



## Thirrje për veprim për të trajtuar problemin e demencës<sup>1</sup>

Nga akademitë anëtare të IAP-it për  
Shëndetësinë

---

<sup>1</sup> Ky dokument është përshtatur nga një deklaratë e Akademisë Kanadeze të Shkencave të Shëndetësisë dhe është shkruar, miratuar 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 pritet që kjo prirje të vazhdojë. Moshat e mëdha janë më të rrezikuara për demencë<sup>1, 2</sup>. Popullata në moshë të madhe që preket nga demenca pritet të trefishohet në 2050-n<sup>3, 4</sup>. Është parashikuar që deri në 2050 numri i personave të prekur nga demenca do të shkojë në 1355 milionë, nga 47.5 milionë që është aktualisht. Shumica e personave të prekur vijnë nga vendet me të ardhura të pakta ose mesatare<sup>2</sup>. Përveç kostove personale, këto shifra në rritje të vazhdueshme do të shoqërohen me kosto financiare. Në nivel global, për vitin 2015 kostoja e demencës ishte 818 bilionë US\$ dhe pritet të shkojë në trilionë dollarë US\$ në 2018<sup>5</sup>.

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e ka njohur demencën si prioritet të shëndetit publik<sup>6, 7</sup>. Për t'iu përgjigjur kësaj sfide, një seri veprimesh të nisura gjatë presidencës së Mbretërisë së Bashkuar në G8, në 2013-n, u ndërmorën nga organizma të tillë si Organizata për Bashkëpunimin Ekonomik dhe Zhvillim (OBEZH)<sup>8</sup>, Alzheimer's Disease International (ADI) dhe nga Këshillat Botërorë për Demencën<sup>9</sup>.

## Një pasqyrë mbi demencën

Demenca është një rënie e vazhdueshme dhe tipike progresive e aftësive njohëse, që ndikojnë në të mësuarit dhe kujtesën, gjuhën dhe / ose arsyetimin, dhe 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, demenca shpesh shoqërohet me simptoma neuropsikiatrike, si: agjitimi, psikoza, çrregullimi i gjumit, depresioni, ankthi dhe apatia<sup>10</sup>.

Demenca mund të lindë nga shkaqe të shumta që veprojnë vetëm ose të kombinuara<sup>11, 12</sup>. Për disa, kjo ndodh për shkak të procesit neurodegenerativ, një ombrellë për një sërë kushtesh dobësimi që rezultojnë në degjenerim progresiv dhe/ose vdekje të neuroneve<sup>5</sup>. Sëmundja e Alzheimer-it është shkak i zakonshëm neurodegenerativ i demencës dhe është e pakurueshme aktualisht. Një përzjerje sëmundjesh të trurit shpesh fshihen pas demencës, me një numër rastesh që tregojnë ndryshime që reflektojnë sëmundjen e Alzheimer-it dhe atë cerebrovasculare<sup>13, 14</sup>. Demenca zakonisht është një sëmundje progresive e ngadaltë, që diagnostikohet vetëm disa vite pas shfaqjes së saj<sup>15</sup>.

Faktorët e riskut dhe shkaqet (të tilla si pirja e duhanit ose diabeti) që lidhen zakonisht me kushtet e enëve të gjakut (infarkti, sëmundje të zemrës) dihet që ndikojnë te demenca<sup>16, 17</sup>. Imuniteti i dobët është një faktor risku që i duhet kushtuar rëndësi<sup>18</sup>. Po ashtu, sëmundja e Parkinsonit lidhet ngushtazi me zhvillimin e demencës<sup>19</sup>. Shumica e të rriturve që vuajnë nga demenca kanë patologji të përziera në trurin e tyre<sup>11, 12, 20, 21</sup>.

Në shumë vende demenca haset rrallë te grupmosha nën 60 vjeç, por ndryshe ndodh në vendet me përhapje të lartë të HIV-it. Epidemia e HIV-it është e përqendruar te të rinjtë nga vendet me të ardhura të ulëta, veçanërisht nga Afrika sub-Sahariane, ku të rinjtë janë më të rrezikuar edhe prej demencës<sup>22</sup>.

Gratë janë më të ekspozuara ndaj zhvillimit të demencës dhe pastaj jetojnë më gjatë me gjendjen pas fillimit të saj<sup>23</sup>. Gjithashtu ato përbëjnë shumicën e personave që nuk përfitojnë nga kujdesi formal (i paguar) për njerëzit që jetojnë me demencë.

