



Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice

PRINCIPALELE BOLI
NEURODEGENERATIVE
CARE AFECTEAZĂ
PERSOANELE
VÂRSTNICE

Dr. Elena-Lidia DINU

AUGUST, 2020

CUPRINS

Capitol I. Introducere	2
Capitol II. Neurodegenerare: terminologie, clasificare, efecte	4
Capitol III. Legislație în domeniul sănătății mintale	7
3.1. Context european.....	7
3.2. Context românesc.....	9
Capitol IV. Boala Alzheimer	12
4.1. Istoricul bolii	12
4.2. Simptomologie și medicație	14
4.3. Prevalență.....	15
Capitol V. Boala Parkinson	21
5.1. Istoricul bolii	21
5.2. Simptomologie și medicație	22
5.3. Prevalență.....	24
Capitol VI. Îngrijirea persoanelor vârstnice cu dizabilitate psihică	25
Concluzii și recomandări	29
Bibliografie	31

CAPITOL I. INTRODUCERE

Rezultatele cercetărilor anterioare centrate pe demență au arătat în timp că ne confruntăm la nivel mondial cu o boală incurabilă progresivă care duce la scăderea abilitățile cognitive ale oamenilor, limitându-le starea de sănătate.

Studiul de față prezintă impactul negativ al principalelor boli neurodegenerative asupra sănătății publice din România în termen de prevalență, incidență, costuri pentru îngrijirea persoanelor cu demență, rata de mortalitate a acestora.

Diagnosticăți la anumite etape ale vieții cu tulburări neurodegenerative, persoanele vârstnice au cunoscut diverse experiențe personale și, prin elaborarea unor politici de prevenție, ar trebui să se întreprindă o serie de demersuri privind îmbunătățirea calității vieții lor.

În prezent, cea mai frecventă formă de tulburare neurodegenerativă este boala Alzheimer, estimată a ajunge, la nivel mondial, la aproape 5% din populația persoanelor vârstnice, fiind asociată cu morbiditatea ridicată.¹ Prin urmare, prevalența bolii Alzheimer este așteptată să crească o dată cu vârsta populației în orice stat european.

Principalul factor de risc al tulburărilor neurodegenerative este vârsta, însoțită de nivelul scăzut educațional, istoricul familiei și de mutațiile genetice specifice. Alți factori de risc ce suportă modificări (boli cardiovasculare, diabet, hipertensiune, dislipidemie, istoricul de traume suferite la nivelul capului etc.) pot, de asemenea, favoriza apariția bolii Alzheimer.

Spre deosebire de bărbați, s-a constatat că în rândul femeilor există mai multe cazuri diagnosticate cu boala Alzheimer și/sau alte tipuri de demență. O justificare o reprezintă faptul că acestea trăiesc mai mult decât bărbații în medie și vârsta înaintată este considerată cel mai mare factor de risc pentru a dezvolta tulburările neurodegenerative.

Deși principalele cauze ale deceselor în rândul persoanelor vârstnice rămân tot bolile cardiovasculare și cancerul, Alzheimer și Parkinson se mențin în același

¹Ferreira Marquesa, Santos Carvalho Lapa. "Anesthesia and Alzheimer disease," pp. 174-182.

clasament cu ele, chiar dacă descoperirea unui tratament în stoparea sau încetinirea ratei de creștere a bolilor se lasă de mult timp așteptat.

În consecință, încetinirea îmbătrânirii creierului uman privind apariția bolilor neurodegenerative solicită respectarea cu strictețe a unor principii care au în vedere prevenția. Astfel, menținerea unei vieți active, implicarea individului în viața socială, dar și asigurarea unei alimentații corespunzătoare reprezintă elemente-cheie în combaterea acestor boli ale bătrâneții.

CAPITOL II. NEURODEGENERARE: TERMINOLOGIE, CLASIFICARE, EFECTE

Este cunoscut faptul că în lume fenomenul de îmbătrânire a populației este din ce în ce mai accentuat și acest lucru a condus la o criză globală, care a devenit cea mai mare provocare cu care se confruntă în momentul de față sistemele de sănătate și asistența medicală.

Îngrijirea medicală avansată, combinată cu un acces mai mare la servicii de asistență medicală, reprezintă cel mai important factor ce contribuie la creșterea speranței de viață în țările Uniunii Europene din ultimele decenii.

Din datele Eurostat, aflăm că în România, în ultimii 10 ani, speranța de viață a persoanelor vârstnice în funcție de sex a crescut considerabil (2015: la femei – 17,7 ani, la bărbați – 14,2 ani; 2018: la femei – 18,4 ani, la bărbați -14,7 ani) și acest fapt a atras de la sine schimbarea politicilor de sănătate, extinderea vârstei de pensionare, reintegrarea pe piața muncii ș.a.m.d.

Expuse riscului de a dezvolta oricând tulburări neurodegenerative, persoanele vârstnice devin o „povară” pentru familiile și prietenii lor, dar și pentru societate. Așadar, incidența și prevalența acestor boli neurodegenerative crește în mod exponențial o dată cu înaintarea individului în vârstă, analizele statistice arătând că acestea reprezintă una din principalele cauze ale dizabilității și dependenței, favorizând morbiditatea și mortalitatea în rândul acestui segment de populație.

În anul 1994, Organizația Mondială a Sănătății a definit demența ca „tulburări neurobiologice care limitează abilitățile și comportamentele persoanelor afectate și conduc în mod progresiv la probleme cognitive și comportamentale”². În acest sens, au fost identificate, la nivel mondial, mai mult de 47 de milioane de persoane cu demență și se estimează ca, în anul 2030, acest număr să ajungă la 75 de milioane³.

Demențele au fost clasificate în două mari categorii⁴:

² Gjernes; Måseid. "Framing and scaffolding as relational caregiving," p. 39.

³ Michalowsky et al. "Cost-effectiveness of a collaborative dementia," p. 1.296.

⁴ Szalontay, Chiriță; Chiriță. *Boala Alzheimer: management clinico-terapeutic*, p. 199.

1. *demențe corticale* (Boala Alzheimer, Sindromul Down, Boala Pick, unele forme de degenerare a lobului frontal);
2. *demențe subcorticale* (Boala Parkinson, Boala Huntington, Boala cu corpi Lewy, Hidrocefalia, Paralizia supranucleară progresivă, Hematomul subdural, Degenerarea corticobazală).

Excluziunea socială a persoanelor cu tulburări de sănătate mintală constituie un factor de risc, dar și o consecință care determină scăderea calității vieții lor. Există țări europene care nu dețin suficiente resurse socio-economice și industriale pentru a susține domeniul sănătății și a răspunde cererilor de îngrijire instituțională pentru populația vârstnică. Însă, marea majoritate au reușit să adopte modele universale de bunăstare în ceea ce privește îngrijirea persoanelor vârstnice diagnosticate cu demență și serviciile de îngrijire au ajuns să îmbrace diverse forme astăzi: de la îngrijirea la domiciliu, locuințe protejate, centre de zi la aziluri.

Întâlnit în domeniul medical, termenul „neurodegenerare” semnifică condiția patologică, ce afectează, în primul rând, neuronii.⁵ Cu alte cuvinte, procesul neurodegenerativ poate afecta de la început diferite zone ale creierului, făcând ca tulburările instalate să difere din punct de vedere simptomatic.

Persoanele diagnosticate cu Alzheimer sau Parkinson cunosc tulburări de somn (întreruperea somnului, tulburări de comportament ale somnului, insomnie, somnolență excesivă în timpul zilei, mișcări periodice ale membrelor în somn), care, pe lângă faptul că afectează în mare măsură calitatea vieții, accelerează în mod cert și evoluția bolii. Din nefericire, terapiile farmacologice pentru tratarea acestor tulburări s-au dovedit a avea eficacitate limitată și pot fi asociate cu efecte adverse severe (hipotensiune, amețeli și căderi). Exercițiile fizice și terapia fizică reprezintă, în opinia specialiștilor, opțiuni atractive de tratament pentru disfuncția somnului.

Respectarea unor modele alimentare sănătoase a fost asociată cu un risc mai mic de demență. S-a demonstrat că un aport regulat de pește, fructe, legume, alcool moderat și consumul de cafeină au un efect protector asupra problemelor cognitive cu care se confruntă persoanele de vârstă a treia.

⁵ Przedborski et al. "Neurodegeneration," p. 3.

Organizația Mondială a Sănătății a avertizat în repetate rânduri asupra potențialelor consecințe privind creșterea ratei de incidență a demenței și a solicitat decidenților politici să ia măsuri care să reducă impactul social și medical al acestei boli devastatoare, alocând mai multe resurse și dezvoltând strategii naționale de combatere⁶, având în vedere că această categorie de boli se caracterizează prin leziuni progresive severe ale celulelor neuronale și pierderea funcțiilor motorii sau cognitive⁷.

