COST CA21122

PROGRAMMING

PROmoting GeRiAtric Medicine in countries where it is still eMergING

Mjekësia Geriatrike ka Rëndësi

Vlera e Shtuar për Sistemet e Kujdesit Shëndetësor dhe Politikëbërësit

Sfidat aktuale demografike që lidhen me moshimin e popullsisë po ushtrojnë një presion të paprecedentë mbi sistemet e kujdesit shëndetësor, për sa i përket ngarkesës mbi fuqinë punëtore, ndikimit social dhe qëndrueshmërisë financiare.

Mjekësia Geriatrike [1] është një fushë e mjekësisë [2] që merret me gjendjen fizike, mendore, funksionale dhe sociale në kujdesin akut, kronik, rehabilitues, parandalues dhe në fund të jetës tek pacientët e moshuar. Ajo ka në fokus individët me sindromën e brishtësisë geriatrike dhe multimorbiditet, nevojat e të cilëve shkojnë përtej paradigmave tradicionale të kujdesit të bazuara në organe të veçanta dhe kërkojnë menaxhim multidisiplinar dhe holistik, që synon ruajtjen e funksionit, autonomisë dhe cilësisë së jetës.

Përtej faktit se është një specialitet mjekësor, geriatria përfaqëson gjithashtu një **qasje klinike** të përshtatur për të moshuarit, e cila përfshin aspekte të kujdesit shëndetësor të harmonizuara me specifikat e moshës. Kjo qasje mund të shihet si një aftësi kyçe shtesë për ofruesit e shërbimeve shëndetësore, duke ofruar një kornizë unike, të bazuar në kompetenca, për menaxhimin e sindromës së brishtësisë geriatrike, multimorbiditetit, dëmtimit konjitiv, polifarmacisë dhe rënies së funksionalitetit – gjendje shëndetësore që, në shoqëritë me popullsi në plakje, zënë një peshë gjithnjë e më të madhe në **shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore** dhe në **shpenzimet** për kujdesin shëndetësor.

Integrimi i konsoliduar i Mjekësisë Geriatrike në sistemet e kujdesit shëndetësor përbën një **zgjidhje** me **kosto-efektivitet të lartë** [3], në nivel sistemi, për t'iu përgjigjur plakjes së popullsisë që përmirëson rezultatet funksionale [3], redukton ngarkesën spitalore [4] dhe forcon **qëndrueshmërinë e sistemit shëndetësor** [5].

Mjekësia Geriatrike nuk është një specialitet opsional, por **komponenti thelbësor i sistemeve shëndetësore**, i domosdoshëm për ofrimin e një kujdesi efektiv, të përqëndruar te personi dhe të qëndrueshëm në shoqëritë moderne europiane. Ajo mund të udhëheqë **transformimin** drejt një kujdesi shëndetësor më të përshtatur me nevojat e të moshuarve. Asnjë qytetar europian nuk duhet të privohet nga qasja e barabartë në kujdes shëndetësor cilësor.

Mesazhet kyç

- Sistemet e kujdesit shëndetësor përballen me sfidat që burojnë nga nevojat specifike të një popullsie në plakje, gjithnjë e më të madhe dhe heterogjene.
- Mjekësia Geriatrike është thelbësore për qëndrueshmërinë e sistemeve shëndetësore, veçanërisht në shoqëritë ku përqindja e të moshuarve është në rritje, duke reduktuar përdorimin e kushtueshëm të kujdesit shëndetësor, të shërbimeve spitalore dhe institucionalizimin.
- Mjekësia Geriatrike përmirëson gjithashtu rezultatet që kanë rëndësi për të moshuarit dhe për shoqërinë: përkatësisht aftësinë funksionale dhe cilësinë e jetës.
- Politikat që promovojnë edukimin dhe formimin e fuqisë punëtore shëndetësore, krijimin e strukturave dhe shërbimeve të përshtatshme geriatrike, si dhe integrimin e kujdesit, kanë potencialin për të përmirësuar kujdesin ndaj të moshuarve.
- Investimi sot parandalon mbingarkesën e sistemit në të ardhmen.



