

# INDICE

GLOSSARIO.....	1
INTRODUZIONE.....	2
CAPITOLO 1 : DESCRIZIONE DEL CONTESTO.....	3
1.1. L'anziano con demenza.....	3
1.2 Aspetti dell'assistenza territoriale.....	6
1.3. L'evento acuto: La disidratazione.....	9
CAPITOLO 2 : OBIETTIVO DELLA REVISIONE.....	16
CAPITOLO 3 : MATERIALI E METODI.....	17
3.1 Metodologia e quesito di ricerca.....	17
3.2. Disegno di studio e strategie di ricerca.....	17
3.3. Criteri di selezione dello studio.....	18
CAPITOLO 4 : RISULTATI.....	21
4.1 Presentazione dei documenti analizzati.....	21
4.2 Analisi critica della letteratura: Limitazioni.....	27
DISCUSSIONE .....	29
CONCLUSIONI.....	33
Implicazioni per la ricerca e per la pratica assistenziale .....	33
BIBLIOGRAFIA .....	35
SITOGRAFIA .....	37

## **GLOSSARIO**

IADL “*Instrumental Activity of Daily Living*” (Attività strumentali della vita quotidiana)

ADL “*Activity of Daily Living*” (*Attività della vita quotidiana*)

ISS: Istituto superiore di sanità

RCT: Studio controllato randomizzato

## **INTRODUZIONE**

Questo elaborato è stato ideato con lo scopo di illustrare interventi per la prevenzione della disidratazione nei confronti dell'anziano con demenza, ponendo l'attenzione esclusivamente al contesto territoriale. L'idea è nata da esperienze familiari e in ambito universitario, a contatto con molte realtà, che hanno suscitato in me l'interesse nell'approfondire la tematica, sviluppandola come argomento per la tesi.

L'invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento delle fragilità dell'anziano, comportano una complessa gestione delle problematiche legate alla perdita di autonomia e alla mancanza spesso, di caregiver competenti e motivati. Anche il declino cognitivo e mentale può essere una delle cause della perdita di autonomia: le fluttuazioni delle funzioni cognitive nelle persone con demenza sono associate a riduzione delle attività di vita quotidiana con un forte impatto sulla qualità della vita.

Le persone affette da demenza possono avere problemi di memoria a breve termine, dimenticare dove si trovano oggetti di uso comune, pianificare e preparare i pasti, ricordarsi di bere.

Le suddette problematiche impattano notevolmente sulle complicanze a cui possono andare incontro. Anche se sintomi di disidratazione negli anziani sono numerosi, molti di essi sono facilmente riscontrabili anche da parte di persone con poca esperienza in ambito medico che si occupano della loro assistenza. Fisiologicamente gli anziani, rispetto agli adulti e ai bambini, hanno un maggior rischio di disidratazione principalmente perché invecchiando lo stimolo della sete si attenua. Se alla perdita di liquidi si accompagna uno scarso o assente stimolo della sete causato dalla demenza è più facile rischiare la disidratazione, una condizione che se non viene riconosciuta tempestivamente può indebolire l'organismo ed esporre la persona a complicanze molto gravi. La gestione del paziente anziano con demenza richiede un livello di assistenza maggiore in comunità, per ridurre evitare l'ospedalizzazione, le infezioni, l'invalidità e persino la morte.

## **CAPITOLO 1: DESCRIZIONE DEL CONTESTO**

### **1.1. L'anziano con demenza**

L'invecchiamento è un processo graduale e continuo di mutazione naturale che inizia nella prima età adulta, definito da una trasformazione progressiva dell'organismo.

In Italia la fascia d'età dai 65 e più oggi rappresenta il 23,5% del totale, quella fino a 14 anni di età il 12,9% e dai 15-64 anni il 63,6%, mentre l'età media si è avvicinata al traguardo dei 46 anni. Di fatto, la popolazione del Paese è già in una fase accentuata e prolungata di invecchiamento.<sup>1</sup>

Durante i primi anni della mezza età molte funzioni corporee cominciano a subire un decadimento rapportato a una normale situazione di senilità inevitabile; ma non sempre è così, poiché l'anziano, spesso, presenta un declino patologico che comporta anche la perdita di autosufficienza con conseguente disabilità. Pertanto, è fondamentale focalizzare l'assistenza sull'anziano che presenta queste caratteristiche, garantendo un'assistenza mirata e maggior supporto. L'autonomia assume una particolare importanza per il benessere dell'individuo, anche in relazione alle necessità assistenziali che si accompagnano alla sua perdita. Il livello di autonomia dell'anziano viene individuato utilizzando la scala delle ADL e la scala delle IADL, che indagano rispettivamente la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fondamentali della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, usare i servizi per fare i propri bisogni) e le funzioni complesse (preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente o utilizzare un telefono) che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma.

Negli ultra 65enni, la perdita di autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana (scala ADL) è considerato dalla letteratura internazionale una condizione di disabilità. Dai dati di PASSI d'Argento 2021-2022 emerge che la condizione di disabilità, così definita, coinvolge 13 persone su 100. La disabilità cresce con l'età, in particolar modo dopo gli 85 anni interessa 4 anziani su 10 (41%)<sup>2</sup>. Questo stato deriva sia da perdite legate all'attività sensoriale e motoria sia da

---

<sup>1</sup>Istat. Previsione della popolazione residente e delle famiglie| base.(1/1/2021)Futuro della popolazione: meno residenti, più anziani e famiglie più piccole.report (2022) Roma

<sup>2</sup> Gruppo Tecnico Passi – Iss (6 giugno 2019) tratto da:<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili#dati>

condizioni come demenza, malattie cardiache, ictus, malattie respiratorie croniche, disturbi specifici, diabete e altre patologie o stili di vita.<sup>3</sup> È opportuno, perciò, nei confronti di chi presenta queste patologie croniche, evitare la comparsa di complicanze e l'aggravarsi della condizione. “Prevenire e guarire fanno parte della cura, tuttavia le pratiche curative hanno spesso occultato i successi della prevenzione. Si è progressivamente passati da una prevenzione in funzione della visibilità immediata di un pericolo a una prevenzione dei rischi quotidiani per evitare ulteriormente la comparsa di malattie” (D'Ivernois e Gagnayre, 2009).

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato grande importanza a questo tema dichiarando il periodo 2020-2030 come il “Decennio dell'invecchiamento in buona salute” e creando un piano di azione globale per il miglioramento<sup>4</sup> della vita delle persone anziane, delle loro famiglie e delle comunità in cui vivono.

La presenza di più patologie rende difficile sia il riconoscimento di possibili nuove malattie come la disidratazione, sia l'assistenza da mettere in atto, che spesso ruota intorno a tutto il nucleo familiare o agli operatori socio sanitari nelle residenze. Le complicanze delle patologie vengono suggestionate anche dallo svantaggio sociale creato dall'isolamento, come la scarsa presenza di risorse e persone di supporto e problemi funzionali e finanziari. Un lieve calo della funzione mentale è quasi normale e universale, ciò implica una maggiore difficoltà ad apprendere nuove cose quali lingue, un minore intervallo dell'attenzione e una maggiore perdita di memoria, ma nel caso della demenza il calo della funzione mentale risulta essere più grave.

Esiste una condizione clinica che è possibile collocare a metà tra l'invecchiamento normale (o fisiologico) e quello patologico, nota come “Mild Cognitive Impairment” (MCI). L'MCI è un fattore di rischio importante per la demenza e per questa ragione necessita di attenzioni cliniche e monitoraggio nel tempo. I pazienti con MCI hanno difficoltà cognitive lievi, ma comunque superiori rispetto ai soggetti della loro età. Ciò nonostante, queste problematiche tendono a non interferire con le loro attività di vita quotidiana, l'autonomia o le relazioni sociali. (Zarino, 2023). Durante il normale invecchiamento, le persone possono mettere fuori posto le cose o dimenticare i dettagli,

---

<sup>3</sup> World Health Organization WHO(2017) Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Ginevra

<sup>4</sup>World Health Organization WHO(14 December 2020) Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. Ginevra. tratto da: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing> piattaforma dedicata: the Healthy Ageing Collaborative. <https://www.decadeofhealthyageing.org/about/join-us/collaborative>

ma coloro che sono affetti da demenza dimenticano interi eventi. Questi ultimi hanno anche difficoltà a svolgere le normali attività quotidiane (come guidare, cucinare e gestire le finanze), e a comprendere l'ambiente circostante, come sapere in quale anno e dove si trovino. (Richard G. Stefanacci, 2022).

Perciò, nel processo di “invecchiamento patologico” avviene una rilevante compromissione delle funzioni cognitive, comportamentali, dell'umore e della personalità, determinando una significativa alterazione dello stato funzionale del paziente, con effetti sulla propria autonomia e sulle relazioni. (Zarino, 2023).

La demenza è una condizione che interessa dall'1 al 5 per cento della popolazione sopra i 65 anni di età, con una prevalenza che raddoppia poi ogni quattro anni, giungendo quindi a una percentuale circa del 30 per cento all'età di 80 anni. Per demenza si intende genericamente una condizione di disfunzione cronica e progressiva delle funzioni cerebrali che porta a un declino delle facoltà cognitive della persona. Essa è il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici, modificazioni neurochimiche, e interazioni con altre malattie. Gli studi istochimici hanno evidenziato che si manifestano anche degli “stati misti”, cioè delle situazioni in cui il malato presenta congiuntamente i sintomi caratteristici di più tipi di demenza.