Din nefericire, gestionarea tulburărilor neurodegenerative este orientată astăzi pe câteva opțiuni de tratament în faza incipientă. Prin acestea se controlează doar o parte din simptomele proceselor celulare (tulburări de mișcare, probleme psihiatrice etc.). Cu toate acestea, este necesară dezvoltarea unor abordări diagnostice și terapeutice, care să încurajeze găsirea unui tratament prin care bolile neurodegenerative să fie prevenite, încetinite și vindecate.

⁶ Galende et al. "Report by the Spanish Foundation of the Brain," p. 4.

⁷Araújo Boleti et al. "Neuroinflammation: an overview of neurodegenerative and metabolic diseases," p. 1.

CAPITOL III. LEGISLAȚIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE

3.1. Context european

Pentru a încerca să se asigure o legislația națională în domeniul sănătății mintale, s-au elaborat îndrumări care să reflecte condițiile din fiecare țară și să respecte drepturile omului, prevăzute în *Declarația universală a drepturilor omului*. Tot mai multe țări europene promovează bunăstarea mintală prin programe specializate și practici axate din ce în ce mai mult pe servicii de sănătate mintală.

Cu scopul de a ajuta țările Uniunii Europene să facă față provocărilor economice și demografice cu care se confruntă sistemele lor de sănătate și pentru ca cetățenii lor să rămână sănătoși mai mult timp, Comisia Europeană a adoptat, la 9 noiembrie 2011, o propunere legislativă pentru cel de-Al Treilea Program Multianual (2014-2020). Acest program aduce în discuție problemele de sănătate care reprezintă „una dintre cauzele majore de absență de la locul de muncă și pensionare anticipată”, punând accent pe menținerea unei vieți sănătoase și active în rândul persoanelor de 65 de ani și peste, care poate impacta participarea la piața forței de muncă și va putea conduce la economisirea unor sume importante din bugetele asistenței medicale ale fiecărei țări.⁸

Organizația Mondială a Sănătății a elaborat pentru perioada 2017-2025 un *Plan global de acțiune în domeniul demenței 2017-2025*⁹, care conține un set de acțiuni cu privire la:

- creșterea prioritizării și conștientizării demenței;
- reducerea riscului de demență;
- diagnostic, tratament și îngrijire;
- sprijin pentru îngrijitorii de demență;
- consolidarea sistemelor informaționale pentru demență;
- cercetare și inovare.

⁸ EU Health Programme 2014-2020.

⁹ World Health Organization, 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025.

Un alt organism care are în centrul preocupărilor sale formele de demență este și organizația nonguvernamentală Alzheimer Europe, care a fost înființată în anul 1990 și este compusă din 39 de membrii (vezi Tabel nr. 1).

Tabel nr. 1 Membrii Organizației *Alzheimer Europe*

Austria	<i>Alzheimer Austria</i>
Belgia	<i>Ligue Nationale Alzheimer Liga</i>
Bosnia și Herțegovina	<i>Udruženje AiR</i>
Bulgaria	<i>Alzheimer Bulgaria</i>
Croatia	<i>Alzheimer Croatia</i>
Cipru	<i>The Cyprus Alzheimer Association</i>
Republica Cehă	<i>Ceská alzheimerovská společnost</i>
Danemarca	<i>Alzheimerforeningen</i>
Finlanda	<i>Muistiliitto Minnesforbundet</i>
Franța	<i>France Alzheimer</i>
Germania	<i>Deutsche Alzheimer Gesellschaft</i>
Grecia	<i>Panhellenic Federation of Alzheimer's Disease and Related Disorders</i>
Islanda	<i>Alzheimer Iceland</i>
Irlanda	<i>Alzheimer Society of Ireland</i>
Israel	<i>EMDA - The Alzheimer's Association of Israel</i>
Italia	<i>Alzheimer Uniti Onlus</i>

Italia	<i>Federazione Alzheimer Italia</i>
Jersey	<i>Jersey Alzheimer's Association</i>
Luxemburg	<i>Association Luxembourg Alzheimer</i>
Malta	<i>Malta Dementia Society</i>
Olanda	<i>Alzheimer Nederland</i>

Sursa: <https://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Our-work>

Serviciile de sănătate mintală din întreaga lume au cunoscut și continuă să cunoască diverse reforme. Legislația privind sănătatea mintală bazată pe drepturi și modificările structurale majore au susținut dezvoltarea unui sector puternic de sănătate mintală comunitară în ultimii ani, punându-se accent pe orientarea către recuperarea pacientului. S-a dovedit de multe ori, ce-i drept, că finanțarea serviciilor de sănătate mintală nu a ținut întotdeauna pasul cu creșterea semnificativă a populației globale.

3.2. Context românesc

În țara noastră, există o lege a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, *Legea nr. 487 din 11 iulie 2002* (republicată). Alcătuită din opt capitole, această lege cuprinde diverse aspecte legate de sănătatea mintală a populației și anume¹⁰:

- promovarea și apărarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice;
- evaluarea sănătății mintale și proceduri de diagnostic al tulburărilor psihice;
- servicii medicale și de îngrijiri de sănătate mintală;
- internarea într-o unitate de psihiatrie;

¹⁰ Legea nr. 487 din 11 iulie 2002 (**republicată**) sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în Monitorul Oficial nr. 652 din 13 septembrie 2012.

- sancțiuni cu privire la nerespectarea profesioniștilor din domeniul sănătății mintale a confidențialității datelor despre persoana cu tulburări psihice;
- și finanțarea serviciilor de sănătate mintală.

Conform *Legii nr. 487 din 11 iulie 2002* (republicată), prin conceptul de *persoană cu tulburări psihice* se înțelege „persoana cu dezechilibru psihic sau insuficient dezvoltată psihic ori dependentă de substanțe psihoactive, ale cărei manifestări se încadrează în criteriile de diagnostic în vigoare pentru practica psihiatrică”, iar prin acela de *persoană cu tulburări psihice grave* se înțelege „persoana cu tulburări psihice care nu este în stare să înțeleagă semnificația și consecințele comportamentului său, astfel încât necesită ajutor psihiatric imediat”.

Un alt document important în această zonă este *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020*, care a identificat trei arii strategice prioritare:

- domeniul sănătății publice;
- sistemul de servicii de sănătate;
- și o serie de măsuri transversale.

În cadrul primei arii prioritare a Strategiei, sănătatea publică vizează, printre altele, și „reducerea poverii prin boli netransmisibile evitabile, inclusiv intervenții privind patologii cronice istoric neglijate (cancer, boli cardiovasculare, diabet, *sănătate mintală*, boli rare)”¹¹.

Având drept scop îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației, prin finanțare europeană (axa POCA), au fost demarate proiecte pe această tematică socială. Unul dintre acestea se numește „*Sănătatea mintală – prioritate pe agenda publică*”,¹² coordonat de Societatea Română de Sprijin a Vârstnicilor și a Suferinzilor cu Afecțiuni de tip Alzheimer, în parteneriat cu Asociația Habilitas. În cadrul acestui proiect, a fost elaborat un *Ghid de bune practici în dezvoltarea, implementarea și evaluarea alternativelor la politicile publice naționale*.

¹¹ Ministerul Sănătății, *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020*, p. 6.

¹² Participare profesională la una din întâlnirile de dialog social, care s-a desfășurat în data de 14 iulie a.c. la București.

Afiliată la Alzheimer Europe, Societatea Alzheimer din România a elaborat Strategia națională privind demența pentru următorii patru ani - *Planul Național de Acțiune 2020-2024*, conceput pe 7 axe:

Axa 1. Înregistrarea și clasificarea persoanelor diagnosticate cu demență în România;

Axa 2. Prevenirea, informarea și contientizarea populației privind tulburările neurodegenerative;

Axa 3. Sprijin și îngrijire pentru pacienții diagnosticați cu demență;

Axa 4. Tratarea demenței;

Axa 5. Educația formală, informală și noninformală în domeniul tulburărilor neurodegenerative;

Axa 6. Îmbunătățirea cadrului legislativ, inclusiv cu acte normative care reglementează drepturile pacienților afectați de demență și ale îngrijitorilor acestora;

Axa 7. Cercetări privind tulburările neurodegenerative.

