noul rol, rezultând *nevoi de asistare psihologică, nevoi de sprijin afectiv, emoțional* din partea rețelei familiale și sociale, probleme economice determinate de scăderea venitului – *nevoi economice*. Lipsa sau pierderea locuinței proprii, deteriorarea acesteia, lipsa utilităților, a accesului la serviciile sociale și medicale, lipsa transportului, neadaptarea spațiului la nevoile speciale ale persoanei determină apariția *nevoilor determinate de izolare, de lipsa sprijinului și suportului necesar*. Problemele sociale (izolare și excluziune socială, discriminare, ageism, singurătate) determină *nevoi de natură medicală, socio-medicală și psiho-afectivă*. Din ultimul tip de nevoi menționăm lipsa de companie a vârstnicului, a activităților recreative, implicării civice, utilității sociale. Singurătatea și excluziunea socială determină *nevoia de apartenență, de relaționare, de a avea o viață caracterizată de sens și de demnitate*. Nesatisfacerea acestor nevoi determină deteriorarea stării de sănătate fizică și psihică, scăderea calității vieții. (Nechita, 2008)

Legislația în vigoare reglementează raporturile dintre nevoile persoanelor vârstnice și modul de satisfacere a acestora. Astfel, Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, clasifică nevoile vârstnicilor în funcție de autonomia persoanei: nevoi de natură medicală, sociomedicală și psihoafectivă. Aceste nevoi sunt evaluate conform criteriilor stabilite prin Hotărârea nr. 886/2000 pentru aprobarea Grilei Naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, persoana fiind încadrată într-unul dintre cele 3 grade de dependență: autonom, semidependent și dependent. Fiecărei dintre aceste încadrări îi corespunde un anumit restart funcțional care permite persoanei să realizeze anumite activități de bază ale vieții zilnice și activități instrumentale. Evaluarea gradului de autonomie, coroborat cu situația economică și socială a persoanei permite stabilirea tipurilor de servicii recomandate pentru a fi acordate la domiciliu sau în camine pentru persoanele vârstnice în vederea satisfacerii nevoilor persoanei vârstnice.

Spre deosebire de capitolul I, în care a fost studiată îmbătrânirea persoanei, capitolul II, **SITUAȚIA PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN ROMÂNIA ȘI ÎN ȚĂRILE UNIUNII EUROPENE**, prezintă îmbătrânirea populației.

În ultimul deceniu, procesul de *îmbătrânire demografică* este o caracteristică a majorității statelor membre ale Uniunii Europene. Conform datelor furnizate de Oficiul de statistică al Comunității Europene (CEEUROPOP 2008), acest proces se va accentua până în anul 2060 în toate țările membre U.E. Astfel, conform acestei proiecții rezultă că pe fondul

scăderii în multe țări a numărului populației totale, în următoarele decenii se observă o creștere a ponderii populației în vârstă de 65 de ani și peste, o scădere a ponderii populației tinere (0-14 ani) și a populației aptă de muncă (15-64 de ani). Pentru totalul țărilor Uniunii Europene 27 se estimează o creștere a ponderii populației vârstnice de la 17,1% în 2008 la 30% în 2060, iar pentru România o creștere de la 14,9% în 2009 la 35% în 2060 (sursa datelor: Institutul Național de Statistică, 2009). Viteza accelerată a procesului de îmbătrânire în România este reliefată și de indicele îmbătrânirii care corelat cu vârsta mediană a populației situează România printre cele mai îmbătrânite state ale U.E. (Situația vârstnicilor din România, 2009).

Tabel 1 Populația României (1990 – 2007) și proiecții (2010-2050) (milioane persoane)

	Toate vârstele	Vârstnici și adulți vârstnici (55+)	Vârstnici (65+)	Vârstnici bătrâni(75+)	Vârstnici foarte bătrâni (80+)
Populația României la 1 iulie					
1990	23.207	4.987	2.414	0.944	0.410
1995	22.681	5.308	2.721	0.837	0.479
2000	22.435	5.281	2.986	0.999	0.401
2005	21.624	5.407	3.191	1.194	0.529
2007	21.538	5.545	3.200	1.277	0.587
Proiecții EUROPOP 2008					
2010	21.3		3.2		0.6
2020	20.8		3.6		0.9
2030	20.0		4.1		1.0
2040	19.2		4.9		1.4
2050	18.1		5.6		1.7
2060	16.9		5.9		2.2

Sursa datelor: I.N.S., 2009

Această evoluție se explică prin acțiunea factorilor de natură demografică (fertilitatea, mortalitatea și migrația) care au un impact major în fenomenul de îmbătrânire a populației. În România se recunoaște influența majoră a primilor doi factori, valorile înregistrate de migrație fiind ne semnificative. Fertilitatea și mortalitatea înregistrează o trecere de la regimurile tradiționale caracterizate printr-o evoluție crescătoare, la regimurile moderne, caracterizate printr-o scădere a acestora. În acțiunea acestor doi factori, fertilitatea reprezintă factorul activ, cu acțiune decisivă, iar mortalitatea produce efecte în timp, cu două direcții de influențare: efecte de întinerire a populației (prin scăderea mortalității infantile) și de îmbătrânire a populației (prin creșterea populației vârstnice). Creșterea contingentului de vârstnici se datorează atât efectivelor mari care au supraviețuit mortalității infantile și

juvenile, ajungând în a treia grupă de vârstă cât și creșterii speranței de viață la vârstele înaintate.

Datorită faptului că populația activă susține populația inactivă, considerăm important să menționăm evoluția raportului de dependență pentru vârstnici. Valorile acestui indicator arată o creștere de la 21% în 2007, la 26% în 2020 și la 65% în 2060. În România se prevede o creștere a raportului de dependență de la 15,5 % la 24,6% (sursa datelor: Situația vârstnicilor din România, 2009). În anul 2009, raportul dintre numărul mediu de pensionari de asigurări sociale de stat și numărul mediu de salariați a fost de 9 la 10. Același nivel al raportului s-a înregistrat în 6 dintre județele țării (Alba, Bistrița – Năsăud, Covasna, Galați, Iași și Tulcea) și a fost inferior în 8 județe, cel mai mic raport (5 la 10) înregistrându-se în Municipiul București. În celelalte 28 de județe, nivelul raportului s-a situat peste media pe țară, cea mai mare valoare fiind atinsă în județul Giurgiu și Teleorman (18 la 10) (sursa datelor: Numărul de pensionari și pensia medie lunară, 2009).

Un alt indicator reprezentativ pentru tema studiată este indicele de suport parental. Acest indicator raportează numărul persoanelor vârstnice din grupa peste 80 de ani la numărul persoanelor din grupa 55-64 de ani. Valorile cele mai mari se întâlnesc în regiunile Sud-Muntenia, Sud-Vest Oltenia și București-Ilfov. Regiunea Nord-Vest înregistrează valorile cele mai scăzute 22%. (sursa datelor: Situația vârstnicilor din România, 2009).