Aktualisht nuk ekzistojnë kurrfarë kurash për kushtet neurodegenerative që çojnë në demencë, por studimet aktuale sugjerojnë se disa faktorë të stilit të jetesës (p.sh., aktiviteti fizik, menaxhimi i presionit të gjakut, format e zgjedhura të trajnimit konjitiv) edhe kur nuk e pengojnë, mund të kenë aftësinë për ta vonuar fillimin e saj<sup>24-27</sup>.

Studimet mbi popullatat kanë sugjeruar edhe faktorë të tjerë që lidhen me rrezikun dhe faktorët mbrojtës, për të cilët nevojiten kërkime për të vlerësuar potencialin e tyre, si objektiva të ndërhyrjes parandaluese parësore<sup>28, 29</sup>. Progresi i deritanishëm në zhvillimin

e opsioneve efektive të trajtimit farmakologjik ka qenë zhgënjyes<sup>30-32</sup>, duke nënvizuar nevojën për të kuptuar më mirë se çfarë ndihmon në sindromën e demencës në breza dhe në popullata të ndryshme<sup>33</sup>.

Një fushë kyçe për hulumtim dhe përkrahje është zhvillimi dhe shpërndarja e përmirësimeve të kujdesit shëndetësor që u ofrohet personave që jetojnë me demencë, duke përfshirë dhe kujdesin e duhur dhe të arsyeshëm në prag të fundit të jetës<sup>34-37</sup>. Një pranueshmëri më e madhe dhe përfshirja e njerëzve që jetojnë me demencë brenda komuniteteve gjithnjë e më shumë shihet si një faktor i rëndësishëm për përmirësimin e cilësisë së tyre të jetës dhe për minimizimin e aftësisë së kufizuar<sup>7, 38</sup>. 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 bazohet në nivel kombëtar, por do të jenë të dobishme edhe bashkëpunime të tjera ndërkombëtare për të trajtuar demencën. Nismat 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 qasjen e tyre ndaj demencës.

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

- rritja e vetëdijes publike - edukimi i popullatës së përgjithshme rreth demencës, për të ruajtur shëndetin e trurit dhe për 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 për të zbatuar qasje efektive (si farmakologjike dhe jofarmakologjike) për t'i vonuar, parandaluar, ngadalësuar, trajtuar, përmirësuar dhe mundësisht për t'i 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 të përzier të ofruesve, si dhe ndërtimin e infrastrukturës së nevojshme për t'u 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 qasje të bazuar në fakte dhe një qasje të orientuar të shëndetit publik. Për secilën popullsi kjo duhet të përfshijë një vlerësim të qartë të potencialit për parandalimin parësor (parandalimin në fazën e fillestare), parandalimin dytësor (zbulimi i hershëm i ndjekur nga trajtimi efektiv, që konsiderohet të jetë më i efektshëm në atë fazë sesa më vonë), dhe parandalimi tretësor i demencës e degëzimet e saj nëpërmjet terapive të ndryshme dhe kujdesit gjatë fundit të jetës për ata me demencë).

### ***Elementet e një plani veprimi 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 elemente kryesore:

## **1. Duhet hartuar plane në nivel kombëtar mbi demencën**

29 vende kanë hartuar plane në nivel kombëtar për të luftuar demencën që prej 2005-s. Ka një plan në nivel global për të luftuar demencën (<https://www.alz.co.uk/dementia-plans/global-plan>) të zhvilluar prej OBSH-së<sup>6,7</sup> dhe plani i parë në nivel rajonal mbi demencën në kontinentin amerikan që u publikua nga Organizata Panamerikane e Shëndetësisë (OPASH) në tetor 2015. (shiko: <https://www.alz.co.uk/dementia-plans>, për listën e planeve që po zhvillohen në nivel kombëtar si dhe listën e vendeve ku mungon plani në nivel kombëtar). Kanadaja është i vetmi vend i G7 pa plan të tillë në nivel kombëtar<sup>39</sup>.

Çdo vend duhet të zhvillojë plane në nivel kombëtar, në koherencë me qëllimet e veta mbi kujdesin shëndetësor, të cilat mund të koordinojnë aktivitete, të harmonizohen atje ku është e nevojshme me përpjekjet ndërkombëtare, të promovojë shkëmbimin e iniciativave të suksesshme, të adresojë hendeqet e identifikuara, të sigurojë përdorimin e mirë të burimeve dhe të mobilizojë investimet e mëtejshme në çdo aspekt të demencës duke përfshirë kujdesin shëndetësor dhe kërkimin shkencor. Një plan kombëtar do ta njihnte demencën si prioritet të shëndetit publik dhe do t'i kushtonte rëndësinë e duhur ndërgjegjësimit ndaj kësaj sfide shëndetësore të frikshme.