Dincolo de cadrul legal, stigmatizarea bolii mintale este considerată un subiect extrem de sensibil în mediul social, având ca urmări minimizarea recunoașterii publice a pierderii pacienților, precum și minimizarea sprijinului oferit de obicei acestora. Așadar, bolile mintale îi aduc pacientului atât pierderi reale cum sunt cele de funcționare și abilități, cât și pierderi simbolice (pierderea speranțelor și a viselor pentru viitor).

CAPITOL IV. BOALA ALZHEIMER

4.1. Istoricul bolii

Boala Alzheimer este asociată cu o morbiditate mai mare, cu o mai mare solicitare de servicii de asistență medicală, îngrijire în ambulatoriu și spitalizare, cu o posibilitate mai mare de îngrijire specializată care duce la o creștere a cheltuielilor de sănătate.

Incidența bolilor grave și a mortalității este mai ridicată în rândul persoanelor vârstnice, deoarece sunt segmentul cel mai vulnerabil din totalul populației rezidente, trecute prin situații dificile de viață, majoritatea cu resurse limitate și, uneori, lipsite de susținere familială.

Ca și alte țări, România se confruntă cu o îmbătrânire avansată a populației. În anul 2019, numărul persoanelor de 65 și peste din România a fost de 3.597.91230 din totalul populației rezidente (19.405.156), acesta reprezentând 18,54% din totalul populației rezidente, aflat în creștere față de anul precedent, când proporția persoanelor vârstnice a fost de 18,18% (3.550.261)¹³.

Modificări ale celulelor creierului (creșterea inflamației, stresul oxidativ, instabilitatea genomică crescută, modificarea metabolismului și distrugerea homeostazei proteice¹⁴) în timpul procesului de îmbătrânire conduc la apariția tulburărilor neurodegenerative (Alzheimer, Parkinson, Huntington și scleroză laterală amiotrofică).

Dintre toate tulburările neurodegenerative, o atenție deosebită a fost acordată până acum de către specialiști maladiilor Alzheimer și Parkinson ale căror remedii sunt, în esență, necunoscute.

Înainte de anii 1800, demența a fost direct legată de moralitate și religiozitate în sensul că neurodegenerarea avea semnificația de deteriorare a persoanei în cauză și nu se referea la pierderea celulelor nervoase.¹⁵

¹³ Populația rezidentă la 1 ianuarie pe grupe de vârstă, sexe și medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe. În: Dinu, Elena-Lidia, *Efectele schimbării sociale din România asupra persoanelor vârstnice*, 2019, p. 18.

¹⁴ Daniele et al. "Brain ageing and neurodegenerative disease," p. 207.

¹⁵ Szalontay, Andreea Silvana, Chiriță, Vasile; Chiriță, Roxana, *op. cit.*, p. 9.

Cel care folosește pentru prima dată conceptul de boală Alzheimer este psihiatrul german Emil Kraepelin în cartea sa publicată în anul 1910.¹⁶ Pornind de la acest reper istoric, conceptul de boală Alzheimer ar putea fi împărțit în trei perioade din domeniul psihiatriei și medicinei:

1. Psihiatria Kraepeliană și cercetarea neuropatologică;
2. Neurofarmacologia și încercarea descoperirii unui tratament medicamentos pentru boala Alzheimer în anii 1970, 1980;
3. Genetica moleculară și tehnologia ADN-ului recombinat.

Specialiștii apreciază că boala Alzheimer nu este necesar a fi întâlnită în istoricul familial pentru ca un individ să o dezvolte la o vârstă înaintată. Deși, persoanele care au un părinte sau frate sau soră cu Alzheimer sunt mai predispuse să o dezvolte decât aceia care nu au o rudă de gradul întâi cu Alzheimer. Însă, acele persoane care au mai mult de o rudă de gradul întâi cu Alzheimer sunt predispuse la un risc și mai mare.

Deși adesea este prezentată cu comorbiditate diabetică și o gamă largă de perturbări metabolice, boala Alzheimer, în știința medicală, semnifică pierderea memoriei. Ea a fost decoperită de doctorul Alois Alzheimer, care a descris modificări specifice la nivelul creierului.¹⁷

Protagonista primului caz de demență, descris de psihiatrul și neuropatologul german Alois Alzheimer, este „o femeie de 51 de ani din Frankfurt, Aguste D., care a prezentat o deteriorare progresivă a funcțiilor cognitive, halucinații, ideeație delirantă și inadaptare psihosocială”.¹⁸ Afecțiunea de care suferea Aguste D. este descrisă astfel:

„Pacienta prezenta simptome clinice derivate din alte afecțiuni și care nu pot fi clasificate sub forma unor pattern-uri clinice cunoscute până în prezent. Caracteristicile anatomopatologice au fost de asemenea diferite de cele ale afecțiunilor cunoscute. Boala a debutat cu manifestarea unui puternic sentiment de gelozie față de soțul ei. Foarte rapid pacienta prezintă o deteriorare progresivă a memoriei... Era deorientată în timp și în spațiu. Într-o jumătate de an, Auguste a început să prezinte simptome tipice de demență presenilă, mai târziu denumită

¹⁶ *Ibidem*, p. 14.

¹⁷ Alzheimer Association. *Understanding Alzheimer's and dementia*, 2019, p. 4.

¹⁸ Szalontay, Andreea Silvana, Chiriță, Vasile; Chiriță, Roxana, *op. cit.*, p. 14.

boala Alzheimer. Statusul ei neurologic era normal. Nu a prezentat tulburări motorii, tulburări de mers sau ale utilizării membrilor superioare. Pupilele reacționau normal... După patru ani și jumătate de evoluție a bolii, pacienta a murit. Spre sfârșitul bolii, era complet apatică și ținută la pat în poziție fetală, era incontinentă și, în ciuda îngrijirilor și atenției care i s-a acordat, a prezentat escare. La autopsie a putut fi evidențiată atrofia cerebrală. Vasele cerebrale mari au prezentat modificări aterosclerotice”.¹⁹

După moartea și autopsia lui Auguste D., Alois Alzheimer a descris modificările histologice ale creierului ei care au venit ulterior să fie cunoscute sub numele de plăci amiloide.

Al doilea caz de demență pe care l-a descris Alois Alzheimer a fost reprezentat de un bărbat, Johann F., internat în spital la data de 2 decembrie 1907 și decedat la data de 3 octombrie 1910.²⁰

Aceste două cazuri au fost publicate câțiva ani mai târziu în manualul său de psihiatrie și boală aparent rară a fost numită ulterior *boala Alzheimer*.

Deși la acea vreme găsirea unei terapii eficiente în stoparea și întârzierea bolii Alzheimer la pacienți a fost și rămâne un obiectiv major, atenția sporită a clinicienilor este îndreptată astăzi asupra posibilităților clare privind prevenirea bolii, care poate fi realizată prin schimbarea modului de viață a pacientului. În acest context, studiile efectuate în zona de intervenție, axate pe factorii de risc vascular, activitatea fizică și pregătirea cognitivă, au arătat în timp rezultate promițătoare în întârzierea declinului cognitiv și acest lucru a făcut ca astăzi să se identifice cu o terapie mai bună împotriva bolii Alzheimer față de orice alt tratament medicamentos curent.

4.2. Simptomologie și medicație

Un creier sănătos conține în jur de 86 de miliarde de neuroni. Un neuron se poate conecta cu peste 10.000 alți neuroni, transmițând semnale prin 1.000 trilioane de conexiuni sinaptice. Însă, creierul, care este afectat de boala Alzheimer, pierde gradual și ireversibil din acești neuroni și sinapse.²¹

¹⁹ *Ibidem*, p. 15.

²⁰ *Ibidem*, p. 17.

²¹ Grøntvedt et al., "Alzheimer's disease", p. R645.

Declanșarea bolii Alzheimer se realizează în trei stadii (ușor/incipient, moderat și sever).²² În primul stadiu (demență ușoară), individul este independent profesional. El poate avea pierderi de memorie (uitarea cuvintelor cunoscute sau locația obiectelor de zi cu zi). Al doilea stadiu (demență moderată) poate dura mulți ani. Individul poate participa în continuare la activități zilnice, asistat de persoana ce-l îngrijește. Simptomele sunt mai accentuate în acest stadiu: individul poate confunda cuvinte, poate fi frustrat sau supărat și poate acționa în moduri neașteptate, cum ar fi refuzul de a face baie. În al treilea stadiu (demență severă), simptomele sunt severe: individul își pierde capacitatea de a purta o conversație și, în cele din urmă, de a controla mișcarea. El poate spune în continuare cuvinte sau expresii, dar comunicarea durerii devine dificilă. Pe măsură ce memoria și abilitățile cognitive continuă să se înrăutățească, pot avea loc schimbări semnificative de personalitate, iar individul are nevoie de îngrijire extinsă.

