



Thirrje për veprim për të cakur problemin në rritje të demencës¹

Nga akademitë anëtare të IAP për Shëndetësinë

¹ Kjo deklaratë është modifikuar nga një deklaratë e Akademia Kanadeze e Shkencave të Shëndetësisë, dhe shkruar, aprovuar dhe paraqitur nga Komiteti Ekzekutiv për Kërkimin (KEK) i Konsorciumit Kanadez mbi Neurodegenerimin në Plakje (KKNP).

Hyrje

Mosha mesatare e popullsisë së botës që është 65 vjeç e lart është rritur në dhjetëvjeçarin e fundit, dhe ky trend pritet të vazhdojë. Moshat e mëdha janë më të riskuarat përsa i takon demencës^{1, 2}. Nëse nuk ka ndryshime në moshën standarte për prevalencë, popullata në moshë të madhe që preket nga demencia pritet të trefishohet në 2050^{3, 4}. Vlerësohet se deri në 2050, numri i personave të prekur nga demencia do shkojë nga 47.5 milion në 1355 milion, shumica e të cilëve vijnë nga vendet me të ardhura të pakta ose mesatare². Përveç kostove personale, këto shifra në rritje të vazhdueshme do të shoqërohen me peshë financiare. Në nivel global, kostoja e demencës ishte për vitin 2015, 818 bilion US\$ dhe pritet të shkojë në trilion dollar US\$ në 2018⁵.

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e ka njohur demencën si prioritet i shëndetit publik^{6, 7}. Për t'iu përgjigjur kësaj sfide, një seri veprimesh të iniciuara gjatë presidencës së Mbretërisë së Bashkuar gjatë G8, në 2013, u ndërmorën nga organizma të tilla si Organizata për Bashkëpunimin Ekonomik dhe Zhvillim (OBEZH)⁸, Alzheimer's Disease International (ADI) dhe nga Këshillat Botërore për Demencën⁹.

Një pasqyrë mbi Demencën

Demencia është një rënie e vazhdueshme dhe në mënyrë tipike progresive e aftësive njohëse, që ndikojnë në të mësuarit dhe kujtesën, gjuhën, dhe / ose arsyetimin që janë aq të rënda sa të pengojnë pavarësinë në aktivitetet e përditshme. Ajo bëhet më e zakonshme gjatë rritjes e moshës madhore. Përveç dëmtimit të arsyetimit, demencia shpesh shoqërohet me simptoma neurobilkuese, si agjitimi, psikoza, çrregullimi i gjumit, depresioni, ankthi dhe apatia¹⁰.

Demencia mund të lindë nga kushte të shumta që veprojnë vetëm ose të kombinuara^{11,12}. Për disa, kjo është falë procesit neurodegenerativ, një ombrellë për një sërë kushtesh dobësimi që rezultojnë në degjenerim progresiv dhe/ose vdekje të neuroneve⁵. Sëmundja e Alzheimer-it është shkaku më i zakonshëm neurodegenerativ i demencës dhe është e pakurueshme aktualisht. Një përzierje sëmundjesh të trurit shpesh fshihen pas demencës, me një numër rastesh që tregojnë ndryshime që reflektojnë sëmundjen e Alzheimer-it dhe atë cerebrovasculare^{13,14}. Demencia zakonisht është një sëmundje progressive e ngadaltë, ku diagnoza bëhet vetëm disa vite pas shfaqjes së saj¹⁵.

Faktorët e riskut dhe kushtet (të tilla si pirja e duhanit ose diabeti) që lidhen zakonisht me kushtet e enëve të gjakut (infarkti, sëmundje të zemrës) dihet që ndikojnë tek demenca^{16, 17}. Fraxhiliteti është faktor risku që nuk duhet neglizhuar¹⁸. Po ashtu, sëmundja e Parkinsonit lidhet ngushtazi me zhvillimin e demencës¹⁹. Shumica e të rriturve që vuajnë nga demenca kanë patologji mikse në trurin e tyre^{11, 12, 20, 21}.

Për grupmoshën nën 60 vjeç, demencia haset rrallë për shumë vende, kjo nuk mund të ndodhë në vendet me prevalencë të lartë të HIV. Epidemia e HIV-it është e përqendruar tek të rinjtë nga vendet me të ardhura të ulëta, veçanërisht nga Afrika sub-Sahariane, ku të rinjtë mund të mbajnë një barrë disproporcionale më të madhe të demencës²².

