

PROCESELE NEURODEGENERATIVE LA VÂRSTNICI ÎN CADRUL ABORDĂRILOR BIOETICE

Ion BANARI, Vitalie OJOVANU,

Catedra de filosofie și bioetică,

Laboratorul de sănătate a creierului și bioetică,

IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Situația statistică vizează faptul că populația lumii este antrenată într-un proces continuu de îmbătrânire. Indicii înalți a populației vârstnice marchează un fenomen demografic comun la nivel mondial. Odată cu trecerea anilor organismul uman se confruntă cu modificări fizice, cognitive și senzoriale, scăderea autonomiei și un grad înalt de dependență de suportul celor din jur. Pe fundalul schimbărilor bio-psiho-sociale la vârstnici se intensifică și procesele neurodegenerative. Acestea sunt caracterizate printr-un ansamblu de afecțiuni progresive ale sistemului nervos central, fapt ce degenează funcția cognitivă și cea motorică. În consecință apare trecerea de la necesități „terapeutice” la cele de „îngrijire” sau ambele. Respectiva schimbare determină crearea de noi condiții în furnizarea serviciilor medicale, iar concomitent cu acestea și noi provocări etice/bioetice în realizarea actului medical. În această conjunctură de idei se propune identificarea unor subiecte bioetice, condiție ce demarează discuții în literatura de specialitate. Acest fapt presupune examinarea diverselor materiale academice, intersectând teme de bioetică și medicină în contextul afecțiunilor neurodegenerative la vârstnici. Literatura analizată a fost identificată în baze de date precum: Research4Life, PubMed, MedLine, JSTOR. În sinteză finală au fost selectate 25 lucrări științifice. Forma și conținutul articolului a fost constituit prin aplicarea preponderentă a metodelor: analitică, hermeneutică și comparativă. Totodată, subiectele bioetice abordate vizează aspecte precum: autonomia și capacitatea de decizie a vârstnicilor în contextul afecțiunilor neurodegenerative, consimțământul informat și dilemele morale privind capacitatea decizională, calitatea vieții și dificultățile de îngrijire pe termen scurt și de durată etc. Investigarea acestor subiecte înaintea sarcina de a formula o serie de premise bioetice integrate în îngrijirea medicală, întemeiate pe valorile personale, asistența familiei și sprijin interdisciplinar, pentru optimizarea cadrului terapeutic general la contingentul de vârstnici cu afecțiuni neurodegenerative.

Cuvinte-cheie: afecțiuni neurodegenerative, îngrijirea geriatrică, bioetica, persoane vârstnice.

Summary

NEURODEGENERATIVE PROCESSES IN THE ELDERLY WITHIN BIOETHICAL APPROACHES

Statistical evidence shows that the global population is steadily aging, with high proportions of elderly individuals becoming a widespread demographic reality. As people grow older, they typically face physical, cognitive, and sensory changes, a reduced level of autonomy, and greater reliance on support from those around them. Alongside these bio-psycho-social transformations, neurodegenerative conditions tend to intensify, manifesting as progressive disorders of the central nervous system that affect both cognitive and motor functions. As a result, the needs of elderly patients often shift from strictly therapeutic interventions to encompassing broader care needs—or a combination of both. This evolving situation calls for adjustments in healthcare delivery and introduces new ethical and bioethical dilemmas in clinical practice. Within this framework, identifying key bioethical questions becomes essential for guiding academic inquiry. The article explores relevant literature at the intersection of bioethics and medicine, particularly regarding the care of older adults with neurodegenerative diseases. Sources were selected from databases such as Research4Life, PubMed, MedLine, and JSTOR, with 25 scientific articles ultimately included in the final analysis. The study primarily employed analytical, hermeneutic, and comparative methods. The central bioethical themes include: the autonomy and decision-making capacity of elderly individuals living with neurodegenerative conditions, the complexities surrounding informed consent, ethical concerns related to diminished decisional competence, quality of life considerations, and the practical challenges of short- and long-term care. Addressing these issues allows for the development of ethical frameworks that integrate personal values, family involvement, and interdisciplinary collaboration—key elements in improving the therapeutic approach for this vulnerable segment of the population.

Keywords: neurodegenerative diseases, geriatric care, bioethics, elderly people.



Резюме

НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В КОНТЕКСТЕ БИОЭТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Согласно статистическим данным население мира вовлечено в непрерывный процесс старения. Высокая численность пожилого населения является распространенным демографическим явлением во всем мире. С течением времени организм человека сталкивается с физическими, когнитивными и сенсорными изменениями, снижением автономности и высокой степенью зависимости от поддержки окружающих. На фоне биопсихосоциальных изменений у пожилых людей также усиливаются нейродегенеративные процессы. Они характеризуются набором прогрессирующих нарушений центральной нервной системы, что приводит к дегенерации когнитивных и двигательных функций. Следовательно, происходит сдвиг от «терапевтических» потребностей к необходимости «ухода» или к тому и другому. Это изменение определяет создание новых условий в предоставлении медицинских услуг и в то же время генерирует новые этические/биоэтические проблемы при выполнении медицинского акта. В этом контексте идей предлагается идентифицировать некоторые биоэтические темы – условие, которое запускает дискуссии в специализированной литературе. Это предполагает изучение различных научных материалов, пересекая темы биоэтики и медицины в контексте нейродегенеративных заболеваний у пожилых людей. Анализируемая литература была идентифицирована в базах данных, как: Research4Life, PubMed, MedLine, JSTOR. В конечном синтезе было отобрано 25 научные статьи. Форма и содержание статьи были установлены преимущественным применением следующих методов: аналитического, герменевтического и сравнительного. В то же время биоэтические темы затрагивали такие аспекты, как: автономия и способность принимать решения пожилыми людьми в контексте нейродегенеративных заболеваний, информированное согласие и моральные дилеммы относительно способности принимать решения, качество жизни и трудности краткосрочного и долгосрочного ухода и т. д. Исследование этих тем продвигает задачу формулирования ряда биоэтических предпосылок, интегрированных в медицинскую помощь, основанных на личных ценностях, помощи семьи и в междисциплинарной поддержке для оптимизации общей терапевтической основы пожилому контингенту с нейродегенеративными заболеваниями.

