

GERONTOLOGIA SOCIALĂ ȘI DEMOGRAFIA VÂRSTEI A TREIA

VI. Jucovschi, Gh. Ghenciu, M. Balaci, C. Popescu*

În ultimele decenii în domeniul demografic și medico-social s-a impus, cu tot mai multă acuitate, problema creșterii numărului și proporției populației vîrstnice și bătrîne, precum și a consecințelor acestei tendințe.

După sursele statistice ONU¹, în anul 1980 existau pe planeta noastră 370,8 milioane persoane de 60 de ani și peste, față de 233,9 milioane în 1960 și respectiv 202,3 milioane în 1950. Pentru intervalul 1980 — 2025 se estimează că numărul persoanelor din acest grup de populație va continua să crească într-un ritm anual superior celui al populației totale (3,6 % față de 1,4 %) depășind 1 miliard, ceea ce va reprezenta 14 % din totalul populației mondiale.

După aceleași surse statistice, ponderi mult mai crescute ale populației vîrstnice s-au înregistrat în țările dezvoltate din punct de vedere economic comparativ cu cele în curs de dezvoltare; în prima grupă proporția a crescut în perioada 1960 — 1980 de la 12,5 % la 15,2 %; în cea de a doua de la 5,6 % la 6,0 %. În anul 2025 însă, în țările în curs de dezvoltare, ponderea acestei categorii de populație va fi de 11,9%, față de 23,6% în cealaltă grupă de țări.

Se cuvine făcută o precizare. Creșterea numărului absolut al persoanelor vîrstnice este rezultatul creșterii duratei medii de viață, pe baza scăderii continue a mortalității, proces caracteristic la care au contribuit dezvoltarea economică, progresul educației, marile succese ale medicinei și igienei publice și alți factori. Creșterea ponderii populației vîrstnice în populația totală — cunoscută sub denumirea de *îmbătrînire demografică* a populației — este consecința scăderii de lungă durată a natalității și deci a reducerii aportului numeric al generațiilor noi la baza piramidei vîrstelor. Aparent paradoxal, creșterea duratei medii de viață a avut o influență mai mică asupra îmbătrînirii demografice, în schimb a dus — cum am mai spus la creșterea numărului absolut al persoanelor vîrstnice.

Problemele populației vîrstnice au căpătat astfel o pondere tot mai mare, captînd în primul rînd interesul unor grupuri de specialiști, instituții, apoi guvernele tot mai multor state. Asemenea preocupări au depășit granițele statale, problemele fiind investigate de organisme internaționale specializate, antrenînd specialiști din diverse domenii (demoграфи, sociologi, statisticieni, economiști, medici, psihologi, ecologi, arhitecți, juriști, etc.). În cadrul specialităților medicale, gerontologia și geriatria cunosc o dezvoltare importantă.

* Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie

¹ United Nations, *Periodical of Aging* 84, vol. 1, Nr. 1, Edit. Department of International Economic and Social Affairs, New York, 1985, p. 7.

Date fiind amploarea problemei și perspectivele ei, Organizația Națiunilor Unite a proclamat anul 1982 ca „An internațional al Bătrînului” și a organizat în perioada 26 iulie — 6 august 1982, la Viena, „Adunarea Mondială asupra îmbătrînirii”², care a dezbătut în mai multe secțiuni de lucru dimensiunile actuale și tendințele în perspectivă a îmbătrînirii demografice a populației pe glob și diversele implicații pe care le generează. Totodată a fost adoptat „Planul internațional de acțiune asupra îmbătrînirii”³, care conține recomandări, pentru statele membre ONU, referitoare la măsurile de ordin medico-social și economic ce se impun a fi luate în favoarea persoanelor vîrstnice și bătrîne.

Problema vîrstnicilor și bătrînilor nu este numai o problemă economică, medico-socială și politică, ci în primul rînd o problemă umanitară, deoarece angajează în cel mai înalt grad etica individuală și nu publică⁴; ea este totodată o problemă culturală, fiindcă angajează întregul sistem de valori spirituale pe care este clădită cultura unei societăți care, la rîndul ei, oglindește în modul cel mai veridic istoria, tradițiile și aspirațiile unui popor, fizionomia sa spirituală.