Gratë janë më të ekspozuara ndaj zhvillimit të demencës dhe pastaj jetojnë më gjatë me gjendjen pas fillimit të saj²³. Gratë gjithashtu përbëjnë shumicën e kujdesit joformal (të papaguar) për njerëzit që jetojnë me demencë.

Ndërkohë që aktualisht nuk ekzistojnë kurrfarë kurash për kushtet neurodegenerative që çojnë në demencë, studimet në zhvillim sugjerojnë se disa faktorë të stilit të jetesës (p.sh., aktiviteti fizik, menaxhimi i presionit të gjakut, format e zgjedhura të trajnimit për) mund të kenë potencial për të vonuar, nëse nuk e pengon, fillimin e saj²⁴⁻²⁷.

Studimet mbi popullatat kanë sugjeruar faktorë shtesë të lidhur me rrezikun dhe faktorët mbrojtës, për të cilët nevojiten kërkime për të vlerësuar potencialin e tyre si objektiva të ndërhyrjes parandaluese parësore^{28, 29}. Progresi i deritanishëm në zhvillimin e opsioneve efektive të trajtimit farmakologjik ka qenë zhgënjyese³⁰⁻³², duke nënvizuar nevojën për të kuptuar më mirë se çfarë kontribuon në sindromën e demencës në kohorte të ndryshme gjeneruese si dhe në popullata të ndryshme³³.

Një fushë kyçe për hulumtim dhe përkrahje është zhvillimi dhe shpërndarja e përmirësimeve për kujdesin që u ofrohet personave që jetojnë me demencë duke përfshirë dhe kujdesin e duhur dhe të arsyeshëm në prag të fundit të jetës³⁴⁻³⁷. Një pranim më i madh dhe përfshirja e njerëzve që jetojnë me demencë brenda komuniteteve gjithnjë e më shumë shihet si një faktor i rëndësishëm në përmirësimin e cilësisë së tyre të jetës dhe minimizimin e aftësisë së kufizuar^{7, 38}. Nevojat e pacientëve dhe të familjeve të tyre ndryshojnë përgjatë rrjedhës së këtij lloji sëmundjeje dhe është e nevojshme të strukturohet mbështetja dhe terapia për stadet e ndryshme të sëmundjes.

Thirrje për veprim

Për shkak të këtyre çështjeve, zhvillimi i një strategjie gjithëpërfshirëse ndërkombëtare për të adresuar sfidat e demencës do të kërkojë konsultime të gjera, të ndjekura nga zbatimi afatgjatë i një serie veprimesh gjithëpërfshirëse, të integruar dhe të përgjegjshme. Shumica e iniciativave do të bazohen në nivel kombëtar, por bashkëpunime të tjera ndërkombëtare për të trajtuar demencën gjithashtu do të jenë të dobishme. Iniciativat e bazuara në nivel kombëtar në përgjithësi kanë të njëjtat qëllime dhe parime të nivelit të lartë për të trajtuar këtë problem shëndetësor global. Ne u bëjmë thirrje vendeve brenda rajoneve që kanë burime për të krijuar një rrjet që mund të mbështesë vendet e tjera të ngjashme me ta në abordimin ndaj demencës.

Qëllimet dhe parimet e një thirrjeje për veprim do të përfshinin adresimin e fushave të gjera si më poshtë:

- Rritja e vetëdijes publike - edukimi i popullatës së përgjithshme rreth demencës, si për të ruajtur shëndetin e trurit dhe mbi rëndësinë e trajtimit të kësaj sfide shëndetësore, duke pranuar njerëzit që vuajnë nga demenca ashtu siç janë dhe duke u përshtatur me aftësitë e tyre të mbetura;

- Mbështetja e kërkimit shkencor për të gjetur dhe zbatuar mënyra efektive (si farmakologjike dhe jo-farmakologjike) për të vonuar, parandaluar, ngadalësuar, trajtuar, përmirësuar dhe mundësisht për të ndaluar shkaqet e zakonshme të demencës;
- Investimi në sistemet kombëtare të kujdesit shëndetësor - kjo do të përfshinte edhe trajnimin e një numri të mjaftueshëm dhe miks të ofruesve si dhe ndërtimin e infrastrukturës së nevojshme për të siguruar kujdes në kohë personave që jetojnë me këtë sëmundje dhe kujdestarëve të tyre gjatë gjithë stadeve të sëmundjes.