Ключевые слова: нейродегенеративными заболеваниями, гериатрическая помощь, биоэтика, пожилые люди.

Introducere

Studiul vizează două procese ireversibile și complexe care manifestă în mod continuu schimbări privind prevalența persoanelor neurologic afectate și îngrijirea acestora. Iar abordarea bioetică se concentrează pe implicarea reperelor morale pentru toate cazurile particulare de evaluare a deciziilor terapeutice privind îngrijirea persoanelor afectate de boli neurodegenerative, și, concomitent, la acordarea îngrijirilor interdisciplinare orientate pe diminuarea suferinței și ameliorarea calității vieții. Respectiv, prin intermediul acestei incursiuni se dorește protejarea morală a persoanei vulnerabile lezată de aceste două procese (neurodegenerative și îmbătrânirea).

Aflându-se în *prima sa fază*, boala neurodegenerativă se caracterizează printr-o noțiune generică care însumează seria de afecțiuni ce lezează în principal neuronii și conexiunile neuronale. Acestea sunt boli incurabile și debilizante cu impact degenerativ progresiv prin moartea celulelor nervoase. În rezultat, cauzează probleme motorii, neurofuncționale sau tranzitorii, dereglări cognitive și senzoriale [7]. Printre principalii factori de risc ale afecțiunilor neurodegenerative este vârsta, (de exemplu: „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” [9]), însoțit de nivelul scăzut

al educației, istoricul familiei și de mutațiile genetice specifice. La fel, sunt cunoscuți și alți factori de risc ce suportă modificări, cum ar fi, boli cardiovasculare, diabet, hipertensiune, dislipidemie, istoricul de traume suferite la nivelul capului etc. care, de asemenea, favorizează apariția diverselor procese neurodegenerative [9]. Atât factorii de risc, cât și consecințele afecțiunilor neurodegenerative redeschid unele subiecte etice tradiționale practicii medicale, cum ar fi: competența și capacitatea decizională în cadrul consimțământului informat sau accesul și distribuirea resurselor și îngrijirilor medicale. Mai mult, pe fundalul acestor probleme survin noi provocări rezultate din necesitatea unei îngrijiri personalizate a pacienților.

În a doua fază, populația lumii este antrenată într-un proces continuu de îmbătrânire, creșterea procentuală a populației vârstnice reprezintă un fenomen demografic comun tuturor țărilor. Astfel, potrivit raportului mondial al OMS privind îmbătrânirea și sănătatea, discutat la reuniunea din Tübingen, Germania, pe 18 martie 2017, numărul persoanelor cu vârsta peste 60 de ani este de așteptat să se dubleze până în 2050. Iar, prognozele statistice estimează că persoanele de peste 65 ani tinde să reprezinte în secolul XXI, un sfert din populație. Mai mult, la începutul anului 2022, circa 771 milioane de persoane la nivel mondial aveau vârsta de 65 ani și peste. În Republica Moldova în ultimii cinci ani a crescut cel mai mult ponderea vârstnicilor

din grupul de 70-74 de ani – cu 8,4 p.p. (de la 12,3%, la începutul anului 2018, până la 20,7% la începutul anului 2022) [18].

Realitatea statistică în contextul proceselor investigate atrage atenția asupra unor schimbări sociale cu provocări fără precedent, atât pentru îngrijirile sociale, cât și pentru sistemul medical. Faptul că înaintarea în vârstă este un factor de risc predominant în apariția bolilor neurodegenerative, dar, prognozele statistice estimează că persoanele de peste 65 ani tinde să reprezinte în secolul XXI un sfert din populație, este un semnal de alarmă cu privire la asigurarea echitabilă și nediscriminatorie privind creșterea numărului de pacienți cu boli neurodegenerative. Totodată, promovarea politicilor de sănătate preventive devine un imperativ socio-moral de excelență prin care se urmărește pregătirea cadrelor medicale de a gestiona problemele morale ce pot surveni în contextul îngrijirilor persoanelor cu afecțiuni degenerative. Mai mult, se constituie pe parcursul acordării serviciilor medicale o trecere de la necesități „terapeutice” la cele de „îngrijire” sau îmbinate, specifice afecțiunilor neurodegenerative. Aceasta, la rândul său, cere crearea de noi condiții în furnizarea asistenței medicale și în ameliorarea calității vieții persoanelor în vârstă.