Din punct de vedere socio-economic, îmbătrânirea populației presupune creșterea cheltuielilor cu pensiile în Uniunea Europeană. Pentru sustenabilitatea acestei categorii de cheltuieli, unele state membre au adoptat reforme ale sistemelor de pensii care presupun: creșterea vârstei de pensionare, restricționarea accesului la schemele de pensionare anticipată, modificarea indexării pensiilor, înăsprirea condițiilor de eligibilitate pentru pensia publică și oferirea alternativelor în sistem privat la pensile publice. Criza financiară și economică afectează în special sistemele de pensii de tip redistributiv, care sunt afectate de presiunea fiscală exercitată asupra finanțării și contribuțiilor (Raport privind îmbătrânirea populației, 2009). În România, prestațiile sociale acordate vârstnicilor sub formă de pensie, reprezintă capitolul bugetar cel mai reprezentativ din sistemul de protecție socială (Riscuri și inechități sociale în România, 2009). Cu toate acestea, spre deosebire de numărul mediu al persoanelor vârstnice, evoluția numărului mediu al pensionarilor înregistrează un trend descrescător, în anul 2003, fiind 6.306.300 persoane (6.274.150 pensie de asigurări sociale), iar în anul 2009 de 5.688.563 persoane (5.675.629 pensie de asigurări sociale) (Sursa datelor: Numărul de pensionari și pensia medie lunară 2009).

În timp ce pentru creșterile salariale s-au utilizat indicatorii de inflație, de productivitate a muncii, de creștere economică și alți indicatori, pentru indexarea pensiilor s-a

luat în calcul numai indicele de inflație. Acest fapt a determinat discrepanțe majore între nivelul salariului mediu și o pensie medie, începând din anii 90. Astfel, raportul dintre pensia medie și salariul mediu arată o scădere a valorii nete a pensiei de la 51,1% în octombrie 1990 la 45,8% în luna decembrie 2008. (Sursa datelor: Numărul de pensionari și pensia medie lunară 2009). Creșterea continuă a prețurilor la principalele mărfuri alimentare și la servicii, asociate cu nivelul pensiilor a determinat un nivel de trai scăzut a acestei categorii de persoane comparativ cu celelalte categorii de persoane. Diminuarea puterii de cumpărare a pensiilor au conturat un comportament de consum orientat în special spre achitarea cheltuielilor pentru întreținerea locuinței și a serviciilor curente și renunțarea la achiziționarea unor bunuri alimentare și nealimentare, medicamente. Pentru satisfacerea nevoilor de bază și asigurarea serviciilor necesare menținerii sau recuperării stării de sănătate este necesar să se aplice măsuri excepționale.

Tabel 2 Structura cheltuielilor în gospodăriile de pensionari

Cheltuieli	2005	2008
Totale	889,09	1504,48
Cheltuieli bănești	75,5	79,5
- alimentele	23,9	23,5
- mărfuri nealimentare	21,3	23,2
- Plata serviciilor	17,2	17,0
- Cheltuieli pentru investiții	1,1	2,0
- Cheltuieli pentru producție	2,7	2,3
- Impozite, contribuții taxe	5,2	7,0
-Contravaloarea consumului de produse agricole din resurse proprii	24,5	20,5

Sursa datelor: Coordonate ale nivelului de trai în anul 2009

Din perspectiva nivelului de trai, indicatorii reliefează faptul că veniturile de care dispun persoanele vârstnice le permit acestora satisfacerea nevoilor la o scară redusă, prioritară fiind achiziționarea alimentelor și medicamentelor. Pe plan secundar se situează achitarea facturilor de utilități, unele gospodării înregistrând restanțe la achitarea contravalorii utilităților. Astfel, în anul 2009, 30,3% din totalul acestor gospodării, nu au avut posibilitatea să plătească la timp serviciile legate de întreținerea locuinței. Din gospodăriile care au înregistrat restanțe, 40,8% s-au situat în mediul urban și 29,0% în mediul rural (Condițiile de viață ale populației din România, 2009).

După achitarea cheltuielilor determinate de situația locativă și condițiile de locuit (pentru producția gospodăriei și pentru plata impozitelor, taxelor, contribuțiilor), a celor determinate de nevoile de deplasare spre și de la locul de muncă, de starea de sănătate, nivelul veniturilor de care dispune familia pentru satisfacerea nevoilor de consum, este foarte

scăzut. Din prima categorie de cheltuieli, serviciile legate de locuință au avut ponderea cea mai ridicată pentru toate categoriile de gospodării analizate, reprezentând peste 50% din totalul cheltuielilor în cazul gospodăriilor de șomeri și pensionari în anul 2009. În ultimul rând veniturile se alocă celorlalte categorii de servicii, legate de exemplu de utilizarea timpului liber, cultură, îngrijire personală, asigurări etc., motiv pentru care această categorie de cheltuieli este ne semnificativă (sursa datelor: Condițiile de viață ale populației din România, 2009).

Imaginea și reprezentările persoanelor vârstnice asupra situației socio-economice în care se află reliefează faptul că 85% din totalul gospodăriilor intervievate suportă cu dificultate cheltuielile curente ale vieții. Dintre aceste gospodării 56,8% sunt conduse de femei sau de persoane cu vârsta de 65 ani și peste. Peste jumătate din gospodăriile urbane estimează cheltuielile curente în jurul valorii de 2000 lei. Gospodăriile conduse de femei sau de vârstnici, precum și de agricultori estimează cheltuielile curente până la 500 lei (Situația vârstnicilor din România apud Ancheta Generații și Gen 2005). Situația socio-economică influențează și starea de sănătate. Astfel, în anul 2008, starea de sănătate a populației din România se află într-o situație critică, determinată de: sărăcie (lipsa de resurse financiare, alimentație deficicientă, condiții proaste de locuit, lipsa accesului la condiții de igienă elementară), dezorganizare socială (abandonul grijii față de propria sănătate, stiluri nesătoase de viață, deficit de cultură și educație sanitară), servicii de prevenție și tratament ambulatoriu insuficiente. Printre grupurile sociale cu acces limitat la serviciile medicale se află și persoanele vârstnice.

Sistemul actual de asistență medicală și socială pentru persoanele vârstnice evidențiază o serie de aspecte esențiale care trebuie luate în considerare: vârsta a treia este acompaniată de singurătate, izolare, risc crescut de a prezenta boli invalidante, generatoare de dependență. (H.G.R. nr.541/09.06.2005)

Datorită nevoilor speciale, există 2 tipuri de suport: servicii sociale și servicii medicale. În aceste condiții s-a inițiat și dezvoltat o politică socială unitară pentru menținerea persoanelor vârstnice la domiciliu sau dacă acest lucru nu este posibil, asigurarea suportului necesar continuării vieții într-o instituție de asistență socială sau socio-medicală.