Thirrja jonë për veprim synon të zhvillojë një mënyrë trajtimi bazuar në fakte dhe politika të orientuara të shëndetit publik. Në fund të fundit, kjo duhet të përfshijë një vlerësim të qartë për secilën popullsi të potencialit për parandalimin primar (parandalimin në rrjedhën e sipërme), parandalimin sekondar (zbulimi i hershëm i ndjekur nga trajtimi efektiv, që konsiderohet të jetë më i efektshëm në atë fazë se sa më vonë), dhe parandalimi terciar i demencës dhe degëzimet e saj nëpërmjet terapive të ndryshme dhe kujdesit të fundit të jetës për ata me demencë).

Elementet e një plani të veprimit për t'u përballur me sfidën e demencës

Një plan veprimi për t'u përballur me sfidën e demencës në kontekstin e saj global duhet të përfshijë një seri të bashkërenduar dhe të koordinuar të veprimeve nga politikat, në hulumtimet shkencore, në kujdesin shëndetësor dhe përfshirjen sociale. Një plan veprimi i tillë duhet të përfshijë shtatë elementë kryesorë:

1. Plane në nivel kombëtar mbi demencën duhet të përcaktohen

Plane në nivel kombëtar për të luftuar demencën kanë filluar në 29 vende që prej 2005. Ka një plan në nivel global për të luftuar demencën (<https://www.alz.co.uk/dementia-plans/global-plan>) të zhvilluar prej OBSH-së^{6, 7} dhe plani i parë në nivel rajonal mbi demencën në kontinentin amerikan u publikua nga Organizata Panamerikane e Shëndetësisë (OPASH) në tetor 2015.

(shiko ADI ëbsite, <https://www.alz.co.uk/dementia-plans>, për listën e planeve që po zhvillohen në nivel kombëtar si dhe listën e vendeve ku plani në nivel kombëtar mungon). Kanadaja është i ventmi vend i G7 pa plan të tillë në nivel kombëtar³⁹.

Çdo vend duhet të zhvillojë plane në nivel kombëtar, në koherencë me qëllimet e veta mbi kujdesin shëndetësor të cilët mund të koordinojnë aktivitete, harmonizojnë atje ku është e nevojshme me përpjekjet ndërkombëtare, promovojë shkëmbimin e iniciativave të suksesshme, të adresojë hendeqet e identifikuara, sigurojë përdorimin eficient të burimeve, dhe mobilizojë investimet e më tejshme në çdo aspekt të demencës duke përfshirë kujdesin shëndetësor dhe kërkimin shkencor. Një plan kombëtar do e njihte demencën si prioritet i shëndetit publik dhe lartësonte ndërgjegjësimin ndaj kësaj sfide shëndetësore të frikshme.

Si hap të parë, propozojmë një raport kombëtar mbi situatën e demences duhet bërë në sa më shumë vene me burime që të jetë e mundur. S Një raport i tillë i statusit për secilin rajon duhet të jetë i gjërë, duke përfshirë informacionin mbi problemet e të gjitha llojeve të demencës, çrregullimet komorbidale, faktorët e rrezikut, qasjet terapeutike dhe sistemet e kujdesit.

Më shumë hulumtime do të ishin të domosdoshme për të vendosur forcën dhe bashkëveprimin ndaj rrezikut për jetën dhe faktorëve mbrojtës, relevantë për demencën. Megjithatë, vlerësimi i 'eksponimit', rreziku i mundshëm dhe faktorët mbrojtës për secilën popullsi, duhet të jetë pjesë e rëndësishme e këtij raporti^{40, 41}. Këto raporte duhet të krijojnë, për fazat kryesore të jetës, balancën në ato popullata me karakteristika pozitive dhe negative për shëndetin e trurit^{42,43}. Kjo duhet të përfshijë një gamë të gjerë të faktorëve mjedisorë, si shëndeti i nënës, shëndeti i hershëm i jetës, infeksionet, arsimi, vaksinimi, si dhe ekspozimet e pafavorshme si strehimi i dobët, pirja e duhanit, dieta e dobët dhe ekspozimi ndaj substancave të dëmshme

Duhet të planifikohet një raport pasues 5 vjeçar për të dokumentuar ndikimin e politikave kombëtare (ndërgjegjësimi i publikut, faktorët e rrezikut, sistemet e kujdesit, etj.) Dhe krijimi i një strategjie kombëtare për demencën.