Îngrijirea vârstnicilor implică atât atitudini, cât și experiență, adică conține o interacțiune dinamică între persoana care îngrijește și persoana îngrijită. Calitatea vieții persoanelor în vârstă afectată de de procese degenerative este strâns legată și de resursele, capacitatea și dorința asistenței medicale, a celei sociale și a rudelor de a acționa ca îngrijitori pentru perioade îndelungate sau chiar scurte. Cei din urmă, adică rudele, în multe cazuri nu sunt disponibili, fie din cauza migrației, fie din cauza natalității în descreștere, are deja alte sarcini atunci când se oferă îngrijire și din motive personale tinde să-și reducă sprijinul pe măsură ce severitatea și durata bolii crește [3; 18].

Provocările sumar nominalizate, dar și necesitățile socio-morale evidente, determină studierea literaturii de specialitate pentru a evalua experiențe în acest sens și a crea un tablou descriptiv al subiectelor bioetice ce necesită abordare și potențial pot îmbunătăți capacitățile profesionale de natură etică cu privire la gestionarea morală și individualizată a subiecților în cazul bolilor neurodegenerative la vârstnici.

Scopul studiului este de a configura un tablou descriptiv al subiectelor bioetice în contextul afecțiunilor neurodegenerative la vârstnici pentru a identifica repere etice privind acordarea îngrijirilor medicale personalizate pacientului vârstnic cu boală neurodegenerativă.

Materiale și metode

Cercetarea cuprinde o sinteză a diverselor lucrări științifice care abordează probleme de etică/bioetică în contextul proceselor neurodegenerative la vârstnici, identificate în baze de date precum: Research4Life, PubMed, MedLine și JSTOR. Au fost analizate 98 de materiale științifice, iar în sinteza finală au fost incluse 25 de surse bibliografice. Criteriile de includere a literaturii în abordare a implicat: 1) lucrări care tratează subiecte și valori de etică aplicată în sănătate și biomedicină [4; 5; 15; 16; 19]; 2) rapoarte, analiza unor studii de caz și cercetări empirice care reflectă provocările actuale în contextul gerontologiei și afecțiunilor neurodegenerative [1; 3; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 16; 17; 18]; 3) articole și lucrări de specialitate ce abordează subiecte etice/bioetice care fac referire la particularitățile morale în contextul proceselor neurodegenerative la vârstnici, respectiv, în mod prioritar au fost selectate studii care tratează teme cum ar fi: autonomia pacientului și acordul informat, deciziile morale privind complexitatea afecțiunilor degenerative la vârstnici, accesul și distribuția resurselor medicale, dileme morale în cadrul îngrijirilor pe termen lung a pacienților vârstnici cu afecțiuni neurodegenerative [1; 2; 6; 10; 11; 13; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25]. Au fost aplicate metodele analitică, comparativă și hermeneutică.

Rezultate și discuții

Context general socio-medical și bioetic. În domeniul medical, termenul „neurodegenerare” semnifică condiția patologică ce afectează, în primul rând, neuronii. Procesul neurodegenerativ poate afecta la debut diferite zone ale creierului, făcând ca tulburările instalate să difere din punct de vedere simptomatic. Literatura medicală relatează că acestea se manifestă clinic mai frecvent prin declinul cognitiv, progresând până la demență și prin tulburări de mișcare. Mai mult, cele mai des întâlnite afecțiuni neurodegenerative sunt: Alzheimerul, boala Parkinson, boala Huntington și Scleroza Multiplă [7]. Astfel, expuse riscului de a dezvolta oricând afecțiuni neurodegenerative, vârstnicii devin „povară” pentru familiile lor, dar și pentru echipa medicală. Această observație atrage atenția asupra faptului că „povara” își are originea dintr-o realitate morală cu impact asupra calității vieții pacientului vârstnic afectat de un proces neurodegenerativ. În literatura de specialitate natura acestei remarci ce deschide posibilitatea unei analize etice/bioetice mai speciale, inspirată din realitatea contemporană la doi poli și percepute, deseori ca fiind opuse. Însă, una fără alta nu poate fi, pe de o parte este persoana umană, iar pe de alta, instituția socială. Astfel, o instituție socială (din orice sferă) este formată din persoane. Mai mult, instituțiile își întemeiază activitatea în ambianța cerințelor morale. Atunci poate să



apară întrebarea: cum vor respecta prevederile morale persoanele cu manifestări imorale și amorale? În context analogic se poate parafraza întrebarea și pentru factorii de decizie/personalul asistența socială, dar și cea medicală a vârstnicilor sau pentru echipa medicală care îngrijește pacientul geriatric, respectiv, instituțiile geriatrice. Putem constata că îngrijirea calitativă a persoanelor în etate debutează prin interesul și înțelesul moral pe care îl dă îngrijitorii față de cei pe care îi îngrijesc. Însă îmbunătățirea calității vieții este dependentă de ameliorarea morală a celui îngrijit în raport cu cel care îngrijește [18, p. 84-85]. Valentin Mureșan, referindu-se la subiectele de etică aplicată, constata: „Ceea ce e îngrijorător în lumea de azi e că există o enormă tentație de a lua în derâdere asemenea angajamente civice și programe publice de perfecționare morală” [22, p. 9]. Există o legătură reală între caracterul moral al unei persoane și bunul mers al lucrului unei societăți, instituție socială și o activitate profesională. Cei responsabili de strategiile de dezvoltare a societății pare să nu vadă o asemenea legătură, dacă ne ghidăm după atitudinea generală față de problemele moralei ale societății, de parcă nu va veni perioada când va cădea pradă propriei indiferențe sau ignoranțe în timp. Azi tot mai mult se vorbește de regulamente juridice, drepturi ale omului, trăim într-o lume a declarării respectului autonomiei și demnității omului, dar nu a practicării acestora, se discută de virtuți, dar nu de manifestarea virtuților. Iar realitatea conștiinței sociale ne menține în limitele primitive ale concepției după care singurul criteriu de performanță „demn de respect” e profitul, iar acțiunile constituite în temeiul valorilor morale nu au pondere, decât doar declarativ. Omul contemporan își face o iluzie dacă crede că etica poate fi redusă la respectarea improvizată a legilor și a regulamentelor. Cu alte cuvinte, conștiința morală e înlocuită cu o conștiință juridică, unde este focalizată preponderent pe organele de ocrotire a normelor de drept, pe prinderea post factum a infractorilor, a celor care comit greșeli profesionale și de parcă abia așteptăm să găsim pe cineva pentru a putea discuta cum de a îndrăznit să facă, pe când tehnicile de prevenire a comportamentelor neetice nu sunt practicate [22, p. 10]. Ideea prevenirii comportamentelor cu distorsionări morale cere o conștiință morală, o judecată morală și un caracter moral. Iar acestea nu pot fi obținute limitând activitatea specialistului în etică la elaborarea codurilor morale și deontologice sau la rapoarte finale unde se arată cât de mult se încalcă acestea, arătând mai degrabă un iz de moralism față de cei în actul de îngrijire [18, p. 84-85].