Raportarea societăților la problematica persoanelor vârstnice este diferită în funcție de structura, nivelul economic și cultural al fiecărei societăți. Din perspectivă socială și culturală, modalitatea de abordare a fenomenului bătrâneții este determinată de mentalitățile și modelele sociale de raportare la vârsta a treia. Atitudinea socială față de persoanele vârstnice, mai mult de compasiune decât de respect reflectă ruptura societății de tradiția care a

întemeiat-o. Prin determinarea modului de percepție a persoanelor asupra vârstnicilor se măsoară interesul de raportare a societății la problemele acestora. (Popa, 2000).

Raportul anchetei internaționale Population Policy Acceptance ilustrează modul în care este privită îmbătrânirea populațiilor de țările Uniunii Europene și rolul vârstnicilor în societate. Comparativ cu îmbătrânirea demografică care este evaluată negativ, vârstnicii sunt considerați utili societății, ei garantează păstrarea valorilor tradiționale (România se situează pe locul 2 – 88,3%, după Polonia (89,3%), fiind o resursă importantă pentru societate. În acest sens, societatea trebuie să țină cont de drepturile vârstnicilor (95,3% dintre respondenții români) și de problemele acestora (94,9%, în cazul respondenților români). Imaginea negativă a vârstnicilor în societate determinată de aspectul economic (resursele bugetare alocate persoanelor vârstnice), de evoluția societății (vârstnicii reprezintă un obstacol pentru implementarea schimbării) și de rolul social (povară pentru societate) este împărtășită de puțini respondenți din țările Uniunii Europene (procentele înregistrate sunt sub 20). (Situția vârstnicilor din România apud. Dobrity et al., 2005).

Îmbătrânirea populației, prin caracteristicile demografice, economice, sociale și medicale pe care le prezintă) presupune reconsiderarea politicilor sociale și de sănătate prin adaptarea acestora la specificul nevoilor vârstnicilor și dezvoltarea unor sisteme de servicii sociale și medicale adecvate nevoilor specifice în condițiile reducerii resurselor.

Faptul că multe familii deja au probleme în a-și acoperi gama de nevoi, face ca vulnerabilitatea lor în fața riscurilor pierderii sau diminuării veniturilor și scăderii puterii de cumpărare să fie mult mai mare decât în condițiile unui nivel al veniturilor mult mai înalt.

Capitolul III, **SERVICIILE SOCIALE ACORDATE PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA**, analizează modul de acordare a îngrijirilor persoanelor vârstnice. Valorile predominante în familiile românești, axate pe atașamentul față de familie și atitudinea conservatoare predominantă, conform căreia copiii au datoria de a îngriji părinții, oferindu-le sprijin financiar și locativ în situația de semidependență și dependență a acestora, precizează modul de implicare a membrilor familiei în activitățile de îngrijire. Aceste activități se realizează uneori în detrimentul altor activități sociale sau familiale, Datoria morală astfel reprezentată conturează și rolul suportului public în bunăstarea familiei și a membrilor acesteia. De asemenea, atitudinea tradițională privind acordarea sprijinului și îngrijirii categoriilor defavorizate de persoane conferă rețelei familiale un rol fundamental în rezolvarea problemelor, suportul statului fiind predominant financiar (Pescaru-Urse, 2009). Studiul Generații și Gen 2007, evidențiază atitudinile persoanelor privind rolul societății în îngrijirea vârstnicilor. Astfel, în cazul îngrijirii persoanelor vârstnice în propria locuință, această activitate revine în primul rând familiei (45, 4% dintre respondenți), spre deosebire de

acordarea sprijinului financiar persoanelor vârstnice care trăiesc sub nivelul de subzistență în care rolul predominant de susținere financiară revine statului (51,4% dintre persoanele intervievate).

Un alt factor care influențează suportul public este reprezentat de creșterea ratei de ocupare a populației în structura socio-demografică a țărilor, în special a celor dezvoltate. În aceste condiții, rolul statului în asigurarea îngrijirii și protecției persoanelor dependente crește. Asumarea responsabilității familiale de îngrijire a acestor categorii de persoane are un efect negativ atât la nivel macrosocial (prin aportul economic scăzut al membrilor familiei care preiau această sarcină) cât și la nivel micro-social (rămânerea în gospodărie poate fi rezultatul unei restricții structurale, economice). Mai ales în țările sudice ale Europei, familia extinsă are un rol important în realizarea sarcinilor domestice.

Caracterul tradiționalist al statului român, datoria adulților de a acorda îngrijire și susținere părinților este menționată cu caracter de obligativitate în legislația actuală, statul intervenind secundar în protejarea vârstnicilor, completând sau supliniind familiile în îndeplinirea obligațiilor care le revin. Intervenția statului rezidă în acordarea beneficiilor de asistență socială și a serviciilor sociale persoanelor vârstnice care se găsesc în situații de vulnerabilitate (venituri insuficiente pentru asigurarea unei locuințe, a unui nivel de trai decent și a unui mediu sigur de viață, capacitate funcțională redusă care determină o nevoie de ajutor din partea altei persoane, alte situații de urgență sau de necesitate) (Legea nr. 292/2011).

În România, sistemul de asistență și protecție socială intervine subsidiar sau complementar sistemului de asigurări de sănătate și este reglementat prin legi speciale. Cadrul general de organizare, funcționare și finanțare a sistemului de asistență și protecție socială este precizat de Legea 292 din 20 decembrie 2011. În temeiul acestei legi, se urmărește în principal crearea oportunităților egale pentru toate persoanelor și în al doilea rând acordarea unui pachet unitar de măsuri corelate și complementare, clasificat în două categorii: sistemul de beneficii de asistență socială și sistemul de servicii sociale.

Acordarea beneficiilor de asistență socială persoanelor vârstnice urmăresc prevenirea și combaterea sărăciei, a riscului de excluziune socială și intervenția în situații deosebite. În acest sens, vârstnicii cu venituri insuficiente pot beneficia de ajutoare sociale susținute din bugetele de stat (reglementate prin Legea nr. 416/2001 care prevede acordarea ajutoarelor financiare, a ajutoarelor pentru încălzirea locuințelor în sezonul rece, ajutoare în natură – produse alimentare, nealimentare, medicamente și dispozitive medicale, etc. – stabilite prin hotărâri ale consiliilor locale), masă la cantina socială, susținută din bugetele locale (Legea nr. 208/1997, art.2, lit.d și e), facilități privind transportul urban și interurban (Legea nr.