Si classificano in:

- la malattia di Alzheimer
- demenza nella malattia di Parkinson
- la malattia di Creutzfeld-Jacob
- la demenza vascolare
- la demenza con i corpi di Lewy
- la demenza frontotemporale
- la paralisi sopranucleare progressiva<sup>5</sup>

Il livello di decadimento cognitivo può essere:

- lieve: è la fase iniziale del decadimento cognitivo. Il paziente e le persone familiari possono notare difficoltà di memoria. Tuttavia, in questa fase il funzionamento del paziente può mantenersi intatto.

---

<sup>5</sup> Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica (2013) Demenze. Roma

- moderato: è la fase centrale e di maggiore durata del decadimento cognitivo, in cui il paziente richiede un livello di cura maggiore. È possibile osservare disorientamento e confusione, difficoltà di espressione dei pensieri e di svolgimento dei compiti di routine quotidiana, così come alterazioni emotive, di personalità e comportamentali.
- grave: è la fase finale del decadimento cognitivo. Il paziente richiede assistenza quotidiana (spesso diurna e notturna) poiché perde la capacità di rispondere al suo ambiente e la consapevolezza dello stesso. Le difficoltà comunicative e motorie peggiorano, possono verificarsi cambiamenti di personalità significativi. (Zarino, 2023)

Questa condizione esige, che qualcuno dia assistenza alla persona costantemente. Pertanto, l'anziano con demenza, in base a vari fattori o è residente a domicilio o in contesti territoriali come strutture semi-residenziali, case di cura e riposo. Il Ministero della Salute dedica una sezione approfondita all'assistenza sociosanitaria alle persone non autosufficienti, indicando modalità e requisiti per l'assistenza a domicilio o in apposite strutture sanitarie. È necessaria la richiesta del medico di medicina generale previa valutazione complessiva delle condizioni fisiche, psichiche e sociali da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'Asl di appartenenza.<sup>6</sup>

## **1.2. Aspetti dell'assistenza territoriale**

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, affette da demenza, servizi a domicilio o strutture.

Per rimanere al proprio domicilio ed essere assistiti in un programma di cure domiciliari, è comunque necessario disporre di un alloggio adeguato e, soprattutto, godere del supporto di persone (familiari, amici o assistenti a pagamento) che assicurino il soddisfacimento delle necessità principali della vita quotidiana: la preparazione e la somministrazione dei pasti, le pulizie personali e dell'alloggio, l'acquisto dei beni indispensabili, incluse le medicine, l'aiuto alla mobilità personale, eventualmente con l'ausilio di dispositivi (deambulatori, stampelle, ecc.), l'aiuto nell'uso dei servizi igienici,

---

<sup>6</sup>Albertini M. Baratella C. Basili F. Boldrini R. Butticiè F. A. Carinci F. Catania D. D'Amato C. Di Stanislao ministero della salute, Portale della Trasparenza dei Servizi per la salute .Non autosufficienza e demenza senile, tratto da <https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/non-autosufficienza-e-demenza-senile/>

ecc.<sup>7</sup> In questo caso entra in gioco un'altra figura protagonista della convivenza con la malattia, oltre al malato stesso: chi si occupa di lui, spesso definito caregiver, termine anglosassone che riassume bene il ruolo della persona che presta la propria cura. Di solito i primi caregiver sono i familiari stessi, rappresentati dal coniuge e/o dai figli in età adulta. (Puricelli, 2022) A causa della complessità assistenziale e delle risorse limitate, colui che assiste assume un ruolo fondamentale, sia per il mantenimento delle potenzialità residue sia per la prevenzione delle complicanze.

Spesso il caregiver è impegnato nel fornire prestazioni di carattere sanitario, per la prevenzione della sindrome da immobilizzazione, dei decubiti, della disidratazione e della stipsi. Accanto a queste prestazioni ci si trova a far fronte anche alle difficoltà che impone la malattia della demenza.<sup>8</sup> Per implementare l'assistenza sanitaria nelle cure primarie sarebbe opportuno l'ausilio di un'ulteriore figura, altrettanto fondamentale: l'infermiere di famiglia, ossia un professionista sanitario che progetta, attua, valuta interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione del caregiver. Un soggetto, dunque in grado di fornire sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare. L'operato del caregiver, insieme all'ausilio dell'infermiere di famiglia, svilupperebbe significativamente la prevenzione dalle malattie e delle lesioni e assicurerebbe il trattamento precoce ed efficace di tutti quei pazienti che non necessitano di assistenza ospedaliera.

D'altra parte, quando i requisiti del Ministero della Salute citati precedentemente non vengono soddisfatti, la Asl di residenza, su richiesta del medico di medicina generale e previa valutazione complessiva delle condizioni fisiche, psichiche e sociali da parte della UVM (unità di valutazione multidimensionale), autorizzano il ricovero in una struttura residenziale che possa garantire un'assistenza adeguata (medica, infermieristica, riabilitativa e assistenziale) rispetto alle necessità dell'assistito e la fornitura di tutti i presidi e gli ausili necessari (farmaci, pannoloni, medicazioni, ecc.). Le strutture si suddividono in base alla tipologia in:

---

<sup>7</sup> Albertini M. Baratella C. Basili F. Boldrini R. Butticè F. A. Carinci F. Catania D. D'Amato C. Di Stanislao Ministero della Salute(1019) Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti(art. 29 e art.30 del dPCM 12 gennaio 2017) Servizio sanitario nazionale: i LEA.tratto da [www.salute.gov.it/portale/lea/menuContenutoLea.jsp?lingua=italiano&area=Lea&menu=socioSanitaria](http://www.salute.gov.it/portale/lea/menuContenutoLea.jsp?lingua=italiano&area=Lea&menu=socioSanitaria)

<sup>8</sup> M.Allovisio. Il ruolo del caregiver nella gestione assistenziale .Redazione Nurse Times .Bari(2018)



- Centri per la diagnosi e il trattamento delle demenze, specializzati nella valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi cognitivi e demenze.
- Strutture residenziali e strutture semiresidenziali dedicate agli anziani che non hanno la possibilità di curarsi a domicilio. Tali strutture sono spesso individuate con nomi o sigle diverse da Regione a Regione e può capitare che la stessa sigla (ad esempio RSA, Residenza Sanitaria Assistenziale, o RA Residenza Assistenziale) abbia un significato diverso in Regioni diverse. (Stanislao et al., 2023)

Risulta dunque fondamentale spostare l'attenzione verso il contesto territoriale, poiché è da qui che vi è un maggiore bisogno di assistenza e servizi, indirizzandola a coloro che assistono l'anziano con demenza, caregiver a domicilio e operatori socio-sanitari in strutture residenziali o semi-residenziali.

Queste figure sono indispensabili soprattutto per i bisogni primari dell'individuo come "bere", poiché in caso di Alzheimer o altre forme di demenza si aggiungono problemi di memoria che possono portare le persone a dimenticare anche di bere sufficiente acqua. Inoltre, la parte del cervello che ci comunica quando abbiamo sete non funziona sempre correttamente. Oltre a questo anche l'uso di alcuni farmaci (come per esempio i diuretici e i lassativi) può compromettere la giusta idratazione per un malato di Alzheimer. La malattia, inoltre, può manifestarsi diversamente da persona a persona. Per esempio, nella fase avanzata della demenza l'individuo perde progressivamente la sua autonomia fino a diventare completamente dipendente per funzioni fondamentali quali muoversi, alimentarsi, gestire l'eliminazione di feci ed urine. La necessità di assistenza totale e continuativa spesso richiede la prescrizione di ausili e presidi. È importante impostare una adeguata assistenza per prevenire o ritardare:

- incontinenza urinaria
- perdita di peso
- disidratazione
- disfagia
- sindrome da immobilizzazione
- lesioni da pressione
- dolore

### **1.3. Evento acuto: La disidratazione**

In questa revisione è stata considerata come complicanza, negli anziani affetti da demenza, la disidratazione. Difatti, con la patologia sottostante, gradualmente si perde la capacità di percepire il bisogno di bere e, nelle fasi più avanzate, viene influenzata la capacità di procurarsi una bevanda. Condizioni come la febbre, la disfagia, la diarrea o l'assunzione di farmaci diuretici aumentano il rischio di disidratazione, che a sua volta può favorire la comparsa di patologie che necessitano di ospedalizzazione (tromboembolie, insufficienza renale, deliri e confusione, infezioni urinarie e polmonari, etc.). Per tali ragioni è importante prevenire e saper riconoscere i campanelli d'allarme. (Cristina Basso & con la collaborazione di: Anna Ceccon, s.d.).

La disidratazione è rappresentata dalla carenza di acqua nell'organismo, una componente necessaria per il corretto svolgimento di molteplici funzioni e per l'apporto di benefici per tutti gli esseri viventi.