Dincolo de această incursiune, incidența și prevalența proceselor neurologice degenerative crește în mod exponențial odată cu înaintarea individului în vârstă, analizele statistice arătând că acestea reprezintă una din principalele cauze ale dezabilității și dependen-

ței, favorizând morbiditatea în rândul acestui segment de populație. Încă din anul 1994, Organizația Mondială a Sănătății, de exemplu, a definit declinul cognitiv și demența ca fiind tulburări neurobiologice care limitează abilitățile și comportamentele persoanelor afectate și conduc în mod progresiv la probleme cognitive și comportamentale. Atunci au fost identificate la nivel mondial mai mult de 47 de milioane de persoane vârstnice cu demență și se prognoza că, în anul 2030, acest număr să ajungă la 75 de milioane. Sub aspect socio-economic pentru unele țări europene, actualmente, nu este o problemă să susțină domeniul sănătății și să răspundă cererilor de îngrijire instituțională pentru populația vârstnică. Marea majoritate a reușit să adopte modele sociale de bunăstare în ceea ce privește îngrijirea persoanelor vârstnice diagnosticate cu demență, iar serviciile de îngrijire au ajuns să adopte diverse forme și să implementeze instituțional diverse centre de la îngrijirea la domiciliu, locuințe protejate, la aziluri. Însă pentru unele state este o adevărată provocare, pornind de la crizele din sănătate și finalizând cu diverse abuzuri în îngrijirea bătrânilor [9]. 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 membrilor în somn) care, pe lângă faptul că afectează în mare măsură calitatea vieții, accelerează în mod cert și evoluția bolii. Cu părere de rău, bolile neurodegenerative sunt afecțiuni incurabile, iar tratamentul ajută doar la ameliorarea unor simptome fizice sau mintale, conducând la o progresie mai lentă, respectiv, la moment nu exista un protocol de tratament care să prevadă stoparea degenerării celulelor nervoase. Mai mult de cât atât, terapiile farmacologice pentru tratarea acestor tulburări s-au dovedit a avea eficacitate limitată și pot avea efecte adverse severe (hipotensiune, amețeli și căderi) [9]. Particularitățile enumerate condiționează analiza orientată către caracterul subtil al vulnerabilității vârstnicilor cu afecțiuni neurodegenerative.

Vulnerabilitatea vârstnicilor cu afecțiuni neurodegenerative. În general, bătrânii sunt acei care trăiesc finitudinea, dependența de alții sau „apusul” autonomiei și experimentează „deteriorarea corpului”. Jan Baars consemnează gândul că a fi bătrân înseamnă în primul rând a experimenta mai intens starea de finitudine umană din cauza unei „conexiuni mai strânse cu propria noastră mortalitate” [2] și temporalitate somatică. Literatura de specialitate atribuie respectivele relații unei vulnerabilități existențiale ale condiției umane. Ființa omului, în măsura devenirii sale, intră în dialog cu aproapele (familie, rudă, relații sociale) spațiu unde se creează o serie de situații. Acestea scoate în evidență diferite forme de inechitate în aspect social, economic și politic, ceea ce îi face pe bătrâni mai vulnerabili în com-

parație cu alții. Aici contextul analizat se prezintă a fi către condițiile de vulnerabilitate situațională [3, p. 91-92; 18, p. 85]. Cercetate în esență, atât condițiile existențiale umane, cât și condițiile situaționale care îi fac pe vârstnici vulnerabili, scoate în relief dimensiunile stărilor fizice, afective și cognitive care le pune în pericol sau lezează relațiile, autonomia și calitatea vieții. Abordarea și evaluarea permanentă a acestor subiecte devine o necesitate mai ales când ne referim la forma și natura îngrijirilor celor bătrâni, respectiv și la procesul decizional în asistarea biopsihosocială [3, p. 92; 18, p. 85].

Contextul socio-medical relevă o serie de subiecte etice des întâlnite în practica clinică privind îngrijirea pacienților vârstnici cu afecțiuni neurodegenerative și anume: problema evaluării competenței pacienților de a da consimțământul la tratament (pentru a respecta autonomia acestuia); problema accesului și distribuția echitabilă a serviciilor medicale; decizie corectă în situații de dileme morale etc.