Comportamentul persoanelor cu demență este adesea inadecvat și variază de la dezorientarea temporal-spațială sau legată de o persoană (nu știu unde se află, cine sunt și de cine sunt însoțiți) la confundarea copiilor cu părinții, a asistentei sau a unui alt cadru medical cu soțul/soția.²³

În ciuda progreselor medicale, tratamentul se lasă încă așteptat și medicamentele (*Tacrine, Donepezil, Memantin, Rivastigmina, Galantamina, Metrifonate etc.*) folosite în tratarea pacienților limitează și întârzie evoluția naturală a bolii. Din nefericire, ele nu pot preveni sau vindeca boala Alzheimer.

4.3. Prevalență

Zeci de milioane de europeni sunt afectați în fiecare an de boli mintale²⁴. În anul 2019, la nivel populației Uniunii Europene, a fost estimată rata de prevalență a bolii Alzheimer²⁵ (Tabel nr. 2). Astfel, trei state europene au înregistrat cele mai

²² Alzheimer Association. Stages of Alzheimer's.

²³ Szalontay, Andreea Silvana, Chiriță, Vasile; Chiriță, Roxana, *op. cit.*, p. 55.

²⁴ OECD. Promoting mental health in Europe: Why and how?, p. 21.

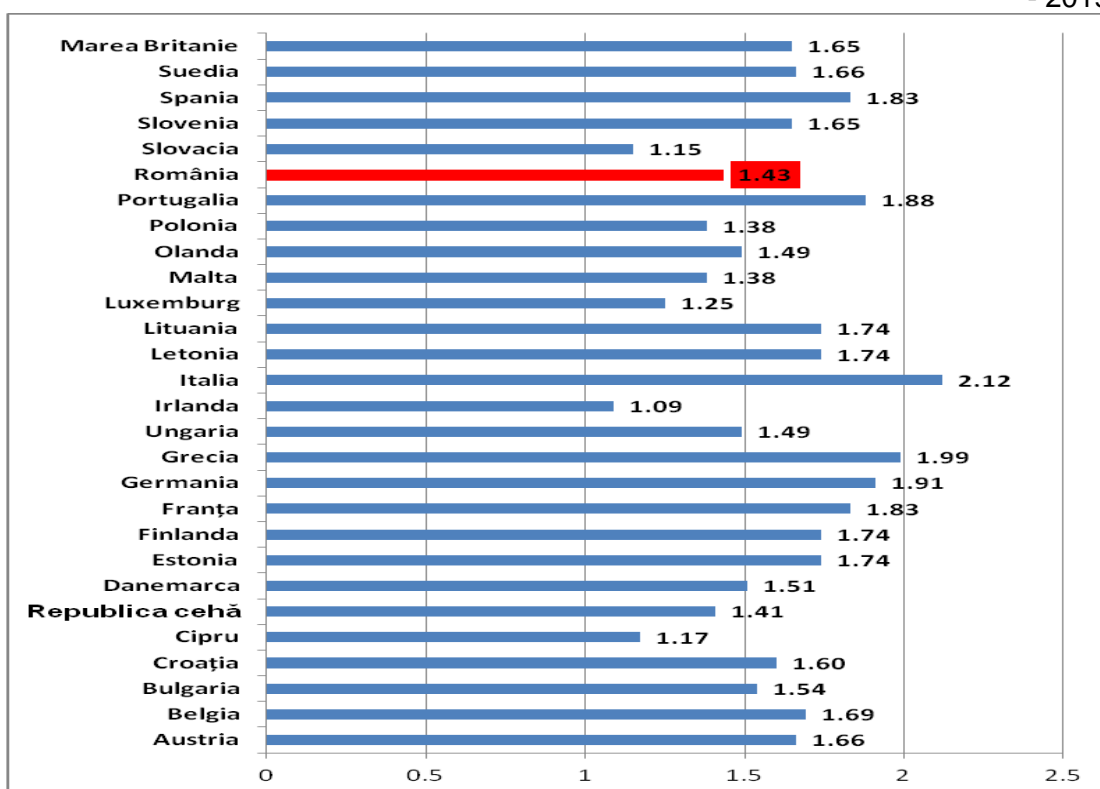
²⁵ Numărul total de cazuri (noi și vechi) de o anumită boală într-o perioadă determinată la nivelul populației.

ridicate rate de prevalență a bolii Alzheimer (Grecia - 1,99, Germania - 1,91 și Portugalia - 1,88), în timp ce Irlanda (1.09) are cea mai mică rată de prevalență.

Prezentând variații substanțiale între femei și bărbați, în următoarele tabele (nr. 2-4), putem observa că o dată cu vârsta, rata de prevalență a bolii Alzheimer este în creștere (atât la femei, cât și la bărbați), ca și nevoia de tratamente și prevenții eficiente. De asemenea, în comparație cu femeile (Tabel nr. 3), rata de prevalență a bolii Alzheimer la bărbați (Tabel nr. 4) în anul 2019 este mai mare cu fiecare grupă de vârstă înaintată.

Tabel nr. 2. Rate de prevalență a bolii Alzheimer în cele 28 de state europene

- 2019



Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din lucrarea „Dementia in Europe Yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe”, 2019, p. 12.

Tabel nr. 3. Rate de prevalență pentru demență în Europa după vârsta totală - 2019

INTERVAL DE VÂRSTĂ	PREVALENȚĂ
60-64	0, 6
65-69	1, 3
70-74	3, 3
75-79	8, 0
80-84	12, 1
85-89	21, 9
90+	40, 8

Sursa: Dementia in Europe Yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe, 2019, p. 9.

Tabel nr. 4. Rate de prevalență pentru demență în Europa după vârstă și gen - 2019

- femei-

INTERVAL DE VÂRSTĂ	PREVALENȚĂ
60–64	0, 2
65–69	1, 1
70–74	3, 1
75–79	7, 0
80–84	10, 7
85–89	16, 3
90+	29, 7

Sursa: *Dementia in Europe Yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe*, 2019, p. 9.

Tabel nr. 5. Rate de prevalență pentru demență în Europa după vârstă și gen - 2019

- bărbați-

INTERVAL DE VÂRSTĂ	PREVALENȚĂ
60–64	0, 9
65–69	1, 5
70–74	3, 4
75–79	8, 9
80–84	13, 1
85–89	24, 9
90+	44, 8

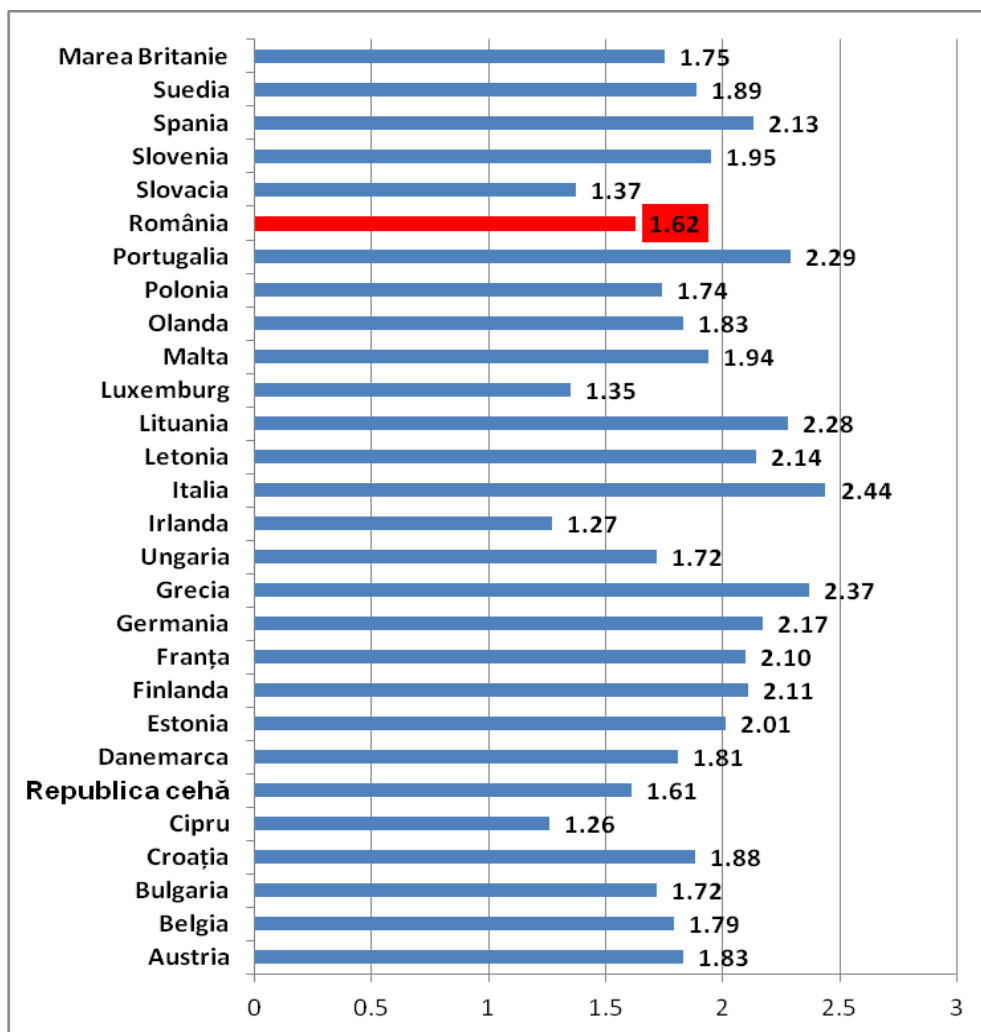
Sursa: *Dementia in Europe Yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe*, 2019, p. 9.