L'idratazione permette di:

- Lubrificare articolazione e muscoli
- Fluidificare il muco nelle vie aeree
- Migliorare il benessere di tutti i tessuti corporei
- Gestire il valore della pressione sanguigna e del volume di sangue
- Facilitare la digestione contribuendo alla riduzione della stipsi
- Rimuovere sostanze di scarto tramite l'urina e sudorazione sostenendo anche il sistema renale, contribuendo a evitare anche il sovraccarico di quest'ultimo e la formazione di calcoli nell'apparato urinario
- Favorire la regolazione della temperatura corporea
- Garantire il trasporto di sostanze nutritive nel corpo

Grazie all'acqua introdotta si verifica una distribuzione dei liquidi corporei, all'interno e all'esterno delle cellule, che costituiscono gli organi, precisamente nel compartimento intracellulare ed extracellulare. L'intracellulare rappresenta il 55-75% del peso corporeo di un adulto ed è rappresentato dai liquidi presenti all'interno delle cellule. Mentre l'extracellulare è costituito da tutti i liquidi presenti all'esterno delle cellule ed è suddiviso ulteriormente in compartimento intravascolare (liquidi plasmatici) e in compartimento

extravascolare (interstiziale). Questa partizione, invece, descrive circa il 25-45 % del peso corporeo (Fauci et al.,2009).

Nei vari compartimenti l'acqua, pertanto, si sposta, ed è formata da sali minerali, anche detti elettroliti, molto importanti per il mantenimento dei processi fisiologici.<sup>9</sup>

Gli elettroliti dissimilano dai carboidrati, dai lipidi e dalle proteine poiché non producono direttamente energia ma contribuiscono a tutti quei processi per realizzarla.

Li classifichiamo in:

- “Macrominerali” presenti in maggiori quantità sia per svolgere le funzioni dell'organismo e sia per occuparne il suo volume (grammi o decimi di grammo). Questi sono lo zolfo, il cloro, il sodio, il magnesio, il calcio, il fosforo e il potassio.
- “Microelementi” o “Oligoelementi”, necessari per gli stessi motivi citati precedentemente ma presenti quantità minore (da qualche microgrammo ad alcuni milligrammi). Sono il ferro, il rame, lo zinco, il fluoro, lo iodio, il selenio, il cromo, il cobalto, il manganese, il silicio, il nichel, il molibdeno e il vanadio.

Sinteticamente sono state riportati funzioni e attività dei vari sali minerali all'interno dell'organismo umano (tab.1) e (tab.2) <sup>10</sup>

Per funzionare normalmente, l'organismo deve fare in modo che i livelli dei liquidi contenuti in queste aree non varino eccessivamente.

Gli elettroliti, infatti, sono minerali dotati di una carica elettrica quando sono disciolti in un liquido, come ad esempio il sangue. Essi, in particolare il sodio, consentono al corpo di mantenere nella norma i livelli dei liquidi nei compartimenti, dato che la quantità di liquidi in un compartimento dipende dalla concentrazione degli elettroliti al suo interno. Se la concentrazione di elettroliti è elevata, i liquidi si spostano in quel compartimento (un processo detto osmosi). Allo stesso modo, se la concentrazione di elettroliti è bassa, i liquidi escono dal compartimento. Per adeguare i livelli dei liquidi, l'organismo può spostare attivamente gli elettroliti all'interno o all'esterno delle cellule. Di conseguenza,

---

<sup>9</sup> D.Pedrotti- Saiani, Brugnolli. Sorbona(2021)edizione II. Trattato di cure infermieristiche. Cap. 19, da p. 642

<sup>10</sup> Enciclopedia humanitas Gavezzani. tratto da <https://www.gavazzeni.it/enciclopedia/sali-minerali/sali-minerali-generale/>

assumere elettroliti è importante per mantenere l'equilibrio dei liquidi fra i compartimenti.

<b>Sodio</b>	Mantenimento dell'equilibrio idro-salino, regolazione del passaggio di fluidi e dei nutrienti all'interno e all'esterno delle cellule e partecipa alla trasmissione dell'impulso nervoso. Si deposita nelle ossa e in caso di necessità è utilizzato dall'organismo per regolare il ph del sangue.
<b>Potassio</b>	Controllo del funzionamento dei muscoli e della loro contrazione e ritmo del cuore, della pressione arteriosa, normalizza il contenuto di acqua nelle cellule, interviene nel processo di sintesi delle proteine e nella trasformazione degli zuccheri in glicogeno, attiva molti enzimi coinvolti nel metabolismo energetico. Garantisce la trasmissione degli impulsi nervosi.
<b>Magnesio</b>	Partecipa al meccanismo della contrazione muscolare ed è indispensabile per l'azione di numerosi enzimi (è il cofattore di più di 300 enzimi che controllano processi molto diversi fra loro, dalla sintesi delle proteine al funzionamento dei muscoli, fino al controllo della glicemia e della pressione sanguigna).Partecipa inoltre allo sviluppo dell'osso ed è richiesto per la sintesi del DNA e dell'RNA.
<b>Calcio</b>	È implicato nei meccanismi di contrazione e rilasciamento dei muscoli, di coagulazione del sangue, nella regolazione della permeabilità cellulare e nella trasmissione dell'impulso nervoso, nella vasodilatazione e contrazione dei vasi sanguigni. È inoltre essenziale per lo sviluppo e il mantenimento in salute di ossa e denti
<b>Fosforo</b>	Dona benessere di ossa e denti, partecipa al meccanismo di regolazione del PH e ha un ruolo fondamentale nella trasformazione del cibo in energia. Partecipa inoltre alla costituzione di DNA e RNA, di alcune proteine e di alcuni zuccheri.
<b>Cloro</b>	Insieme al sodio regola il bilancio dei fluidi e degli elettroliti all'interno dell'organismo. È inoltre un componente fondamentale degli acidi del succo gastrico, fondamentale nei processi di digestione.
<b>Fluoro</b>	Fortifica le ossa e promuovere un sano sviluppo dei denti inoltre contrasta l'acidità nella bocca, riducendo il rischio di danni allo smalto dei denti.
<b>Ferro</b>	Si lega a due importanti proteine, l'emoglobina nei globuli rossi che permette il trasporto dell'ossigeno a tutti i tessuti e la mioglobina che fissa l'ossigeno nei muscoli, permettendo l'ossigenazione di tutti i tessuti e organi dell'organismo, funzione "di riserva": si accumula infatti in organi come fegato, milza e midollo osseo ed è pronto per essere utilizzato in caso di improvviso aumento del fabbisogno da parte dell'organismo (ad esempio in caso di emorragia).

Zinco	Metabolismo energetico nei processi di sintesi degli aminoacidi e delle proteine ed è indispensabile in particolare in alcuni organi, come la ghiandola prostatica; è inoltre essenziale per i processi di crescita e di riparazione dei tessuti e per lo sviluppo sessuale, e svolge un importante ruolo nei processi di rigenerazione dei tessuti lesi.
Iodio	Componente essenziale degli ormoni tiroidei; è quindi un elemento indispensabile per le numerose funzioni regolate da questi ormoni, che vanno dallo sviluppo del sistema nervoso centrale e dello scheletro, al controllo della temperatura corporea, fino ad arrivare al metabolismo di zuccheri, grassi e proteine. In particolare, la corretta funzione della ghiandola tiroidea è garantita da un adeguato apporto nutrizionale di iodio.
Manganese	Attività antiossidante in grado di neutralizzare l'attività dei radicali liberi potenzialmente dannosi per la salute. La sua presenza è inoltre indispensabile all'attività di alcuni enzimi (ad esempio la fosfatasi alcalina e l'arginasi) ed è necessaria per il normale sviluppo di ossa e tendini. Inoltre è importante per il funzionamento del cervello e del resto del sistema nervoso

**TABELLA 1. FUNZ. E ATT. DI ALCUNI SALI MINERALI**

Gli elettroliti ematici, sodio, potassio insieme al bicarbonato regolano le funzioni nervose e muscolari mantenendo l'equilibrio acido-base e l'equilibrio idrico. Per acido-base si intende il grado di acidità o alcalinità nel corpo, indicato sulla scala del pH. La scala del pH varia da 0 (fortemente acido) a 14 (fortemente basico o alcalino). Un pH pari a 7,0, al centro di questa scala, è neutro. Il sangue in genere è lievemente basico, con un pH che varia tra 7,35 e 7,45. L'acidità del sangue aumenta quando il livello dei composti acidi nell'organismo s'innalza (per maggiore assunzione o ridotta eliminazione). L'alcalinità diminuisce per ridotta assunzione o produzione oppure per aumentata eliminazione, invece aumenta o per il grado di acidi diminuito o quando il livello di basi aumenta. L'equilibrio acido-base del sangue è controllato con precisione, perché anche una piccola deviazione dalla norma può danneggiare gravemente molti organi. L'organismo utilizza meccanismi diversi per il controllo dell'equilibrio acido-base del sangue. Questi meccanismi coinvolgono polmoni, reni e sistemi tampone.

I reni contribuiscono a mantenere le concentrazioni filtrando gli elettroliti e l'acqua contenuti nel sangue, restituendone parte al sangue ed eliminando la quantità in eccesso nelle urine. Pertanto, i reni aiutano a mantenere un equilibrio tra assunzione ed escrezione giornaliera di elettroliti e acqua. Se l'equilibrio degli elettroliti si altera, si possono sviluppare dei disturbi.