Cercetarea și rezolvarea practică a acestor probleme a dus la dezvoltarea gerontologiei sociale. Termenul a fost introdus de sociologul și demograful american Clark Tibbitts⁵ (1954) după care gerontologia socială este un domeniu nou de cercetare și practică, care nu se ocupă direct de aspectele biomedicale ale îmbătrînirii, ci se concentrează mai ales asupra aspectelor economice, psihosociale, sociologice și politice ale acestui proces. Ca atare, obiectivul gerontologiei sociale nu este organizarea individului, ci colectivitățile umane formate din persoane vîrstnice și bătrîne, cu o problemă bine definită.

Școala românească de gerontologie⁶ consideră gerontologia socială ca o diviziune a gerontologiei umane, care studiază particularitățile sociale și consecințele de ordin demografic, economic, medical, psihologic și cultural ale procesului de îmbătrînire, considerat ca o interrelație dintre individual vîrstnic și societate.

Subdiviziunile gerontologiei sociale sînt următoarele: gerodemografia sau demografia vîrstei a treia, geromedicina socială, geroigiena, gerosociologia, geropsihologia socială.

Deși abordează procesul de îmbătrînire sub diferite aspecte relativ independente, aceste domenii constituie structura interdisciplinară a gerontologiei sociale, structură rămasă deschisă ca sistematizare și semnificație⁷. Obiectivele și problematica acestora se pot clasifica însă în două

² Nations Unies, *Rapport de L'Assemblée Mondiale sur la vieillesse*, Vienne, 26 juillet — 6 août 1982, A/CONF. 113/31, New York, 1982.

³ Nations Unies, *Assemblée Mondiale sur le vieillissement*, Vienne, 26 juillet — 6 août 1982, *Plans régionaux d'action sur le vieillissement* (plan international d'action sur le vieillissement point 7 de l'ordre de jour provisoire), A/CONF.113/26.

⁴ E. Pamfil, *Despre senescență*, în revista „Familia” (Oradea), nr. 2/1982.

⁵ C. Tibbitts, *Handbook of Social Gerontology*, The University of Chicago, London, 1960, Third impression, 1965, p. VI.

⁶ *Dispensarizarea populației vîrstnice*, Editat Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie, București, 1974; D. Postelnicu, Al. Chira, V. Săhleanu, *Introducere în gerontologie*, București, Edit. Academiei 1969; R. Duda, *Gerontologie medico-socială*, Edit. Junimea, Iași, 1983.

⁷ Spre deosebire de punctul de vedere al școlii românești de gerontologie socială care acordă aceeași importanță tuturor subdiviziunilor menționate și cooperării cu alte ramuri (arhitectura și sistematizarea locuințelor, cercetarea juridică, etc.) în unele țări gerontologia socială este concepută mai ales ca geroigienă (R.D.G.), în altele se pune accentul în special pe studiile demografice și statistice, pe cele de organizare a asistenței geriatrice (U.R.S.S.).

categorii principale : problematica socială și psiho-socială, pe de o parte, și problematica cu caracter medico-social pe de altă parte.

În celea ce privește demografia virstei a treia ea s-a conturat ca disciplină și direcție de cercetare în cadrul gerontologiei sociale încă de la apariția acesteia și s-a dezvoltat riguros în multe țări ale lumii. Menționăm, în acest sens, cercetările efectuate în Franța, Polonia, Portugalia⁸.

În România principalele aspecte cu caracter demografic ale populației virstnice au început să fie investigate relativ recent, după anul 1957, cînd în cadrul Institutului de Geriatrie din București a fost înființată Secția „Cercetări Gerontologie Socială”, printre primele de acest fel din lume⁹.

Demografia virstei a treia sau gerodemografia studiază natura și dinamica procesului de îmbătrînire demografică a colectivităților umane, în raport cu structura și evoluția proceselor demografice în ansamblu, avînd ca obiectiv orientarea imediată și de perspectivă a politicii sociale și a programelor medico-sociale destinate problemelor populației virstnice.

Această disciplină are în vedere un grup de populație relativ restrîns ca dimensiune și constituit oarecum convențional după virsta de pensionare, care este diferită de la o țară la alta, potrivit legislației muncii. În linii generale aceasta se situează în jurul virstei de 60 de ani.¹⁰

Școala românească de gerontologie este preocupată în special de următoarele subgrupe de virstă : 45—59 ani — presenescență¹¹; 60—74 ani — virstnici; 75—89 ani — bătrîni; 90—99 ani — longevivi; 100 ani și peste — centenari.