Autonomia, competența și capacitatea pacienților de a da consimțământul la tratament în contextul afecțiunilor neurodegenerative. Majoritatea lucrărilor subliniază faptul că medicii sunt obligați prin lege și de etică medicală să obțină consimțământul informat al pacienților înainte de a iniția tratamentul și îngrijirea. La fel, declinul cognitiv în progresie până la demență afectează capacitatea de a înțelege și evalua opțiunile medicale oferite în cadrul asistenței multidisciplinare. Mai mult, acordul informat valabil se fundamentează pe informarea adecvată a pacientului competent, caz care ar fi plauzibil pentru o alegere voluntară. Atunci când pacienții nu au competența de a lua o decizie adecvată cu privire la tratament, e necesar de identificat subiecți potriviți pentru o decizie corespunzătoare. Prin urmare, determinarea competenței pacienților este esențială pentru a găsi un echilibru adecvat între respectarea autonomiei pacienților capabili să ia decizii informate și protejarea celor cu deficiențe neurodegenerative [1; 21]. Totodată, studiile arată că dezbaterile etice și juridice se axează pe standardizarea procesului de evaluare a capacității decizionale în contextul disfuncțiilor cognitive și reevaluarea periodică, mai ales, în cazul demenței survenite, de exemplu, drept rezultat al bolii Alzheimer. Pe lângă aceasta, se insistă și asupra implementării „directivei în avans”, în situațiile preventive, dar acestea sunt ocazionale sau rar aplicate [1; 14; 21; 23; 24]. Discuțiile sunt direcționate spre două acțiuni: 1) formarea unui instrument de evaluare a competenței decizionale, pentru a evita abuzurile în instituțiile medicale și 2) instruirea echipei medicale privind aplicarea acestora [1; 6; 11].

Constituirea unui instrument de evaluare a competenței decizionale denotă necesitatea unui status juridic, fapt ce ar trebui stabilit de către o instanță judecătorească. Însă, a recurge la o revizuire judiciară,

pentru fiecare caz de suspiciune a afectării capacității decizionale, ar duce la confuzii atât în sistemul medical, cât și în cel de drept. Astfel, literatura de specialitate face distincții între noțiunile „competență” și „capacitate”, care pot fi utilizate interschimbabil. Particularitățile acestor noțiuni adesea se referă la faptul că competența pacientului se stabilește prin hotărârile judecătorești, iar capacitatea la cele clinice – nu se reflectă în mod constant nici în uzul juridic, nici în cel medical. În majoritatea situațiilor există motive întemeiate pentru a continua practica tradițională de a-i condiționa pe medici să determine capacitatea pacienților și să decidă când să solicite consimțământul. Într-adevăr, reglementările privind directivele anticipate pentru tratamentul medical stipulează, în general, o constatare medicală a incapacității ca factor declanșator pentru activarea acestor prevederi. În plus, deoarece consimțământul obținut de la un pacient incompetent este invalid, medicii care nu obțin o decizie substituită pot fi supuși unor acuzații de tratare a persoanei fără consimțământul informat. Pacienții cu boala Alzheimer și a altor afecțiuni ce duc la demență au rate ridicate de incompetență în ceea ce privește deciziile privitor la tratamentul și îngrijirii lor. Mai mult de jumătate dintre pacienții cu demență ușoară până la cea moderată pot avea deficiențe cognitive, iar o incompetență constantă este universală în rândul pacienților cu demență mai severă [1; 12; 13; 21; 24].

Sursele bibliografice descriu o observație esențială: deși, în pofida importanței evaluării competenței pacienților de către medici și a incidenței mari a capacității afectate în rândul pacienților, datele sugerează faptul că performanța evaluărilor capacității este adesea suboptimă [1; 10]. Medicii pot să nu observe incapacitatea unui pacient de a lua decizii, iar când se suspectează incapacitatea există riscul ca medicii să nu știe ce standard să fie aplicat și, prin urmare, evaluările medicilor pot omite menționarea criteriilor relevante sau pot să nu le aplice în mod specific conform deciziilor privind tratamentul. Mai mult de cât atât, atribuirea unui mod de diagnosticare poate fi confundată cu determinarea capacității (de exemplu, un diagnostic de demență sau de tulburare psihotică poate fi presupus în mod incorect că indică incompetența) [1].

Efortul de a standardiza și, prin urmare, cel de creștere a fiabilității și validității evaluărilor competențelor reprezintă un subiect abordat de mulți ani. Aici au fost dezvoltate mai multe instrumente de evaluare. Cel mai utilizat dintre aceste instrumente este *instrumentul de evaluare a competențelor pentru tratament* a lui MacArthur, un interviu structurat, care, spre deosebire de multe alte instrumente, încorporează informații specifice ce oferă o imagine privind competența. Administrarea și evaluarea testului MacArthur durează aproximativ 20 de minute, presupunând că persoana



care administrează și acordă scorul are experiență cu formatul și criteriile de notare. Având în vedere timpul suplimentar asociat utilizării instrumentelor de evaluare, acestea par a avea o valoare deosebită atunci când evaluarea este dificilă, sau când este un caz care trebuie să fie soluționat în instanță, unde disponibilitatea datelor sistematice colectate într-un format standard poate fi utilă unei persoane care nu este specializată în investigarea faptelor din domeniul medical. Cu toate acestea, chiar dacă nu se generează scoruri, utilizarea unui instrument structurat poate facilita ghidarea procesului de evaluare clinică [1; 14; 21].

