L’ospedalizzazione del paziente con demenza: verso una cultura dementia friendly

Circa un terzo dei letti ospedalieri è occupato da pazienti over 65 anni e la gestione in ospedale del paziente anziano con demenza rappresenta un aspetto rilevante nel panorama sanitario. L’articolo propone una rassegna della letteratura in merito alle principali evidenze sugli effetti dell’ospedalizzazione del paziente con demenza e una descrizione dei possibili interventi di Dementia-Friendly Hospital da mettere in atto per migliorare la sua gestione all’interno del setting ospedaliero.

Di Nicola Allegri *(Psicologo – Psicoterapeuta, responsabile del centro territoriale per la diagnosi precoce delle demenze di Vigevano del IRCCS Fondazione Mondino)*, Alessia Rosi *(Psicologa, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento dell’Università degli Studi di Pavia)*, Federica Del Signore *(Neuropsicologa del centro territoriale per la diagnosi precoce delle demenze di Vigevano del IRCCS Fondazione Mondino)*, Giorgio Colombo *(Professore a contratto di Scienze del Farmaco dell’Università degli Studi di Pavia)*, Cristina Tassorelli *(Direttore Unità di Neuroriabilitazione IRCCS Mondino)*, Stefano Cappa *(Professore di Neurologia dell’Istituto Universitario di Studi Superiori di Pavia)*, Stefano Govoni *(Professore di Farmacologia del Scienze del Farmaco dell’Università degli Studi di Pavia)*

Il dipartimento della sanità Inglese (Department of Health, 2001), 20 anni fa, evidenziava come la popolazione anziana assorbisse il 40% delle risorse sanitarie del Paese e occupasse due terzi dei posti letto per acuto in ospedale. Essendo i tassi di natalità in forte riduzione e la popolazione anziana in marcato aumento, tale fenomeno non può che aumentare, ponendo, anche solo in termini epidemiologici, delle sfide concrete alla pianificazione dei servizi ospedalieri. Dato che l’invecchiamento è il primo fattore di rischio per lo sviluppo di patologie neurodegenerative a carattere dementigeno, la necessità di posti letto per acuto per tali pazienti è destinata ad aumentare considerevolmente nei prossimi anni. Risulta difficile, però, dare una precisa quantificazione dei posti letto occupati da questi pazienti: secondo una recente meta-analisi (Mukadam, Sampson, 2011) la prevalenza passa dal 2,8%, in reparti con pazienti relativamente giovani e perlopiù uomini, al 63% dei posti letto in unità geriatriche dove la popolazione anziana è ovviamente maggiore e con un’alta presenza femminile. L’eterogeneità dei dati di prevalenza osservata dagli autori sembra dovuta a marcate differenze metodologiche negli studi presi in esame dalla meta-analisi (differenti reparti presi in osservazione, differenti criteri e test di indagini clinica utilizzati per la diagnosi di demenza etc.). Sebbene non esista un dato di prevalenza certo, la letteratura appare concorde nell’affermare che la proporzione di tali pazienti in ospedale sia alta, attestandosi a circa il 25% dei posti letto (Boaden, 2016), e che, i pazienti affetti da demenza, abbiano una maggiore probabilità di essere ospedalizzati rispetto ai loro coetanei senza decadimento cognitivo. Data l’assenza di farmaci che siano in grado di curare la maggior parte delle patologie dementigene, alcune domande appaiono ineludibili. Qual è il significato della parola “curare” nella persona anziana con demenza in ospedale? Quale approccio deve indirizzare il medico, lo psicologo, l’infermiere, o qualunque operatore sanitario in ospedale, di fronte a questa condizione “incurabile”? Ma ancora più ineludibili appaiono alcune domande che quotidianamente ci pongono i caregiver nei nostri ambulatori; quante volte, infatti, abbiamo sentito raccontare dolorosamente da mogli, figli, e caregiver in generale, di come l’esperienza dell’ospedalizzazione del loro caro affetto da demenza abbia effetti negativi, se non dirompenti, sulla sua salute in generale? Ovviamente gli aneddoti non fanno una regola (“*anekdotos*”: ciò che non è dato, divulgato, saputo), ma portano alla luce l’inedito, che ci pone in una posizione di sospetto e indagine. Si propone, quindi, un’analisi della letteratura in merito alle principali evidenze sugli **effetti dell’ospedalizzazione del paziente con demenza**, per cercare di verificare la possibile presenza e tipologia degli effetti negativi riportati dai caregiver. Una relazione positiva, tra aneddotica e dati scientifici, vista l’alta prevalenza di tali pazienti in ospedale, necessiterebbe di un’indagine sulle cause e possibili soluzioni atte a ridurre questo gap sanitario nei confronti dei pazienti con demenza in

ospedale.

