



CONSILIUL NAȚIONAL AL ORGANIZAȚIILOR DE
PENSIONARI ȘI AL PERSOANELOR VÂRSTNICE

Ageism-ul în sistemul de sănătate

Mitrea Șerban-Mihai

Decembrie, 2024

Cuprins

| | |
|--|----|
| Introducere | 2 |
| Capitolul 1: Ce este ageism-ul și cum se manifestă în sistemul instituțional | 4 |
| Capitolul 2: Ageism-ul în cadrul sistemului de sănătate | 10 |
| Capitolul 3: Impactul legislației asupra combaterii ageism-ului din sistemul medical | 20 |
| Capitolul 4: Concluzii și propuneri | 23 |
| Bibliografie | 27 |

Introducere

Discriminarea a reprezentat dintotdeauna o problemă serioasă cu care societatea largă s-a confruntat, afectând îndeosebi categoriile sociale vulnerabile. Persoanele vârstnice, din pricina nivelului scăzut de autonomie funcțională, a diminuării sau chiar a lipsei de capital social, economic, simbolic sau, în unele cazuri, din cauza afecțiunilor neurodegenerative, reprezintă un segment social supus riscului de abuz, discriminare și neglijență din partea societății.

Sistemul medical, prin tipul de organizare socială și prin numărul mare al situațiilor medicale la care sunt expuse persoanele vârstnice, constituie un spațiu fertil pentru nașterea și perpetuarea actelor și atitudinilor ostile manifestate de către angajații instituției. Schimbările demografice majore contribuie și ele la ageism-ul din sistemul medical, numărul uniăților medicale neputând satisface numărul din ce în ce mai mare al pacienților vârstnici.

Perpetuarea elementelor ageiste nu are loc doar la nivel individual, prin manifestarea atitudinilor și comportamentelor ce violează integritatea și demnitatea persoanelor vârstnice, ci și la nivel macro-social, printr-o serie de procese facilitate de politicile și instituțiile sociale, ce fac parte dintr-un proces numit în termeni sociologici ageism structural sau instituțional. Prin urmare, nu doar interacțiunile interumane cotidiene regăsite în cadrul serviciilor de sănătate perturbă viața socială a persoanelor vârstnice, ci și lipsa unor norme legale coercitive care să reglementeze activitățile profesionale ale angajaților instituțiilor. Există, așadar, un fond politic ce dezavantajează relaționarea profesională normală, vitală pentru o categorie socială vulnerabilă.

Exceptând organizarea deficitară a sistemului medical, care tinde să excludă persoanele vârstnice din grila pacienților cu aceleași drepturi la consultații și tratamente, cultura organizațională, respectiv cultura societății românești în ansamblu, contribuie la manifestarea ageismului în cadrul sistemului de sănătate. Valorile individualiste

promovate în detrimentul celor colectiviste, centrate pe solidaritatea intergenerațională și ajutorul reciproc, se reflectă în actele indivizilor, care, în atingerea propriilor scopuri și în absența unor norme legale, ajung să lezeze atât demnitatea persoanelor în vârstă, cât și fizicul și psihicul acestora. Perpetuarea unor astfel de comportamente, lipsite de empatie, nu face altceva decât să înrădăcineze și mai mult aceste norme și valori ce exclud ocrotirea integrității fizice și morale a persoanelor vârstnice.

Studiul de față va cuprinde, atât printr-o abordare macro-socială, cât și printr-o abordare micro-socială, principalele elemente ce se suprapun în interacțiunea dintre cadrele medicale și pacienți, de la factorii politici și regulile rigide prin care funcționează sistemul, până la factorii ce aparțin subculturii medicale și care sunt internalizați în procesul de asumare al status-rolurilor (personalul medical, respectiv pacientul vârstnic).

Din pricina caracterului multidimensional al fenomenului, factorii psihologici, sociali, culturali, demografici și biologici trebuie interconectați și înțeleși în ansamblu, întrucât se întrepătrund, influențând modul de manifestare al ageism-ului în cadrul sistemului.

Limitările studiului țin de faptul că anumite comportamente ageiste, precum ignorarea și neglijarea, rămân, de regulă, ascunse.

Capitolul 1: Ce este ageism-ul și cum se manifestă în sistemul instituțional

Discriminarea și prejudicierea fizică sau morală a persoanelor vârstnice constituie un fenomen distinct în sociologie, implicând o serie de procese socio-culturale și cognitive. Fenomenul a fost pentru prima oară conceptualizat de gerontologul Robert Butler în 1969 sub termenul de ageism, pe care îl descria drept prejudiciul adus de către un grup de vârstă unui alt grup de vârstă.¹ Inițial acesta a comparat efectele produse de ageism cu celelalte forme de discriminare, cum sunt rasismul sau sexismul, analizând intersecția dintre fenomene, urmând să redefinească ageism-ul drept manifestarea atitudinilor, a comportamentelor, practicilor și politicilor instituționale asupra persoanelor vârstnice.

Ulterior, Becca Levy a nuanțat și mai mult modalitatea sub care se manifestă ageism-ul în societate, subliniind caracterul implicit și involuntar al discriminării, cauză a unor conotații simbolice internalizate inconștient ce modifică percepția realității². Prin urmare, societatea tânără și adultă nu dispune de un barometru social care să indice nivelul de lezare al integrității fizice și morale a vârstnicilor, întrucât comportamentul și atitudinile în sine sunt modelate prin imitație după tipare comportamentale cu care aceștia intră în contact frecvent. Mai mult, dacă regulile instituționale după care funcționează un sistem social facilitează sau chiar încurajează discriminarea pe criteriul vârstei, atunci devine foarte greu de distins caracterul deviant al actelor îndreptate împotriva persoanelor vârstnice. De aceea, persoanele avizate din

¹ Robert Butler, 1969 apud. Liat Ayalon & Clemens Tesch-Romer 2018, *Contemporary Perspectives on Ageism*, p. 2. Disponibil la adresa: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>. Accesat la data: 08/10/2024

² B. Levy, 2001 apud. Liat Ayalon & Clemens Tesch-Romer 2018, *Contemporary Perspectives on Ageism*, p. 3. Disponibil la adresa: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>. Accesat la data: 08/10/2024

afara instituției au datoria de a identifica și a semnală neregulile observate în interacțiunea personal-pacient sau în modul de funcționare al sistemului.

Manifestarea ageism-ului cuprinde mai multe **dimenisuni**, fiecare influențând-o pe cealaltă și contribuind la perpetuarea fenomenului în societate. Acestea sunt:

- **ceea ce gândim** (stereotipurile);
- **ceea ce simțim** (prejudecățile);
- **și cum acționăm** (discriminarea)³.

Stereotipurile reprezintă mituri nechestionate sau credințe generalizate asociate cu o anumită categorie socială (în cazul ageism-ului, categoria este definită de vârstă) și sunt răspândite și înrădăcinate în contexte verbale, scrise și vizuale în cadrul societății⁴. În cazul persoanelor vârstnice, implică asumții și generalizări cu privire la felul în care ar trebui să se comporte o astfel de persoană, fără a lua în calcul diferențele individuale și circumstanțele unice⁵, astfel încât societatea și ulterior chiar persoanele vârstnice însele consideră că sunt incapabile să îndeplinească anumite sarcini uzuale (ex. cele care țin de sfera digitală și tehnologică).