Ad esempio, uno squilibrio elettrolitico può essere causato da:

- Disidratazione o iperidratazione
- Assunzione di farmaci
- Malattie cardiache, renali o epatiche

L'organismo si procura l'acqua ricca di elettroliti, assorbendola soprattutto dall'apparato digerente. Inoltre, una piccola quantità di essa viene prodotta durante l'elaborazione (metabolismo), da parte dell'organismo, di alcuni nutrienti.

Il corpo la elimina soprattutto attraverso le urine, prodotte dai reni. In base alle necessità dell'organismo, i reni possono eliminare meno di mezzo litro o molti litri (fino a più di 10) di urina ogni giorno. Ogni giorno si perde una quantità leggermente inferiore a un litro di acqua per evaporazione cutanea e con l'espiazione. La sudorazione profusa, dovuta alla stagione calda o alla temperatura corporea elevata, può aumentare notevolmente la quantità di acqua persa attraverso l'evaporazione. Normalmente, una piccola quantità d'acqua viene eliminata con le feci.

Un soggetto beve liquidi a sufficienza per compensare la perdita di acqua in eccesso. Tuttavia, in caso di vomito o diarrea gravi, può comparire uno stato di disidratazione per incapacità di compensare la perdita di liquidi. Inoltre, stati confusionali, scarsa capacità motoria o alterazione dello stato di coscienza possono impedire al soggetto di avvertire la sete o assumere liquidi a sufficienza.

I sali minerali (elettroliti), come il sodio e il potassio, sono disciolti nell'acqua all'interno dell'organismo. L'equilibrio idrico e l'equilibrio elettrolitico sono strettamente collegati. L'organismo mantiene costante la quantità totale di acqua e i livelli di elettroliti nel sangue. Ad esempio, quando il livello di sodio diventa troppo elevato compare la sete, che stimola ad aumentare l'apporto di liquidi. Inoltre, la vasopressina (definita anche ormone antidiuretico), un ormone secreto dall'ipofisi (una ghiandola delle dimensioni alla base del cervello) in risposta alla disidratazione, induce i reni a espellere meno acqua. L'effetto associato determina un aumento della quantità di acqua nel sangue: di conseguenza, il sodio si diluisce ristabilendo l'equilibrio tra sodio e acqua. Quando il livello di sodio si riduce eccessivamente i reni eliminano una maggiore quantità di acqua, con riduzione dell'acqua nel sangue, in modo da ristabilire di nuovo l'equilibrio. (Lewis, 2021). La disidratazione, di fatto, è caratterizzata da un'alterazione della concentrazione del sodio e dell'osmolarità plasmatica. Può essere:

- Ipertonica, quando perdita d’acqua supera la perdita di elettroliti ed è caratteristica nell’anziano a causa della diminuzione del senso della sete della ridotta capacità renale di concentrazione dell’urina
- Isotonica, quando la perdita d’acqua e la perdita di elettroliti sono proporzionali, ad esempio in caso di diarrea, vomito
- Ipotonica, quando la perdita di sali supera la perdita d’acqua. Si verifica soprattutto durante l’uso dei diuretici (Maset, 2021)

Inizialmente la disidratazione stimola il centro cerebrale della sete, inducendo il soggetto ad assumere più liquidi. Se l’apporto idrico non compensa la perdita di liquidi, la disidratazione si aggrava. La sudorazione si riduce, così come l’escrezione urinaria. L’acqua passa dall’interno delle cellule al flusso sanguigno per mantenere la quantità di sangue (volemia) e la pressione arteriosa. Se la disidratazione continua, i tessuti dell’organismo iniziano a perdere liquidi, le cellule si raggrinziscono e funzionano in modo anomalo. In caso di disidratazione grave la pressione arteriosa può scendere, causando vertigini o svenimento, soprattutto quando ci si alza in piedi (una condizione definita ipotensione ortostatica).

Se la disidratazione continua, possono verificarsi shock e gravi danni agli organi interni, come reni, fegato e cervello. Le cellule cerebrali sono particolarmente sensibili a livelli di disidratazione gravi. Infatti, la confusione è uno dei migliori indicatori della gravità della disidratazione. Una disidratazione molto grave può condurre al coma e al decesso. È importante valutare i segnali che comportano questo evento acuto (tab.2)

I <b>sintomi</b> di disidratazione da lieve a moderata da considerare nell’anziano	
Ridotta o assente sudorazione ascellare	Confusione mentale fino al sopore
Ridotta elasticità cutanea	Tachicardia
Minore produzione di urina	Patina bianca sulla lingua
Mucose del cavo orale secche	Riduzione dell’appetito
Occhi infossati	Riduzione della pressione arteriosa
Oliguria con urine ipercromiche	

**TABELLA 2 SINTOMI DELLA DISIDRATAZIONE**

Alla luce delle precedenti considerazioni legate all’età, non sono significativi di disidratazione il senso della sete e il turgore cutaneo, in quanto il primo può non essere aumentato e il secondo è ridotto fisiologicamente. (D.Pedrotti, Saiani, & Brugnolli, 2021). Soprattutto nell’anziano che presenta disturbi neurocognitivi è bene fare a questi

segni d'allarme poiché egli da solo non è in grado di valutare efficacemente il suo stato di salute. La disidratazione può causare conseguenze importanti e un ulteriore declino delle attuali condizioni.



## **CAPITOLO 2: OBIETTIVO DELLA REVISIONE**

Lo scopo conseguito per la stesura di questo elaborato si basa esclusivamente sull'assistenza infermieristica in ambiente extraospedaliero. Come oggetto di studio è stato preso in considerazione l'anziano, la demenza come fattore cronico e la disidratazione come evento acuto. L'obiettivo della revisione è la ricerca e l'individuazione di interventi per la prevenzione della disidratazione, considerando unicamente l'anziano affetto da demenza. Quindi sono stati ricercati anche programmi e strategie educative attuabili da infermieri e caregiver in pre-disidratazione. Il fine, inoltre, mira alla rilevazione di strumenti di screening o di fattori per il riconoscimento precoce della disidratazione nell'anziano con demenza.

## CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

### 3.1 Metodologia e quesito di ricerca

Attraverso la metodologia PICO è stato sviluppato un quesito di ricerca che tende a finalizzare l'obiettivo sopra citato. In esposizione lo sviluppo del metodo(tab.3):

<b>P</b>	<i>PATIENT/POPULATION/PROBLEM</i>	Popolazione anziana con demenza, rischio di disidratazione come evento acuto in contesto extraospedaliero
<b>I</b>	<i>INTERVENTION</i>	Interventi farmacologici e non, di prevenzione(da infermiere e caregiver), strategie educative o programmi di prevenzione, strumenti di screening
<b>C</b>	<i>COMPARISON/CONTROL</i>	/non presente
<b>O</b>	<i>OUTCOME</i>	Prevenzione e riduzione della disidratazione, fattori di riconoscimento precoce

TABELLA 3 ILLUSTRAZIONE DEL QUESITO METODOLOGICO PICO

Di conseguenza, sono state formulate delle domande, che rappresentano il quesito di ricerca:

1. Secondo la letteratura, quali sono gli interventi farmacologici e non, volti a prevenire la disidratazione negli anziani con demenza in comunità? Quali sono i miglior programmi di prevenzione attuabili da infermieri e caregiver?
2. Di quali strumenti di screening ci si può avvalere in un contesto territoriale per il riconoscimento della disidratazione negli anziani con demenza?

### 3.2 Disegno di studio e strategie di ricerca

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura attraverso: Formulazione del quesito di ricerca con metodologia PICO; Accesso ai database che comprendono studi relativi all'assistenza infermieristica; Impostazione della ricerca tramite la scelta e

l'inserimento di "parole chiave\key words"(rappresentazione del quesito) nelle stringhe; Utilizzo di filtri nelle opzioni di ricerca, ovvero di criteri di inclusione ed esclusione per rendere le evidenze più recenti e specifiche possibili; Lettura e selezione degli studi che diano delle risposte al nostro quesito di ricerca; Acquisizione ed esposizione delle evidenze desumendone i risultati; Discussione di questi ultimi ed emissione delle conclusioni. I database utilizzati sono PUBMED\MIDLINE, CINAHL, SCOPUS e il motore di ricerca Google Scholar.

È stato eseguito uno studio dettagliato grazie all'utilizzo di più keyword accostate agli operatori booleani (AND, OR, NOT).

Le parole chiave sono state inserite in lingua inglese, in relazione:

- “Dehydration” AND “Dementia” NOT “Hospitalized”, “Hospital”, “Homecare”
- “Elderly with dementia” AND “Dehydration” NOT “Hospitalized”
- “Parkinson”, “Alzheimer”, “Dementia” AND “Dehydration, AND “Prevention” o “Screening”.