Un alt instrument, des aplicat de către specialiștii din sănătate pentru evaluarea competențelor în tratament, este testul *MoCA* (*Montreal Cognitive Assessment*) [16]. Testul *MoCA* este un instrument rapid de screening pentru disfuncția cognitivă ușoară și pentru stadiile incipiente în demența Alzheimer. *MoCA* este validat pe o populație cu vârste cuprinse între 49 și 85+ de ani, ce poate fi aplicat într-o gamă extinsă de afecțiuni ce implică deteriorarea cognitivă: Huntington, scleroza multiplă, boala Parkinson, AVC etc. Acesta poate fi folosit într-un context simptomatic larg: de la disfuncție cognitivă ușoară, până la tulburări cognitive avansate, pe o populație extinsă, indiferent de influențele culturale și nivelul de educație. Fiind un test dependent de limbaj, nu poate fi aplicat pacienților cu tulburări de limbaj sau de comprehensiune majore. Pentru screeningul disfuncției cognitive ușoare, testul *MoCA* are o mai mare relevanță, comparativ cu testul *Mini-Mental State Examination*, pacienților cu un nivel de școlarizare mai inferior poate fi recomandat testul *MMSE*, mai puțin frustrant [16; 21; 24].

O altă formă standardizată de a evalua competența și capacitatea pacienților de a da consimțământul la tratament, în contextul afecțiunilor neurodegenerative, sunt criteriile etice și juridice susținute de Paul S. Appelbaum privind capacitatea decizională și modul de abordare ale evaluării pacientului (tabelul 1). Autorul propune patru criterii de evaluare întitulate: 1) comunică o alegere; 2) înțelege informațiile relevante; 3) apreciază situația și consecințele acesteia; 4) raționează asupra opțiunilor de tratament. La fiecare criteriu sunt atribuite sarcini pacientului, iar medicului îi sunt atribuite modalități concrete de abordare a evaluării, exemplificate prin întrebări practice [1].

În pofida faptului, că în recunoașterea generală a criteriilor pentru capacitatea decizională, există o divergență de opinii cu privire la criteriile, ce ar trebui să fie incluse, și modul în care acestea necesită aplicarea. Deși dezvoltarea instrumentelor de evaluare a sporit fiabilitatea procesului de evaluare, diversitatea acestora diferă în privința identificării pacienților cu deficiențe, ridicând întrebări cu privire la identificarea celor

mai valide abordări. La moment, nu există un standard potrivit în raport cu necesitățile aprecierii determinărilor clinice, însă se dezvoltă modele sofisticate de judecată a experților. În prezent, nu există ghiduri practice oficiale din partea societăților profesionale cu privire la evaluarea capacității unui pacient cu afecțiuni neurodegenerative de a consimți tratamentul. Cunoașterea și analiza unei configurații de instrumente oferă perspective adecvate în optimizarea cadrului terapeutic general privind contingentul de vârstnici cu afecțiuni neurodegenerative.

Principiul echității în contextul abordării vârstnicilor cu boli neurodegenerative. În literatura de specialitate subiectul accesului și la o distribuție echitabilă a serviciilor și îngrijirilor medicale privind persoanele în etate cu afecțiuni neurodegenerative au fost identificate preponderent următoarele aspecte: 1. Prezența unei asocieri dintre starea socio-economică și mortalitatea cauzată de boli neurodegenerative. Pacienții cu un nivel mai scăzut de educație și venituri au rate sporite de mortalitate cauzate de bolile neurologice degenerative. Această situație se explică prin acces limitat la un diagnostic preventiv, respectiv și depistarea tardivă, precum și lipsa resurselor pentru îngrijiri calitative [8]. 2. În statele cu indice socio-economic și demografic scăzut se întâlnesc dificultăți medicale pentru prevenție, diagnostic și tratament [25]. 3. Prin diagnosticul precoce al bolilor neurodegenerative în țările cu indice socio-economic și demografic scăzut, pot surveni o serie de dileme etice. Stabilirea timpurie diagnosticului facilitează intervenții mai eficiente, pe de o parte, iar, pe de altă parte, poate determina forme de discriminare și stigmatizare, mai ales în absența unor tratamente corespunzătoare. În acest context este important ca deciziile privind diagnosticul și comunicarea acestuia să respecte autonomia pacientului și să fie însoțite de consiliere adecvată [8; 25].

Abordarea problemelor cu privire la evaluarea competenței pacienților de a da consimțământul la tratament, sau decizia corectă în situații de dileme morale (pentru a respecta autonomia acestuia) sau accesul și distribuția echitabilă a serviciilor medicale (pentru a respecta principiul echității în practica clinică), implică o redeschidere a dezbaterilor etice, prin care se caută fundamentarea metodologică a sistemului valoric medical și redimensionarea implicațiilor valorice în sfera biomedicală și socio-juridică, unde să se regăsească valorile esențiale ale medicinei din perspectiva relațiilor actuale [4; 17; 22]. Totodată, deciziile morale privind procesele neurodegenerative la vârstnici incită dezbateri bazate pe valori morale, unde ierarhia acestora să se realizeze în corespundere cu nevoile individuale ale pacienților printr-o verificare riguroasă a procesului decizional [4; 15; 22].