*Ky botim bazohet në punën e kryer në kuadër të Aksionit COST PROGRAMMING 21122, i mbështetur nga COST (Bashkëpunimi Europian në Shkencë dhe Teknologji). COST është një agjenci financuese për rrjetet e kërkimit shkencor dhe inovacionit. Aksionet tona ndihmojnë në lidhjen e iniciativave kërkimore në të gjithë Europën dhe u mundësojnë shkencëtarëve t'i zhvillojnë idetë e tyre duke i ndarë ato me kolegët. Kjo nxit kërkimin, karrierën dhe inovacionin e tyre. Ky dokument është një mjet i krijuar për të angazhuar politikëbërësit dhe menaxherët e kujdesit shëndetësor në integrimin e parimeve të Mjekësisë Geriatrike në sistemet që ata drejtojnë, duke theksuar përfitimet sistematike dhe ekonomike. Ai është hartuar përmes një procesi shumëfazësh të bashkë-krijimit dhe rishikimit nga studiuesit e përfshirë. Përmbajtja është strukturuar rreth tri pyetjeve kryesore: **Pse** Mjekësia Geriatrike është e rëndësishme për menaxherët e kujdesit shëndetësor dhe politikëbërësit, **Çfarë** ndryshimesh nevojiten në politika dhe **Si** mund të zbatohen ato.*

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

COST CA21122

PROGRAMMING

PROmoting GeRiAtric Medicine in countries where it is still eMergING

I. Pse Mjekësia Geriatrike ka rëndësi

MOSPËRPUTHJE SISTEMIKE | Sistemet aktuale, të konceptuara kryesisht për trajtimin e sëmundjeve të organeve të veçanta dhe jo sipas një qasjeje holistike, duhet të evoluojnë për t'iu përgjigjur nevojave të të moshuarve me nevoja komplekse të përgjithshme shëndetësore, siç u evidentua në mënyrë të qartë gjatë pandemisë COVID-19.

PËRMIRËSIMI I CILËSISË SË KUJDESIT DHE VLERËSIMI SHOQËROR | Kujdesi i fragmentuar dhe i koordinuar në mënyrë të pamjaftueshme rrit kostot, joefikasitetin, pabarazitë dhe pakënaqësinë e përdoruesve të shërbimeve shëndetësore. Qasja holistike e Mjekësisë Geriatrike mundëson ofrimin e kujdesit të integruar [6] dhe përmirëson rezultatet me rëndësi për pacientin [7], si cilësia e jetës dhe jetëgjatësia pa aftësi të kufizuar [8], duke rritur kënaqësinë me shërbimet te grupi që përbën pjesën më të madhe të përdoruesve të kujdesit shëndetësor [3].

EFIKASITETI FINANCIAR | Mjekësia Geriatrike, si qasje klinike, përbën një investim me kthim të lartë, që mundëson kursimin e kostove duke parandaluar trajektoret jo të shëndetshme të plakjes në fazat e mëvonshme të jetës [5], duke reduktuar polifarmacinë e papërshtatshme, duke reduktuar vizitat ambulatore [8] dhe vizitat në shërbimet e urgjencës [9], duke shkurtuar kohëzgjatjen e qëndrimit në spital me 4,1 ditë [10], duke mundësuar një kursim mesatar prej 620 € për çdo shtrim për frakturë nga brishtësia dhe deri në 1,320 € për pacient në kujdesin perioperator [11,12], duke reduktuar deri në 51% ripranimet në spital [13], duke parandaluar komplikacionet me kosto të lartë, si rënia funksionale [13,14], reduktimin me 22% të pranimeve në institucionet e kujdesit afatgjatë [15], si dhe reduktimin e paaftësisë funksionale në fund të jetës [16].

RRITJA E PRODUKTIVITETIT | Sistemet e harmonizuara me Mjekësinë Geriatrike zgjasin periudhën e jetesës së pavarur dhe mbështesin një jetë aktive për një kohë më të gjatë, duke reduktuar njëkohësisht shpenzimet për kujdesin afatgjatë, si dhe barrën e konsiderueshme sociale dhe financiare të kujdesit informal [17], e cila mund të ulë të ardhurat familjare deri në 45%.

PËRAFRIMI I POLITIKAVE DHE LLOGARIDHËNIA NDËRKOMBËTARE | Zbatimi i politikave që synojnë kujdesin shëndetësor për të moshuarit përafron planet kombëtare të shëndetësisë me standardet ndërkombëtare, si Dekada e Kombeve të Bashkuara për Moshimin e Shëndetshëm dhe prioritetet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH). [18]

Kujdes më i mirë, kosto më të ulëta.