### **3.3 Criteri di selezione dello studio**

La ricerca è stata effettuata sulla base dei seguenti criteri di selezione:

#### **Criteri di inclusione**

- Popolazione con età  $\geq 60$  anni
- Patologia cronica= "demenza", Alzheimer e Parkinson
- Luogo= contesti territoriali ovvero case di cura, domicilio, residenze a lunga degenza ecc.
- Tempo= studi pubblicati tra il 2013 e il 2023 ( $\leq 10$  anni)
- Disegno di studio= tutte le tipologie
- Studi sulla prevenzione della disidratazione
- Documenti pubblicati in qualsiasi lingua

#### **Criteri di esclusione**

- Popolazione con età  $< 60$  anni
- Anziani non affetti da demenza
- Luogo= contesto ospedaliero
- Tempo= studi pubblicati prima del 2013( $>10$  anni)
- Articoli con full text non accessibile

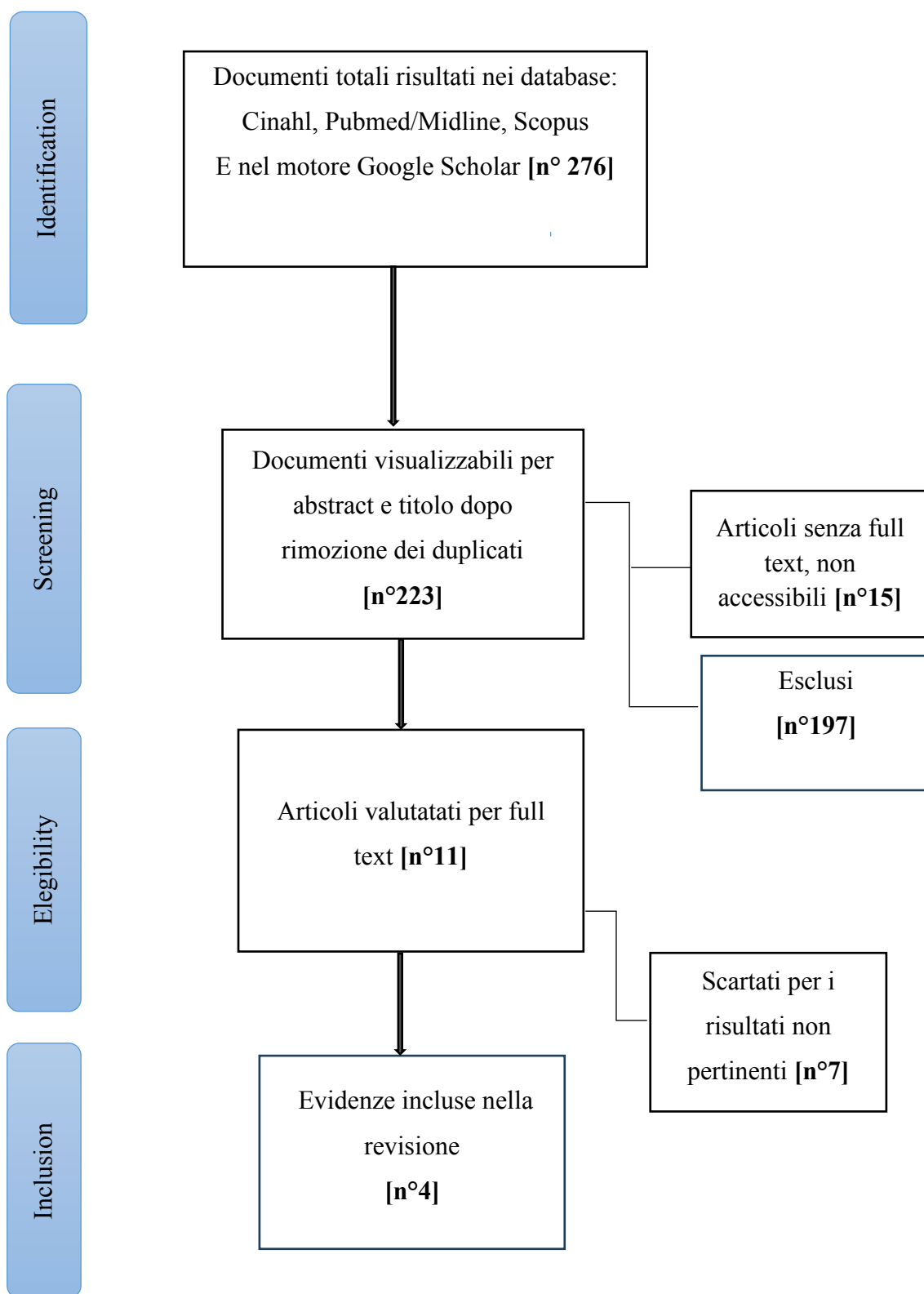


FIGURA 1: FLOW CHART CON STRATEGIE DI INCLUSIONE-ESCLUSIONE (ELABORAZIONE PROPRIA), RIFERIMENTO A “PRISMA FLOW DIAGRAM”

Dopo un'attenta selezione iniziale è stata effettuata un'analisi per abstract e full text che ha portato alla scelta degli articoli rilevanti e rispondenti al quesito di ricerca, fino ad arrivare agli unici risultati inclusi. La ricerca iniziale ha prodotto 276 articoli e in base alla quantità: 53 i duplicati rimossi, 15 gli articoli senza full text, 197 i documenti scartati per titolo e abstract, 11 i full text valutati e 7 esclusi per i risultati non pertinenti. Solo 4 documenti sono stati inclusi nella revisione, le strategie sono riportate nella pagina antecedente tramite un grafico (Fig.1).

Durante la lettura degli abstract si sono presentati diversi momenti di riflessione, poiché, alcuni di essi, presentavano tutte le tematiche ricercate, ma gli interventi e scopi che contenevano non erano soddisfacenti per il quesito di ricerca. Dopo un'ampia scrematura, sono state incluse le evidenze più affini all'obiettivo. I 7 full text scartati presentavano almeno 3 dei criteri riguardanti il PICO, ma per la non corrispondenza di tutti e 4, ovvero popolazione, territorio, patologia cronica ed evento acuto (Problem/population/patient), sono stati eliminati. Per l'"intervention" (PICO) riguardante i test di screening era stato trovato un articolo giapponese che prevedeva la creazione di una scheda di controllo pre-disidratazione in comunità, nei confronti della persona anziana, ma purtroppo non vi è stata nessuna correlazione con la patologia "demenza". Inoltre i punti della lista erano rivolti esclusivamente all'anziano autonomo, per cui è stato anch'esso scartato.

Al termine della ricerca, perciò, solo 4 articoli sono stati inclusi, in quanto avevano i requisiti migliori tra tutte le evidenze.

## CAPITOLO 4: RISULTATI

I documenti che saranno presentati e trattati sono stati elaborati in base a specifici disegni di studio, rispettivamente: 1 studio qualitativo, 1 studio osservazionale trasversale, 1 revisione sistematica e 1 studio descrittivo-qualitativo. Tutti gli studi sono stati pubblicati all'estero, ovvero in Portogallo, Regno Unito e Australia. Inoltre, tutti i documenti sono stati riportati in lingua inglese.

### 4.1 Presentazione dei documenti analizzati

BANCA-DATI	TITOLO E AUTORE	ANNO (pub.)	DISEGNO DI STUDIO
SCOPUS	<i>“Urinary Hydration Biomarkers and Water Sources in Older Adults with Neurocognitive Disorder”</i>  Queirós, C.; Machado, F.B.; Barros, D.; Sampaio, J.; Sampaio, A.; Barros, R.; Moreira, P.; Ribeiro, Ó.; Carvalho, J.; Padrão, P.	2023	Studio osservazionale trasversale
PUBMED\MIDLINE	<i>“Beverage Intake and Drinking Patterns Clues to Support Older People Living in Long-Term Care to Drink Well: DRIE and FISE Studies”</i>  Oluseyi F. Jimoh, Tracey J. Brown, Diane Bun, Lee Hooper	2019	Studio qualitativo

CINAHL	<p><i>“Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers’ perceptions”</i></p> <p>Nell Debra, Stephen Neville, Roana Bellew, Catherine O’Leary, and Kathryn Louise Beck</p>	2016	Studio descrittivo-qualitativo
PUBMED\MIDLINE	<p><i>“Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking Well IN dementia (EDWINA) systematic review”</i></p> <p>Diane K. Bunn, Asmaa Abdelhamid, Maddie Copley, Vicky Cowap, Angela Dickinson, Amanda Howe, Anne Killett, Fiona Poland, John F. Potter, Kate Richardson, David Smithard, Chris Fox and Lee Hooper</p>	2016	Revisione sistematica

TABELLA 4 ILLUSTRAZIONE DEI DOCUMENTI ANALIZZATI

TITOLO. AUTORI. LUOGO, DATA DI PUBBLICAZIONE.	DESCRIZIONE DEGLI ARTICOLI
1. <i>“Urinary Hydration Biomarkers and Water Sources in Older Adults with</i>	<b>Materiali e metodi:</b> Studio osservazionale trasversale, condotto in adulti con malattie non trasmissibili ( $\geq 60$ anni), a Porto. Criteri dei partecipanti: individui di età $\geq 60$ anni, a cui è stata diagnosticata demenza o disturbo neurocognitivo. Totale