În general procesul de îmbătrînire demografică poate fi descris cu următorii indici¹² : a proporția persoanelor de 60 sau 65 de ani și peste în totalul populației; b proporția persoanelor de 60 de ani și peste față de totalul persoanelor de 0—14 ani; c virsta mediană; d proporția persoanelor care au depășit speranța de viață rămasă la 60 de ani. Apărut mai întîi în țările dezvoltate, procesul de îmbătrînire demografică se extinde treptat asupra țărilor în curs de dezvoltare. El este diferențiat însă și în cadrul țărilor dezvoltate economic.

Nivelul inegal de dezvoltare economică și culturală în lume, existența unor țări în curs de dezvoltare și a numeroase țări subdezvoltate în Asia, Africa și America Latină, deosebirile esențiale în structura demografică a populației în aceste din urmă state, în comparație cu țările industrializate, deosebiri determinate de așa-niumita „explozie demografică”, pun

⁸ A. Sauvy, *Les limites de la vie humaine*, Paris, Hachette, 1961; P. Paillat, *Le vieillissement dans la perspective démographique française*, în „Esprit”, Nr. 317; P. Paillat, *Vieillessement de la population*, în „Gérontologie, Biologie et Clinique” (coord. Bourlière François) Paris, Edit. Flammarion Médecine-Sciences, 1982, cap. 28, p. 355—364; E. Rosset, *Demografia îmbătrînirii*, al IX-lea Congres Internațional de Gerontologie, Kiev, 1972; J. M. Nazaret, *O envelhecimento da população Portuguesa*, Lisboa, Editorial Presença, 1979.

⁹ Primul studiu care analizează procesul de îmbătrînire demografică în România a fost publicat în revista „Viitorul Social”, nr. 1, 1972, p. 176—194 (V. Trebici, *Îmbătrînirea demografică a populației României*).

¹⁰ ONU și OMS folosesc în studiile lor ca limită inferioară pentru grupul de populație virstnică, 65 de ani.

¹¹ În legătură cu grupa de populație în virstă de 45—59 ani, M. Dumitru utilizează termenul de „pregeriatrie”, „Romanian Journal of Gerontology and Geriatrics”, Tome 7, Nr. 3, 1986, p. 199—206.

¹² United Nations, *Selected documents from the World Assembly on Aging*, Paris, Republished by International Center of Social Gerontology, 1984.

problema populației vîrstnice într-un context economico-social și politic diferit, în diferite regiuni ale lumii și în diferite țări ¹³.

Îmbătrînirea demografică se instalează într-o anumită fază a tranziției demografice, ca urmare a trecerii natalității și mortalității de la niveluri ridicate, caracteristice perioadei pretranzitionale, la niveluri joase ale perioadei contemporane. Populația României a intrat și ea, de cîteva decenii, în acest proces, cu un anumit decalaj față de țările din Europa occidentală.

Scăderea puternică și continuă a mortalității și, respectiv, creșterea duratei medii de viață au avut ca efect creșterea numărului persoanelor vîrstnice. În schimb, îmbătrînirea demografică a populației — creșterea ponderii populației vîrstnice și scăderea proporției populației tinere — a fost determinată pînă în prezent aproape exclusiv de scăderea natalității, așa cum arată studiile de specialitate ¹⁴.

Față de anul 1930 ponderea vîrstnicilor a crescut de la 7,4% la 14,2% în 1985, iar proporția persoanelor tinere în vîrstă de 0—14 ani s-a redus semnificativ de la 33,5% la 24,6%. Cît privește ponderea grupului de populație de vîrstă adultă (15—59 ani) se constată o ușoară creștere în anii imediat următori celui de-al doilea război mondial de la 59,1% la 62,6%, după care valorile oscilează în jurul lui 60%.

Aceste tendințe vor continua să se manifeste și în viitor, astfel încît în anul 2025, ponderea vîrstnicilor în totalul populației va fi de aproximativ 19% iar cea a tinerilor de 21,6%.

Tabelul 1

Ponderea grupelor mari de vîrstă în populația României,
1930—2025 (în %)

Anii	Populația totală	Populația tinăra (0—14 ani)	Populația adultă (15—59 ani)	Populația vîrstnică (60 de ani și peste)	Raportul de dependență al populației de 60 ani și peste (%)
1930	100,0	33,5	59,1	7,4	13
1956	100,0	27,5	62,6	9,9	16
1966	100,0	26,0	61,7	12,3	20
1977	100,0	25,5	60,6	13,9	23
1985	100,0	24,6	61,2	14,2	23
2000	100,0	23,4	58,9	17,7	30
2025	100,0	21,6	59,6	18,8	32

Sursa: Pentru anii 1930, 1956, 1966 și 1977: Anuarul demografic al RSR, 1974, DCS și CND; precum și Anuarul statistic al RSR 1978; pentru anii 2000 și 2025: United Nations *Population Prospects, Estimations and Projections* as assessed in 1984 („Population Studies”, Nr. 98), New York, 1986.