Sistemet shëndetësore kanë nevojë për ekspertizë geriatrike për të funksionuar në mënyrë efektive.

II. Cilat ndryshime të politikave nevojiten për të arritur një ndikim domethënës



Moshimi i Shëndetshëm si prioritet i politikave

Kalimi nga një model i përqëndruar te sëmundja drejt një modeli që i jep përparësi aftësisë funksionale dhe jetesës së pavarur në moshë të avancuar, si dhe promovon politika parandaluese të shëndetit publik për jetëgjatësi të shëndetshme. [3]



Integrimi i sistemit

Garantimi i aksesit të të moshuarve në kujdes shëndetësor cilësor, të integruar dhe të vazhdueshëm [19,20] në të gjithë spektrin e shërbimeve shëndetësore, në përputhje me kornizën ICOPE (Integrated Care for Older People – Kujdesi i Integruar për të Moshuarit) të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH). [6]



Përmirësimi i fuqisë punëtore

Adresimi i sfidave të fuqisë punëtore përmes trajnimit të profesionistëve të kujdesit shëndetësor jo të specializuar me aftësitë bazë të kujdesit për të moshuarit, zhvillimit të një mase kritike profesionistësh të specializuar dhe krijimit të kornizave që nxisin punën ekipore ndërprofesionale dhe kombinimin e aftësive profesionale. [21]

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

III. "Si": Aspektet e zbatimit

Në varësi të gjendjes fillestare të secilit sistem dhe prioriteteve strategjike të përcaktuara në nivel lokal, duhet të përzgjidhen dhe të përshtaten masa të ndryshme për zbatimin e tyre. [22]

1. ZBATIMI DHE QEVERISJA TË PËRSHTATURA ME KONTEKSTIN

- Kryerja e **analizave të mangësive specifike për secilin vend**, për të evidentuar burimet ekzistuese, identifikuar nevojat dhe përcaktuar fushat prioritare që do të orientojnë investimet.
- Zhvillimi i **Kornizave Kombëtare**, të përshtatura me kontekstin lokal dhe të harmonizuara me standardet evropiane dhe ndërkombëtare [18], për adresimin e sfidave shumëdimensionale të moshimit dhe çështjeve shëndetësore e sociale që lidhen me të.
- Promovimi i **bashkëkrijimit me palët e interesit** (profesionistët e kujdesit shëndetësor, politikëbërësit, akademia, shoqëria civile) dhe mbështetja e **kërkimit shkencor mbi zbatimin**, për të mundësuar shtrirjen në shkallë më të gjerë dhe për të siguruar qëndrueshmërinë.
- Krijimi i një kuadri për ofrimin e **ekspertizës së pavarur shkencore** për politikëbërësit, në mbështetje të vendimmarrjes së bazuar në evidencë.
- Zbatimi i **vlerësimit krahasues në nivel kombëtar, sistemeve të auditimit dhe mekanizmave të akreditimit**, të mbështetura në të dhëna nga praktika reale, për të monitoruar cilësinë, kosto-efektivitetin dhe performancën e sistemit, si dhe për të **zgjeruar zbatimin e praktikave efektive në shkallë më të gjerë**.

2. REFORMIMI DHE FORCIMI I SISTEMEVE SHËNDETËSORE DHE OFRIMIT TË SHËRBIMEVE

- Përcaktimi **i standardeve minimale dhe kritereve të cilësisë** për shërbimet geriatrike, përfshirë kërkesat për personelin shëndetësor.
- Zhvillimi i **qendrave të ekselencës në Mjekësinë Geriatrike**, me role në koordinimin rajonal, formimin, kërkimin shkencor dhe inovacionin, të ndërlidhura me shërbimet komunitare.
- Vendosja e **ekipeve të lëvizshme multidisiplinare geriatrike** në spitale dhe në kujdesin komunitar, për të përmirësuar aksesin dhe vazhdimësinë e kujdesit.
- Mbështetja e **kujdesit parësor** dhe mundësimi i vlerësimit të gjendjes së përgjithshme shëndetësore dhe aftësisë funksionale të të moshuarve [6], si dhe identifikimi i hershëm dhe menaxhimi i sëmundjeve të zakonshme të lidhura me moshën.
- Shfrytëzimi i **mjeteve digjitale dhe teknologjive inovative** (telemjekësia, të dhënat elektronike shëndetësore, inteligjenca artificiale – IA) për të **përmirësuar burimet, integrimin dhe zgjeruar aksesin**, si dhe promovimi i geroteknologjisë dhe zgjidhjeve të shëndetit digjital për të mbështetur **jetesën e pavarur** dhe monitorimin. [3]
- Reformimi i **modeleve financiare që nxisin zbatimin e protokolleve dhe procedurave dhe që shpërblejnë rezultatet funksionale dhe parandalimin** (p.sh., pagesa sipas performancës, nomenklatura e përshtatur, instrumentet e matjes së rezultateve të raportuara nga pacientët - PROM, dhe të matjes së përvojës së raportuar nga pacientët - PREM). [23]