Si hap të parë propozojmë që raportet kombëtare mbi situatën e demencës duhen bërë në sa më shumë vende që të jetë e mundur. Një raport i tillë i statusit për secilin rajon duhet të jetë i gjerë, duke përfshirë informacionin mbi problemet e të gjitha llojeve të demencës, çrregullimet komorbidale, faktorët e rrezikut, qasjet terapeutike dhe sistemet e kujdesit.

Do të ishin të domosdoshme më shumë hulumtime për të vendosur forcën dhe bashkëveprimin ndaj rrezikut gjatë rrjedhës së jetës dhe ndaj faktorëve mbrojtës, relevantë për demencën. Megjithatë, vlerësimi i 'ekspozimit', rreziku i mundshëm dhe faktorët mbrojtës për secilën popullsi, duhet të jenë pjesë e rëndësishme e këtij raporti<sup>40,41</sup>. Këto raporte duhet të krijojnë, për fazat kryesore të jetës, balancën në ato popullata me karakteristika pozitive dhe negative për shëndetin e trurit<sup>42,43</sup>. 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: kushtet e këqija të strehimit, pirja e duhanit, kequshqyerja 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 banor<sup>23</sup>. 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)<sup>44</sup>. Në përgjithësi, në krahasim me kërkimet mbi kancerin dhe sëmundjet e zemrës, 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<sup>45,46</sup>. Është deklaruar se një objektiv prej 1% e koston kombëtare vjetore të demencës duhet të drejtohet në programet e hulumtimit të saj (Raporti i Senatit Kanadez 2016; raportet e ADI-t dhe OBSH-së [2016]<sup>6</sup>). Ky investim shtesë në secilin vend duhet të ndahet dhe të menaxhohet mirë. Duhet të organizohet një koordinim i gjerë brenda secilit vend për një përdorim më të mirë të fondeve të kërkimit. Qeverisja dhe priorizimi 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 aktivitetesh 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 largëta 47-49) investigimet rreth dallimeve gjinore në kushtet e demencës dhe përqafojnë dimensionet etike dhe sociale <sup>50, 51</sup>.

Tani ka potencial të konsiderueshëm për diagnozën e hershme të formave të ndryshme të demencës duke përdorur mbështetje klinike, imazherie dhe biomarkerave <sup>52</sup>. Përparësitë dhe potencialet e diagnozës së hershme janë një fokus kritik i hulumtimit në vendet perëndimore <sup>53-57</sup>. 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 psikozës) 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 <sup>10,58,59,60</sup>. 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 <sup>26, 61</sup>. 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 tyre <sup>62-64</sup>. 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 shumë për të mësuar rreth ndërveprimit të plotë të rreziqeve, qeveritë duhet të mbështesin strategjitë kombëtare për reduktimin e rrezikut, për 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 për të zvogëluar 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 kuptimplota sociale. Fokusi i këtij zvogëlimi të rrezikut do të përfshinte faktorët e rrezikut të enëve të gjakut, obezitetin, diabetin, pirjen e duhanit, dietat me shumë kalori, problemet e gjumit, analfabetizmin, traumën e kokës, kequshqyerjen dhe pasivitetin fizik, përveç faktorëve të tjerë të rrezikut të rajonit<sup>5</sup>.

Zvogëlimi i rrezikut në nivel individual duhet të plotësohet nga ndryshimet strukturore dhe legjislative të bazuara në prova që i mbështesin këto reduktime. Legjislacioni për pirjen e duhanit, strategjitë për reduktimin e konsumit të tepërt të alkoolit, 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 mund të përfitojnë edhe grupet e pafavorizuara. Plani Global i Veprimit të Sëmundjeve të Patransmetueshme 2013-2020 fokusohet në shumë nga këto elemente <sup>6</sup>.