2. Rritja e investimeve në programet e kombëtare të kërkimit mbi demencën

Investimet në kërkimet mjekësore ndryshojnë shumë nga vendi në vend. Në vitin 2016, investimi amerikan në hulumtimet rreth demencës ishte 936 milionë dollarë, që përkthehet në 2.93 dollarë për banor²³. Investimi kanadez mbi kërkimet rreth demencës nga ana tjetër ishte më i vogël (më pak se një e katërta për frymë e asaj që është investuar në SHBA)⁴⁴. Në përgjithësi, në krahasim me kërkimet mbi kancerin dhe sëmundjet e zembrës, vendet e zhvilluara nuk investojnë në hulumtimet që lidhen me demencën, edhe pse kostoja e kujdesit për personat me demencë vlerësohet të jetë më e madhe se ajo për trajtimin e sëmundjeve të sipërpërmendura^{45, 46}. Është deklaruar se një objektiv prej 1% të koston kombëtare vjetore të demencës duhet të drejtohet në programet e hulumtimit të saj (Raporti i Senatit Kanadez 2016 nga Kanadaja; raportet e ADI dhe OSH [2016]⁶). Ky investim shtesë në secilin vend duhet të ndahet dhe menaxhohet me mend. Duhet të organizohet një koordinim i gjerë brenda secilit vend për një përdorim më të mirë të fondeve të kërkimit. Qeverisja dhe prioritizimi i shpërndarjes së këtyre fondeve duhet të përfshijë gjithashtu individët që jetojnë me demencë dhe kujdestarët e tyre, bashkësinë kërkimore dhe praktikuesit.

3. Investimet duhet të përfshijnë të gjitha aspektet e hulumtimeve rreth demencës. Fondet e akorduara të kërkimit duhet të mbështesin një gamë të gjerë aktiviteteve nga kërkimet biomedicinale në hetimet që kanë të bëjnë me aspektet klinike, sistemet shëndetësore dhe kërkimet e shërbimeve. Përveç kësaj, kërkimi për të fituar një njohuri më të mirë në kuptimin e faktorëve socialë, kulturorë dhe mjedisorë që ndikojnë shëndetin e popullsisë është thelbësore. Investimet duhet të synojnë kapacitetin kombëtar të kërkimit, duke

mbështetur transferimin e njohurive, duke adresuar nevojat e popullsisë unike (p.sh. autoktonët dhe ata që jetojnë në komunitete rurale dhe komunitetet e largëta⁴⁷⁻⁴⁹) investimet rreth dallimeve gjinore në kushtet e demencës dhe përqafojnë dimensionet etike dhe sociale^{50, 51}.

Tani ka potencial të konsiderueshëm për diagnozën e hershme të formave të ndryshme të demencës duke përdorur mbështetje klinike, imazherie dhe biomarkerave⁵². Përparësitë dhe potencialet e diagnozës së hershme janë një fokus kritik i hulumtimit në vendet perëndimore⁵³⁻⁵⁷. Vëmendje tani duhet t'i kushtohet përcaktimit të qasjeve optimale ndaj diagnozës së hershme dhe përcaktimit të rreziqeve dhe përfitimeve të përkthimit të kësaj dijeje në politikën e kujdesit shëndetësor.

Simptomat neuropsikiatrike (të sjelljes dhe psikologjike) të demencës kanë nevojë për më shumë vëmendje, duke pasur parasysh ndikimin e tyre të fuqishëm në cilësinë e jetës, barrën e kujdestarëve dhe normën e institucionalizimit^{10,58,59,60}. Nevojiten hulumtime të tjera mbi prevalencën, etiologjinë dhe terapinë (duke përfshirë kontrollin rreth testeve të paparashikuara) të simptomave neuropsikiatrike të demencës.

Duhet të ketë investime mbi kërkimet shkencore për të kuptuar se cilat kombinime të faktorëve të modifikueshëm të stilit të jetesës gjatë gjithë jetës rritin dhe ulin rrezikun e zhvillimit të demencës me plakjen^{26, 61}. Kjo nuk është një sindromë nuk është fikse në të gjithë globin. Kombinimet e faktorëve relevantë të rrezikut mund të ndryshojnë në kultura dhe komunitete të ndryshme. Strategjia më efektive e parandalimit dhe shëndetit publik për demencën do të shfaqet vetëm kur arrihet kuptimi i plotë i këtyre faktorëve.