147/2000), bilete de tratament balnear sau pentru recreere (Legea nr. 215/2001, Legea nr. 294/2011), indemnizații, alocații și facilități pentru persoanele vârstnice încadrate într-un grad de handicap sau de dizabilitate (Legea nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare). Spre deosebire de legislația anterioară în domeniul asistenței și protecției sociale a persoanelor vârstnice, Legea nr.292/2011 prevede acordarea indemnizațiilor de îngrijire, alocații sau contribuții pentru asigurarea calității serviciilor sociale, destinate acoperirii costurilor hranei în cantine sociale, în centrele rezidențiale de îngrijire, precum și pentru susținerea unor suplimente nutriționale și ajutoare pentru situații care pun în pericol viața și siguranța persoanei vârstnice, precum și pentru evitarea instituționalizării (art. 94, alin. 2, lit. b,c și e). De asemenea, facilitățile care se pot acorda persoanelor vârstnice nu au caracter restrictiv, lăsând la latitudinea consiliilor locale identificarea altor beneficii de asistență socială în folosul vârstnicilor.

Trendul european de externalizare a serviciilor sociale din responsabilitatea statului se regăsește prin precizarea responsabilităților dezvoltării, administrării și acordării acestui tip de servicii, în textul Legii nr. 292/2011. Rolul statului se concretizează prin elaborarea politicilor publice, programelor, strategiilor naționale în domeniu, monitorizarea acestora. Implicarea sectorului neguvernamental (persoane fizice sau juridice constituite în condițiile legii, instituții de cult) se regăsește în organizarea, administrarea și acordarea serviciilor sociale, unde se realizează o complementaritate între cele două sectoare: privat - public (autoritățile administrației publice locale). Organizarea teritorială a serviciilor sociale furnizate în regim public sau privat cuprinde servicii de interes local (se respectă autonomia teritorială a comunelor, orașelor, municipiilor, sectoarelor municipiului București) și servicii sociale de interes județean (se adresează beneficiarilor care au domiciliul pe raza teritorială a unui județ). Prin contracte de parteneriat (aprobat prin hotărâri ale consiliilor județene sau locale partenere), aria de acordare a serviciilor sociale se poate extinde, acestea deserving mai multe județe. Accentul în furnizarea serviciilor se pune pe respectarea standardelor de calitate și a regulilor generale de normare minimă de personal care stau la baza stabilirii standardelor de cost (H.G.R. nr. 23/2010).

Furnizorii serviciilor sociale pot fi entități publice (structurile specializate din cadrul autorităților administrațiilor publice centrale sau locale precum și autoritățile executive; unitățile sanitare, de învățământ și alte instituții publice care dezvoltă, la nivel comunitar, servicii sociale integrate) sau private (organizațiile neguvernamentale, cultele recunoscute de lege, persoane fizice autorizate în condițiile legii, operatori economici și filiale sau sucursale ale asociațiilor și fundațiilor internaționale în conformitate cu legislația în vigoare (Legea

nr.292/2011 art.37). În furnizarea serviciilor sociale, această lege menționează o condiție eliminatorie, respectiv acreditarea furnizorilor.

Sistemul de servicii sociale se acordă persoanelor vârstnice în regim rezidențial (centre de îngrijire temporară, centre de îngrijire pe perioadă nedeterminată - Cămine pentru persoane vârstnice - , locuințe protejate, complex de servicii și alte tipuri de centre) (Legea nr.292/2011, art. 101, alin. 2, lit. a-c) sau fără cazare (centre de zi, cluburi pentru vârstnici, îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu, cantine sociale, servicii mobile de acordare a hranei, ambulanța socială) (Legea 17/2000, art.7, alin.1, lit.a-c; Legea nr.292/2011), în funcție de situația socioeconomică, starea de sănătate, nivelul de educație și mediul social în care se află persoana. Aceste servicii sociale se clasifică în “servicii de asistență și suport pentru asigurarea nevoilor de bază ale persoanei, servicii de îngrijire personală, de recuperare/reabilitare, de inserție/reinserție socială, etc.” (Legea nr.292/2011, art.30, alin.1). Acest articol nu este limitativ, existând posibilitatea diversificării tipurilor de servicii, adecvate nevoilor persoanelor vârstnice.

Un aspect important în acordarea serviciilor îl constituie respectarea etapelor acestora: evaluarea inițială, elaborarea planului de intervenție; evaluarea complexă; elaborarea planului individualizat de asistență și îngrijire; implementarea măsurilor prevăzute în planul de intervenție și în planul individualizat; monitorizarea și evaluarea acordării serviciilor (Legea nr.292/2011). În parcurgerea acestor etape, beneficiarul are un rol activ, inclusiv de alegere a furnizorului de servicii acreditat care poate acoperi parțial sau total nevoile identificate. Textul legii menționează în mod expres persoanele vârstnice dependente, care beneficiază de servicii de îngrijire personală asigurate la domiciliu sau în centre rezidențiale (în situația în care nu este posibil menținerea acestora la domiciliu) precum și îngrijirile de lungă durată.

Categoria persoanelor vârstnice care pot beneficia de servicii și prestații sociale este precizată de Legea nr.17/2000. Conform prevederilor art.3, lit. a-e, vârstnicii pot beneficia de servicii și prestații sociale dacă se află în una dintre următoarele situații: nu au familie sau persoane obligate legal la întreținerea lor; nu au locuință sau posibilități financiare și materiale proprii pentru asigurarea condițiilor de locuit; nu dispun de venituri proprii sau acestea sunt insuficiente asigurării îngrijirii necesare; nu se pot gospodări singuri sau necesită îngrijire specializată; nu își pot asigura nevoile socio-medicale datorită afecțiunilor sau stării fizice și psihice. Serviciile de îngrijire adresate persoanelor vârstnice vizează satisfacerea unei game variate de nevoi, astfel încât să le asigure maximul de autonomie și siguranță.

Capitolul IV, EVALUAREA PROGRAMELOR SOCIALE DESTINATE PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN JUDEȚUL BISTRIȚA-NĂSĂUD reprezintă

carcetarea proprie și descrie modalitățile de îngrijire a persoanelor vârstnice din județul Bistrița–Năsăud, analizând totodată eficiența acestora din două perspective: a instituției și a beneficiarilor. Prin cercetare s-a urmărit identificarea și evoluția capitalului organizațional (Compartiment de asistare la domiciliu a persoanelor vârstnice și Cămin pentru persoane vârstnice), și a capitalului beneficiarilor (economic, cultural, social) în perioada 1 ianuarie 2006 – 31 decembrie 2011. În cercetare au fost incluși beneficiarii serviciilor de îngrijire și personalul angajat. Lotul beneficiarilor a inclus persoane vârstnice care au împlinit vârsta legală de pensionare și au primit îngrijiri pe termen lung în formă instituționalizată sau la domiciliu prin intermediul Serviciului “Căminul pentru persoane vârstnice”. Din evidența instituției am selectat persoanele vârstnice după următoarele criterii: încadrare în cele trei grade de dependență; timp de acordare a serviciilor - cel puțin 4 luni; servicii similare care se acordă la domiciliu și în instituție; nivel de stabilitate a stării de sănătate.