Prejudecata reprezintă o reacție emoțională sau un sentiment (pozitiv sau negativ) față de o altă persoană pe baza grupului acesteia de proveniență, fapt ce creează o ierarhizare a grupurilor în societate⁶. În cadrul sistemului de sănătate, aceasta poate fi una dintre cauzele pentru care anumite categorii sociale beneficiază de avantaje, precum întâietatea sau tratamentul preferențial, iar altele, cum este categoria persoanelor vârstnice, nu.

Discriminarea presupune acțiuni, practici sau politici orientate către alte persoane pe baza apartenenței lor reale sau presupuse la un anumit grup social⁷. În

³Global Report on Ageism, World Health Organization, Geneva, 2021, p. 5. Disponibil la adresa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>. Accesat la data: 09/10/2024

⁴ Rylee A. Dionigi, 2015, Stereotypes of Ageing: Their Effects on the Health of Older Adults, p. 1. Disponibil la adresa: <https://doi.org/10.1155/2015/954027>. Accesat la data: 08/10/2024

⁵ Rylee A. Dionigi, loc.cit.

⁶ Global Report on Ageism, op. cit., p. 5.

⁷ World Health Organization, loc. cit.

relație cu ageismul, discriminarea implică comportamente preponderant negative orientate către persoanele vârstnice și care au drept consecințe vătămarea fizică, morală sau emoțională a acestora.

De asemenea, în funcție de **sursa de proveniență**, societatea se poate confrunta cu:

- ageism instituțional;
- ageism interpersonal;
- ageism orientat către sine.

Ageism-ul instituțional se referă la normele sociale, legile, regulile, practicile și politicile unei instituții care constrâng indivizii într-o manieră negativă și injustă, dezavantajându-i într-un mod sistematic pe baza vârstei lor. Din pricina înrădăcinării anumitor practici și a existenței pe termen lung a unui regulament instituțional rigid, adesea, membrii și personalul instituției nu recunosc comportamentele ageiste ce se produc în consecință, considerându-le ca fiind normale. Un exemplu relevant în acest caz îl reprezintă deciziile privind stoparea terapiilor intensive de susținere, precum ventilația, dializa sau anumite operații, decizii ce se bazează pe criteriul vârstei⁸.

Ageism-ul interpersonal se manifestă în interacțiunea dintre doi sau mai mulți indivizi, autorul discriminării fiind distins de ținta ageismului⁹. În cadrul sistemului de sănătate acesta poate lua forma ignorării, a evitării contactului direct cu pacienții vârstnici, a favorizării celorlalte categorii sociale în detrimentul persoanelor vârstnice, a exprimării unui limbaj vulgar sau inadecvat.

Ageism-ul orientat către sine reprezintă acea formă de discriminare pe criterii de vârstă îndreptată spre propria persoană, în urma internalizării stereotipurilor negative prezente la nivelul culturii prin contactul frecvent cu acestea¹⁰. În cazul persoanelor vârstnice cu statutul de pacient în cadrul sistemului de sănătate, acest tip

⁸ World Health Organization, op. cit., p. 6.

⁹ Ibidem, pp. 6-7.

¹⁰ Loc. Cit.

de ageism poate îmbrăca forma minimizării diagnosticului sau a acceptării diferențierilor dintre pacienți.

Cauzele ageismului pot fi identificate atât la nivel micro, cât și la nivelele mezo și macro-social. În continuare, vor fi expuse succint câteva dintre perspectivele sociologice și psiho-sociologice relevante în explicarea și definirea proceselor ce au loc în cadrul fenomenului ageism-ului în general, urmând ca aspectele și caracteristicile particulare ale instituțiilor destinate îngrijirii persoanelor vârstnice să fie explicate detaliat în capitolul următor.

Teoria gestionării fricii (Terror Management Theory) poate explica apariția ageismului prin faptul că societatea caută subconștient aderarea la viziuni despre lume ce neagă mortalitatea. Aflierea la identități și valori asociate simbolic cu imortalitatea conduc la o atitudine de indiferență și nepăsare față de vulnerabilitatea categoriei persoanelor vârstnice¹¹.

Potrivit **teoriei identității sociale**, indivizii, în dorința lor de a exprima identități pozitive și dezirabile, nu reacționează conform propriilor caracteristici personale, ci ca membri ai unor grupuri de referință¹². Din cauza faptului că vârsta poate constitui un criteriu de diferențiere al identificării în cadrul grupurilor, ageism-ul poate lua naștere ca fenomen omogen în cadrul anumitor grupuri sociale, asigurând totodată coeziunea socială. Acest fapt se poate reflecta și în interiorul instituțiilor sau a grupurilor formate printr-o legătură profesională, cum este cea a cadrelor medicale. Această perspectivă implică o corelație între ageism și mimesis (imitație), o tendință socială puternic înrădăcinată în comportamentul uman.

Modelul conținutului stereotipal sugerează o clasificare a grupurilor sociale, inclusiv pe bază de vârstă, potrivit nivelurilor variate de afecțiune și competență¹³.

¹¹ Greenberg et. al. 1986, 1997 apud. Liat Ayalon & Clemens Tesch-Romer 2018, Contemporary Perspectives on Ageism, p. 4. Disponibil la adresa: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8> Accesat la data: 08/10/2024

¹²Liat Ayalon & Clemens Tesch-Romer 2018, op. cit., p. 4.

Teoria Încorporării Stereotipurilor explică formarea ageism-ului în consecința expunerii îndelungate a vârstnicilor la stereotipuri de vârstă negative și internalizarea acestora. Această perspectivă micro-socială ce explică asumarea unor etichete negative aplicate de societate implică teoria etichetării (expusă de Becker în 1989) și conceptul de profeție autocreatoare (expus de sociologul american Robert Merton).

Adela Popa, în studiul *Percepția socială asupra vârstnicilor între obiectivitate și distorsiune*, a identificat 5 faze prin care vârstnicul trece în urma confruntării cu stigmatizarea¹⁴:

1. Vârstnicul este etichetat cu o anumită trăsătură fizică sau psihică negativă;
2. Vârstnicul își asumă rolul sugerat de această trăsătură;
3. Vârstnicul dobândește anumite comportamente și atitudini negative, adecvate noului rol;
4. Vârstnicul pierde treptat comportamentele și atitudinile neconforme cu acest rol;
5. În final, vârstnicul se identifică cu această trăsătură și cu statusul aferent.

Interacțiunile cotidiene dintre indivizi joacă un rol esențial în perpetuarea atitudinilor și comportamentelor ageiste, cu atât mai mult într-un cadru instituțional, definit de o serie de variabile precum reglementările instituționale, cultura (ansamblul normelor și valorilor și a conduitei morale a cadrelor medicale), prezența sau absența unor controale riguroase ori a unei autorități care să exercite o putere coercitivă asupra angajaților instituției.