### **5. Fuqia punëtore e kërkuar duhet të planifikohet dhe të trajnohet**

Duhet të përcaktohen kërkesat e fuqisë punëtore që do të merren me numrin në rritje të personave me demencë dhe hapat e ndërmarrë për të siguruar fuqinë punëtore që kërkohet. Duhet të trajnohen dhe mbështeten në aktivitetet e tyre. Nevojitet një forcë punëtore e trajtuar mirë, një staf i përzier dhe në numrin e duhur për t'u marrë me nevojat e kësaj popullsie në zhvillim. Në secilin vend duhet të krijohet dhe të zbatohet një plan kombëtar i fuqisë punëtore 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 te 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 të 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 jetohet mirë edhe me demencë, përfshin sigurinë që i gjithë publiku të jetë i vetëdijshëm për këtë gjendje, që të ketë mjedise (duke përfshirë punën) për personat me demencë, që të ketë mbrojtje adekuate kundër abuzimeve të të gjitha llojeve ndaj individëve që jetojnë me demencë, dhe që njerëzve të cilët jetojnë me çmenduri të mos u hiqen automatikisht të drejtat ligjore. Bashkëpunimi midis akademive dhe administratave lokale duhet të inkurajohet në mënyrë që të vlerësohen dhe të 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 i mundur për të gjithë**

Për aq sa është e mundur, qasja në programet parandaluese, në sistemet e kujdesit dhe në mjediset jetësore mbështetëse duhet të vihen në dispozicion të të gjithë personave me demencë ose të rrezikuar prej saj <sup>49, 65-67</sup>.

### **Sfidat e demencës për të ardhmen**

Demencia do të jetë pjesë e peizazhit global për shumë dekada, duke arritur nivele më pak se dyfishi i vlerave aktuale. Në të vërtetë, edhe nëse hulumtimet mund të sigurojnë mjetet për çrrënjosjen e sëmundjeve të trurit që mund të shkaktojnë demencë në të ardhmen, shumë individë do të ishin përsëri në trajektoren e saj. Dihet që sëmundjet e trurit që shkaktojnë demencë njihen dekada përpara shfaqjes së shenjave klinike. Për këto arsye, për një kohë të caktuar nuk do të jetë e mundur një zgjidhje e përgjithshme.

Kjo është arsyeja pse akademitë anëtare të IAP-it për Shëndetësinë po e përqendrojnë vëmendjen e tyre në domosdoshmërinë e përfshirjes në një plan veprimi për demencën, i cili është i balancuar dhe i skicuar për të adresuar të gjitha aspektet e sfidës, veçanërisht për mirëqenien e atyre që jetojnë me këtë problem dhe për kujdestarët e tyre.

### **Partneriteti Ndërkademik për Shëndetësinë**

IAP-i për Shëndetësinë është një rrjet i përbërë i Partneritetit Ndërkademik. Përbëhet nga 78 akademi të mjekësisë, të akademive të shkencave dhe të inxhinierisë me seksione që veprojnë fort në fushën e shkencave mjekësore. IAP-i 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 e IAP-it për shëndetësinë, si kjo e paraqitur këtu, janë përgatitur nga një grup ekspertësh të caktuar nga akademitë anëtare dhe publikohen pasi janë pranuar 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-e>
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. Salloway 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](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. Karlawish 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. Leuzy A. & Gauthier S. (2012). *Expert. Rev. Neurother.* 12:557-567.



### **Grupet e Punës**

Dr. Howard 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 Kombëtare e Mjekësisë, Argjentinë  
Akademia Kombëtare e Shkencave e Republikës së Armenisë  
Akademia e Shkencave e Austrisë  
Akademia e Shkencave e Bangladeshit  
Akademia Mbretërore Belge e Mjekësisë  
Akademia e Shkencave e Brazilit  
Akademia Kombëtare e Mjekësisë, 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 Mjekësisë, Kolumbi  
Akademia Kroate e Shkencave të Mjekësisë  
Akademia e Shkencave dhe e Arteve e Kroacisë  
Akademia e Shkencave e Çekisë  
Akademia e Shkencave e Shqipërisë  
Këshilli i Akademive 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 Linceit, 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 Holandës (KNAW)  
Akademia e Shkencave e Nigerisë  
Akademia Palestineze për Shkencën dhe Teknologjinë(PALAST)  
Akademia Kombëtare e Mjekësisë, Peru  
Akademia Kombëtare e Shkencave dhe e Teknologjisë, Filipine  
Akademia e Shkencave Mjekësore e Rumanisë  
Akademia e Shkencave e Afrikës së Jugut (ASSAf)  
Akademia Kombëtare e Shkencave e Sri Lankës  
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)