Am exclus persoanele cu boli cronice invalidante care necesitau îngrijiri pe termen lung, comparabile cu cele acordate în unitățile socio-medice. O altă categorie de persoane vârstnice care nu au fost incluse în cercetare o reprezintă persoanele instabile, a căror stare de sănătate se deteriorează repede și necesită transferuri în instituții socio-medice (persoane diagnosticate cu demență senilă, Alzheimer, tumori maligne - stadiu avansat). În cazul persoanelor îngrijite la domiciliu, au fost excluse din eșantion persoanele care primesc îngrijire din partea altor centre (îngrijiri medicale, monitorizare, petrecere timp liber), fiind considerate costuri suplimentare ale persoanelor vârstnice care nu fac obiectul acestei cercetări.

Metodele principale utilizate sunt: analiza cantitativă a documentelor cifrice, oficiale și neoficiale, cu caracter public, chestionarul, analiza statistică, interviul semistrukturat și studiul de caz. Chestionarul (37 de întrebări) a fost aplicat beneficiarilor serviciilor de îngrijire sub formă orală, prin discuție directă cu aceștia. S-a evaluat capitalul economic (locuința, veniturile, terenurile), capitalul cultural (studiile absolvite, profesia înainte de pensionare) și capitalul social (rețeaua familială și socială). Natura datelor obținute este validă, de mare fidelitate, raportul de cercetare conținând cifre, tabele, grafice, comentarii în limbaj natural. Chestionarul aplicat personalului de îngrijire cuprinde 3 itemi care se referă la cantitatea și calitatea resurselor materiale raportate la prestarea serviciilor de îngrijire în condiții optime, precum și la modalitățile de îmbunătățire a activității sub aspectul capitalului organizațional. Prin intermediul interviului semistrukturat am urmărit identificarea resurselor persoanelor vârstnice, factorii care influențează alegerea unui program de îngrijiri, (instituțional sau la domiciliul propriu), satisfacția beneficiarilor în raport cu serviciile prestate și rezultatele serviciilor prestate. Studiul de caz multiplu a evidențiat caracteristicile

persoanelor și situațiilor în care se acordă servicii de îngrijire de lungă durată. În lucrare sunt prezentate 10 studii de caz, 5 studii pentru fiecare program de îngrijire (rezidențială și la domiciliu).

Rezultatele prezentului demers de cercetare evidențiază următoarele aspecte:

1. cadrul instituțional prin modul de organizare și resursele de care dispune (umane, materiale și financiare) răspunde în mod eficient nevoilor de îngrijire a persoanelor vârstnice încadrate în cele trei grade de dependență. Asigurarea permanenței serviciilor, supravegherea și îngrijirea medicală zilnică, acordarea medicamentelor și materialelor sanitare, determină în special acoperirea gamei nevoilor medicale, fapt evidențiat prin stabilitatea stării de sănătate și reducerea numărului internărilor. De asemenea, mediul rezidențial prin resursele materiale și echipamentele de care dispune oferă un cadru sigur, stabil și condiții decente de trai persoanelor vârstnice, acoperind gama nevoilor sociale ale persoanelor vârstnice.
2. serviciile formale de îngrijire prin specificul pe care îl prezintă (timp limitat de acordare) se adresează persoanelor care prezintă o stare de sănătate bună, limitări funcționale reduse, sau care dispun și de servicii prestate de îngrijitori informali. Serviciile formale acordate la domiciliu, se axează în principal pe satisfacerea gamei de nevoi sociale și medicale a beneficiarilor.

Luând în considerare gradul de dependență și gradul de reinserție socială a persoanelor vârstnice care necesită îngrijiri de lungă durată, am realizat o analiză a nevoilor de îngrijire și a resurselor acestei categorii de persoane pentru identificarea situațiilor în care se pot acorda îngrijirile de lungă durată la domiciliul propriu sau în instituții rezidențiale.

A. Îngrijiri acordate la domiciliul persoanelor vârstnice

Persoanele încadrate în gradul I de dependență (persoane dependente) nu dispun sau dispun parțial de autonomie corporală, locomotorie sau mentală. Starea de sănătate fizică și/sau psihică alterată, capacitatea funcțională diminuată sau absentă determină în principal nevoi biologice, medicale și secundar nevoi psihoafective și sociale. Pentru satisfacerea acestora, serviciile prestate sunt centrate pe supravegherea continuă și îngrijirea personală și pe acordarea ajutorului în realizarea activităților de bază și instrumentale a vieții zilnice. În al doilea rând se realizează activitățile de recuperare și socializare. Pentru asigurarea continuității supravegherii și îngrijirii la domiciliul propriu, persoana vârstnică dependentă necesită mobilizarea capitalului social și economic. Activitățile de îngrijire presupun prezența

continuă a îngrijitorilor formali și informali. Implicarea rețelei sociale se impune deoarece, prin sistemul formal de îngrijiri la domiciliu poate fi acordat un număr redus de ore (8 ore), fiind necesară completarea îngrijirilor de către îngrijitorii informali (membrii familiei sau prieteni/vecini). Asumarea responsabilității îngrijirii persoanei vârstnice dependente implică participarea la activități solicitante, care presupun mult timp, dăruire, efort, renunțarea la alte activități. Capitalul economic, reprezentat în primul rând de locuință, amenajări și dotări specifice determinate de starea de sănătate a acestei categorii de persoane, este un factor important în asigurarea calității vieții persoanelor vârstnice dependente. Cheltuielile curente sunt completate de sumele alocate pentru achiziționarea alimentelor indicate, dispozitivelor, tratamentelor, medicamentelor, consultațiilor efectuate de medicul de familie sau de medicul specialist și de efectuarea analizelor.

Caracteristicile persoanelor încadrate în gradul II de dependență (persoane semidependente) presupun conservarea autonomiei mentale și parțial a autonomiei locomotorii. Datorită păstrării autonomiei mentale, această categorie de persoane acordă importanță atât afecțiunilor de care suferă, cât și altor aspecte, reprezentate de nivelul veniturilor și de relațiile interpersonale. Referitor la primul aspect, starea de sănătate fizică alterată și capacitatea funcțională parțial redusă determină nevoi biologice reduse, nevoi medicale, psihoafective și sociale. Nivelul îngrijirilor se modifică, predomină ajutorul pentru realizarea activităților instrumentale, activitățile de îngrijire personală fiind diminuate. Prezența continuă a personalului de îngrijire nu este necesară, existând un raport aproximativ egal între numărul orelor de îngrijire prestate prin sistemul de îngrijiri la domiciliu și cele asigurate de către îngrijitorii informali. În unele cazuri (rețea dezvoltată de îngrijiri la domiciliu), serviciile pot fi asigurate exclusiv de rețeaua de îngrijiri la domiciliu. Capitalul economic, reprezentat de locuință, dotări, venituri, este uneori insuficient pentru asigurarea dispozitivelor medicale, amenajărilor și dotărilor suplimentare, determinate de scăderea capacității funcționale. De asemenea, afecțiunile de care suferă, determină adoptarea unui anumit regim alimentar, o medicație permanentă, vizite la cabinetul medical, care presupun costuri suplimentare. Reprezentativitatea rețelei familiale și sociale devine un factor determinant al trăirilor persoanelor semidependente. Calitatea relațiilor familiale și sociale, timpul petrecut cu membrii familiei, importanța pe care o arată aceștia persoanei vârstnice, determină trăirile afective, sentimentele, cu repercursiuni asupra stării de sănătate.