<p><i>Neurocognitive Disorder</i>".</p> <p>Queirós, C. et al.</p> <p>Portogallo, gennaio 2023</p>	<p>partecipanti=30. Strumenti: questionario a caregiver e pazienti per calcolo comorbidità. Sono stati raccolti dati sociodemografici, clinici e un campione di urina delle 24 ore. Sono stati quantificati l'osmolarità urinaria, il sodio, il potassio, il volume e la creatinina. Uno stato di idratazione inadeguato corrispondeva a un'osmolarità delle urine &gt; 500 mOsm/Kg o a una riserva di acqua libera (FWR) negativa. Sono stati utilizzati due richiami alimentari di 24 ore per valutare l'assunzione alimentare e le fonti d'acqua.</p> <p><b>Obiettivo:</b> Valutare lo stato di idratazione, i suoi determinanti e le fonti di assunzione di acqua negli anziani con malattie non trasmissibili.</p> <p><b>Risultati:</b> Un terzo dei partecipanti aveva uno stato di idratazione inadeguato. È stato difficoltoso anche raccogliere il campione a causa delle comorbidità. L'osmolalità urinaria media riportata è stata di 403 mOsm/Kg nelle donne e 454 mOsm/Kg negli uomini, valori vicini a quelli che presentiamo (438 mOsm/Kg). Nessuno di questi studi menzionava la stagione della raccolta delle urine e, nel nostro studio, il 70% dei campioni di urina veniva raccolto in autunno, hanno riferito che, durante l'estate, gli anziani sono più suscettibili alla disidratazione. Diversi fattori possono influenzare la scelta di bevande e alimenti, come la disponibilità, il clima, fattori culturali e religiosi, lo stato di salute, le condizioni economiche e l'età. In relazione all'acqua come bevanda, l'assunzione di essa avviene soprattutto durante i pasti (pranzo e cena) e durante l'assunzione di farmaci. Le restanti bevande sono state assunte con uno spuntino, al mattino o al pomeriggio, e a colazione. L'uso di due questionari è un punto di forza di questo studio poiché consente un'approssimazione più vicina all'assunzione abituale rispetto all'uso di un singolo richiamo. Sebbene questo metodo si basi sulla memoria, questa potenziale limitazione è stata superata</p>
---	---



	<p>dalla collaborazione del caregiver nel caso in cui i partecipanti non fossero in grado di rispondere. Inoltre, i dati clinici sono stati auto-risportati e i partecipanti con patologia renale o che assumevano farmaci antipertensivi non sono stati esclusi, sebbene queste condizioni possano influenzare l'escrezione urinaria.</p>
<p>2.  <i>“Beverage Intake and Drinking Patterns Clues to Support Older People Living in Long-Term Care to Drink Well: DRIE and FISE Studies”</i>  Oluseyi F. Jimoh et al.  Regno unito, 2019</p>	<p><b>Materiali e metodi:</b> Confronto tra 2 studi FISE e DRIE, basato su interviste. Il DRIE includeva persone di età <math>\geq 65</math> anni, che vivevano in assistenza a lungo termine (case residenziali, di cura e case specialistiche per la demenza) a Norfolk o Suffolk, nel Regno Unito. Esclusi coloro che ricevevano cure palliative o con insufficienza renale o cardiaca. Studio finalizzato alla valutazione dell'accuratezza diagnostica dei segni dello stato di idratazione. Osservazione del drink consumato da ciascun residente, nella stanza del soggiorno, nella stanza del residente o durante un pasto. Campioni di sangue venoso non a digiuno da 3,5 ml. Campioni utilizzati per valutare l'osmolarità sierica. Lo studio FISE condotto in 14 case di cura tramite richiesta ai partecipanti al DRIE. Osservazione continua per valutare l'assunzione di bevande dalle 6:00 alle 22:00. Durante questo periodo i partecipanti hanno completato il proprio diario delle bevande.</p> <p><b>Obiettivo:</b> Comprendere le caratteristiche e i modelli di consumo e bevande associati a una migliore assunzione di liquidi e alla riduzione della prevalenza di disidratazione</p> <p><b>Risultati:</b> Dodici (55%) dei 22 partecipanti FISE hanno raggiunto in materia di bevande (3/6 uomini hanno bevuto <math>\geq 2,0</math> L/giorno e 9/16 donne <math>\geq 1,6</math> L/giorno). I partecipanti al FISE erano rappresentativi dei 188 partecipanti al DRIE (rispettivamente 18% e 20% disidratati). Tè e caffè erano le bevande più popolari a DRIE; e tè, acqua e caffè insieme hanno</p>

	<p>contribuito per l'80% al consumo totale di bevande nel FISE. La maggior parte delle bevande consumate avveniva tra i pasti (59%, compreso il 10% con farmaci). La misurazione dell'osmolarità sierica ha confermato se i residenti bevevano abbastanza liquidi per evitare la disidratazione.</p>
<p>3.  <i>“Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers’ perceptions”</i>    Nell Debra et al.    Australia,2016</p>	<p><b>Background:</b> Nel 2008 la Nuova Zelanda disponeva di circa 2.800 letti di assistenza residenziale specificatamente destinati alla cura della demenza. Le persone affette da demenza spesso non sono in grado di verbalizzare l'assistenza di cui hanno bisogno, o le loro preferenze e antipatie alimentari. Gli operatori sanitari delle Unità Specializzate di Cura della Demenza (SDCU) sono specificatamente formati nella cura delle persone affette da demenza e potrebbero essere i primi a riconoscere le difficoltà di alimentazione di un individuo.</p> <p><b>Materiali e metodi:</b> studio descrittivo qualitativo utilizzando un approccio di intervista semistrutturata con 11 operatori sanitari in due unità specializzate di cura della demenza. I dati sono stati analizzati utilizzando un approccio induttivo generale. Sono state utilizzate interviste semistrutturate per ottenere una comprensione approfondita delle prospettive dei caregiver.</p> <p><b>Obiettivo:</b> Capire perché individui con demenza lottano per mangiare e bere quantità sufficienti verso un miglioramento dello stato nutrizionale e di idratazione. Pertanto, questo studio mirava a comprendere la percezione del personale sanitario riguardo ai fattori che influenzano la nutrizione e l'idratazione ottimali per gli individui che vivono nelle SDCU, esplorare le percezioni degli operatori sanitari riguardo ai fattori che influenzano la nutrizione e l'idratazione ottimali per le persone che vivono in unità specializzate per la cura della demenza in Nuova Zelanda.</p>

	<p><b>Risultati:</b> Sono stati identificati due temi principali. Il primo tema "È una questione di individuo" comprendeva fattori individuali come l'appetito, l'attrattiva del cibo e le capacità cognitive e funzionali. Il secondo tema "È una questione di ambiente" comprendeva fattori relativi all'ambiente della ristorazione, gli aspetti sociali della ristorazione e il sostegno alle attività durante i pasti.</p>
<p>4.  <i>“Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking Well IN dementia (EDWINA) systematic review”</i>  Diane K. Bunn et al.  Regno Unito, 2016</p>	<p><b>Background:</b> I rischi e la prevalenza di malnutrizione e disidratazione sono elevati nelle persone anziane, ma ancora più elevati nelle persone anziane affette da demenza. Nella revisione sistematica EDWINA (Eating and Drinking Well IN dementia) è stata effettuata la valutazione sull'efficacia degli interventi volti a migliorare, mantenere o facilitare l'assunzione di cibo/bevande indirettamente, attraverso il servizio di ristorazione o la modifica dell'ambiente di ristorazione, l'educazione, l'esercizio fisico o interventi comportamentali in persone con deterioramento cognitivo o demenza (in tutti i contesti, livelli di assistenza e supporto, tipi e gradi di demenza).</p> <p><b>Materiali e metodi:</b> Revisione sistematica, su Medline e altri dodici database, oltre a bibliografie, per studi di intervento con <math>\geq 3</math> partecipanti adulti con deterioramento cognitivo (qualsiasi tipo/stadio)</p> <p><b>Obiettivo:</b> Ricerca esistente su tutti gli interventi volti a migliorare, mantenere o facilitare l'assunzione di cibo o bevande (direttamente o indirettamente) negli adulti con demenza di qualsiasi stadio e in qualsiasi contesto.</p> <p><b>Risultati:</b> Sono stati inclusi 56 interventi (riportati in 51 studi). Gli studi erano piccoli e non c'erano interventi chiaramente efficaci o chiaramente inefficaci. La maggior parte degli interventi sono stati testati in Nord America (29 interventi), di cui 16 in Europa, otto in Asia, due in Nuova Zelanda e uno in Sud America. La maggior parte degli interventi sono stati</p>

	<p>valutati in contesti istituzionali (17 in unità per demenza, 15 in case o unità di cura, 11 in strutture di assistenza a lungo termine, due in un misto di contesti istituzionali, sei in altri contesti istituzionali. La diagnosi di demenza è stata formulata in 45 interventi, mentre nei restanti si è ipotizzato demenza o MCI in base ai punteggi cognitivi o al setting. La stadiazione della demenza era possibile in 36 interventi (quattro da lievi a moderati, due moderati, sei da moderati a gravi, 11 gravi, 12 misti o da lievi a gravi e un MCI).</p> <p>Trentuno interventi hanno riportato tipi di demenza, di cui 14 erano malattia di Alzheimer (AD), 10 erano AD più altri tipi e sette tipi vari o misti di demenza. Gli interventi indiretti sono stati ampiamente raggruppati in; 17 interventi sull'ambiente di ristorazione/servizio di ristorazione, 15 interventi che forniscono istruzione o formazione, 12 interventi comportamentali, otto interventi di tipo esercizio e quattro interventi multicomponente.</p>
--	--

**TABELLA 5. TABELLA DI ESTRAZIONE DEI DATI**

#### **4.2 Analisi critica della letteratura: Limitazioni**

Dopo aver estrapolato tutti i dati dai 4 studi possiamo affermare che il nostro obiettivo è stato raggiunto indirettamente poiché nei 3 articoli di Bunn, D.K et al.; Jimoh, O et al.; Nell, Debra et al., sono stati trattati interventi di prevenzione; ma sono basati sull'idratazione orale, con modelli e tecniche di assunzione dei liquidi. Nel documento di Queirós, C. et al. invece, sono stati presi in considerazione i fattori che influenzano la disidratazione. Non è stato trovato nessun trial clinico basato su interventi mirati alla prevenzione. 3 articoli su 4 sono, infatti, di tipo osservazionale, prodotti di questionari e interviste, con dati di tipo percettivo e 1 articolo su 4 rappresenta una revisione sistematica dei vari interventi.