În ultimii ani, clinicienii au făcut diagnoze mai nuanțate pe această problematică, luând în considerare tipul de demență, dar și etapa de evoluție a bolii. Însă, o estimare fiabilă a ratelor de prevalență pe tipuri și/sau etape ale demenței în toată Europa nu a putut fi permisă, deoarece datele nu au fost raportate în mod universal și, acolo unde ele apar, nu au întrunit principiul suficienței.²⁶

Pentru Europa, specialiștii au făcut proiecții pentru anii 2025 și 2050 în legătură cu creșterea numărului de persoane care suferă de demență. În tabelele nr. 5 și nr. 6, observăm situația României, care, în anul 2025, va atinge o rată de 1,62, ce va fi aproape dublată în anul 2050 (2,56).

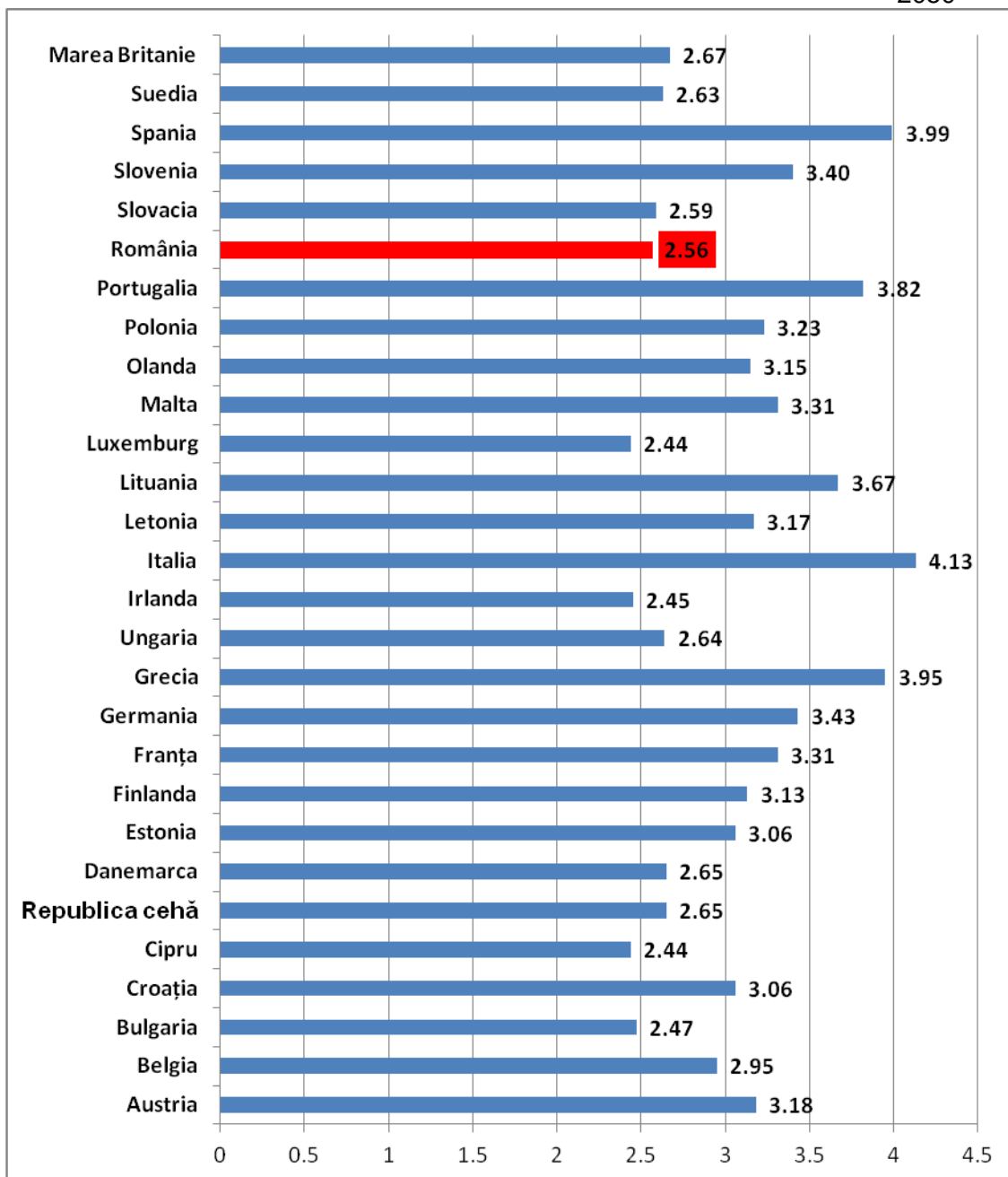
²⁶ *Dementia in Europe Yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe*, p. 8.

Tabel nr. 6. Rate de prevalență a bolii Alzheimer în cele 28 de state europene
- 2025



Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din lucrarea „Dementia in Europe Yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe”, 2019, pp. 13-14.

Tabel nr. 7. Rate de prevalență a bolii Alzheimer în cele 28 de state europene
- 2050



Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din lucrarea „*Dementia in Europe Yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe*”, 2019, p. 15.

Determinată de o multitudine de cauze, caracteristica principală în boala Alzheimer rămâne scăderea progresivă a funcției intelectuale. Diagnosticul pacientului este pus în urma analizării atente a istoricului bolii, furnizat de familie/prieteni, și a examinării fizice.

Alte caracteristici clinice, identificate în boala Alzheimer, sunt deficitul verbal/vizual, tulburările de somn, comportamentul agresiv și sindromul

extrapiramidal. Toate acestea nu fac decât să avanseze declinul cognitiv al persoanei diagnosticate.

Media persoanele vârstnice care trăiesc cu boala Alzheimer este de cca. 10.3 ani, limitele variind de la câteva luni la 21 ani. În consecință, s-a dovedit că rata supraviețuirii este redusă de condițiile patologice concomitente care apar într-un anumit moment așteptat.²⁷

²⁷ Szalontay, Andreea Silvana, Chiriță, Vasile; Chiriță, Roxana, *op. cit.*, p. 171.

CAPITOL V. BOALA PARKINSON

5.1. Istoricul bolii

După Alzheimer, Parkinson este a doua boală neurodegenerativă, care afectează, de asemenea, milioane de persoane vârstnice din întreaga lume. Această boală a fost descrisă clinic de către medicul englez James Parkinson, în anul 1817, pe baza simptomelor pe care le prezintă persoana diagnosticată (tremurături musculare, rigiditate, bradikinezie și pierderea echilibrului).²⁸

În lucrarea sa, „Un eseu despre paralizia tremurătoare”, James și-a expus observațiile făcute pe 6 cazuri în legătură cu debutul și evoluția bolii Parkinson.²⁹

Boala Parkinson determină o dezordine a creierului prin distrugerea neuronilor, ce produc dopamină, responsabilă de controlul mișcărilor și implicit a echilibrului. Apariția bolii este datorată de diverși factori cum ar fi: ambientali, neurotoxinele, neuroprotecția, virușii și loviturile la cap.³⁰

Într-un studiu recent din anul 2017³¹, cercetătorul Pegah Golabi a arătat că prevalența bolii Parkinson este mai mare la pacienții cu infecție cronică cu hepatita C față de restul populației. Diferite tipuri de tulburări mintale pot fi prezente până la 50% la pacienții cu infecție cronică cu hepatita C și cu depresie, iar la cei care prezintă anxietate în proporție de aproape 30% dintre ei. Explicația este legată de dopamina produsă prin neurotransmisie în sistemul nervos central. De asemenea, un alt rezultat al acestui studiu a fost că pacienții cu hepatita C au înregistrat, cu excepția diabetului, rate semnificativ mai mici de comorbidități comparativ cu pacienții fără hepatita C.