3. NGRITJA E KAPACITETEVE PËRMES EDUKIMIT DHE TRAJNIMIT

- Të njihet **Mjekësia Geriatrike si specialitet ose nënspecialitet** në të gjitha vendet dhe të forcohet **roli i mjekëve geriatër** [2] si një burim me vlerë të shumëanshme për sistemin e kujdesit shëndetësor, në aspektin klinik, edukativ, kërkimor dhe këshillimor për politikat shëndetësore.
- Të krijohen bazat për funksionimin e punës në grup multidisiplinare përmes:

  a) krijimit të **një numri të mjaftueshëm profesionistësh shëndetësorë të trajnuar**, nëpërmjet investimeve të synuara, duke përfshirë formimin profesional, modelet **"trajnimi i trajnerëve"** dhe programet ndërkombëtare të binjakëzimit;

  b) përcaktimit të **kompetencave bazë të detyrueshme** dhe lehtësimit të **zhvillimit të vazhdueshëm profesional në kujdesin për të moshuarit**, për të gjithë profesionistët e shëndetësisë;

  c) integrimit të njohurive bazë të Geriatrisë në **edukimin universitar** të të gjithë profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe krijimit të mundësive për **edukim pasuniversitar.**

- Të forcohet roli dhe të shfrytëzohen rezultatet e punës së **universiteteve, shoqatave shkencore dhe rrjeteve europiane** (si Aksioni COST 21122 PROGRAMMING) në edukim, kërkim shkencor dhe përhapjen e njohurive. Të shfrytëzohet **ekspertiza kombëtare dhe ndërkombëtare**, përfshirë grupet këshillimore dhe rrjetet shkencore, për të mbështetur planifikimin strategjik dhe zbatimin.

4. NDËRGJEGJËSIMI I PUBLIKUT DHE ANGAZHIMI SHOQËROR

- Të zbatohen **fushata kombëtare për moshimin / plakjen e shëndetshme**, me qëllim rritjen e ndërgjegjësimit, fuqizimin e të moshuarve dhe luftimin e diskriminimit për shkak të plakjes. [24]
- Të përmirësohet qasja në **informacion të besueshëm shëndetësor**, duke përfshirë nisma për rritjen e kulturës shëndetësore dhe digjitale (p.sh., seminare, linja telefonike informuese dhe qendra komunitare informacioni).
- Të angazhohen qytetarët dhe kujdestarët si **partnerë aktivë** në hartimin dhe ofrimin e kujdesit, si dhe në vlerësimin e cilësisë së tij.

Përfundimet Kryesore

Zbatimi efektiv i Mjekësisë Geriatrike kërkon **veprim të koordinuar** në fushat e politikave, financimit, fuqisë punëtore dhe ofrimit të shërbimeve, **të përshtatur** me kontekstet kombëtare dhe të orientuar drejt përmirësimeve të matshme të rezultateve funksionale dhe cilësisë së jetës së të moshuarve.

Pa integrimin strukturor të parimeve të Mjekësisë Geriatrike, sistemet e kujdesit shëndetësor **rrezikojnë** të bëhen gjithnjë e më joefikase, të fragmentuara dhe ekonomikisht të paqëndrueshme nën presionin e plakjes demografike.

Investimi në Mjekësinë Geriatrike, për rrjedhojë, nuk duhet të konsiderohet si një shpenzim shtesë për kujdesin shëndetësor, por si një investim strategjik për shoqërinë në qëndrueshmëri, funksionalitet dhe dinjitet përgjatë gjithë ciklit të jetës.