Nello studio di Queirós, C. et al, inoltre, il campione di urine utilizzato potrebbe non essere rappresentativo degli anziani affetti da malattie non trasmissibili e la dimensione del campione è piccola, il che potrebbe limitare i risultati ottenuti. (Queirós et al., 2023).

Non sono stati rilevati dati riguardo il domicilio e interventi diversi dall'assunzione di liquidi come quelli farmacologici. Una limitazione della ricerca riguarda l'accessibilità ai documenti poiché alcuni essendo ad accesso chiuso non sono stati letti.

## **DISCUSSIONE**

Questa revisione della letteratura ha raccolto tutti i dati disponibili dal 2013 fino ad oggi riguardanti le strategie di prevenzione, farmacologiche e non, sulla disidratazione, nei confronti dell'anziano con demenza.

Dai vari studi emerge come l'assunzione di liquidi, quindi la prevenzione non farmacologica, sia un dato prevalente per evitare la disidratazione nel soggetto con demenza e come la disidratazione sia una complicanza diffusa nella popolazione anziana, causa di mortalità e ulteriori comorbidità.

Sono stati descritti nei 4 studi le modalità di idratazione orale correlate a diversi fattori ambientali e comportamentali, influenti nel corretto apporto di liquidi. L'appetito, le preferenze alimentari, i meccanismi del mangiare, l'ambiente della sala da pranzo, le interazioni sociali e l'assistenza da parte di altri per mangiare sono tutti fattori che influenzano l'idratazione nelle persone con demenza.

L'anziano affetto da demenza ha maggiori probabilità di essere sottopeso e disidratato rispetto a quelle senza. Le difficoltà di alimentazione funzionale sono comuni in queste persone. (Nell et al., 2016).

La revisione sistematica di Bunn, DK, Abdelhamid, A., Copley, M. et al. basata sui 56 interventi prodotti dalla ricerca è la prima completa delle azioni a sostegno del bere nelle persone con demenza e deterioramento cognitivo lieve. Offre un elenco di interventi potenzialmente utili che le persone affette da demenza e i loro caregiver potrebbero voler provare. Inoltre si evince che le persone con demenza e i loro caregiver sembrano raramente coinvolti nello sviluppo di comportamenti appropriati. (Bunn, DK, Abdelhamid, A., Copley, M. et al. 2016).

Nello studio di Nell et al. dove è stato somministrato un questionario agli operatori sanitari, si avverte che quest'ultimi valutano sia i fattori individuali (appetito, appetibilità del cibo e capacità cognitive e funzionali) sia ambientali (l'ambiente della sala da pranzo, l'ambiente sociale dei pasti e il supporto degli operatori sanitari) poiché influenzano l'idratazione ottimale per le persone che vivono nelle SDCU. Coloro che sono affetti da demenza hanno maggiori probabilità di avere uno scarso appetito rispetto agli altri. I partecipanti hanno indicato che la scarsità o la mancanza di appetito può essere dovuta a pasti offerti troppo ravvicinati, a livelli ridotti di attività fisica, alla sindrome del tramonto

o a umore basso. L'ambiente influenza l'insorgenza, la frequenza e la gravità dei comportamenti esibiti dalle persone affette da demenza. L'ambiente circostante rumoroso ed eccessivamente stimolante può causare distrazione e ansia. Alcuni partecipanti consideravano la musica di sottofondo una distrazione inutile durante i pasti. Al contrario, altri consideravano la musica benefica poiché aiutava a rilassare i residenti. Tuttavia, poiché le preferenze musicali sono individuali e la musica "rilassante" o "calmante" è in gran parte soggettiva, possono sorgere difficoltà nel soddisfare le preferenze musicali di tutti i residenti.

Le interazioni sociali con gli altri residenti, i familiari in visita e il personale sono state identificate come possibili distrazioni durante i pasti ma anche come possibili opportunità per migliorare l'esperienza. Il pranzo in comune è stato associato a un maggiore apporto di liquidi forse perché consente di imitare comportamenti alimentari appropriati. (Nell et al., 2016). Nella ricerca qualitativa di Jimoh et al., di confronto tra i due sottostudi DRIE and FISE emerge che il consumo di bevande è comunemente troppo basso nelle case di cura del Regno Unito si suggeriscono strategie pratiche che le strutture di assistenza a lungo termine possono utilizzare per aumentare l'assunzione di liquidi. (Jimoh et al., 2019).

Gli articoli appena citati fanno tutti riferimento alla modalità di assunzione dei liquidi tramite una valutazione basata su fattori ambientali e comportamentali più o meno comuni. Si è preferito effettuare la ricerca in strutture residenziali e semi residenziali indirizzando gli interventi o al personale sanitario o ai residenti. È stato messo al primo posto l'approccio all'anziano con demenza nel momento dell'idratazione e della consumazione del pasto. I dati rilevati, però riguardano tutti interventi raccomandati, non sperimentati e applicati, infatti, come per tutti gli studi percettivi, i risultati non sono generalizzabili, non sono oggettivi, poiché sono influenzati da potenziali pregiudizi e da opinioni personali del ricercatore e del campione di soggetti.

Nel seguente studio, di Queiròs et al., i dati estrapolati sono più oggettivi, relativi ai biomarcatori urinari e in parallelo alla raccolta di dati osservazionali degli anziani o dei loro caregiver essendo uno studio di prevalenza. Da quest'ultimo, perciò sono stati identificati anche i tipi e le modalità di somministrazione di liquidi con elettroliti da integrare. È stato ipotizzato, inoltre, dalla raccolta dei campioni di urina che la prevalenza dell'inadeguatezza dell'idratazione nella nostra popolazione potrebbe essere maggiore se

i campioni fossero stati raccolti in estate, quando viene persa più acqua attraverso la traspirazione e potrebbe non essere adeguatamente compensata dall'assunzione alimentare. (Queiròs et al.)

Successivamente sono riportate le risposte ai 2 quesiti di ricerca tramite l'analisi dei 4 elaborati.

\_\_\_1. Secondo la letteratura, quali sono gli interventi farmacologici e non, volti a prevenire la disidratazione negli anziani con demenza in comunità? Quali sono i miglior programmi di prevenzione attuabili da infermieri e caregiver?

In base alla revisione degli articoli, compaiono strategie consigliabili e similari volte all'idratazione dell'anziano con demenza. Dai dati rilevati, tale obiettivo, è stato perseguito per evitare la disidratazione indirettamente, poiché l'efficacia oggettiva di queste azioni non è stata dimostrata tramite ricerche più avanzate come gli studi sperimentali. Tuttavia, tutti gli elaborati esaminati trattano dell'importanza di una corretta assunzione di liquidi per prevenire la disidratazione e di interventi simili tra loro.

I comportamenti da tenere in atto per evitare che l'anziano con demenza si disidrati secondo lo studio di Jimoh et al. includono:

- somministrazione di bevande più volte al giorno incitando il soggetto a bere
- Non perdere i giri di bevande nelle residenze
- Consegnare quantità di liquidi sufficiente
- Migliorare il supporto per l'incontinenza e la facilità di accesso ai servizi igienici
- Considerare preferenze personali

Allo stesso tempo è fondamentale focalizzarsi sulle modalità di idratazione che sollecitano a bere, riguardanti l'ambiente e l'esperienza interpersonale come: Il consumo di liquidi e pasti con gli operatori sanitari, educazione e supporto per gli operatori sanitari formali e informali, recupero distanziato, attività Montessori, esercizi multisensoriali e interventi multicomponenti. (Bunn, DK, Abdelhamid, A., Copley, M. et al.)