Este nevoie de o privire în ansamblu asupra fenomenului, întrucât ageism-ul se află la granița mai multor dimensiuni (psihologice, sociale, culturale, demografice, economice și biologice), fiind nevoie de o înțelegere exhaustivă. Câteva dintre aceste

¹³ Liat Ayalon & Clemens Tesch-Romer 2018, Op. Cit., p. 5

¹⁴ Adela Popa, *Percepția socială asupra vârstnicilor între obiectivitate și distorsiune*. Studiu exploratoriu, *Calitatea Vieții*, XII, nr. 1-4, 2000, p. 92-93

dimensiuni și indicatori, relevanți în explicarea manifestării și a perpetuării ageismului în sistemul medical vor fi expuși și analizați în capitolul următor.

Capitolul 2: Ageism-ul în cadrul sistemului de sănătate

Capitolul următor prezintă modul în care formele de ageism menționate anterior se manifestă în cadrul sistemului de sănătate, de la cel instituțional, bazat pe politicile și legile de funcționare, la cel interpersonal (realizat de personalul medical, în conformitate cu propriile credințe și prejudecăți), cel orientat spre sine, în care vârstnicul ajunge să își asume o identitate bazată pe stereotipurile negative pe care le-a internalizat, fiind mai greu de surprins prin analiza de conținut. Cu toate că și ultimul tip de ageism poate fi întâlnit într-o instituție medicală, primele două (instituțional și interpersonal) prevalează. De asemenea, în cadrul aceluiași capitol, vor fi expuse principalele variabile/factori ce influențează ageism-ului în spațiul medical.

Deprecierea și devalorizarea valorilor ce țin de întraajutorarea persoanelor vulnerabile poate fi explicată de **teoria modernizării**. Odată cu dezvoltarea tehnologiilor medicale și, implicit creșterea speranței medii de viață, segmentul social reprezentat de persoanele vârstnice nu mai constituie o excepție și exponentul tendinței biologice și evolutive ce afirmă faptul că „cel mai puternic supraviețuiește”, ci, treptat, acest segment devine din ce în ce mai frecvent asociat cu fragilitatea, incapacitatea și morbiditatea¹⁵, lucru ce poate duce la atitudini negative și depreciative ale integrității fizice și morale din partea personalului instituțiilor medicale. Creșterea numărului de pacienți vârstnici din sistemul medical poate face ca această categorie vulnerabilă să fie percepută drept o „corvoadă” pentru cadrele medicale, facilitând chiar apariția formelor severe de discriminare și violență.

Potrivit statisticilor oferite de OMS¹⁶, 1 din 6 persoane cu vârsta de 60 de ani și peste au experimentat abuzul în cadre sociale comunitare în ultimul an. Rata abuzului orientat către persoanele vârstnice este semnificativ mai mare în instituțiile destinate

¹⁵ Liat Ayalon & Clemens Tesch-Romer 2018, Op. Cit., p. 7

¹⁶ OMS, Abuse of older people, 15 iunie 2024, Disponibil la adresa: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>. Accesat la data: 8/10/2024

îngrijirii de lungă durată (ÎLD) și aziluri, 2 din 3 îngrijitori raportând comiterea abuzului în ultimul an. OMS precizează creșterea incidenței cazurilor de abuz față de persoanele vârstnice odată cu îmbătrânirea populației, fapt explicat probabil prin dificultatea crescută a personalului medical în a face față cazurilor. De asemenea, potrivit datelor dintr-o meta-analiză¹⁷ privind abuzul și neglijarea persoanelor vârstnice expuse de OMS în anul 2018, rezultă că 64,2% dintre membri personalului (aproximativ 2 din 3 persoane) au raportat comiterea unui tip de abuz (psihologic, fizic, financiar, sexual sau neglijență) în cadrul instituțional.

Variabila culturală (stereotipurile) poate interfera cu alte variabile macro-sociale, precum numărul unităților și al cadrelor medicale, influențând, astfel, interacțiunile cu pacientul.

Aceste forme de atentare morală și fizică directă asupra persoanelor vârstnice din instituții pot constitui consecințe ale existenței stereotipurilor de vârstă negative, ale unei culturi ce exclude valorile ce vizează relația cu ceilalți indivizi (empatia și întraajutorarea), ale nivelului de educație și instruire profesională al personalului, dar și consecințe ale unui deficit de unități medicale și ale unei dispunerii disproporționale a acestora pe medii de rezidență. Abuzul instituțional poate constitui un indicator al diferențierilor făcute între categoriile sociale de vârstă, populația tânără fiind mai puțin expusă în fața nedreptăților și a violenței.

Există o legătură între discriminarea din mediul instituțional și stereotipurile menținute prin repetarea unor acțiuni de către indivizii parte din sistem, însă studiile arată faptul că aceasta se produce, mai degrabă, din cauza caracteristicilor mediului¹⁸. Cu toate acestea, stereotipurile negative există în cadrul sistemului medical, fiind

¹⁷ Yongjie Yon et. al., The Prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis, OMS, 2018. Disponibil la adresa: <https://academic.oup.com/eurpub/article/29/1/58/5033581?guestAccessKey=482da8b7-f9f4-4205-811d-0dd9788cddb1&login=false> Accesat la data: 12/11/2024

¹⁸ Dovidio et al. 2010 apud. Liat Ayalon & Clemens Tesch-Romer 2018, op. cit., p. 20

consolidate prin procesul de luare a deciziilor, întărindu-se legătura dintre ageism și stereotipuri. De asemenea, normele sociale și legile menite să stopeze ageismul și chiar și background-ul cultural influențează relația ageism-stereotipuri¹⁹.

În contextul sistemului medical, ageism-ul se poate întrepătrunde cu ableism-ul – ansamblul stereotipurilor, prejudecăților și al discriminării orientate către persoanele cu dizabilități sau a celor percepute astfel²⁰. Întrucât persoanele vârstnice trecute de 85 de ani sunt supuse riscului degradării fizice și a bolilor severe, iar spitalele servesc drept spații instituționale destinate recuperării și al ajutorului medical, ageism-ul și ableism-ul pot deveni două fenomene sociale comune. Acest fapt poate amplifica și mai mult inegalitățile sociale deja existente în sistem.

Din punct de vedere sociologic, pandemia de Covid-19 a constituit un punct critic al sistemului medical în interacțiunea cu persoanele vârstnice, principalul segment de populație vulnerabil în fața virusului. Din pricina suprapopulării și a lipsei infrastructurii necesare, tendința excluziunii sociale a fost accentuată prin faptul că nu toți puteau beneficia de același tip de tratament și același timp de spitalizare. Lipsa accesului la unități de terapie intensivă și la aparatele de ventilație necesare denotă un ageism structural/instituțional sever, iar acordarea accesului pe bază cronologică - o practică medicală neetică, de asemenea cu puternice implicații ageiste²¹.

Starea de sănătate este considerată ca fiind o variabilă relevantă în cadrul fenomenului ageism-ului în general, modificând în mod negativ percepția socială, fapt ce poate fi aplicat și în ceea ce privește modul de îngrijire și comportamentul personalului medical față de pacienții vârstnici²². Din pricina vulnerabilității excesive și a lipsei de autonomie pricinuite de afecțiunile medicale severe, cadrele medicale pot profita de anumite persoane vârstnice suferinde fără a întâmpina opoziție. Bolile neurodegenerative pot amplifica tendința discriminatorie față de persoanele vârstnice,

¹⁹ Liat Ayalon & Clemens Tesch-Romer, loc. cit.