Deklaratë transparence: *IA gjeneruese u përdor vetëm për të ndihmuar me rishikimin editorial të një doreshkrimi fillestar të shkruar nga njeriu, duke përfshirë përmirësimin e gjuhës, shkurtimin e tekstit dhe sintetizimin e ideve komplekse në formulime koncize. IA gjithashtu ndihmoi në identifikimin e literaturës potencialisht relevante, por të gjitha referencat u verifikuan në mënyrë të pavarur, u vlerësuan në mënyrë kritike dhe u përzgjodhën nga autorët. Baza e evidencave, rekomandimet e politikave, interpretimi dhe përmbajtja përfundimtare u zhvilluan, u shqyrtuan në mënyrë kritike dhe u miratuan nga autorët, të cilët mbajnë përgjegjësi të plotë për dokumentin. Gjatë përgatitjes së këtij përkthimi nuk janë përdorur mjete të mbështetura nga inteligjenca artificiale. Versioni përfundimtar i përkthyer është shqyrtuar dhe miratuar nga ekipi kombëtar i përkthimit.*

MË SHUMË BURIME (i disponueshëm në www.cost-programming.eu/) :

1. Dokumente informimi nga PROGRAMMING CA21122: Mjekësia Geriatrike ka Rëndësi: Vlera e shtuar për Edukatorët e Kujdesit Shëndetësor dhe Hartuesit e Kurrikulave, Profesionistët e Kujdesit Shëndetësor, të Moshuarit dhe Shoqërinë civile.
2. Publikimet e Aksionit COST 21122
3. Video 90'' Çfarë është Aksioni COST PROGRAMMING 21122
4. Video e shkurtër shpjeguese për Mjekësinë Geriatrike
5. Fjalorth i termave bazë geriatrike

PROGRAMMING COST ACTION 21122

SHOQËRIA CIVILE | EDUKATORËT | PROFESIONISTËT

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

REFERENCA:

1. https://uemsgeriatricmedicine.org/

2. Cesari M, et al. Defining the role and reach of a geriatrician. The Lancet Healthy Longevity, 2024;5. doi:10.1016/j.lanhl.2024.100644

3. OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, doi:10.1787/b3704e14-en

4. Samuel Jay, Paula Whittaker, Jerome Mcintosh, Nicholas Hadden, Can consultant geriatrician led comprehensive geriatric assessment in the emergency department reduce hospital admission rates? A systematic review, Age and Ageing, Volume 46, Issue 3, May 2017, Pages 366–372, doi:10.1093/ageing/afw231

5. Greer SL, Lynch JF, Reeves A, Raj M, Gingrich J, Falkenbach M, Cylus J, Bambra C. The Politics of Healthy Ageing: Myths and realities [Internet]. Cylus J, Normand C, Figueras J, North J, Jackson L, editors. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022.

6. https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope

7. NHS England Digital. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in England, final 2024/25 data [Internet]. London: NHS England Digital; 2026 Apr 2 [cited 2026 Aug 24]. Available from: https://digital.nhs.uk/data-and-information/ publications/statistical/patient-reported-outcome-measures-proms/final-2024-25-data

8. Lundqvist M, Alwin J, Henriksson M, Husberg M, Carlsson P, Ekdahl AW. Cost-effectiveness of comprehensive geriatric assessment at an ambulatory geriatric unit based on the AGe-FIT trial. BMC Geriatr. 2018 Jan 31;18:32. doi:10.1186/s12877-017-0703-1

9. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006 Jan;61(1):53-62. doi:10.1093/gerona/61.1.53

10. Ekdahl AW, Wirehn AB, Alwin J, Jaarsma T, Unosson M, Husberg M, Eckerblad J, Milberg A, Krevers B, Carlsson P. Costs and effects of an ambulatory geriatric unit (the AGe-FIT study): a randomized controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2015 Jun 1;16(6):497-503. doi:10.1016/j.jamda.2015.01.074

11. Partridge JSL, Healey A, Modarai B, Harari D, Martin FC, Dhesi JK. Preoperative comprehensive geriatric assessment and optimisation prior to elective arterial vascular surgery: a health economic analysis. Age Ageing. 2021;50(5):1770-1777. doi:10.1093/ageing/afab094

12. Baji P, Patel R, Judge A, Johansen A, Griffin J, Chesser T, et al. Organisational factors associated with hospital costs and patient mortality in the 365 days following hip fracture in England and Wales (REDUCE): a record-linkage cohort study. Lancet Healthy Longev. 2023;4(8):e386-e398. doi:10.1016/S2666-7568(23)00086-7