Vëmendje e veçantë duhet t'i kushtohet mbështetjes së hulumtimeve sociale që synojnë identifikimin e nevojave aktuale të subjekteve me demencë dhe kujdestarëve të tyre⁶²⁻⁶⁴. Qëllimi i përgjithshëm i hetimeve të tilla do të ishte planifikimi i ndërhyrjeve të shumëfishta që përfshijnë mbështetjen mjedisore, psikologjike, mjekësore dhe sociale.

4. Duhet të ndërmerren strategji për uljen e rrezikut

Ndërsa ka ende një sasi të konsiderueshme për të mësuar rreth ndërveprimit të plotë të rreziqeve, qeveritë duhet të mbështesin strategjitë kombëtare për reduktimin e rrezikut dhe fuqizimin e publikut dhe të mbështesin përpjekjet e profesionistëve të shëndetësisë për të promovuar plakjen e shëndetshme të trurit.

Provat e tanishme mund të përdoren për të fuqizuar profesionistët e shëndetit publik dhe publikun që të veprojnë në mënyrë që të zvogëlojnë rreziqet e zhvillimit të të gjitha llojeve të demencës, duke shtyrë shfaqjen e manifestimeve të tyre klinike dhe duke optimizuar funksionimin e përditshëm në aktivitetet dhe rolet kuptimplote sociale. Fokusi i zvogëlimit të tillë të rrezikut do të përfshinte faktorët e rrezikut të enëve të gjakut, obezitetin, diabetin, pirjen e duhanit, dietat me kalori, problemet e gjumit, analfabetizmin, traumën e kokës, keqshqyerjen dhe pasivitetin fizik, përveç faktorëve të tjerë të rrezikut të rajonit⁵.

Zvogëlimi i rrezikut në nivel individual duhet të plotësohet nga ndryshimet strukturore dhe legjislativë të bazuara në prova që mbështesin këto reduktime. Legjislacioni për pirjen e duhanit, strategjitë për reduktimin e rrezikut të tepërt të alkoolit, reduktimin e konsumit ditor të kripës dhe legjislacionin për të ulur dëmtimet në kokë janë vetëm disa nga strategjitë e reduktimit të rrezikut që mund të ndërmerren nga qeveritë për të zbutur shfaqjen e demencës në popullsi. Ndërhyrje të tilla qeveritare do të çojnë në më pak pabarazi, sepse dhe grupet e pafavorizuara mund të përfitojnë. Plani Global i Veprimit dhe Moskomunikimit të Sëmundjeve 2013-2020 fokusohet në shumë nga këto elemente.⁶

5. Fuqia punëtore e kërkuar duhet të planifikohet dhe trajnohet

Duhet të përcaktohen kërkesat e fuqisë punëtore për t'u marrë me numrin në rritje të personave me demencë dhe hapat e ndërmarrë për të siguruar fuqinë punëtore që kërkohet. Duhet të trajnohen dhe mbështen në aktivitetet e tyre. Nevojitet një forcë punëtore mirë e trajnuar, staf i përzier dhe në numrin e duhur për t'u marrë me nevojat e kësaj popullsie në zhvillim. Në secilin vend, një plan kombëtar i fuqisë punëtore duhet të krijohet dhe të zbatohet me përfshirjen aktive të autoriteteve lokale dhe rajonale.

Shtrirja e plotë e të trajnuarve të nevojshëm do të jetë e mundur vetëm pasi të dalin në pah strategji të përshtatshme për uljen e rrezikut. Fuqia punëtore e trajnuar fillimisht do të fokusohet tek sektori i moshuar dhe ai i kujdesit shëndetësor, por trajtimi i rreziqeve të modifikueshme (për shembull, edukimi i kufizuar dhe ushqimi që nga fëmijëria e hershme) nënkupton një investim tek mësuesit, nutricionistët dhe një mori profesionistësh të tjerë në të ardhmen.

6. Sigurohuni që është e mundur të jetoni mirë me demencë

Kur bëhet një diagnozë e demencës, një individ nuk duhet të jetë i detyruar të braktisë rolin dhe pjesëmarrjen e tij në jetën sociale. Krijimi i kushteve brenda një vendi ku mund të jetojë mirë me demencën përfshin sigurimin se publiku është i vetëdijshëm për këtë gjendje në të gjithë kompleksitetin e tij, se ka mjedise (duke përfshirë punën) për të për personat me demencë, se ka mbrojtje adekuate kundër abuzimet e të gjitha llojeve kundër individëve që jetojnë me demencë, dhe të drejtat ligjore nuk tërhiqen automatikisht nga njerëzit që jetojnë me çmenduri. Bashkëpunimi midis akademive dhe administratave lokale duhet të inkurajohet në mënyrë që të vlerësohen dhe përmbushen të gjitha nevojat e personave që jetojnë me demencë dhe të kujdestarëve të tyre.