²⁰ World Health Organization, op. cit., p. 10

²¹ World Health Organization, op. cit., p. 24

²² Ibidem, p. 71

putându-se ajunge chiar la abuz sau șantaj în unele cazuri, din pricina vulnerabilității și a diminuării semnificative a autonomiei fizice și psihice.

Una dintre principalele variabile ale exercitării ageism-ului în sistemul medical și de îngrijire a persoanelor vârstnice o constituie **pregătirea profesională**. Studiile relevă faptul că personalul din sfera sănătății mintale nu sunt suficient de bine instruiți pentru a lucra cu persoanele vârstnice, prezentând semnele discriminării²³. **Numărul personalului medical cu studii superioare** poate constitui o variabilă indirectă a ageism-ului (instituțional) din sistemul medical. Această variabilă poate fi determinată de politicile instituției în care operează personalul medical, de legile sistemului sau de deficitul de personal, fiind încadrată la tipul de ageism instituțional.

Potrivit datelor INS²⁴, în anul 2023, în sistemul medical existau în total 72.740 lucrători sanitari cu studii superioare, dintre care 67.330 în mediul urban și numai 5.410 în mediul rural. Disparitatea personalului pe medii de rezidență în ceea ce privește formarea profesională (cu atât mai mult cu cât există și o pregătire în sfera gerontologică) poate reflecta diferențe în acordarea timpului de consultație, procesul diagnosticării și tipul de interacțiune directă cu pacienții vârstnici.

Prin urmare, cu cât există mai puține cadre medicale specializate, cu atât interacțiunea dintre aceștia și pacienții vârstnici este mai dificilă, crescând, astfel, riscul apariției diverselor forme de discriminare pe criterii de vârstă.

De asemenea, **numărul unităților medicale** constituie o variabilă a ageism-ului instituțional, un număr redus putând fi corelat cu o suprapopulare de pacienți, fapt ce poate face interacțiunea dintre personal și pacienții vârstnici mai dificilă.

România dispunea în anul precedent (2023) de un număr total de 546 de spitale, dintre care 493 în mediul urban și numai 53 în mediul rural (Fig. nr. 1). Însăși disproporționalitatea dispunerii unităților medicale constituie o formă de discriminare

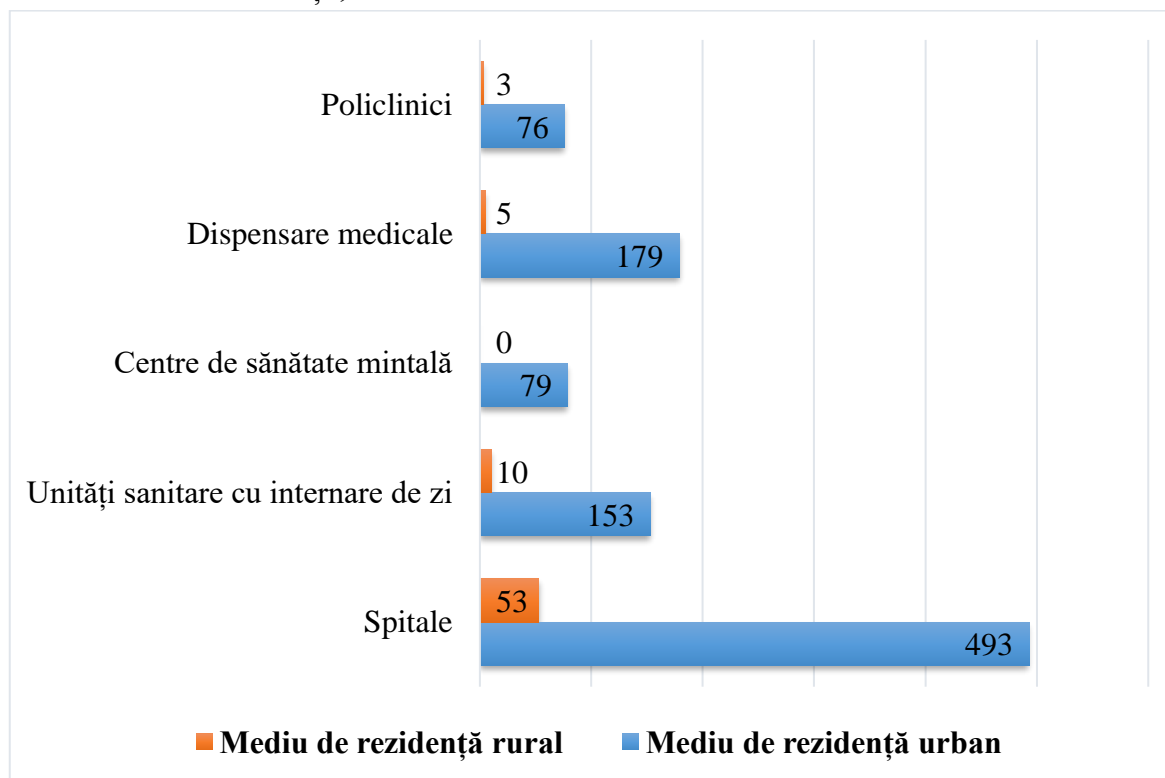
²³ Ibidem, p. 23

²⁴ Andoria Ioniță et. al, Activitatea rețelei sanitare în anul 2023, INS, 2024, p. 35. Disponibil la adresa: <https://insse.ro/cms/ro/content/activitatea-re%C8%9Belei-sanitare-%C8%99i-de-ocrotire-s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C8%9Bii-%C3%AEEn-anul-2023-0>. Accesat la data: 11/11/2024

instituțională (implicită, de altfel) ce se răsfrânge preponderent asupra populației rezidente rurale, care este obligată să străbată drumul până la cea mai apropiată unitate medicală aflată în mediul urban. Această problemă contravine drepturilor cetățenilor vârstnici ai statului, care din pricina afecțiunilor medicale severe, întâmpină dificultăți în ceea ce privește accesul la infrastructura sanitară, neputând beneficia de asistența și tratamentul cuvenit.

Potrivit Fig. nr. 1, mediul de rezidență rural dispune de 53 de spitale, 3 policlinici, 5 dispensare medicale, 10 unități sanitare cu internare de zi și nici un centru destinat bolilor mintale. Cu toate că mediul rural dispune de o populație mai redusă față de cel urban, aceasta este alcătuită preponderent din persoane vârstnice predispuse la boli ce pot necesita un control medical amănunțit.

Fig. Nr. 1. Numărul principalelor unități sanitare după tipul acestora, pe medii de rezidență, în anul 2023



Sursa: Preluare CNOPPV după datele din „Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2023”, INS, 2024, p. 22

Lipsa centrelor de sănătate mintală din mediul rural indică o subevaluare a statului în ceea ce privește sănătatea mintală a persoanelor vârstnice din acest mediu socio-cultural. Motivul pentru care statul neglijează acest aspect, de altfel, extrem de important în condițiile instalării precoce a demenței și a bolilor neurodegenerative din societatea contemporană, poate consta în aprecierea populației vârstnice rurale ca fiind dezinformată, săracă și neavând o cultură a îngrijirii mintale precum cea din mediul urban. Cu toate acestea, neglijarea și lipsa acțiunilor reprezintă discriminare, lucru ce poate avea efecte negative majore pe fondul schimbărilor demografice cu care se confruntă societatea globală actuală.