Persoanele încadrate în gradul III de dependență (persoane autonome) prezintă o stare de sănătate marcată de afecțiuni cronice dar care nu sunt invalidante, fără repercursiuni sau cu repercursiuni reduse asupra capacității funcționale. Un aspect important îl reprezintă schimbarea ritmului vieții, programului, veniturilor, a rolurilor care determină o raportare

pozitivă sau negativă la statutul de persoană vârstnică. Nevoile acestei categorii de persoane se axează mai mult pe aspectul social, psihologic, persoanele vârstnice efectuând singure activitățile vieții cotidiene sau necesitând un ajutor redus la efectuarea activităților instrumentale. Acest tip de activități pot fi preluate de sistemul de îngrijiri la domiciliu. Sfera socială, relaționarea reprezintă un aspect important, pe primul plan situându-se familia și secundar relațiile cu rețeaua socială (prieteni, vecini, colegi). Aceste relații pot fi afectate de nivelul veniturilor, după achitarea facturilor pentru întreținerea locuinței, cumpărarea alimentelor și a medicamentelor, sumele necesare activităților culturale sau vizitelor fiind reduse în unele cazuri.

Astfel, persoanele care pot fi îngrijite la domiciliu prezintă următoarele caracteristici: grad redus de pierdere a autonomiei (gradul III – persoane autonome), capital economic minim (locuință, dotări, venituri) și capital social minim (rețeaua familială și socială); grad mediu de pierdere a autonomiei (gradul II – persoane semidependente), capital economic (locuință, dotări, dispozitive medicale, amenajări și facilități specifice capacității funcționale) și capital social (îngrijitori informali proveniți din mediul familial sau social); pierderea totală sau parțială a autonomiei (gradul I – persoane dependente), capital economic mare (locuință, dotări, dispozitive medicale, tratamente medicale, medicamente, amenajări și facilități specifice pierderii autonomiei caracterizată printr-o capacitate funcțională minimă sau absentă), capital social bine reprezentat de rețeaua familială și socială.

B. Îngrijiri acordate în instituții rezidențiale (Cămin pentru persoane vârstnice)

Acordarea îngrijirilor persoanelor vârstnice în regim rezidențial se realizează similar îngrijirilor la domiciliu, conform cu gradul de dependență și nevoile persoanei. Conform gradului de dependență a persoanei, aceasta va fi repartizată în secțiile corespunzătoare din cadrul Căminului (pentru persoane autonome, semidependente, dependente) și va primi îngrijirile necesare din partea personalului formal. Referitor la capitalul social putem menționa că acesta este redus sau absent, relațiile familiale nu se caracterizează prin coeziunea specifică, bazată pe încredere, ajutor, sprijin reciproc, respect, datorie. Relațiile sociale cu prietenii, vecinii, colegii, sunt întrerupte pentru 82% dintre persoanele instituționalizate (Registrul de vizite a Căminului) după internarea acestora în instituție. Relaționarea persoanelor instituționalizate se realizează în primul rând cu personalul instituției, în timpul activităților curente sau specifice realizate de acesta. Datorită capitalului social redus, apar sentimente de tristețe, frustrare, singurătate, care afectează negativ calitatea vieții, cu influențe asupra stării de sănătate. Capitalul economic reprezentativ pentru persoanele instituționalizate este reprezentat de venitul financiar personal. În instituție se asigură hrana, îmbrăcămintea, încălțăminte, obiectele și materialele necesare unei vieți

decente, precum și medicamentele, tratamentele medicale, dispozitivele medicale necesare, singura contribuție financiară fiind reprezentată de achitarea taxei lunare de întreținere. Această contribuție reprezintă până la 60% din venitul persoanei vârstnice (Legea 17/2000), restul de 40% fiind la dispoziția persoanei vârstnice. Rezidenții care nu au venituri sunt susținuți financiar de persoanele obligate la întreținerea lor (rudele de gradul I, nepoți, strănepoți, persoane care au încheiat contracte de întreținere a persoanelor vârstnice) sau de Primăria de domiciliu. Persoanele instituționalizate beneficiază de baza materială a instituției, personalizându-și spațiul pus la dispoziție cu lucruri personale, semnificative. Acest spațiu fiind redus, nu necesită cheltuieli suplimentare care să depășească bugetul propriu. De asemenea, asigurarea în instituție a unei alimentații diversificate, corespunzătoare vârstei și afecțiunilor, servită după un program stabilit, a supravegherii permanente, asistență medicală, determină creșterea calității vieții acestor persoane. Facilitățile determinate de îngrijirea rezidențială pot fi acordate conform legislației în vigoare numai dacă persoana nu poate beneficia de îngrijiri la domiciliu.

Luând în considerare criteriile de analiză mai sus menționate, persoanele îngrijite în regim rezidențial, prezintă următoarele caracteristici: încadrare în unul din cele trei grade de dependență (autonom, semidependent sau dependent), absența sau prezența capitalului economic (locuință, venituri) și social (rețea familială și socială). Funcția de protecție a persoanelor vârstnice se realizează în acest caz prin preluarea integrală sau parțială de către stat a responsabilității îngrijirii, nevoile beneficiarilor fiind acoperite integral de stat prin asigurarea locuinței, hranei, îmbrăcăminte, în condițiile existenței sau absenței capitalului social sau economic al persoanei.

Persoanele vârstnice care primesc îngrijiri de lungă durată prin cele două modalități de asistare (la domiciliu sau în instituții rezidențiale) sunt încadrate într-un grad de dependență și necesită ajutor integral/parțial la efectuarea activităților de bază ale vieții zilnice și/sau activităților instrumentale.

Pentru a putea beneficia de îngrijiri la domiciliu, vârstnicii trebuie să dispună de un capital economic minim (locuință, bunuri materiale, dotări, venituri pentru achitarea cheltuielilor de întreținere a locuinței, a propriei persoane – alimente, îmbrăcăminte, medicamente – achitarea contribuției pentru îngrijirile primite) și de un capital social (familie sau rețea socială – prieteni, vecini). Importanța și implicarea rețelei sociale în activitățile de îngrijire a persoanei crește odată cu gradul de dependență, fiind indispensabilă în cazul gradului I.