7. Qasja në parandalimin dhe kujdesin shëndetësor duhet të jetë për të gjithë i mundur

Për aq sa është e mundur, qasja në programet parandaluese, sistemet e kujdesit dhe mjediset jetësore mbështetëse duhet të vihen në dispozicion të të gjithë personave me ose në rrezik të demencës.^{49, 65-67.}

Sfidat e demencës për të ardhmen

Demenca do të jetë pjesë e peizazhit global për shumë dekada, duke arritur nivele që janë më pak se dyfishi i vlerave aktuale. Në të vërtetë, edhe nëse hulumtimet mund të sigurojnë mjetet për çrrënjosjen e sëmundjeve të trurit që shkaktojnë një të nesërme demencë, shumë individë do të ishin përsëri në trajektoren e demencës. Dihet që sëmundjet e trurit që shkaktojnë demencë njihen dekada përpara shfaqjes së shenjave klinike. Për këto arsye, një zgjidhje e përgjithshme nuk do të jetë e disponueshme për një kohë të caktuar. Kjo është arsyeja pse akademitë anëtare të IAP për Shëndetësinë po përqendrojnë vëmendjen e tyre në domosdoshmërinë e përfshirjes në një plan veprimi për demencën, i cili është i balancuar dhe i dizajnuar për të adresuar të gjitha aspektet e sfidës, veçanërisht për mirëqenien e atyre që jetojnë me këtë problem dhe kujdestarët e tyre.

Partneriteti Ndërakademik për Shëndetësinë

IAP për Shëndetësinë është një rrjet i përbërë i Partneritetit Ndërakademik.

Përbëhet nga 78 akademi të mjeksisë dhe të akademive të shkencave dhe inxhinierisë me seksione të forta të shkencave mjeksore.

IAP për Shëndetësinë është e angazhuar për përmirësimin e shëndetit në mbarë botën, përfshirë dhënien e deklaratave të konsensusit për çështjet me rëndësi për shëndetin global. Deklaratat IAP për shëndetësinë si kjo e paraqitur këtu janë përgatitur nga një grup ekspertësh të nominuar nga akademitë anëtare, dhe lëshohen pasi janë përqaftuar nga më shumë se gjysma e akademive anëtare të rrjetit.

Bibliografia

- 1.Prince M. et al. (2013). *Alzheimers Dement.* 9:63-75.
- 2.Prince M.J. et al. (2014). *World Alzheimer Report 2014 - Dementia and risk reduction: An analysis of protective and modifiable factors.*
- 3.Canadian Study of Health and Aging (1994). *Neurology* 44:2073-2080.
- 4.Ferri C.P. et al. (2005). *Lancet* 366:2112-2117.
- 5.Winblad B. et al. (2016). *Lancet Neurol.* 15:455-532.
- 6.World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.*
- 7.World Health Organization (2017). *WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities.*
- 8.OECD (2014). *Unleashing the Power of Big Data for Alzheimer's Disease and Dementia Research: OECD Publishing.* <http://dx.doi.org/10.1787/5jz73kvmvbw-b>
- 9.Prince M. (2016). *World Alzheimer Report 2016 - Improving healthcare for people living with dementia.*
- 10.Jeste D.V. et al. (2006). *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 19:160-171.
- 11.Schneider J.A. et al. (2009). *Ann. Neurol.* 66:200-208.
- 12.Schneider J.A. et al. (2009). *J. Alzheimers Dis.* 18:691-701.
- 13.Hachinski V. & Sposato L.A. (2013). *Brain* 136:2652-2654.
- 14.Hachinski V. (2008). *JAMA* 300:2172-2173.