Distribuția numărului de paturi poate determina, de asemenea, modul și timpul alocat consultațiilor medicale, aspecte aflate într-o strânsă legătură cu ageism-ul interpersonal. În anul 2023 existau în total 136.010 paturi în spitalele din România, dintre care 125.676 în mediul urban, iar numai 10.334 în mediul rural²⁵. Această discrepanță, la fel ca în cazul distribuției unităților medicale pe medii de rezidență, duce la supraaglomerare, persoanele vârstnice fiind nevoite să se deplaseze distanțe lungi pentru a beneficia de suportul medical necesar sau dorit.

Prin urmare, distribuția inegală a unităților medicale pe medii de rezidență, respectiv a paturilor, reflectă ageism-ul structural (instituțional) prin limitarea accesului la serviciile de sănătate. Mai mult, aceasta, la care se poate adăuga deficitul de personal medical cu studii superioare, pot conduce indirect la supraaglomerarea unităților din zona urbană, amplificând efectele discriminării pe criteriul vârstei, prin faptul că revin mai mulți pacienți la un singur medic. Este limitat astfel timpul consultațiilor și calitatea diagnosticării, a aplicării tratamentului și a monitorizării pacienților internați, consecințe ce amplifică ageism-ul interpersonal.

Modul de evaluare al stării de sănătate a persoanelor vârstnice de către personalul medical poate indica, de asemenea, potențialele forme de discriminare interpersonală existente în cadrul instituției. Aprecierea realizată fără instrumente

²⁵ Andoria Ioniță et. al, Op. Cit., p. 28

profesionale standardizate, precum înregistrarea istoricului pacientului sau timpul redus al evaluării reprezintă indicatori ai discriminării.

Autoaprecierea stării de sănătate a persoanelor vârstnice reprezintă un indicator al respectării dreptului la sănătate, o slabă calitate a stării de sănătate putând indica printre altele și lipsa sau un acces scăzut la serviciile medicale.

Consultul la medicul specialist poate fi, de asemenea, relevant în aprecierea manifestării tendințelor ageiste în sistemul medical. Ponderea mai mare a segmentului 65+ care apelează la consultul medical anual indică o interacțiune mai intensă între personal și pacienți, fapt ce poate amplifica tendințele ageiste deja existente, cu atât mai mult cu cât, în anumite zone, accesul la unități medicale este redus sau inexistent.

Discriminarea pe criteriul vârstei poate interfera cu alte forme de discriminare cum sunt rasismul sau etnicismul. La acest capitol, Statele Unite deține ponderea cea mai mare, 32 % dintre respondenți raportând faptul că au simțit diferențieri făcute de sistemul medical pe baza apartenenței la o anumită rasă sau etnie. Țări precum Canada (17%), Elveția (16%) și Olanda (15%) au făcut parte din studiu, înregistrând procente mai mari²⁶. Dintr-un eșantion format din persoane vârstnice din Statele Unite, care s-au simțit discriminate pe criterii rasiale și etnice, 73% au raportat faptul că le-au fost satisfăcute totuși nevoile medicale, în timp ce 27% au raportat neglijarea nevoilor medicale de către sistemul medical²⁷. Având în vedere faptul că sistemul medical deține obligativitatea prin lege de a satisface nevoile pacienților, indiferent de apartenența acestora la un grup sau altul, procentul celor neglijăți este unul semnificativ, indicând o tendință ageistă flagrantă, ce contravine normelor sociale și legale.

²⁶ Commonwealth Fund 2021 International Health Policy Survey of Older Adults, Michelle M. Doty et. al., How Discrimination in Health Care Affects Older Americans, and What Health Systems and Providers Can Do, 2022. Disponibil la adresa: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/apr/how-discrimination-in-health-care-affects-older-americans>. Accesat la data: 14/11/2024

²⁷ Michelle M. Doty et. al., loc. cit.

Rezultatele unui studiu calitativ realizat în sistemul medical din Israel a indicat faptul că medicii și lucrătorii din cadrul sistemului aveau tendința să nu discute starea de sănătate cu persoanele vârstnice, evitându-le și abordând, mai degrabă, membrii mai tineri ai familiei, pentru a lua deciziile cu privire la tratamentul pacienților vârstnici. Interviuurile au indicat câteva motive pentru care furnizorii de servicii medicale abordează situațiile în acel fel²⁸:

1. lipsa auto-conștientizării acestui tipar de comportament;
2. alegerea celei mai simple soluții (“este mai ușor să discuți problemele cu membrii familiei, decât cu pacienții vârstnici”);
3. furnizorii nu se putea raporta la pacient ca la o persoană.

Primul motiv evocat de către furnizori reflectă internalizarea profundă a stereotipurilor negative legate de vârstă și a lipsei de informare sau a pregătirii care să includă etica profesională și lucrul direct cu pacienții vârstnici. După cum menționa și Levy, comportamentele ageiste se manifestă într-o manieră inconștientă în multe cazuri, controlul și informarea reprezentând soluțiile fiabile de stopare a neregulilor din sistem. Cel de-al doilea motiv reflectă o tendință naturală a comportamentului uman, dar care contravine unui comportament deontologic adecvat, prin faptul că ignoră punctul de vedere al pacientului. În condițiile în care starea mintală a pacientului permite relaționarea normală dintre personal și pacient, ignoarea și neglijarea constituie acte ale ageism-ului interpersonal.

Levy și colegii săi au demonstrat relația dintre stereotipurile de vârstă negative orientate către sine și consecințele asupra sănătății²⁹. Spre exemplu aceștia au corelat atitudinile negative cu privire la starea de sănătate sau condiția asociată cu vârsta înaintată (ex. „vârstnicii sunt neajutorați”) cu bolile cardiovasculare și cu un risc crescut de Alzheimer la bătrânețe. Mai mult, studiile longitudinale au demonstrat