¹³ VI. Trebici, *The future population of developed regions and the question of aging*, in BERICHTE, Population Growth as a Global Problem, 5-th International Demographic Seminar Part 2, 1986, p. 56—65, Akademie-Verlag, Berlin.

¹⁴ a se vedea: Cap. II, 5, Tranziția structurii pe vîrste a populației, in VI. Trebici și I. Ghinoiu, *Demografie și etnografie*, București, Edit. Științifică și Enciclopedică, 1986, p. 53—74.

Ponderea populației adulte va scădea nesemnificativ, de la 61,2% la 59,6%. Se remarcă creșterea presiunii exercitate de populația vîrstnică asupra celei adulte; de la 13 vîrstnici la 100 adulți, în 1930, la 23, în anul 1985, cu perspectiva de a ajunge la 32, în anul 2025.

Deși ca nivel, România se situează în etapa actuală, în context european printre¹⁵ țările cu indicii de îmbătrînire demografică cei mai scăzuți, caracteristic populației noastre este ritmul de creștere al procesului de îmbătrînire demografică care a fost deosebit de alert, comparativ cu alte state. Trecerea de la o proporție de 8% la 12% s-a realizat în Franța în 80 de ani, în Belgia în 70 de ani, în Suedia în 50 de ani, iar în România în mai puțin de 40 de ani.

Acest aspect este relevat și de evoluția vîrstei mediane, a cărei creștere de 5,4 ani înregistrată în România între 1950 — 1985 a fost devansată doar de Grecia (8,8 ani), Bulgaria (7,6 ani), Iugoslavia (7,3 ani), Finlanda (6,9 ani) și Italia (6,5 ani) (Tabelul 2). În 2025, vîrsta mediană a populației României va crește semnificativ, cu aproximativ încă 7 ani, de la 31,5 ani la 38,4 ani.

Pentru activitatea practică de gerontologie și geriatrie interesează nu atît creșterile procentuale ale populației vîrstnice și bătrîne, cît mai ales creșterea numerică a acestui grup de populație. Numărul vîrstnicilor s-a triplat, ajungînd în 1985 la 3,2 milioane persoane față de 1,05 milioane cît era în anul 1930. Pe subgrupe de vîrstă evoluția este cea din tabelul 3.

Numărul populației de 45 ani și peste a crescut de 2,8 ori în perioada 1930 — 1984, dar creșteri mult mai mari, de 5 ori se constată în cazul persoanelor de 75—89 ani. În perioada menționată populația totală a României a crescut de la 14,3 milioane persoane la 22,6 milioane cu un ritm mediu anual de 0,9%; ritmurile medii anuale de creștere au fost de 1,7% la presenescenti (45—59 ani), de 2,0% la vîrstnici (60—74 ani), de 3,1% la bătrîni (75—89 ani) și de 1,9% la longevivi centenari.

În anul 2000 numărul persoanelor din categoria presenescenti va înregistra o tendință ușoară de scădere iar celelalte categorii vor continua să crească cu ritmuri medii anuale diferite: 2,1% vîrstnicii, 1,1% bătrîni și 5,5% longevivi și centenarii, în timp ce populația totală va înregistra în continuare un ritm mediu anual de creștere mult mai scăzut (de 0,6%).

Creșterea numărului persoanelor de vîrstă presenescentă și senescentă a fost consecința imediată a creșterii duratei medii de viață, indicator de esență socială, de mare importanță în aprecierea calității vieții în general și a stării de sănătate a populației în special. Din acest punct de vedere se constată o creștere remarcabilă a duratei medii de viață în România, de la 42,01 ani în 1930, la aproape 70 de ani, potrivit ultimei tabele de mortalitate întocmită pentru perioada 1982 — 1984. Aceasta înseamnă că dacă în perioada antebelică oamenii ajungeau la vîrste înaintate într-un număr mic, supraviețuind doar cei foarte viguroși, selecția naturală avînd rolul cel mai important, în perioada actuală datorită unor condiții mai bune de muncă și de viață și ca urmare a progreselor medicinei și dezvoltării ramurei ocrotirii sănătății care are în vedere populația din toate zonele țării, tot mai multe persoane ajung să trăiască un număr sporit de ani.