15. Larson E.B. et al. (2013). *N. Engl. J. Med.* 369:2275-2277.
16. Black S. & Iadecola C. (2009). *Stroke* 40: S38-39.
17. Smith E. (2016). *Continuum (Minneap Minn)* 22:490-509
18. Song X. et al. (2014). *Alzheimers Res. Ther.* 6:54.
19. Huber S.J. (1989). *Archives of Neurology* 46:1287-1291.
20. Brayne C. et al. (2009). *J. Alzheimers Dis.* 18:645-658.
21. Richards M. & Brayne C. (2010). *BMJ* 341:c4670.
22. de-Graft Aikens A. et al. (2016). In: A. de-Graft Aikens & C. Agyemang (Eds), *Chronic non-communicable diseases in low and middle-income countries: a synthesis of research, interventions, and policies*. Oxford: CABI Publishers: pp. 50-68
23. Alzheimer's-Association (2015). *Alzheimer's & Dementia* 11:332-384.
24. Richards M. & Deary I.J. (2005). *Ann. Neurol.* 58:617-622.
25. Solomon A. et al. (2014). *J. Intern. Med.* 275:229-250.
26. Norton S. et al. (2014). *Lancet Neurol.* 13:788-794.
27. Ngandu T. et al. (2015). *Lancet* 385:2255-2263.
28. Kivipelto M. & Mangialasche F. (2014). *Nat. Rev. Neurol.* 10:552-553.
29. Kivipelto M. et al. (2017). *Lancet Neurol.* 16:338-339.
30. Mangialasche F. et al. (2010). *Lancet Neurol.* 9:702-716.
31. Doody R.S. et al. (2014). *N. Engl. J. Med.* 370:311-321.
32. Salloëay S. et al. (2014). *N. Engl. J. Med.* 370:322-333
33. Baumgart M. (2015). *Alzheimers Dement.* 11:718-726.
34. Welsh M.D. (2001). *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 1:346-349
35. Hughes J.C. (2015). *Curr. Opin. Psychiatry* 28:188-193.
36. Hogan D.B. (2007). *Alzheimer's & Dementia* 3:355-384.
37. Ebly E.M. (1999). *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 10:541-548.
38. Chalmers J. (2014). *Dementia Friendly City Initiative Halifax*. Halifax NS: <http://legacycontent.halifax.ca/boardscom/access/documents/DementiaFriendlyCityAAC140317.pdf>
39. Patterson C. et al. (1999) *Mature Medicine* 219.
40. Fargo K.N. (2014). *Alzheimers Dement.* 10: S430-S452.
41. Maloney B. & Lahiri D.K. (2016). *Lancet Neurol.* 15:760-774.
42. Brayne C. (2014). *Lancet Neurol.* 13:532-534.
43. Clare L. et al. (2017). *PLoS Med.* 14: e1002259.
44. Alzheimer Society of Canada (2010). *Rising Tide: The impact of dementia on Canadian society* http://www.alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/advocacy/asc_rising_tide_full_report_e.pdf.
45. Wimo A. et al. (2013). *Alzheimers Dement.* 9:1-11.
46. Wimo A. et al. (2017). *Alzheimers Dement.* 13:1-7.
47. Jacklin K.M. et al. (2013). *Canadian Journal of Public Health* 104:e39-e44.
48. Innes A. et al. (2011). *Maturitas* 68:34-46.
49. Morgan D. et al. (2011). *Maturitas* 68:17-33.
50. Gauthier S. et al. (2016). *Continuum (Minneap Minn)* 22:615-618.
51. Gauthier S. et al. (2013). *Prog Neurobiol.* 110:102-113.
52. Leibing A. (2014). *Cult. Med. Psychiatry* 38:217-236.
53. Chertkow H. et al. (2007). *Alzheimer's & Dementia* 3:266-282.
54. Feldman H.H. et al. (2005). *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 13:645-655.
55. Feldman H.H. et al. (2008). *Cmaj* 178:825-836.

56. Scheltens P. et al. (2016). *Lancet* 388:505-517.
57. Rossini P.M. et al. (2016). *J. Alzheimers Dis.* 53:1389-1393.
58. Herrmann N. & Lanctot K.L. (1997). *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 42:51S-64S.
59. Herrmann N. et al. (2007). *Alzheimer's & Dementia* 3:385-397.
60. Peters M.E. et al. (2013). *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 21:1116-1124.
61. Norton M.C. et al. (2012). *J. Am. Geriatr. Soc.* 60:405-412.
62. Brodaty H. & Donkin M. (2009). *Dialogues Clin. Neurosci.* 11:217-228.
63. Ory M.G. et al. (1999). *The Gerontologist* 39:177-185.
64. Karlaëish J.H. et al. (2000). *Neurology* 55:1008-1014.
65. Dorsey E.R. et al. (2013). *Neurology* 80:1989-1996.
66. Evans D.A. et al. (2011). *Alzheimers Dement.* 7:110-123.
67. Leutz A. & Gauthier S. (2012). *Expert. Rev. Neurother.* 12:557-567.