Spre deosebire de Alzheimer care reprezintă a patra cauză de deces astăzi în lume, boala Parkinson nu constituie cauză de deces în rândul vârstnicilor.

Pentru a preveni apariția bolilor mintale și a minimiza efectele îmbătrânirii creierului, un rol important îl au în acest proces educația sau participarea la activități despre stimulare mentală, socială și psihică. Așadar, declinul cognitiv, cum

²⁸ Bandres-Ciga et al. "Genetics of Parkinson's disease," p. 1.

²⁹ Lanska; Parkinson. Encyclopedia of the Neurological Sciences (Second Edition), p. 824.

³⁰ Răican, *Viața cu boala Parkinson: speranța nu moare niciodată*, p. 6.

³¹ Golabi et al. "The prevalence of Parkinson disease," p. 344.

este numit de specialiști, întârzie să apară și se prezervă în acest mod un stil de viață activă și la vârste mai înaintate.

5.2. Simptomologie și medicație

Boala Parkinson este o tulburare cronică, neurologic progresivă, cauzată de simptome motorii (deficiențe de mers, echilibru) și non-motorii (deteriorarea cognitivă, depresia și tulburări de somn).³²

Se știe că, spre deosebire de persoanele vârstnice sănătoase, cele diagnosticate cu Parkinson sunt mai puțin active și acest lucru se datorează severității bolii, care deteriorează condiția fizică ducând la pierderea independenței funcționale.

Cel mai frecvent simptom al bolii Parkinson întâlnit la populația geriatrică este tremurul. „Înghețarea mușchilor” reprezintă, în tabloul clinic al acestei boli, un alt semn care afectează pacienții cu fluctuații motorii.

Declanșarea acestei boli are loc în cinci stadii: perioada incipientă cuprinde stadiile I, II și III, iar cea avansată – stadiile IV și V. Astfel, o dată cu evoluția bolii Parkinson, calitatea vieții vârstnicilor se degradează semnificativ și diferite terapii (medicamente - levodopa, chirurgie, reabilitare și psihoterapie) sunt utilizate ca tratament.

Creșterea mortalității, cauzate de bolile neurodegenerative, reflectă o expunere ridicată la factori de risc și strategii inadecvate de prevenire. Prin urmare, analizând Tabelul nr. 7 pentru perioada 2014-2018, putem observa că așa-numitele tulburări neurodegenerative se află în același clasament cu alte grupe de boli. Cea mai mare valoare a bolilor neurodegenerative a fost înregistrată în anul 2014, iar cea mai mică în anul 2016.

³² Krishnamurthi et al. "ReadySteady intervention to promote physical activity", p. 1.

Tabel nr. 8. Morbiditatea spitalizată pe principalele clase de boli în România, în anii 2014-2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Boli aparat circulator	2621.3	2576.7	2539.6	2521.4	2541.1
Boli aparat respirator	2417.2	2425.1	2256.7	2219.2	2237.2
Boli aparat digestiv	1894.6	1871	1827.7	1839.1 1	1834.4
Tumori	1884.8	1798.3 1	1771.7	1771.6	1820.5
Sarcina, nașterea și lăuzia	1299.1 1	1295.8	1273.8	1285.3	1267.7
Boli aparat enitor-urinar	1076.2	1031.4	1003.5	1012.7	1013
Tulburari mentale si de comportament	1308.9	1233.1	1191.4	1194.1	1230.2

Sursa: *Raportul național al stării de sănătate a populației: 2018*, București, 2019, p. 86.

O multitudine de aspecte de patologie (tulburarea de procesare intracelulară a proteinelor la neuroinflamație, disfuncția mitocondrială, alterarea vehiculării unor neurotransmiteri în rețelele neuronale ale creierului conduc la sindromul denumit boala Parkinson.³³ Durerea la pacienții cu Parkinson este cauzată de toți acești diverși factori, iar cea mai eficientă terapie folosită de mulți ani în tratarea bolii Parkinson este levodopa.

Ca și în cazul bolii Alzheimer, nu au fost descoperite tratamente pentru stoparea sau încetinirea bolii Parkinson și de aceea pentru acelea care produc ameliorare de scurtă durată la toate cazurile de pacienți se recomandă a se reconsidera diagnosticul. Cu toate acestea, în publicațiile științifice de profil, este sugerată în mod frecvent nevoia de mai multă cercetare în această direcție.

Dacă în secolul trecut, specialiștii s-au confruntat cu diverse maladii grave (poliomelită, diverse tipuri de cancer, HIV etc.), astăzi ei recomandă cu succes planuri de intervenție privind prevenirea pentru îngrijirea și tratarea bolilor mintale.

³³ Szász, József Attila. *Boala Parkinson: aspecte clinico-terapeutice*, p. 17.

5.3. Prevalență

În anul 2016, rezultatele unui studiu, realizat de IHME³⁴, au dezvăluit faptul că 6,1 milioane reprezentau indivizi care aveau boala Parkinson la nivel global, comparativ cu cei 2,5 milioane care erau în anul 1990.³⁵ De asemenea, în anul 2016, au fost identificate 3,2 milioane persoane diagnosticate cu această boală și 211.296 decese. Astăzi, există în Europa mai mult de un milion de persoane diagnosticate cu boala Parkinson³⁶.

În ceea ce privește prevalența bolii Parkinson la populația vârstnică în toate statele europene, nu sunt disponibile oficial date statistice recente. Însă, după estimările specialiștilor în domeniu, prevalența bolii Parkinson la populația vârstnică în toate statele europene urmează a se dubla în următorii 20 de ani, ca urmare a creșterii exponențiale a numărului populației vârstnice.

³⁴ The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington.

³⁵ Christopher et al. "Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2016,".

³⁶ Parkinson's disease: causes and cures: workshop, 8 November 2018, Brussels, Belgium.

CAPITOL VI. ÎNGRIJIREA PERSOANELOR VÂRSTNICE CU DIZABILITATE PSIHICĂ

Așa cum am afirmat în introducerea acestui studiu, un impact puternic asupra sistemului social, sănătății și calității vieții l-a avut creșterea numărului de vârstnici, care a grăbit cererea pentru serviciile de asistență medicală și evaluarea costurilor.

În funcție de evoluția bolii, îngrijirea vârstnicilor implică două categorii de costuri:

➤ *directe* (medicamente, alte resurse de asistență medicală) și *cuantificabile* (îngrijirea la domiciliu, instituționalizarea, adaptările la domiciliu, transportul, costurile unui îngrijitor la domiciliu).

➤ *indirecte*, asociate cu munca neplătită, cum ar fi timpul dedicat îngrijirii pacientului de către membrii familiei, pierderea productivității pacientului și a îngrijitorului la locul de muncă.

S-a dovedit că în fazele incipiente cele mai mari costuri sunt cele indirecte, (aproximativ 70% din costul total fiind asociat cu îngrijirea informală), iar în stadiile avansate ale bolii, raportul se inversează și costurile directe (asociate cu îngrijirea instituționalizată) devin mai mari.³⁷

Studierea îmbătrânirii cognitive din perspectiva modificărilor demografice a arătat existența problemelor de memorie la persoanele vârstnice, tulburările neurodegenerative cauzând dizabilitate și dependența acestora de servicii de îngrijire de lungă durată.

Conceptul de „îngrijire de lungă durată” a fost dezvoltat și implementat și la noi în țară. El constă într-o varietate de servicii ce au ca scop gestionarea deteriorării sănătății persoanelor vârstnice.

Vârstnicii din România, în special, cei din mediul rural, preferă să trăiască ultimii ani de viață în propriile case decât să fie plasați într-o unitate de îngrijire, având astfel acces la îngrijirea informală. Pentru ei, familia constituie cel mai important suport în lupta cu aceste boli neurodegenerative. Îngrijitorii persoanelor

³⁷ Galende, A.Villarejo et al., *op. cit.*, p. 6.

cu demență sunt, de regulă, soția/soțul/unul din copii. Expoși, cu timpul, la riscuri legate de izolarea socială și depresie, aceștia se confruntă cu sentimente de pierdere, datorate lipsei timpului pentru întâlnirile cu prietenii etc.

Suferinzii de demență prezintă frecvent comorbidități (pneumonie, boala cardiacă ischemică, gastroenterită și alte boli care apar după instaurarea procesului neurodegenerativ). Pe durata bolii, majoritatea dintre aceștia necesită îngrijire permanentă fie la domiciliu, fie într-o instituție specializată.