Oltre ai metodi di assunzione è essenziale selezionare anche i nutrienti migliori per l'anziano, poiché anch'essi contribuiscono a evitare lo squilibrio idrico. Infatti nello studio di Queiròs et al. che ha usufruito dei biomarcatori urinari è stata dedotta l'utilità della riduzione dell'apporto di sodio e dell'aumento di quantità di potassio per la



prevenzione della disidratazione. È essenziale indurre l'anziano con demenza a bere più acqua, a piccole quantità, più volte durante la giornata. Per la dieta, invece, introdurre micronutrienti, come verdure, latticini e frutta è favorevole. Inoltre, a causa dello scarso "sapore" dell'acqua, rinforzare l'assunzione di altre bevande più appetibili, che non contengano zuccheri aggiunti, come tè, infusi, acque aromatizzate e bevande ai cereali, risulta essere una strategia efficace e allo stesso tempo salutare.

\_\_2. Di quali strumenti di screening ci si può avvalere in un contesto territoriale per il riconoscimento della disidratazione negli anziani con demenza?

L'ideazione di uno strumento di screening rivolto totalmente alla comunità non è stato trovato. Tuttavia, attraverso lo studio di Queiròs et al. è emersa la validità dell'attuale test di screening per determinare lo stato di disidratazione nella persona, ovvero la misurazione dell'osmolarità sierica tramite prelievo ematico. Questo strumento determina la quantità di soluto efficace nel siero o nel plasma. Tramite il metodo della raccolta di campioni di urina nelle 24 h, tra gli anziani con demenza, i ricercatori hanno avuto delle difficoltà poiché la maggior parte dei malati non era in grado di gestire la richiesta (Campioni non idonei, contaminati, non attendibili). Solo un campione è stato utilizzato per valutare l'osmolarità urinaria nello studio. Quindi, gli studiosi del caso hanno dedotto, attraverso prove scientifiche, che l'osmolarità sierica misurata direttamente, è lo standard di riferimento per la disidratazione da perdita di acqua negli anziani, perché, inoltre, non è influenzata dall'insufficienza della funzionalità renale, prevalente negli individui in terza età (Queiròs et al.).

## **CONCLUSIONI**

Dagli studi emerge che, ad oggi, la disidratazione è una complicanza significativa negli anziani affetti da demenza poiché, a causa del disturbo neurocognitivo, non sono in grado di idratarsi correttamente. Dalla ricerca si evince che gli studi sul territorio sono carenti e le RCT inesistenti. I vari elaborati analizzati hanno focalizzato l'obiettivo sull'idratazione orale, rilevando le tecniche più efficaci per assumere liquidi.

Non sono stati trovati interventi farmacologici di prevenzione e validi programmi o linee guida rivolte al caregiver, soprattutto in campo domiciliare, dove vi è bisogno di un'assistenza più efficace a sostegno delle famiglie. Pur essendo un ambiente complesso, che richiede più tempo, personale e risorse, è di vitale importanza considerarlo oggetto di studio. Le complessità di tali condizioni devono essere indagate per determinare nuove strategie di cura. È auspicabile, quindi, rivolgere l'attenzione ai caregiver e agli operatori socio sanitari che assistono, facendo loro formazione per il miglioramento della loro qualità della vita e dell'assistito.

### **Implicazioni per la ricerca e per la pratica assistenziale**

In comunità ci sono varie condizioni che limitano la ricerca, come la sicurezza sul luogo, l'accessibilità e la richiesta di risorse, ma è imprescindibile effettuarla perché grazie ad essa migliorerebbero una serie di aspetti tra cui la qualità della vita sia per l'infermiere che per la famiglia, con minor stress psico-fisico, e la gestione di risorse in ambito ospedaliero. Nelle strutture residenziali e semiresidenziali, contribuire all'attuazione di nuovi studi, verificando l'appropriatezza di nuove tecniche e test di prevenzione, è un buon percorso da intraprendere. Bisogna far conoscere nuovi approcci preventivi agli operatori socio sanitari e indurli a compiere raccomandazioni giuste. È importante, inoltre, indirizzare il caregiver verso una conoscenza avanzata con l'aiuto di personale multidisciplinare, garantendo una continuità assistenziale vantaggiosa per il paziente e per l'operatore.

Secondo un mio punto di vista personale e completamente idealizzato, dal momento che, in casa l'aiuto necessario all'assistito è dato soprattutto dal caregiver, sarebbe opportuno realizzare dei programmi di formazione sanitaria/infermieristica a tema "Anziano con

demenza e rischio di disidratazione” a loro dedicati, contribuendo al tempo stesso all’attività dell’infermiere tramite l’utilizzo di una check list che possa valorizzarne il ruolo di supplemento all’assistenza a domicilio.

In ambito territoriale, questo strumento serve a raccogliere dei dati per un’eventuale ricerca, conoscere i tipi di interventi effettuati da caregiver e promuovere un’assistenza migliore. È importante che l’infermiere collabori anche con il medico di medicina generale per determinare interventi efficaci nei confronti dell’anziano con demenza, valutando, ad esempio, la quantità di liquidi necessaria giornaliera.

La check list, di responsabilità infermieristica, in aggiunta alla somministrazione delle scale IADL e ADL, deve determinare:

- la valutazione dello stato della cute e mucose orali, stato di coscienza, attività verbale e motoria;
- il bilancio idrico, valore delle entrate e le uscite nelle 24 ore;
- la valutazione delle urine, colore, presenza di ematuria;
- in caso di incontinenza, il tipo di presidio utilizzato;
- il valore della pressione arteriosa e pulsazioni verificati il mattino;
- i farmaci assunti;
- i tipi di bevande assunte.

È uno strumento di prevenzione basato sulla documentazione clinica, che permette all’infermiere di avere maggior conoscenza riguardo le condizioni dell’assistito.

Il familiare deve saper riconoscere i rischi e sintomi di disidratazione e in seguito poter richiedere velocemente l’attivazione di un piano assistenziale.

La formazione del caregiver è un primo passo per un’assistenza più efficace all’anziano affetto da demenza e per ridurre il rischio di un’eventuale disidratazione. Si è consapevoli della difficoltà che implica l’assistenza territoriale, a causa delle diversità culturali, dei fattori economici, della presenza di un buon caregiver o meno e delle complessità dell’assistito, ma è essenziale favorire la ricerca e il miglioramento delle pratiche cliniche in questo contesto.

## BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer e disidratazione: rischi e come evitarla.* (2021). Tratto da spezzalindifferenza blog: <https://spezzalindifferenza.it/>
- Bunn, D., Abdelhamid, A., , & ; Copley, M. et al. (2016). Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking Well IN dementiA (EDWINA) systematic review. *BMC Geriatr*, 16.
- Campolunghi, G. (2019 ). EDUCARE ALLA PREVENZIONE: IL RUOLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA Rivista L'Infermiere N° 2 . Roma.
- Cristina Basso, D. G., & con la collaborazione di: Anna Ceccon, L. C. (s.d.). *Mappa per le demenze. Cura e sicurezza della persona.* Tratto da regione del veneto: <https://demenze.regione.veneto.it/come-assistere/cura-e-sicurezza-della-persona>
- D.Pedrotti, Saiani, & Brugnolli. (2021). *trattato di cure infermieristiche.* sorbona.
- D'Angeli, M. (5 Giugno 2023). Rubrica:Ecco perché la prevenzione è importante anche dopo i 65 anni”. Bologna .
- Jimoh, O., , Brown, T., , Bunn, D., , & Hooper, L. . (2019). Beverage Intake and Drinking Patterns Clues to Support Older People Living in Long-Term Care to Drink Well: DRIE and FISE Studies. *nutriens*, 11.
- Lewis, J. L. (2021). *MD, Brookwood Baptist Health and Saint Vincent's Ascension Health, Birmingham.* Tratto da mds manuals.
- Maset, M. (2021). *Acqua corporea e idratazione: metodi di valutazione.* redazione nurse 24.
- Nell, Debra, Stephen Neville, , Roana Bellew, Catherine O'Leary,, & and Kathryn Louise Beck. (2016). Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions. *Australasian Journal on Ageing*, , v. 35, n. 4.
- Puricelli, C. ( 2022, mar). *UPO aging project. Novara.* Tratto da Vivere con chi ha la demenza: <https://www.agingproject.uniupo.it/e-ancora-la-stessa-persona-vivere-con-chi-ha-la-demenza/>
- Queirós, C., Machado, F. B., Sampaio, A., Ribeiro, Ó., Carvalho, J., Sampaio, J., . . . & Padrão. (2023). Urinary Hydration Biomarkers and Water Sources in Older Adults with Neurocognitive Disorder. *nutriens*, 14.Portogallo.

- Richard G. Stefanacci, D. M. (2022). Panoramica sull'invecchiamento. *MDS manuale*. salute, M. D. (s.d.). *Non autosufficienza e demenza senile*. Tratto da <https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/>
- Stanislao et al., A. M. (2023). *Non autosufficienza e demenza senile*. Roma: Ministero della Salute.
- Zarino, B. (2023). *Invecchiamento normale e patologico: quali sono le differenze?* Tratto da Humanitas- medical care.

## SITOGRAFIA

- <https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2>
- <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- [https://nursetimes.org/il-ruolo-del-caregiver-nella-gestione assistenziale/49829](https://nursetimes.org/il-ruolo-del-caregiver-nella-gestione-assistenziale/49829)
- <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/la-salute-degli-anziani/invecchiamento-dell-organismo/panoramica-sull-invecchiamento>
- <https://blogunisalute.it/prevenzione-anziani/>