Grupet e Punës

Dr. Hoëard Chertkow, Kanada (Kryetar)
 Prof. Ama de-Graft Aikins, Ganë
 Dr. Liaquat Ali, Bangladesh
 Dr. Laila Asmal, Afrika e Jugut
 Prof. Hayrunnisa Bolay Belen, Turqi
 Prof. Carol Brayne, Mbretëri e Bashkuar
 Dr. Josef Priller, Gjermani
 Prof. Lars Lannfelt, Suedi
 Prof. Alan Leshner, SHBA
 Dr. Ninoslav Mimica, Kroaci
 Prof. Maryam Noroozian, Iran
 Prof. Adesola Ogunniyi, Nigeri
 Prof. Juha Rinne, Finlandë
 Prof. Paolo Maria Rossini, Itali
 Dr. Jonas Alex Morales Saute, Brazil
 Dr. Philip Scheltens, Hollandë
 Dr. Ales Stuchlik, Republika Çeke.

Akademitë që njohën deklaratën në 4 Prill 2018

Akademia e Shkencave e Shqipërisë
 Akademia Kombëtare e Mjeksisë, Argjentinë
 Akademia Kombëtare e Shkencave e Republikës së Armenisë
 Akademia e Shkencave e Austrisë
 Akademia e Shkencave e Bangladeshit
 Akademia Mbretërore Belge e Mjeksisë
 Akademia e Shkencave e Brazilit
 Akademia Kombëtare e Mjeksisë, Brazil
 Akademia e Shkencave e Kamerunit
 Akademia Kanadeze e Shkencave të Shëndetësisë
 Akademia e Shkencave të Kinës
 Akademia e Inxhinierisë së Kinës
 Akademia Kombëtare e Mjeksisë, Kolumbi

Akademia Kroate e Shkencave të Mjeksisë
Akademia e Shkencave dhe e Arteve e Kroacisë
Akademia e Shkencave e Çekisë
Këshilli i Akadmive të Finlandës
Akademia e Shkencave, Instituti i Francës
Akademia Gjermane e Shkencave të natyrës e Leopoldinës
Bashkimi i Akademive Gjermane të Shkencave dhe Shkencave Humane
Akademia e Athinës, Greqi
Akademia e Shkencave Mjekësore dhe Natyrore e Guatemalës
Akademia e Shkencave e Hungarisë
Akademia e Shkencave Indonezisë
Akademia Kombëtare e Lincei, Itali
Këshilli i Shkencave i Japonisë
Akademia Kombëtare e Shkencave e Kenias
Akademia Koreane e Shkencave dhe e Teknologjisë (AKSHT)
Akademia Kombëtare e Shkencave e Republikës së Koresë (AKSHRK)
Akademia e Shkencave e Malajzisë
Akademia e Shkencave dhe e Arteve e Malit të Zi
Akademia e Shkencave dhe e Teknologjisë, Hassan II, Marok
Akademia Mbretërore e Shkencave dhe e Arteve e Hollandës (KNAW)
Akademia e Shkencave e Nigerisë
Akademia Palestineze për Shkencën dhe Teknologjinë(PALAST)
Akademia Kombëtare e Mjeksisë, Peru
Akademia Kombëtare e Shkencave dhe e Teknologjisë, Filipine
Akademia e Shkencave Mjekësore e Rumanisë
Akademia e Shkencave e Afrikës së Jugut (ASHAf)
Akademia Kombëtare e Shkencave e Sri Lanka
Akademia Kombëtare e Shkencave e Sudanit
Akademia e Shkencave e Mbretërisë së Suedisë
Akademia e Shkencave Mjekësore e Zvicrës
Akademia e Shkencave e Tanzanisë
Akademia e Shkencave dhe e Teknologjisë e Tailandës(TAST)
Akademia e Shkencave e Turqisë (TUBA)
Akademia Kombëtare e Shkencave e Ugandës (UNAS)
Akademia e Shkencave Mjekësore e Mbretërisë së Bashkuar
Akademia Kombëtare e Shkencave Mjekësore(NAM), SHBA
Akademia e Shkencave e Afrikës
Akademia e Shkencave e Karaibeve
Akademia e Shkencave e Botës Islame(IAS)
Akademia Botërore e Arteve dhe e Shkencave(WAAS)