Recunoașterea precoce a bolilor mintale și urmarea unui tratament în raport cu informarea și instruirea familiei privind modalitățile de îngrijire pe termen lung au constituit o prioritate la nivelul anilor 1992-2000. O organizație non-guvernamentală al cărei scop principal este să ajute familiile vârstnicilor în activitățile de îngrijire este *Societatea Română Alzheimer*, care a luat ființă în anul 1992 la inițiativa unor cadre de pregătire medicală, alăturându-se treptat membri de familie și persoane cu demență.³⁸

În anul 2000, *Societatea Română Alzheimer* a pus bazele primului serviciu din țară pe acest segment de activitate, numit *Centrul Memoriei – centrul pentru depistarea precoce, diagnosticul și tratamentul tulburărilor cognitive*.

Înființat în urma parteneriatului între Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” și *Societatea Română Alzheimer*, *Centrul Memoria* este inclus în organigrama pitalului, permițând accesul pacienților la specialiști cu competențe dintre cele mai diverse (psihiatrii, psihologi, neurologi și neurochirurgi).

Din cauza reducerii structurii familiei, dar și a particularității acestor patologii, tot mai multe familii din România apelează la îngrijirea instituțională (cămine de bătrâni, centre de zi pentru adulți, agenții de reabilitare) pentru persoanele vârstnice dependente. Având parte de o medicație corectă care contribuie la încetinirea evoluției bolii, speranța de viață pentru aceste persoane afectate se va menține în creștere.

Pe lângă furnizorii obișnuiți de îngrijire socială, în îngrijirea instituționalizată, este oferită din ce în ce mai mult asistența suplimentară. Abordările comunitare și

³⁸ Tudose, Scripcă, Niculescu-Dincă. *Ghid de îngrijire pentru îngrijitorii persoanelor cu tulburări neurodegenerative de tip Alzheimer*, p. 3.

de sănătate publică au inspirat atât serviciile sau intervențiile oferite de voluntari, cât și rețele comunitare și ofertele de caritate.

În domeniul sănătății din România, se simte nevoia de pachete de reforme în domeniul îngrijirilor de lungă durată care să prevadă amortizarea privind costurile economice, sociale și medicale ale pacientului, fiind cunoscut totodată faptul că, după pensionare, accesarea serviciilor medicale înregistrează anual o creștere covârșitoare.

Proiecțiile specialiștilor privind problematica sănătății mintale pentru anii care vin se arată îngrijorătoare și se urmărește din ce în ce mai mult încurajarea *îngrijirii informale*, cunoscută sub denumirea de „îngrijirea familiei”.

Întâmpinând numeroase provocări în exercitarea rolului lor, îngrijitorii informali sunt adesea femei, oferind îngrijiri soțului/soției/părinților. Potrivit estimărilor Uniunii Europene, numărul de îngrijitori informali variază între 10% și 25% din populația totală din Europa³⁹. Media variază semnificativ între țări și una dintre explicații ar ține de modul în care îngrijirea informală este definită și măsurată.

Pentru a veni în sprijinul îngrijitorilor informali ai persoanelor vârstnice dependente din România și având drept model dezvoltarea serviciilor-suport din cele cinci state europene (Republica Cehă, Olanda, Suedia, Spania și Austria)⁴⁰, au fost identificate și propuse următoarele servicii-suport și scheme de finanțare⁴¹:

- *concediu și indemnizație pentru îngrijire;*
- *concediu pentru îngrijire paliativă;*
- *concediu de îngrijire prelungit;*
- *asistent personal angajat în condițiile Legii-cadru nr. 153/2017 (similar asistenților personali ai persoanelor cu dizabilități);*
- *indemnizația pentru îngrijire de lungă durată;*
- *pensia pentru dependență severă;*
- *dreptul legal al lucrătorilor de a-și adapta programul de lucru, de a opta*

³⁹ European Commission. *Informal care in Europe: exploring formalisation, availability and quality*, p. 7.

⁴⁰ Planul sectorial de cercetare-dezvoltare al Ministerului Muncii și Justiției Sociale pentru perioada 2018 – 2020: *Îngrijirea informală în îngrijirea de lungă durată a persoanelor vârstnice – dezvoltarea de servicii-suport și scheme de finanțare*, p. 3.

⁴¹ *Ibidem*, p. 44.

pentru reducerea programului de lucru și/sau de a-și alege locul de unde le este mai ușor să-și desfășoare activitatea remunerată (telemuncă);

- *posibilitatea pensionării anticipate cu până la 2 ani înaintea împlinirii vârstei standard de pensionare, fără penalizarea cuantumului drepturilor de pensie, în scopul îngrijirii unei persoane vârstnice dependente încadrate în gradele IA, IB sau IC;*
- *concediul de îngrijire.*

Evoluțiile recente ale politicii și importanța reformei îngrijirii de lungă durată pentru sustenabilitatea sistemelor de asistență europeană rămân în continuare o prioritate în strategiile naționale europene.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Sistemul nervos central este vulnerabil la procesele patologice care duc la dezvoltarea tulburărilor neurodegenerative, ceea ce impactează puternic viața vârstnicilor și a familiilor acestora.

Pentru aceste boli neurodegenerative, s-au descoperit doar terapiile paliative, prin care nu s-a reușit a se încetini sau vindeca patologia de bază și, cu toate acestea, în anii următori, se estimează ca îmbătrânirea populației să atingă cote dramatice la nivel mondial și implicit numărul de persoane care trăiesc cu demență.

Boala Alzheimer este sărbătorită anual în întreaga lume pe data de 21 septembrie. În acest sens, sunt organizate de către diferite organizații o serie de manifestări cu scopul de a combate această boală printr-o informare cât mai sporită a populației.

Comisia Europeană a finanțat programe care au ca obiectiv îngrijirea vârstnicilor cu demență. De exemplu, Societatea Română Alzheimer a atras fonduri europene prin proiectele sale, dedicate sprijinirii pacienților și familiilor pacienților diagnosticați cu Alzheimer, dar și cu alte tipuri de demență.

Creșterea numărului de persoane care trăiesc cu demență provoacă consecințe serioase asupra sistemului medical din fiecare țară UE în termen de cheltuieli publice, alocate anual în proporție tot mai mare față de anii anteriori.

În ultima perioadă, modele de servicii de îngrijire la domiciliu fac obiectul tot mai mult al diverselor cercetări, care se adresează atât nevoilor lor, cât și ale furnizorilor de îngrijire medicală. Scopul principal al serviciilor de îngrijire la domiciliu este, după cum se știe, acela de a ajuta vârstnicii să trăiască independent în casele lor, încercând a se reduce instituționalizarea, și de a menține totodată calitatea vieții cât mai mult timp posibil.

Adesea, vârstnicii sunt privați de îngrijirea și sprijinul familiei. De asemenea, o parte dintre aceștia au venituri mici și nu pot accesa anumite oportunități de îngrijire, fiind condamnați să se confrunte cu diverse forme de sărăcie, care le afectează, prin urmare, sănătatea. În această privință, guvernele trebuie să-și asume responsabilitatea pentru măsurile de prevenție și protecția socială implementate în vederea menținerii și optimizării sănătății și bunăstării vârstnicilor.

În ultimele decenii, asistența socială s-a extins rapid și stimulează tot mai mult ocuparea forței de muncă prin crearea de noi job-uri, având în vedere faptul că există oameni dispuși să plătească mai mulți bani pentru serviciile medicale și sociale oferite.

Indiferent de cum sunt furnizate (în instituții, în comunitate sau la domiciliu), serviciile de îngrijire sunt esențiale pentru bunăstarea vârstnicilor. În prezent, cererea pentru servicii publice și private de îngrijire a vârstnicilor a crescut mult.

Plecând de la concluziile acestui studiu, propunem următoarele recomandări:

- să existe cât mai multe programe/proiecte/investiții în domeniul sănătății mintale care să pună accentul mai mult pe nevoile persoanelor vârstnice diagnosticate cu demențe în urma cărora să li se creeze planuri de acțiune personalizate;
- ar trebui să se adopte o serie de măsuri și de politici de prevenție eficientă în scopul reducerii riscului de a dezvolta o boală neurodegenerativă și a se încerca noi abordări pentru găsirea unui tratament. În această direcție agendele guvernelor statelor europene de promovare a sănătății mintale ar trebui să includă activități fizice, precum și intervenții de coeziune socială.
- factorii de decizie ar trebuie să ia în considerare o mai bună stimulare financiară pentru persoanele care îngrijesc de acești vârstnici aflați în nevoie;
- colaborarea interdisciplinară să fie mai transparentă prin organizare de simpozioane pe domeniul neuroștiinței, dar și prin sesiune de ateliere în discipline conexe, relevante pentru înlesnirea bidirecțională a ideilor și a aduce expertize noi;
- să se facă progrese vizibile în dezvoltarea politicilor de sănătate publică privind îngrijirea pe termen lung pentru a face față schimbărilor demografice și sociale cum este îmbătrânirea populației în secolul XXI.