Concluzii

Problematika îmbătrânirii impune realizarea unei diferențieri între două procese: îmbătrânirea persoanei și îmbătrânirea populației. În primul caz, îmbătrânirea este considerată un proces degenerativ normal, o stare fiziologică cu legități și caracteristici proprii, care survine în timp. Datorită declinului funcțional, a limitării capacității de rezervă, a reducerii capacității de coordonare, a homeostaziei și a mecanismelor de control asupra activității organelor, imunitatea vârstnicului scade, vulnerabilitatea la acțiunea factorilor perturbatori interni și externi crește și acesta este mai predispus la apariția unor boli. În cazul în care afecțiunile care apar nu sunt tratate la timp și în mod corespunzător intervine deteriorarea funcțională care necesită asistare medicală. În funcție de situația familială și socială a persoanelor vârstnice, problemele medicale pot determina probleme sociale.

În cel de al doilea caz, consecințele procesului demografic de îmbătrânire a populației asociat cu scăderea ratei de natalitate în contextul politicilor actuale pot fi analizate prin prisma dezechilibrelor din plan financiar (creșterea cheltuielilor publice privind pensiile, sănătatea, infrastructura, locuințele), familial (între viața profesională și cea de familie) și social-economic.

Din punct de vedere financiar, un prim aspect rezidă din trendul crescător al raportului de dependență și indicelui de suport parental, costul îmbătrânirii populației presupune creșterea cheltuielilor publice cu cel puțin 7 puncte procentuale din PIB în 9 dintre statele membre, caracterizate prin modificări ale cursului reformei și îmbunătățirea tehnicilor de modelare. Din acest grup de țări face parte și România. Sustenabilitatea acestei categorii de cheltuieli implică atât evaluarea cuantumului pensiilor cât și a celorlalte categorii de cheltuieli generate de fenomenul îmbătrânirii populației (sănătate, îngrijiri pe termen lung, acordarea altor servicii vârstnicilor). Se estimează o creștere a cheltuielilor determinate de îngrijirea sănătății persoanelor vârstnice cu $\frac{1}{2}$ puncte procentuale din PIB până în 2060, atât în ceea ce privește tratamentele destinate tratării afecțiunilor vârstnicilor cât și investițiile în tehnologii și metode recente de diagnostic. De asemenea, se estimează o creștere a cheltuielilor publice cu $1\frac{1}{4}\%$ din PIB până în 2060 și în domeniul îngrijirilor pe termen lung, datorată și nevoi de creștere a asistenței formale. Asistența informală, asigurată în special de familie va fi redusă datorită participării femeilor pe piața muncii, și creșterii mobilității geografice (Raport privind îmbătrânirea populației, 2009).

Un efect negativ pe acest plan se regăsește și în cazul populației vârstnice. Veniturile reduse, scăderea puterii de cumpărare, mărirea prețurilor crește vulnerabilitatea vârstnicilor și amplifică riscul de sărăcie și excluziune socială a acestei categorii de persoane. Degradarea condițiilor de viață este influențată și de lipsa economiilor în majoritatea gospodăriilor de

pensionari (economii disponibilizate în condiții de criză: deces al partenerului, afecțiuni grave, probleme cu locuința) (Riscuri și inechități sociale în România, 2009; Niculescu-Aron, Voineagu, Mihăescu, Căplescu, 2010).

Pe plan familial, presiunea exercitată asupra familiei privind îngrijirea copiilor, persoanelor cu dizabilități și a vârstnicilor, determină consecințe pe piața muncii (reducerea participării femeilor), pe plan financiar (reducerea veniturilor), demografic (reducerea natalității datorită costurilor implicate de creșterea și educarea copiilor. Reducerea sau pierderea veniturilor amplifică riscul de sărăcie și excluziune socială.

Pe plan socio-economic, creșterea numărului total de vârstnici, deteriorarea raportului de dependență dintre populația vârstnică și cea aptă de muncă, creșterea ratei brute de mortalitate și a gradului de apăsare a îmbătrânirii asupra familiei presupun și creșterea cheltuielilor necesitate de programele destinate persoanelor vârstnice (transferuri și servicii specifice asigurate de sectorul public). Dificultățile înregistrate în cazul sistemului de asigurări sociale rezidă în reducerea numărului de contribuabili la fondul de pensii comparativ cu creșterea numărului pensionarilor, a perioadei de acordare a pensiilor. Alte dificultăți identificate constau în reinsertia socială a vârstnicilor datorită numărului mic de locuri de muncă pentru încadrarea acestor persoane și lipsa structurilor care să-i înglobeze. Acest fapt presupune adaptarea continuă a infrastructurii sistemelor de protecție socială.

În asigurarea protecției persoanelor vârstnice se identifică două direcții majore: asigurarea calității condițiilor de viață și adaptarea sistemului de sprijinire a persoanelor vârstnice. În timp ce țările dezvoltate urmăresc realizarea investițiilor în capital uman, protecție socială, siguranța persoanei, țările în curs de dezvoltare pun accent pe sistemul de indicatori care caracterizează gradul de sărăcie pentru configurarea politicilor economice de creștere a nivelului de bunăstare al populației. În acest context, îmbătrânirea populației generează două poziții. Prima poziție, de orientare optimistă are la bază concepția conform căreia consecințele procesului de îmbătrânire, spre deosebire de alte riscuri demografice, pot fi anticipate și se pot identifica soluții pentru adaptarea la noua situație. A doua poziție, de natură pesimistă privind efectele negative ale fenomenului de îmbătrânire a populației vizează trei aspecte ale acestui fenomen: destinul societății moderne, efectele resimțite pe piața muncii, și în sistemele de pensii, asigurări de sănătate precum și în sectorul de îngrijiri socio-medicale de lungă durată. Creșterea contingentului de vârstnici, presupune implicit și creșterea nevoii de servicii medicale și sociale concretizate prin costuri suplimentare pentru asigurarea protecției și asistenței acestei categorii de persoane (Klein 1999, Nechita 2008).

Referitor la primul aspect, riscul indus de procesul îmbătrânirii vizează capacitatea de progres a societății, sistemele de valori, considerându-se că scăderea unor calități fizice și

intelectuale ale persoanelor vârstnice se vor regăsi și la nivel societal. Scăderea capacităților persoanelor vârstnice determină consecințe pe piața muncii deoarece nu permite acestora însușirea noilor tehnologii ceea ce poate constitui o frână în progresul economic. Comparativ cu această categorie de persoane, categoria generațiilor tinere prezintă o instruire mai bună, competențe adecvate societății moderne. În sistemele de asigurare a protecției persoanelor vârstnice, scenariile au în vedere în principal asigurarea resurselor financiare destinate acestei categorii de populație dintr-un buget constituit majoritar din sistemul contribuțiilor obligatorii de asigurări sociale și capacitatea de asimilare a numărului crescut de vârstnici de sistemele de protecție.