¹⁵ V. Ghețau, *Procesul de îmbătrînire demografică în țările europene*, în „Viitoul Social” nr. 6, 1985.

Tabelul 2

Țările din Europa după vîrsta mediană (în ordine descrescătoare din 1985), în perioada 1950–2025, conform variantelor medii ale estimărilor și proiecțiilor ONU (ediția 1986)

Nr. crt.	ȚARA	1950	1970	1985	2000	2025
1	R.F.G.	34,6	34,3	37,7	41,1	45,9
2	Suedia	34,3	35,4	37,5	40,6	45,1
3	Elveția	33,3	32,0	36,5	41,1	46,8
4	Danemarca	31,8	32,5	35,9	39,6	46,4
5	Italia	29,0	32,7	35,5	38,5	43,0
6	Marea Britanie	34,6	33,7	35,4	37,7	41,1
7	Austria	35,8	33,9	35,3	38,5	43,0
8	Belgia	35,6	34,5	35,1	38,9	42,0
9	Ungaria	29,9	34,1	35,0	38,0	41,1
10	Bulgaria	27,3	33,2	34,9	36,4	38,0
11	Grecia	26,0	33,4	34,8	36,7	39,7
12	Finlanda	27,7	29,6	34,6	39,0	42,9
13	Norvegia	32,7	33,0	34,5	38,1	43,6
14	R.D.G.	37,3	34,3	34,5	37,9	39,8
15	Franța	34,5	32,3	33,6	37,3	41,6
16	Olanda	28,0	28,6	33,0	38,7	46,2
17	Cehoslovacia	30,2	31,8	32,6	34,6	37,8
18	România	26,1	30,9	31,5	32,7	38,4
19	Iugoslavia	24,1	28,6	31,4	35,5	39,7
20	Spania	27,7	30,2	31,2	34,2	38,8
21	Polonia	25,8	28,2	30,9	34,5	38,1
22	Portugalia	26,2	29,9	30,1	33,7	38,4

Tabelul 3

Populația României de 45 de ani și peste pe subgrupe de vîrstă (1930–2000)

Grupa de populație	1930	1956	1984	2000
Presenescenti (45–59 ani)	1 657 521	2 839 526	4 254 329	4 151 184
Vîrstnici (60–74 ani)	818 141	1 447 788	2 380 755	3 299 648
Bătrîni (75–89 ani)	157 086	278 315	792 174	942 920
Longevivi și centenari (90 ani și peste)	7 017	8 612	18 940	44 615
Total populația de 45 ani și peste	2 639 765	4 574 241	7 446 198	8 438 367

Surse: Recensămintele populației din 1930 și 1956, Anuarul Statistic al R.S.R. 1985. Pentru anul 2000 s-au folosit datele din prognoza elaborată de Centrul de Calcul și Statistică Sanitară a Ministerului Sănătății.

Edificator în acest sens este evoluția numărului de supraviețuitori la vîrstele de după 45 de ani, pe care le cercetează gerontologia socială și demografia vîrstei a treia. Comparativ cu anul 1932, în anul 1984 numărul supraviețuitorilor la vîrsta de 45 de ani a crescut de 1,7 ori (cu 36 900 persoane), la 60 de ani de 1,9 ori (cu 38 279), la 75 de ani de 2,6 ori (cu 30 245), la 85 de ani de 2,7 ori (cu 9 876). Analiza numărului de supravie-

tuitori, la diferite vîrste, în perioada 1932 — 1984 relevă ritmuri mai accentuate de creștere la grupele de vîrstă înaintată. Luînd ca bază de comparație începutul acestui secol (anul 1900) diferențierile în evoluția la vîrstele menționate sînt mult mai evidente. Astfel numărul supraviețuitorilor la 45 de ani era în anul 1984, față de anul 1900, de 2,0 ori mai mare, la 60 de ani de 2,6 ori, la 75 de ani de 4,9 ori iar la 85 de ani de 9,0 ori mai mare.

Din analiza datelor cuprinse în tabelele de mortalitate, în special cu privire la numărul de supraviețuitori, se constată că în anul 1984 din 100 de persoane de 45 de ani, 87,5 aveau șansa să atingă vîrsta de 60 de ani, comparativ cu 77,5 în anul 1932, sau 66 în anul 1900.