Prin urmare, la nivel mondial, există astăzi și o proporție semnificativă a persoanelor cu demență nediagnosticată, acest fapt conducând la multiple consecințe nefavorabile de tipul imposibilitatea acordării tratamentelor și a accesării serviciilor de suport.

BIBLIOGRAFIE

A. Monografii

1. RĂICAN, Dan. *Viața cu boala Parkinson: speranța nu moare niciodată*. Deva: [s.n.], 2010, 56 p.
2. SZALONTAY, Andreea Silvana, CHIRIȚĂ, Vasile; CHIRIȚĂ, Roxana. *Boala Alzheimer: management clinico-terapeutic*. Iași: Editura Gr. T. Popa, 2005, 322 p.
3. SZÁSZ, József Attila. *Boala Parkinson: aspecte clinico-terapeutice*. Târgu-Mureș: FarmaMedia, București: Editura Etna, 2017, 144 p.
4. TUDOSE, Cătălina, SCRIPCĂ, Raluca, NICULESCU-DINCĂ, Roxana. *Ghid de îngrijire pentru îngrijitorii persoanelor cu tulburări neurodegenerative de tip Alzheimer*. București: Infomedica, 2009, 44 p.

B. Publicații științifice electronice

1. Alzheimer Association. Stages of Alzheimer's. Disponibil la adresa: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>. Accesat: 01.05.2020.
2. Alzheimer Association. *Understanding Alzheimer's and dementia*, 2019, 1-13. Disponibil la adresa: <https://www.alz.org/media/Documents/understanding-alzheimers-dementia-b.pdf>. Accesat: 08.04.2020.
3. Dementia in Europe Yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe, 2019, 1-102. Disponibil la adresa: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>. Accesat: 03.05.2020.
4. EU Health Programme 2014-2020, 1-13. Disponibil la adresa: https://ec.europa.eu/health/funding/programme/2014-2020_ro. Accesat: 21.07.2020.
5. European Commission. *Informal care in Europe: exploring formalisation, availability and quality*, 2018, 1-43. Disponibil la adresa:

- <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8106&furt herPubs=yes>. Accesat: 11.07.2020.
6. Legea nr. 487 din 11 iulie 2002 (**republicată**) sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în Monitorul Oficial nr. 652 din 13 septembrie 2012. Disponibil la adresa: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/37898>. Accesat: 19.07.2020.
 7. Ministerul Justiției și Protecției Sociale. Planul sectorial de cercetare-dezvoltare al Ministerului Muncii și Justiției Sociale pentru perioada 2018 – 2020: „Îngrijirea informală în îngrijirea de lungă durată a persoanelor vârstnice – dezvoltarea de servicii-suport și scheme de finanțare”, 1-81. Disponibil la adresa: http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMJS/Transparenta/2019/01022019_Proiect_Sectorial_Ingrijitori_Informali1.pdf. Accesat: 07.06.2020.
 8. Ministerul Sănătății, *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020: „Sănătate pentru prosperitate”*. Raport anual privind stadiul implementării: 2015. București, 2016, 1-118. Disponibil la adresa: <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Raport-Implementare-SNS-2015.pdf>. Accesat: 09.04.2020.
 9. OECD/European Union. Promoting mental health in Europe: Why and how? *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, 2018, 1-211. Disponibil la: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en. Accesat: 21.07.2020.
 10. Parkinson's disease: causes and cures: workshop, 8 November 2018, Brussels, Belgium. Disponibil la adresa: <https://ec.europa.eu/research/index.cfm?pg=events&eventcode=70814C79-B44D-8FC7-CBC94FD9083A9F41>. Accesat: 21.07.2020.
 11. *Raportul național al stării de sănătate a populației: 2018*, București, 2019, 238 p. Disponibil la: <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2014/11/SSPR-2018-final-2-1.pdf>. Accesat: 09.04.2020.
 12. Speranța de viață la 65 de ani în funcție de sex. Disponibil la adresa:

- https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tepsr_sp330&language=en. Accesat: 09.04.2020.
13. World Health Organization, 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025, 1-44. Disponibil la adresa: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/. Accesat: 24.07.2020.
 14. Araújo Boleti, Ana Paula de et al. Neuroinflammation: an overview of neurodegenerative and metabolic diseases and of biotechnological studies. *Neurochemistry International*, vol. 136, iunie 2020, 1-60. Disponibil la adresa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197018620301054>. Accesat: 30.03.2020.
 15. Bandres-Ciga, Sara et al. Genetics of Parkinson's disease: An introspection of its journey towards precision medicine. *Neurobiology of Disease*, vol. 137, 2020, 1-9. Disponibil la adresa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0969996120300577>. Accesat: 08.04.2020.
 16. Christopher J.L. Murray, Theo Vos, Emma Nichols. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 2018, 939-953. Disponibil la adresa: [10.1016/S1474-4422\(18\)30295-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30295-3). Accesat: 21.07.2020.
 17. Daniele, Simona et al. Brain ageing and neurodegenerative disease: the role of cellular waste management. *Biochemical Pharmacology*, vol. 158, 2018, 207-216. Disponibil la adresa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006295218304647>. Accesat: 24.04.2020.
 18. Dinu, Elena-Lidia. *Efectele schimbării sociale din România asupra persoanelor vârstnice*, 2019, pp. 1-29. Disponibil la: http://cnpv.ro/wp-content/uploads/2020/03/Efectele_schimbarii_sociale_din_Romania_asupra_persoanelor_varstnice.pdf. Accesat: 09.04.2020.
 19. Ferreira Marquesa, Ana Filipa Vieira da Silva; Santos Carvalho Lapa, Teresa Alexandra. Anesthesia and Alzheimer disease - current perceptions.

- Revista Brasileira de Anestesiologia*, 68(2), 2018, 174-182. Disponibil la adresa:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104001417301513>.
Accesat: 17.02.2020.
20. Galende, A. Villarejo et al. Report by the Spanish Foundation of the Brain on the social impact of Alzheimer disease and other types of dementia. *Neurologia*, 2019, 1-11. Disponibil la adresa:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173580819300926>.
Accesat: 26.04.2020.
21. Gjernes, Trude; Måseid, Per. Framing and scaffolding as relational caregiving in an institution for people living with dementia. *Journal of Aging Studies*, vol. 49, 2019, 39-45. Disponibil la adresa:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406518304559>.
Accesat: 31.03.2020.
22. Golabi, Pegah et al. The prevalence of Parkinson disease among patients with Hepatitis C Infection. *Annals of Hepatology*, vol. 16, nr. 3, 2017, 342-348. Disponibil la adresa:
<https://www.sciencedirect.com/search?q=Parkinson%27s%20disease%20prevalence>. Accesat: 31.05.2020.
23. Grøntvedt, Gøril Rolfseng et al. Alzheimer's disease. *Current Biology*, vol. 28, nr. 4, 2018, R645-R649. Disponibil la adresa:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960982218305529>.
Accesat: 01.06.2020.
24. Krishnamurthi, Narayanan et al. ReadySteady intervention to promote physical activity in older adults with Parkinson's disease: Study design and methods. *Contemporary Clinical Trials Communications*, vol. 17, 2020, 1-9. Disponibil la adresa:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451865419302765>.
Accesat: 31.05.2020.
25. Lanska, D. J., Parkinson, James. *Encyclopedia of the Neurological Sciences* (Second Edition), 2014, 1-4740. Disponibil la adresa:
<https://www.sciencedirect.com/referencework/9780123851581/encyclopedia-of-the-neurological-sciences>. Accesat: 31.05.2020.

26. Michalowsky, Bernhard et al. Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management - Results of a cluster-randomized controlled trial. *Alzheimer's and Dementia*, vol. 15, 2019, p. 1296-1308. Disponibil la adresa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1552526019301499>. Accesat: 22.04.2020.
27. Przedborski, Serge et al. Neurodegeneration: What is it and where are we? *The Journal of Clinical Investigation*, vol. 111, nr. 1, 2003, 3-10. Disponibil la adresa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC151843/>. Accesat: 05.04.2020.

C. Resurse electronice

- www.alzheimer-europe.org
- www.ec.europa.eu
- www.insp.gov.ro/sites/cnepss/
- www.mmuncii.ro
- www.sciencedirect.com