Concluzii

Investigarea procesele neurodegenerative la vârstnici în cadrul abordărilor etice înaintează sarcina de a formula o serie de premise bioetice integrate în îngrijirea medicală, întemeiate pe valorile personale, asistența familiei și sprijin interdisciplinar, pentru optimizarea cadrului terapeutic general la contingentul de vârstnici cu afecțiuni neurodegenerative. La fel, complexitatea etico-medicală a îngrijirii vârstnicilor cu afecțiuni neurodegenerative necesită o abordare centrată pe pacient, menită să echilibreze principiile autonomiei, binefacerii, non-dăunării și echității. Declinul cognitiv progresiv pune sub semnul întrebării capacitatea decizională a pacientului, ceea ce impune o reevaluare constantă a modului în care sunt respectate drepturile sale fundamentale în context medical.

Totodată, literatura de specialitate subliniază importanța evaluării riguroase și individualizate a competen-

ței și capacității de decizie pentru a evita atât paternalismul medical excesiv, cât și „eclipsarea” responsabilității etice. Instrumentele de evaluare cognitivă, integrate într-un cadru etic bine conturat, facilitează decizii terapeutice echilibrate, respectând atât demnitatea pacientului, cât și nevoile sale medicale reale.

Mai mult, familia și îngrijitorii joacă un rol decisiv în procesul decizional, însă implicarea acestora trebuie mediată prin suportul principiilor etice pentru evitarea conflictelor de interes sau deciziile motivate prin presiuni externe. Responsabilitatea partajată trebuie susținută prin consiliere etică și implicarea echipelor multidisciplinare. Este necesară o consolidare a cadrului legislativ și a formării bioetice a personalului medical pentru a răspunde adecvat provocărilor specifice bolilor neurodegenerative. O abordare bioetică potrivită asigură o îngrijire demnă și responsabilă, adaptată vulnerabilităților specifice vârstnicilor cu afecțiuni neurologice degenerative.

Tabelul 1. Criterii relevante din punct de vedere etic și juridic pentru evaluarea capacității decizionale și modalități de abordare a pacientului, după Paul S. Appelbaum [1].

Criteriul	Sarcina pacientului	Abordarea medicului privind evaluarea	Întrebări pentru evaluarea clinică	Comentarii
Comunică o alegere	Să indice clar opțiunea de tratament preferată	Întreabă pacientul care este opțiunea sa de tratament	Ai decis dacă urmezi recomandarea medicului pentru tratament? Ne poți spune care este decizia ta? (Dacă nu ai decis) Ce te împiedică să iei o decizie?	Schimbările frecvente de alegere cauzate de afecțiuni psihiatrice sau neurologice pot indica lipsa capacității
Înțelege informațiile relevante	Să înțeleagă sensul fundamental al informației transmise de medic	Încurajează pacientul să parafrazeze informațiile medicale primite	Spune-mi, te rog, cu cuvintele tale, ce ți-a spus medicul despre: problema de sănătate pe care o ai acum; tratamentul recomandat; posibilele beneficii și riscuri (sau disconforturi) ale tratamentului; orice alte tratamente alternative și riscurile/beneficiile lor; riscurile și beneficiile în cazul în care nu urmezi niciun tratament.	Informațiile care trebuie înțelese includ natura afecțiunii pacientului, natura și scopul tratamentului propus, beneficiile și riscurile posibile, precum și abordările alternative (inclusiv lipsa tratamentului) și riscurile/beneficiile acestora
Apreciază situația și consecințele acesteia	Să recunoască afecțiunea medicală și consecințele probabile ale opțiunilor de tratament	Întreabă pacientul cum percepe problema sa medicală, tratamentul propus și rezultatele probabile	Ce crezi că este în neregulă cu sănătatea ta acum? Crezi că ai nevoie de un tratament? Ce crezi că va face tratamentul pentru tine? De ce crezi că va avea acel efect? Ce crezi că se va întâmpla dacă nu faci tratamentul? De ce crezi că medicul ți-a recomandat acest tratament?	Instanțele au recunoscut că pacienții care nu își recunosc boala (cunoscută adesea ca „lipsă de conștientizare”) nu pot lua decizii valide privind tratamentul. Deluziile sau nivelurile patologice de distorsiune sau negare sunt cele mai frecvente cauze de afectare
Răționează asupra opțiunilor de tratament	Să se angajeze într-un proces rațional de analizare a informațiilor relevante	Întreabă pacientul să compare opțiunile de tratament și consecințele acestora și să ofere motive pentru alegerea făcută	Cum ai decis să accepți sau să refuzi tratamentul recomandat? De ce crezi că [opțiunea aleasă] este mai bună decât [opțiunea alternativă]?	Acest criteriu se concentrează pe procesul prin care se ajunge la o decizie, nu pe rezultatul alegerii pacientului, deoarece pacienții au dreptul de a face alegeri „nerezonabile”