Datele cuprinse în tabelul 4 ilustrează prin proporțiile de supraviețuitori, șansele pe care le-au avut persoanele de 60 de ani de a atinge vîrstele de 75 și, respectiv 85 de ani, în perioada 1900—1984.

Interesant este indicatorul ce relevă proporția persoanelor care au depășit nivelul duratei medii de viață, în diferite perioade de timp. Astfel, în anul 1899 (raportat la durata medie de viață din anul 1900) proporția era de 29,1 %, în anul 1930 (raportat la durata medie de viață din 1932), proporția era de 21,6 %, în anul 1956 de 7,0 % iar în 1985 de 6,9 % (raportat la durata medie de viață calculată pentru intervalul 1982—1984). Datele relevă foarte pregnant progresele realizate în creșterea speranței de viață la vîrstele tinere și adulte, ceea ce a dus la creșterea numerică și a ponderilor acestor grupuri în favoarea celorlalte.

Dacă se ia în considerare creșterea totală a populației de 45 de ani și peste în anul 2000, asistența medico-socială de specialitate (gerontologie și geriatrie) va trebui să aibă în vedere faptul că acest grup de populație va fi mai numeros cu circa 1 milion de persoane. Desigur această situație impune formularea unor strategii de asistență diferențiată, în raport cu creșterile diferitelor subgrupe de populație cu caracter gerontologic, menționate anterior.

Creșterea populației vîrstnice înseamnă nu numai creșterea necesarului de servicii medicale; ea generează o serie de consecințe economice și sociale.

Tabelul 4

Evoluția numărului de supraviețuitori între vîrstele 60, 75 și 85 de ani

Vîrsta (ani)	Numărul de supraviețuitori în anii :			
	1900	1932	1956	1984
60	100,0	100,0	100,0	100,0
75	33,0	45,2	55,1	61,4
85	5,7	13,8	15,6	19,6

Formularea politicii medico-sociale și planificarea serviciilor trebuie să se bazeze pe informații adecvate asupra vîrstnicilor și a problemelor lor de sănătate și de ordin economic și social.

Folosirea serviciilor medico-sociale variază foarte mult cu vîrsta, chiar și în cadrul grupeii vîrstnicilor. Schimbările datorate vîrstei provoacă modificări în nivelul de morbiditate și în cel de incapacitate.

Îmbătrânirea variază pe regiuni geografice, iar starea de sănătate diferă în funcție de mediul fizic și social, de factorii de climă, de nivelul cultural și educațional al populației.

În domeniul gerontologiei sociale, ca de altfel în domeniul gerontologiei și geriatriei în general, România a acționat pentru o politică medico-socială favorabilă vîrstnicilor, nu de pe principiile carității ci ale justiției sociale, ținînd seama de participarea acestora la producția materială în timpul vieții lor active. În acest scop au fost intensificate cercetările cu caracter demografic și social pe baza cărora să fie fundamentate științific o serie de măsuri pentru populația vîrstnică în concordanță cu dimensiunea procesului de îmbătrânire demografică din țara noastră; dinamica și perspectivele sale viitoare de evoluție, precum și particularitățile acestui proces în raport cu sexul, mediul social și în profil teritorial, potrivit nevoilor diferitelor grupuri de populație presenescentă și senescentă.

Cercetarea științifică românească în domeniul gerontologiei și geriatriei își are originea în activitatea științifică a unor reprezentanți de prestigiu ai școlii medicale românești: savantul Gheorghe Marinescu (1863—1938), fondatorul școlii românești de neurologie și savantul C.I. Parhon (1874—1969), întemeietorul școlii românești de endocrinologie.¹⁶

Bazele gerontologiei moderne în România au fost puse de C.I. Parhon, împreună cu acad. Ana Aslan, care au adus contribuții cu rol de pionierat în biologia și terapeutică proceselor de îmbătrânire.¹⁷

În 1952, pe baza rezultatelor valoroase obținute a fost înființat Institutul de Geriatrie, primul de acest fel din lume, devenit din 1974 Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie (INGG), avînd sarcini de asistență medicală, cercetare științifică și îndrumare metodologică privind problematica vîrstnicilor sub aspect clinic, biologic și social. La simpozionul OMS de la Kiev din 1963, structura institutului nostru a fost recomandată drept model de organizare pentru institute similare din întreaga lume.