ch-Romer, 2018, Op. Cit., p. 198

²⁸ Hausdorff et. al. 199

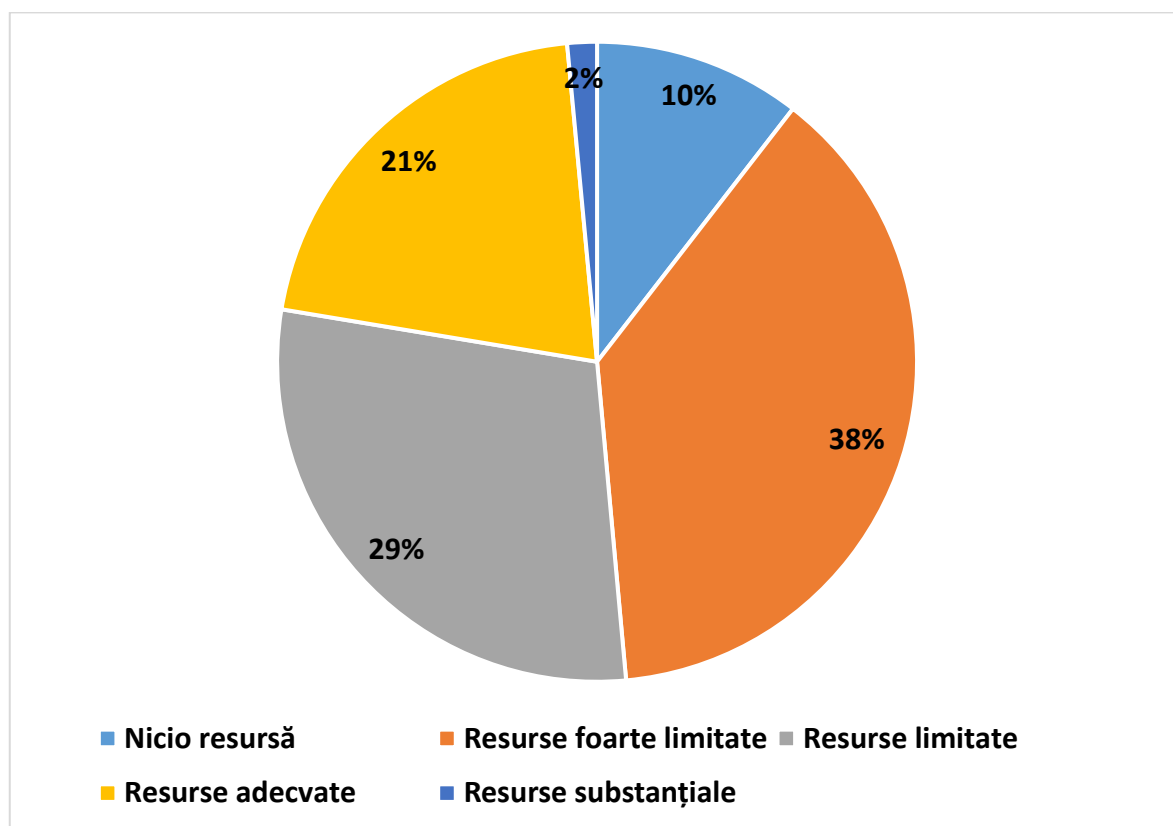
²⁸ Hausdorff et. al. 1999, Levy &

²⁹ Hausdorff et. al. 1999, Levy & Banaji 2002, Op. Cit., p. 200

efectele opuse generate de internalizarea stereotipurilor pozitive, care au fost corelate cu o stare de sănătate bună la bătrânețe. Toate aceste prejudecăți joacă un rol important în interacțiunea personal-pacient, vârstnicii putând refuza să adere la tratamentul prescris de medici (medicamente sau recomandările cu privire la activitatea fizică).³⁰

Cu scopul asigurării unui trai sănătos la bătrânețe în condițiile creșterii speranței medii de viață, OMS în colaborare cu ONU au elaborat proiectul *UN Decade of Healthy Ageing* (“Deceniul Îmbătrânirii Sănătoase”) (2021-2030), proiect ce vizează printre altele și combaterea ageism-ului.

Fig. Nr. 2. Resursele disponibile pentru combaterea ageismului în cadrul *UN Decade of Healthy Ageing*



Sursă: Preluare CNOPPV după datele din *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023*

³⁰ Hausdorff et. al. 1999, Levy & Banaji 2002, Loc. Cit.

Potrivit datelor din de mai sus, în ceea ce privește resursele necesare pentru implementarea proiectului, datele (pentru 137 de state) demonstrează că în sensul eradicării ageism-ului resursele sunt foarte limitate (38, 1%)³¹. Prin urmare, înlăturarea sau diminuarea discriminării persoanelor vârstnice pe criteriul vârstei reprezintă o provocare socială majoră, aceasta existând atât la un nivel interpersonal, cât și la un nivel macro-social (prin modul de configurare instituțională și tipurile de infrastructură).

Prin urmare, în cadrul sistemului de sănătate există o multitudine de factori ce se suprapun și care determină și sporesc manifestarea formelor directe de ageism. Numărul și modul de dispunere inegal al unităților medicale sau pregătirea și informarea, pe fondul schimbărilor demografice actuale, amplifică tendințele ageiste interpersonale încadrate în dimensiunea psiho-socială (internalizarea stereotipurilor).

De asemenea, manifestarea ageism-ului în cadrul instituțiilor medicale poate determina un segment al populației vârstnice, cu precădere pe cei singuri, fără aparținător, să ignore starea precară de sănătate, refuzând să apeleze la serviciile de sănătate publică. Această practică se poate perpetua, având efecte negative majore pe termen lung, modificând valorile culturii cu privire la necesitatea îngrijirii de sine.

³¹ World Health Organization, 2023, Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023, Geneva, p. 58 Disponibil la adresa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240079694>. Accesat la data: 12/11/2024

Capitolul 3: Impactul legislației asupra combaterii ageism-ului din sistemul medical

Cu toate că ageism-ul prezent în rândul personalului este influențat de propriile experiențe și cultură, manifestarea acestuia poate fi îngădită de o serie de factori cu rol coercitiv, precum deciziile normative din cadrul sistemului politic. În această situație, ageism-ul poartă denumirea specifică de ageism instituțional sau structural, fenomen manifestat la un nivel macro-social, ce face abstracție de credințele și prejudecățile personalului medical în parte. Această formă a ageism-ului își are rădăcinile în modul de organizare al sistemului medical de către organele de conducere ale statului, dar și în normele legale instituite la nivelul instituției de către conducere.

Controlul avizat al comportamentelor personalului medical și monitorizarea relației acestora cu pacienții vârstnici reprezintă o soluție fiabilă în sistemul de sănătate, diminuând semnificativ ageism-ul și stabilind la nivelul culturii organizaționale un nou set de norme sociale și valori pro-sociale ce pot fi asimilate de noii profesioniști din domeniu.

Capitolul de față reprezintă o scurtă radiografiere a componentei legislative din cadrul sistemului de sănătate, menite să asigure desfășurarea activităților și îndeplinirea atribuțiilor instituției fără probleme de natură etică, cum este discriminarea pe criterii de vârstă.

Alin. 1 al art. 16 din Constituția României afirmă faptul că „cetățenii sunt egali în fața legii și a autorităților publice, fără privilegii și fără discriminări”. Această afirmație constituie terenul social pentru o bună funcționare a unei instituții destinate îngrijirii indivizilor. Cu toate acestea, simpla existență a unor legi sau articole din Constituția statului român, nu garantează îndeplinirea corespunzătoare a sarcinilor înscrise în cartea de muncă și a unui comportament deontologic. O serie de factori, după cum s-a prezentat în capitolele anterioare, contribuie la manifestarea actelor și a atitudinilor discriminatorii față de persoanele vârstnice în cadrul sistemului medical.