Bibliografie

1. Appelbaum P. S. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. In: *The New England Journal of Medicine*. 2007, vol. 357, pp. 1834-1840. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>.
2. Baars J. A deepening involvement in life with others. Towards a philosophy of aging. In: *Res Ageing Social Policy*, 2013, No1(1), pp.6-26. Doi: 10.4471/rasp.2013.01; Aging: learning to live a finite life. In: *Gerontologist*, 2017, No 57(5), pp.969-976. Doi: 10.1093/geront/gnw089.
3. Banari I. Abordarea bioetică a vulnerabilității persoanelor în vârstă. În: *Materialele Conferinței Științifice Internaționale «Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare»*. Ediția a 6-a, Chișinău, Moldova, 6-7 octombrie 2023. Chișinău: Print-Caro, 2023, pp. 89-102. ISBN 978-9975-82-334-0.
4. Banari I. Îndrumări metodice la Bioetică. Chișinău: Print-Caro, 2022. 286p. ISBN: 978-9975-164-21-4.
5. Beauchamp T.L, Childress J.F. Principles of biomedical ethics. Eighth Edition. New York and Oxford: Oxford University Press, 2019. 512 p. ISBN: 9780190640873.
6. Berlinger N., Medeiros K., Girling L. Bioethics and Gerontology: The Value of Thinking Together. In: *The Gerontologist*. 2022, vol. 62, issue 8, pp. 1097-1103. Doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnab186>.
7. Ce este boala neurodegenerativă? In: *The EU Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (JPND)*. Disponibil: <https://neurodegenerationresearch.eu/ro/ce-este-o-boala-neurodegenerativa/> (accesat : 15 mai 2025).
8. Dinneweth J., Gadeyne S. Socioeconomic disparities in neurodegenerative disease mortality: a population-based study among Belgian men and women aged 65 or older. In: *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2024. Doi: <https://doi.org/10.1177/00469580241237113>. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00469580241237113> (accesat : 15 mai 2025).
9. Dinu E.-L. Principalele boli neurodegenerative care afectează persoanele vârstnice. Disponibil: https://cnoppv.ro/wp-content/uploads/2021/02/Principalele-boli-neurodegenerative-care-afecteaza-persoanele-varstnice-august-2020_LidiaD.pdf (accesat: 15 mai 2025).
10. Ethical issues of neurotechnology: report, adopted in December 2021. 2022, 93p. Doi: <https://doi.org/10.54678/QNKB6229>.
11. Karlawish J. Addressing the ethical, policy, and social challenges of preclinical Alzheimer disease. In: *Neurology*. 2011, vol. 11, issue 77(15), pp. 1487-1493. Doi: <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318232ac1a>.
12. Klein E., Karlawish J. Ethical issues in the neurology of aging and cognitive decline. In: *Handbook of Clinical Neurology*. 2013, vol. 118, pp. 233-242. Doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53501-6.00020-2>.
13. Gilbert T., Bosquet A., Thomas-Antérion C., et al. Assessing capacity to consent for research in cognitively impaired older patients. In: *Clinical Interventions in Aging*. 2017, vol.12, pp. 1553-1563. Doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S141905>.
14. Girling L., Doyle P. Interdisciplinary perspectives on aging at home alone with neurocognitive impairment. In: *Innovation in aging*. 2020, vol. 4, issue supplement_1, pp. 600-601. Doi: <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.2022>.
15. Gramma, R. Valori, Etică și Drepturi în managementul instituțiilor medicale. Chișinău: T- Par, 2024. 340 p. ISBN 978-9975-3562-3-7.
16. Haines C. C., Lee S. Y. Cognitive Issues in the Older Adult. In: *Guccione's Geriatric Physical Therapy*, 4th Edition. Elsevier, 2020, p. 425-452. Doi: <https://doi.org/10.1016/C2017-0-00988-6> ISBN 978-0-323-60912-8.
17. Ojovanu V. Axiologia și Medicina. Dimensiuni teoretico-metodologice. Chișinău: Print-Caro, 2024. 290p. ISBN 978-5-85748-031-1.
18. Popescu A., Șoric G., Banari I., Ojovanu V. Aspecte medico-bioetice ale vulnerabilității persoanelor vârstnice internate în secțiile de geriatrie. În: *Boli cronice, vulnerabilitate, reabilitare: Abordări interdisciplinare: monografie*. Chișinău: CEP „Medicina”, 2023, pp. 73-89. ISBN 978-9975-175-86-9.
19. Țirdea T.N. Bioetică: curs de bază. Manual. Chișinău: CEP „Medicina”, 2017. 331p. ISBN 978-9975-56-399-4.
20. Medeiros K. What Can Thinking Like a Gerontologist Bring to Bioethics? In: *The Hastings Center Report*, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1002/hast.906>.
21. Moyer J., Marson D. C. Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research get access arrow. In: *The Journals of Gerontology: Series B*, 2007, vol. 62, Issue 1, pp. 3-11. Doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/62.1.P3>.
22. Mureșan V. Managementul eticii în organizații. București: Editura Universității din București, 2009, 348 p. ISBN 978-973-737-657-2.
23. Volicer L., Hurley A. C. Management of Behavioral Symptoms in Progressive Degenerative Dementias Get access Arrow. In: *The Journals of Gerontology: Series A*. 2003, vol. 58, issue 9, pp. M837-M845. Doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/58.9.M837>.
24. Yellowitz J. A. Cognitive function, aging, and ethical decisions: recognizing change. In: *Dental clinics of North America*. 2005, vol. 49, issue 2, pp. 389-410. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2004.10.010>.
25. Zixiang J, Qi C., Jing Y., et al. Global, regional, and national health inequalities of Alzheimer's disease and Parkinson's disease in 204 countries, 1990-2019. In: *International Journal for Equity in Health*. Vol. 23. Nr. 125, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02212-5>.

Ion BANARI, dr. în filos., conf. univ,

IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Tel: +37369922209; e-mail: ion.banari@usmf.md