Pe baza concluziilor cercetărilor de gerontologie socială, și utilizînd datele furnizate de cercetarea demografică a vîrstei a treia, INGG a oferit informații organelor de decizie, propuneri asupra situației și nevoilor vîrstnicilor din țara noastră. Din anul 1980, apare trimestrial „Romanian Journal of Gerontology and Geriatrics” care publică rezultatele cercetărilor efectuate în INGG asupra problematicii complexe a vîrstnicului și, unde, gerontologia socială și demografia vîrstei a treia sînt prezente cu studii și observații asupra persoanelor vîrstnice din țara noastră.¹⁸

Deși obiectivele practice sînt implicate în toate cercetările de gerontologie socială, latura strict aplicativă a acestora se realizează printr-o activitate deosebită de cercetare metodologică și îndrumare organizatorică.

¹⁶ C. I. Parhon, *Biologia vîrstelor*, București, Edit. Academiei, 1955.

¹⁷ A. Aslan, *La novocaïne, procaine, substance H3, dans la thérapeutique de la vieillesse*, în „Rev. Franc. Géront.”, t. 4: 321—330, 1958. A. Aslan, *Procaine Therapy in Old Age and Other Disorders (Novocaïne — factor H3)*, în: „Gerontologia Clinică”, Nr. 213, 1960.

¹⁸ A se vedea: VI. Jucovschi, Rodica Petolea, *Recherches concernant le vieillissement biologique différencié par rapport à certains facteurs de risque et aux considérations spécifiques de milieu*, „Romanian Journal of Gerontology and Geriatrics”: 1, 1, 1980, p. 143—150; VI. Jucovschi, M. Balaci, C. Popescu, *New tendencies in the evolution of the demographic aging in Romania over the period 1966—1979*, ibidem, 3, 3, 1982, p. 287—296; M. Balaci, Gh. Ghenciu, V. M. Arcan, VI. Jucovschi, *A cybernetic model of the demographic aging causality*, ibidem, 4, 7, 1986, p. 283—293; M. Balaci, Gh. Ghenciu, V. M. Arcan, VI. Jucovschi, *Impact of environment upon the demographic system factors involved in the demographic aging process*, ibidem, 8, 1, 1987, p. 57—58.

în rețeaua sanitară și în instituțiile de ocrotire socială. Activitatea practică de gerontologie socială în țara noastră a fost și este orientată în două direcții principale: ocrotirea sănătății și ocrotirea socială a populației vîrstnice și bătrîne.

În ocrotirea sănătății au fost urmărite ca obiective:

a. organizarea și extinderea unor puncte gerontologice în cadrul unităților sanitare din întreprinderile industriale, în vederea acțiunii de depistare a cazurilor de îmbătrînire prematură și patologică și a bolilor cronice și degenerative în faza lor de debut; aplicarea unor măsuri complexe de gerontoprofilaxie, inclusiv a terapiei cu substanțele eutrofice originale românești Gerovital H3 și Aslavital, în scop profilactic. În acest sens, au fost organizate și funcționează 218 puncte gerontologice în toate județele țării, dintre care 15 pe marile platforme industriale din municipiul București (Uzinele 23 August, Republica, Vulcan, Semănătoarea, Combinatul Poligrafic „Casa Scintei”, I.C.T.B., întreprinderile Electrotehnica, Tinăra Gardă, Suveica și altele), unde echipe multidisciplinare alcătuite din medici, sociologi, psihologi, demografi, economiști urmăresc ritmul de îmbătrînire pe grupuri de populație presenescență în corelație cu un complex de factori de ordin bio-medical și social, cit și în raport cu noxele existente aici, factorul de stress și cel alimentar etc. pentru menținerea capacității de muncă a muncitorului vîrstnic activ, creșterea productivității muncii, care, este cunoscut, scade odată cu vîrsta, reducerea ITM;

b. organizarea asistenței ambulatorii în cadrul cabinetelor de geriatrie din policlinici, în vederea consultațiilor profilactice și a tratamentelor geriatrice. Acest obiectiv s-a concretizat prin înființarea unui număr de 86 cabinete de consultații geriatrice la nivelul unor dispensare policlinici din țară, unde sînt îngrijite persoanele vîrstnice de 60 ani și peste;

c. înființarea de secții de geriatrie în cadrul spitalelor de adulți, pentru asigurarea asistenței medicale specializate (geriatrie) în cazurile de polipatologie și pentru tratamentul bolnavilor de vîrstă foarte înaintată;

d. inițierea și înființarea unor centre sau secții de recuperare geriatrică, în scopul recuperării unor capacități funcționale de mobilitate și autoservire menite să prevină starea de dependență socială.