Cel mai clar aspect cu privire la condamnarea comportamentelor discriminatorii pe criteriul vârstei este regăsit în OG 137/2000, care afirmă faptul că „prin discriminare se înțelege orice deosebire, excludere, restricție sau preferință, pe bază de rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenență la o categorie defavorizată, precum și orice alt criteriu care are ca scop sau efect restrângerea, înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale sau a drepturilor recunoscute de lege, în domeniul politic, economic, social și cultural sau în orice alte domenii ale vieții publice”³². Prin urmare, ageism-ul din cadrul sistemului medical constituie o formă de discriminare condamnată de legea din România. Mecanismele coercitive aplicate de aparatul statal reprezintă, totuși, factorul vital în ceea ce privește diminuarea conștientă a discriminării în cadrul unor instituții. În caz contrar, acestea pot funcționa în acord cu vechi cutume ce violează integritatea și demnitatea pacienților vârstnici, fără ca abaterile, considerate de altfel normale, să fie sesizate și sancționate.

Potrivit art.2 al Legii nr. 95/2006, scopul asistenței de sănătate publică îl constituie promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții.³³ De asemenea, conform art. 3 al Legii nr. 95/2006 privind sănătatea publică, protecția sănătății publice constituie o obligație a autorităților administrației publice centrale și locale, precum și a tuturor persoanelor fizice și juridice³⁴.

Legea nr. 95/2006 expune pe larg prevederile legale privind funcționarea normală a sistemului de sănătate și a metodelor de prevenție a neregulilor (inclusiv privind discriminarea pe criterii de vârstă), precum și mijloacele de sancțiune. Supravegherea și controlul sistematic continuu, precum și implementarea unor ghiduri

³² Art. 2, Alin. 1 din OG 137 din 2000 (republicată). Disponibil la adresa: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/24129>. Accesat la data: 29/10/2024

³³ Art. 2, Alin. 2 din Legea 95 din 2006 (republicată). Disponibil la adresa: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>. Accesat la data: 29/10/2024

³⁴ Ibidem.

de practică medicală constituie, prin prisma prezentei legi, măsuri legale necesare în asistența de sănătate publică, măsuri destinate inclusiv combaterii discriminării în rândul persoanelor vârstnice³⁵. Instruirea personalului medical cu privire la ce anume este considerat ageism, precum și asupra comportamentelor deontologice dezirabile într-o instituție medicală ar trebui să reprezinte una dintre măsurile recurente în cadrul sistemului medical, întrucât, din pricina contactului cu un anumit sistem valorico-normativ, profesioniștii din domeniu ar putea considera anumite comportamente ageiste ca fiind normale, fenomen explicat de conceptul de „relativism cultural”.

Codul Muncii oferă, de asemenea, cadrul normativ al desfășurării activităților personalului, reglementând domeniul raporturilor de muncă, modul în care se efectuează controlul aplicării reglementărilor din domeniul raporturilor de muncă, precum și jurisdicția muncii³⁶. Art. 39 stipulează obligativitatea angajaților, inclusiv cei parte dintr-o instituție medicală publică, de a respecta prevederile cuprinse în regulamentul intern, în contractul colectiv de muncă și cel individual³⁷.

Așadar, un cadru legal al organizării și funcționării sistemului de sănătate privind activitatea profesională, respectiv al exercitării controlului avizat asupra modului de desfășurare a acestei activități există în România, însă acesta necesită îmbunătățiri.

Persoanele vârstnice ar trebui să cunoască aceste legi, precum și drepturile de care dispun, pentru ca în lipsa sesizărilor făcute de organele specializate, ele însele să atragă atenția în cazul experiențelor de natură discriminatorie din instituție.

³⁵ Legea 95 din 2006 (republicată). Disponibil la adresa: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>. Accesat la data: 29/10/2024

³⁶ Articolul 1 din Legea 53/2003 (Codul Muncii) (republicat). Disponibil la adresa: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/4162>. Accesat la data: 30/10/2024

³⁷ Articolul 39 din Legea 53/2003 (Codul Muncii) (republicat). Disponibil la adresa: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/41625>. Accesat la data: 30/10/2024

Capitolul 4: Concluzii și propuneri

Ageism-ul constituie un fenomen inerent culturii noastre actuale, care se răsfrânge asupra a numeroase contexte și sisteme sociale, cu precădere, în cele în care există un sistem ierarhic ce implică un raport de autoritate sau din care lipsește principiul recompensării meritocratice.

Sistemul medical public se încadrează foarte bine în această categorie, fiind un sistem în care pacientul (cu atât mai mult cu cât acesta este mai în vârstă) nu contribuie activ la norma de salarizare și la avansarea în grad ori la aplicarea oricărei forme de recompense, personalul medical și asistenții având o poziție fermă de autoritate asupra pacientului. Spre deosebire de alte sisteme sociale (cum sunt cele din sfera privată) în care clientul reprezintă sursa principală de venit, fiind valorizat și tratat în consecință, instituțiile medicale publice nu beneficiază direct de pe urma pacienților. Toate aceste aspecte ale modului de funcționare al sistemului contribuie la perpetuarea ageism-ului, cu atât mai mult cu cât nu există mijloace coercitive și represive reglementate oficial prin care să se asigure în mod practic și sistematic eradicarea formelor de discriminare ce atentează la integritatea fizică și morală a persoanelor vârstnice.

În România, măsurarea ageism-ului întâmpină anumite limitări din pricina dificultății de a surprinde atitudini și practici, în general, ascunse în sistemele instituționale, însă, cu toate acestea, anumite concluzii pot fi enunțate. Acestea pot fi deduse preponderent din datele studiilor calitative și a datelor cu privire la disponerea unităților medicale și a infrastructurii medicale pe medii de rezidență oferite anual de INS.

Din pricina numărului redus și a distribuirii inegale a unităților destinate tratamentelor medicale pe medii de rezidență, persoanele vârstnice din mediul rural suferă o formă de ageism instituțional (politic) mai subversivă, dar cu efecte negative majore asupra modului de tratament din instituții. În afara accesului redus sau chiar inexistent în anumite zone, anumite unități pot ajunge supraaglomerate, fapt ce

influențează indirect gestionarea pacienților vârstnici, care, din cauza vulnerabilității lor, a existenței stereotipurilor negative, a lipsei de instruire profesională specializată pe problematica interacțiunii cu vârstnicii a membrilor personalului, a lipsei unui control oficial sau a culturii, tind să fie tratați diferențial.

Ageism-ul interpersonal din instituții se manifestă, cu precădere, la nivel psihologic, prin prejudicierea inconștientă realizată de către personalul medical, cauza fiind reprezentată atât de nerecunoașterea tiparului de comportament drept unul discriminatoriu, cât și de volumul de muncă ce poate determina medicii să gestioneze greșit interacțiunile.

Cu toate că legea din România prevede combaterea ageism-ului în instituțiile medicale, realitatea reflectă existența acestuia la un nivel considerabil. Soluția fiabilă a combaterii ageism-ului și a respectării normelor legale privind activitatea profesională în sistemul de sănătate o constituie exercitarea controlului și a supravegherii autorizate constante, întrucât cadrele medicale și chiar pacienții vârstnici pot eticheta actele discriminatorii drept acte normale, atât din pricina relativismului cultural, cât și a unui posibil ageism direcționat spre sine ce poate influența pacienții. Legea, împreună cu organele autorităților publice destinate controlului și pedepsei au rolul de a crea, prin mijloace coercitive, un spațiu sigur pentru pacienții vârstnici, care, din pricina vulnerabilității amplificate de problemele medicale, ar trebui să găsească în cadrul instituției suportul moral și profesional necesar.