Speranța de viață sănătoasă și starea de sănătate depind în primul rând de organizarea și finanțarea serviciilor de sănătate și a îngrijirilor pe termen lung. Dacă acestea au o structură funcțională și resurse suficiente, cei doi indicatori mai sus menționați înregistrează procente ridicate. În România, accesul persoanelor vârstnice la serviciile medicale este limitat datorită factorilor care depind atât de sistem cât și de caracteristicile economice, sociodemografice și culturale ale vârstnicilor. Din prima categorie menționăm: “gradul de cuprindere a populației în sistemul de asigurări, acoperirea serviciilor prin pachetul de bază (“coșul de sănătate”), factori financiari (co-plata), factori geografici (distanța), factori organizaționali (orar de funcționare, lista de așteptare), absența/adecvarea informației” (Riscuri și inechități sociale în România, 2009 pag. 134). Caracteristicile personale ale vârstnicilor care reprezintă și factori de risc ai stării de sănătate sunt ilustrați de: vârstă, educație, venit, nevoi medicale, apartenența la un grup discriminat. Factorii de risc social și gradul de dependență a persoanei vârstnice influențează opțiunea persoanei vârstnice spre un anumit program de îngrijire : la domiciliu sau rezidențial. Serviciile comunitare acordate persoanelor vârstnice la domiciliu urmăresc menținerea la domiciliu a persoanelor încadrate într-un grad de dependență. În acest sens serviciile acordate sunt destinate îndeplinirii activităților de bază și a celor instrumentale, prevenirii sau limitării degradării autonomiei funcționale, prezervării stării de sănătate și asigurării unei vieți decente și demne (Ordin nr.246/2006). Spre deosebire de acestea, serviciile comunitare care se acordă persoanelor vârstnice în regim rezidențial se asigură cu titlu de excepție pentru persoanele care îndeplinesc condițiile de acordare a drepturilor prevăzute de Legea nr. 17/2000 și se clasifică în: servicii sociale (menaj; consiliere juridică și administrativă, prevenirea marginalizării sociale și reintegrarea socială în raport cu capacitatea psihoafectivă), servicii sociomedicale (menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, asigurarea unor programe de ergoterapie, sprijin pentru realizarea igienei corporale) și servicii medicale (consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată, servicii de

îngrijire-infirmerie, asigurarea medicamentelor, asigurarea cu dispozitive medicale, consultații și îngrijiri stomatologice.

Acordarea îngrijirilor rezidențiale nu este condiționată de capitalul economic și social al persoanelor vârstnice, acestea beneficiind de asistență și protecție socială în raport cu situația sociomedicală și cu resursele economice de care dispun.

Importanța prezentei teze de doctorat constă în evidențierea caracteristicilor de îngrijire a persoanelor vârstnice și a rolului serviciilor formale de îngrijire sub aspectul satisfacerii nevoilor acestor persoane, în condițiile reducerii resurselor financiare. Aceste servicii, acordate persoanelor vârstnice în două modalități (la domiciliu și în cadru instituțional) se axează pe nevoile de îngrijire identificate ale beneficiarilor și utilizează resursele (economice, sociale și culturale) de care aceștia dispun. Serviciile de îngrijire acordate în cadru instituțional urmăresc oferirea unui condiții corespunzătoare de trai persoanelor vârstnice. Scopul îngrijirilor acordate la domiciliu de către serviciile formale este de a completa îngrijirile acordate de familie, permițând menținerea persoanei vârstnice în mediul obișnuit de viață. Acest demers de cercetare sublinează complementaritatea celor două tipuri de îngrijiri în vederea satisfacerii în mod eficient a gamei nevoilor beneficiarului.

BIBLIOGRAFIE

- Chappell, Neena L, Havens, Betty, Dlitt, Honorary, J. Hollander, Marcus, Miller, Jo Ann and McWilliam, Carol**, *Comparative Costs of Home Care and Residential Care*, *The Gerontologist* Copyright 2004 by The Gerontological Society of America Vol. 44, No. 3, 389–400, Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org at Central University Library of Bucharest on September 23, 2011
- Harman, Denham**. *Aging: Phenomena and Theories* Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org at Central University Library of Bucharest on September 23, 2011
- Fontaine, Roger**, *Psihologia îmbătrânirii, Polirom, Iași, 2008*
- Klein, Liviu**, *Particularități terapeutice în geriatrie*, Editura All, București, 1999
- Mureșan, Cornelia** (coord), *Situația vârstnicilor din România*, Fundația Principesa Margareta, București, 2009
- Nechita, Marius**, *Resurse și nevoi la persoanele de vârstă a treia*, Editura Universității de Nord, Baia Mare, 2008
- Pescaru-Urse, Daniela, Popescu, Raluca** *Politici familiale și de gen în România*, Editura Alpha MDD Buzău, 2009
- Schroots, Johannes J. F.**, *Theoretical Developments in the Psychology of Aging* Copyright 1996 by The Gerontological Society of America *The Gerontologist* Vol. 36, No. 6, 742-748 Downloaded from gerontologist.oxfordjournals.org at Central University Library of Bucharest on September 23, 2011
- Niculescu-Aron, Ileana, Voineagu, Vergil, Mihăescu, Constanța, Căplescu, Raluca**, *Gospodăriile de vârstnici din România: în grija statului sau a familiei?* *Revista Română de Statistică* nr. 12 / 2010
- Hotărârea Guvernului României 23/2010** privind aprobarea standardelor de cost pentru serviciile sociale, publicată în *Monitorul Oficial* nr. 25 din 13 inuarie 2010
- Legea nr 17/2000** privind asistenta sociala a persoanelor vârstnice
- Legea nr.208/1997** privind cantinele de ajutor social, publicată în *monitorul Oficial*, partea I, nr.363 din 17/12/1997
- Legea nr. 215 din 23 aprilie 2001**, *Legea administrației publice locale*, publicată în *Monitorul Oficial* nr. 204 din 23 aprilie 2001
- Legea asistenței sociale nr. 292/20.12.2011**, publicată în *Monitorul Oficial* nr. 905/20.12.2011
- Legea nr. 294 din 21 decembrie 2011**, *Legea bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2012*, publicată în *Monitorul Oficial* nr. 913 din 22 decembrie 2012

Legea nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, publicată în Monitorul Oficial nr. 401 din 20/07/2001

Ordin nr.246 din 27 martie 2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, publicată în Monitorul Oficial nr 344 din 17 aprilie 2006

INS Anuarul Statistic al României 2009

INS Anuarul Statistic al României 2010

INS, Condiții de viață ale populației din România, 2010

INS, Coordonate ale nivelului de trai, 2010

INS, Riscuri și inechități sociale în România, 2010

INS, Numărul de pensionari și pensia medie lunară, 2010

INS, Studiul Generații și gen, 2007