În activitatea de ocrotire socială menționăm, pe de o parte, necesitatea de a veni în sprijinul bătrînului sănătos, prin recomandarea unor modele de organizare a vieții recreative menite să ajute procesului de adaptare psihosocială (asociații cu caracter cultural, activități lucrative și obștești, activitate turistică și de utilizare eficientă a timpului liber etc.) și, pe de altă parte, necesitatea de a găsi cele mai adecvate forme instituționalizate de asistență socială pentru vîrstnicii și bătrînii cu probleme sociale deosebite (bătrîni singuri, infirmi motorii, bolnavi psihici, cu probleme materiale etc.). Rezolvarea acestor obiective impune în viitor extinderea unor anchete selective care să cuprindă grupuri de vîrstnici reprezentative statistic, în scopul întregirii informațiilor cu date noi asupra cunoașterii nevoilor vîrstnicilor, diferite în funcție de sex, vîrstă, statut matrimonial, mediu social, nivel de instrucție, stare de sănătate, grad de mobilitate etc. În acest sens cercetările întreprinse de colectivul Laboratorului de Sociologie Urbană a Municipiului București capătă un interes sporit.¹⁹

¹⁹ Trăilă Cernescu, Marilena Gănuș, *Aspecte sociologice ale vîrstei a treia*, „Viitorul Social”, nr. 1, 1987, p. 20-27.

Pe linia unei bătrâneți active ²⁰, INGG a desfășurat o susținută activitate de educație sanitară gerontologică și geriatică, în cadrul unor lectorate organizate la nivelul caselor de cultură și a Caselor de Ajutor Reciproc ale Pensionarilor (CARP) din întreaga țară, în întreprinderi industriale și unități din alte sectoare de activitate, care au ca scop pregătirea vîrstnicilor pentru pensionare, folosirea capacității restante de muncă, prelungirea duratei vieții active a vîrstnicului în familie și societate și promovarea longevității.

Cunoscînd problematica și obiectivele gerontologiei sociale, vom admite, în încheiere, că vigoarea biologică a populației vîrstnice a unei țări este deopotrivă rezultatul politicii sanitare și a ocrotirii sănătății tuturor membrilor ei, și totodată rezultatul educației sanitare a cetățenilor ei de toate vîrstele, începînd cu perioada copilăriei.

Dar vigoarea biologică este numai una din componentele stării de sănătate a unei populații; văzută numai din acest unghi, aceasta este concepută unilateral. Abia cealaltă componentă, vigoarea socială, adică acel sumum de condiții sociale necesare asigurării și păstrării sentimentului dezvoltării plene a personalității individului în toate perioadele de vîrstă, dă semnificația integrală conceptului de sănătate a unei populații.

Fără îndoială, sfîrșitul de veac și secolul următor vor aduce noi modificări în structurile demografice pe vîrste ale colectivităților umane și mai ales în zonele subdezvoltate industrial ale lumii, unde există rezerve mari pe linia creșterii duratei medii de viață.

Pe de altă parte, cercetarea științifică biologică și medicală va influența pozitiv longevitatea și durata maximă a vieții. Se apreciază că specia umană este programată genetic să trăiască 120—150 ani, iar cercetări efectuate în SUA ²¹ evidențiază posibilitățile de acțiune în acest sens.

În aceste condiții, problematica populației vîrstnice capătă un caracter tot mai actual, iar gerontologia socială și demografia vîrstei a treia, o nouă perspectivă de dezvoltare.

²⁰ A se vedea în acest sens: M. Dumitru, *Bătrînețe activă*, București, Edit. Medicală 1984; C. Bogdan, „Vîrstă a treia” — o perioadă activă, în „Muncitorul Sanitar”, 26 dec. 1981, „Bătrînul în lumea contemporană”, Masă rotundă, „Viața medicală” nr. 16, 25 august 1973, vol. XX.

²¹ J. Bourgeois-Pichat, recenzie la cartea lui Roy L. Walford, *Maximum Life Span*, New York and London, W. W. Norton and Company, 1983, în „Population and Development Review”, vol. 10, Number 2, June 1984, p. 364—368.