Cu scopul îmbunătățirii tratamentelor aplicate persoanelor vârstnice din instituțiile medicale și a eradicării tuturor actelor ageiste manifestate conștient sau inconștient de către personal, o serie de măsuri pot fi luate:

1. Expunerea în cadrul unor seminare a potențialelor acte și comportamente ageiste la care sunt expuse persoanele vârstnice în instituțiile medicale și cele destinate îngrijirii de scurtă sau lungă durată, precum și a modalităților de prevenție a acestora;
2. Studiarea fenomenului ageism-ului în sistemul medical și cel de îngrijire folosind instrumente de cercetare multidisciplinare (din sfera sociologiei, antropologiei și a

psihologiei), cu scopul colectării unor date cantitative și calitative care să reflecte, cu justețe, realitatea din interacțiunile personal – pacient vârstnic;

3. Aplicarea unor sondaje de opinie anonime sau a oricăror mijlocuri de feedback (online sau fizic pentru cei fără acces la tehnologie) prin care persoanele vârstnice care au avut contact recent cu mediul instituțional să își poată exprima opinia cu privire la tratamentul acordat de către personalul medical;
4. Revizuirea legilor destinate organizării și desfășurării activităților profesionale, cu accent pe interacțiunea pacient-personal și a normelor de funcționare regăsite în regulamentul intern al instituțiilor, cu scopul recunoașterii și al diminuării comportamentelor ageiste manifestate de personal;
5. Introducerea obligatorie a unor cursuri de formare profesională care să pună accentul pe eradicarea stereotipurilor negative și pe interacțiunea specifică cu persoanele vârstnice, acestea constituind un segment social aparte, din cauza vulnerabilității de care dispun;
6. Evaluarea constantă a competențelor profesionale, atât din partea unor organe specializate, cât și a pacienților;
7. Crearea unor campanii de conștientizare, care să aducă în lumină potențialele probleme cu caracter discriminatoriu cu care se confruntă pacienții vârstnici, astfel încât oricine să poată sesiza organele avizate în cazul în care au fost martori la discriminare;
8. Asigurarea accesului egal la serviciile medicale prin crearea unei infrastructuri conforme cu standardele socio-demografice actuale (suplimentarea numărului de paturi și aparatură medicală) care reflectă îmbătrânirea populației, dar și prin creșterea numărului de unități medicale din zonele defavorizate (ex. zonele rurale);
9. Introducerea în cadrul programei de studii a medicilor a informațiilor cu privire la gestionarea deontologică a relației personal-pacient, respectiv expunerea potențialelor acte ageiste și a consecințelor medicale ale acestora (degradarea sănătății fizice și psihice);

10. Crearea unor programe de lucru interdisciplinare în care medicii să colaboreze cu asistenți sociali, psihologi și sociologi, pentru a îmbunătăți relația cu pacienții vârstnici.

Ageism-ul contribuie la degradarea graduală a integrității fizice și morale a persoanelor vârstnice, constituind, de multe ori, o problemă socială camuflată, ce acționează lent, dar care, cu trecerea timpului, își pune amprenta asupra stării de sănătate a persoanelor vârstnice. Mediul social expus de sistemul de sănătate, prin raportul de putere inegal dintre personal și pacient, la care se pot adăuga o multitudine de alți factori sociali, culturali, psihologici și biologici, reprezintă o sursă puternică a discriminării pe criterii de vârstă, cu atât mai mult cu cât persoanele vârstnice depind de acest tip de instituție mai mult decât celelalte categorii sociale.

Din păcate, atenția acordată fenomenului este extrem de scăzută, neexistând suficiente date privind interacțiunile dintre pacienții vârstnici și personal, neregulile și comportamentele neetice fiind camuflate sub o atitudine de ignoranță (uneori și din partea pacienților, obișnuiți cu această tip de configurare socio-culturală).

Societatea ar trebui să devină conștientă de efectul acțiunilor sale, atât la nivel macro-social, cât și la nivel individual, asupra unei categorii sociale vulnerabile. Acest lucru nu se poate îndeplini decât prin expunerea fenomenului în toată complexitatea sa, precum și prin reconfigurarea tipului de interacțiune dintre personal și pacient, astfel încât să se reducă semnificativ ageism-ul în instituțiile medicale, instituții menite să asigure îngrijirea pacienților fără niciun fel de diferențiere.

Bibliografie

- Adela Popa, 2000, Percepția socială asupra vârstnicilor între obiectivitate și distorsiune. Studiu exploratoriu, CALITATEA VIETII, XII, nr. 1-4, pp. 91-100. Disponibil la adresa:
- Andoria Ioniță et. al., 2024, Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2023, INS. Disponibil la adresa: <https://insse.ro/cms/ro/content/activitatea-re%C8%9Belei-sanitare-%C8%99i-de-ocrotire-s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C8%9Bii-%C3%AEn-anul-2023-0>. Accesat la data: 11/11/2024
- Global Report on Ageism, OMS, Geneva, 2021, p. 5. Disponibil la adresa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>. Accesat la data: 09/10/2024
<https://www.revistacalitateavietii.ro/journal/article/view/1051/883>. Accesat la data: 08/10/2024
- Legea 53/2003 (Codul Muncii) (republicat). Disponibil la adresa: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/41625>. Accesat la data: 30/10/2024
- Legea 95 din 2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României (republicată) Disponibil la adresa: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>. Accesat la data: 29/10/2024
- Liat Ayalon & Clemens Tesch-Romer, 2018, Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Ageing, Volume 19, Switzerland. Disponibil la adresa: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>. Accesat la data: 08/10/2024
- Michelle M. Doty et. al., How Discrimination in Health Care Affects Older Americans, and What Health Systems and Providers Can Do, 2022. Disponibil la adresa: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/apr/how-discrimination-in-health-care-affects-older-americans>. Accesat la data: 14/11/2024

- OG 137 din 2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, publicată în Monitorul Oficial al României (republicată). Disponibil la adresa: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/24129>. Accesat la data: 29/10/2024
- Rylee A. Dionigi, 2015, Stereotypes of Ageing: Their Effects on the Health of Older Adults, Journal of Geriatrics. Disponibil la adresa: <https://doi.org/10.1155/2015/954027>. Accesat la: 08/10/2024
- World Health Organization (OMS), Abuse of older people, 15 iunie 2024, Disponibil la adresa: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>. Accesat la data: 8/10/2024
- World Health Organization, 2023, Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023, Geneva. Disponibil la adresa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240079694>. Accesat la data: 12/11/2024
- Yongjie Yon et. al., The Prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis, OMS, 2018. Disponibil la adresa: <https://academic.oup.com/eurpub/article/29/1/58/5033581?guestAccessKey=482da8b7-f9f4-4205-811d-0dd9788cddb1&login=false> Accesat la data: 12/11/2024