13. Tan X, Miu X, Wang X, Li X, Chen X, Wen X. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to the hospital as emergencies: a meta-analysis of randomized controlled trials. Geriatr Nurs. 2025 Jul-Aug;64:103374. doi: 10.1016/j.gerinurse.2025.05.013

14. O'Shaughnessy Í, Robinson K, O'Connor M, Conneely M, Ryan D, Steed F, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2022;51:1-11. doi:10.1093/ageing/afac081

15. Ellis G, Robinson D, Langhorne P. et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2011;343:d6553 doi:10.1136/bmj.d6553

16. Ihorst G, Jentschke E, Tatschner K, et al. Effect of geriatric co-management on independence, quality of life, and severe toxicity in vulnerable older patients with cancer: Results of a randomized clinical trial. Journal of Geriatric Oncology 17 (2026). doi:10.1016/j.jgo.2026.102896

17. Petrillo, M., Valdenegro, D., Rahal, C. et al. (2025) Estimating the cost of informal care with a novel two-stage approach to individual synthetic control. Working Paper. Sheffield Economic Research Paper Series (2025004). Department of Economics, University of Sheffield ISSN 1749-8368. doi.org/10.48550/arXiv.2411.10314

18. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030 [Internet]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action

19. Dyer SM, Suen J, Williams H, et al. Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. BMC Geriatr. 2022. Jul 14;22:579. doi:10.1186/s12877-022-03131-2

20. Liljas AE, Brattström F, Burström B, et al. Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People - A Systematic Review. Int J Integr Care. 2019 Jul 24;19(3):6. doi:10.5334/ijic.4632

21. Winkelmann J, et al. How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? – Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-can-skill-mix-innovations-support-the-implementation-of-integrated-care-for-people-with-chronic-conditions-and-multimorbidity

22. Fahy N, Mauer N, Panteli D. From ideas to reality - An introduction to generating and implementing innovation in health systems. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/from-ideas-to-reality-an-introduction-to-generating-and-implementing-innovation-in-health-systems

23. Benson T. Why health services should use generic PROMs and PREMs. BMJ Open Quality 2025;14:e003435. doi:10.1136/bmjoq-2025-003435

24. Ungar A, Cherubini A, Fratiglioni L. Carta of Florence Against Ageism: No Place for Ageism in Healthcare. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2024 Mar 1;79(3):glad264. doi:10.1093/gerona/glad264

EKIPI I KOORDINATORËVE KRYESORË (në rend alfabetik):

Rui Buzaco Family Unit, Clínica CUF Estádio José de Alvalade, Lisbon, Portugal **Monserrat Conde** Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford; Cochrane Global Ageing, UK **Sofia Duque** Internal Medicine Department, Hospital Cuf Descobertas, Lisboa; Nova Medical School, Lisboa. Portugal **Anne Wissendorff Ekdahl** Department of Clinical Sciences, Helsingborg Hospital, Faculty of Medicine, Lund University, Lund, Sweden **Meltem Koca** Department of Geriatric Medicine, Etlik City Hospital, Ankara, Türkiye **Marina Kotsani** Hellenic Society for the Study and Research of Ageing, Athens, Greece **Serdar Ozkok** Department of Internal Medicine, Division of Geriatrics, Istanbul University, Istanbul, Türkiye **Karolina Piotrowicz** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland **Maria Tampaki** Athens Chest Hospital 'Sotiria' and National and Kapodistrian University of Athens, Greece.

GRUPI I PUNËS:
Krahas koordinatorëve kryesorë (në rend alfabetik):

Athanase Benetos University of Nancy, INSERM u1116, Nancy, France **Nenad Bogdanovic** Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden **Sylvie Bonin-Guillaume** Aix Marseille University, University hospital of Marseille, France **Tahir Masud** Nottingham University Hospitals NHS Trust, UK **Ian Perera** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland (proofreading) **Mirko Petrovic** Ghent University, Ghent, Belgium **Maria Cristina Polidori** University Hospital of Cologne,Germany **Roman Romero-Ortuno** Trinity College Dublin, Ireland. **Tamar Yellon** Hebrew University of Jerusalem, Israel.

EKIPI I PËRKTHIMIT:
Klejda Harasani, Fatjona Kamberi, Mitilda Gugu, Naim Jerliu

PERSONI I KONTAKTIT:
Klejda Harasani klejda.harasani@umed.edu.al