Zone d'ombra della cura della persona con demenza in Ospedale

Tradizionalmente, per quantificare gli effetti negativi dell'ospedalizzazione, si misurano gli indici degli eventi occorsi. Essi possono essere definiti come: "*Un non intenzionale danno causato dalla presa in carico medica, piuttosto che dal processo della malattia, sufficientemente serio da condurre a un prolungamento dell'ospedalizzazione, a una temporanea o permanente disabilità del paziente al momento della dimissione fino ad arrivare alla morte stessa del paziente*" (Vincent, 2010). La letteratura appare pienamente concorde nel sostenere che **i pazienti con demenza**, spesso affetti da multiple comorbilità, ridotte capacità funzionali e ridotta riserva cognitiva, **sono particolarmente vulnerabili a eventi avversi durante l'ospedalizzazione** (vedi tabella 1).

DIFFICOLTÀ NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DEMENZA		POSSIBILE INTERVENTO/ESITO
Tipo	*Descrizione*	*Descrizione*
Diagnosi	Difficoltà di identificazione del decadimento cognitivo, non utilizzo di strumenti standardizzati per la rilevazione del dato cognitivo	Formazione del personale sanitario, uso di strumenti standardizzati e personale specializzato (neuropsicologo) per la rilevazione del dato cognitivo
Delirium	Difficoltà di identificazione del delirium, della sua gestione proattiva e non farmacologica	Formazione del personale sanitario
Disturbi comportamentali	Aumento dei disturbi comportamentali e assenza di interventi non farmacologici	Formazione del personale sanitario
Dolore	Difficoltà di identificazione del dolore, assenza di valutazioni comportamentali per il suo rilevamento	Formazione del personale sanitario, uso di strumenti standardizzati
Cadute	Maggiori possibilità di cadute	Formazione del personale sanitario, attenzione all'uso dei farmaci (antipertensivi e psicofarmaci), analisi e risoluzione delle barriere architettoniche
Autonomia	Perdita di autonomia alla dimissione	Formazione del paziente e dei caregiver al sostegno al mantenimento dell'autonomia
Riammissioni ospedaliere	Maggiore probabilità di plurime riammissioni ospedaliere	Riduzione del numero di riammissioni ospedaliere
Istituzionalizzazione	Maggiore probabilità di istituzionalizzazione in RSA alle dimissioni	Riduzione della probabilità di istituzionalizzazione in RSA alle dimissioni
Durata degenza	Maggiore lunghezza di degenza	Lunghezza della degenza nella norma
Costi	Maggiori consumo di risorse	Minore consumo di risorse

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 1 – Difficoltà, possibili soluzioni ed esiti nella presa in carico del paziente con demenza

In primo luogo, e forse inevitabile preludio degli altri fattori che seguono a cascata, in assenza di diagnosi pregressa, in ospedale vi è una ridotta capacità di identificazione di un possibile decadimento cognitivo. Un recente studio americano (Amjad et al, 2018), che conferma la letteratura precedente effettuata in Paesi economicamente sviluppati, ha evidenziato come circa il 40% dei pazienti affetti da demenza non ha ricevuto una diagnosi formale e un ulteriore 20%, pur avendo una diagnosi, non ne è consapevole. Tali dati mostrano come i servizi ambulatoriali dedicati al riconoscimento della diagnosi di demenza (in Italia Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze – CDCD) non riescano a intercettare un'importante fetta di pazienti con demenza, con conseguenti e significative ricadute sia a livello sanitario, assistenziale, ed economico. L'ospedale si configurerebbe come un importante Hub per la rilevazione delle poliedriche problematiche sanitarie dei pazienti che vi accedono, favorendo un orientamento/invio tempestivo dei pazienti presso i servizi dedicati per una presa in carico specialistica. **Una diagnosi tempestiva della patologia responsabile di demenza in ospedale, infatti, permetterebbe una migliore gestione del paziente sia in termini di maggior riconoscimento dei suoi bisogni sia per mitigare possibili rischi per la sua sicurezza e quella altrui.** Nonostante l'ovvietà di tale considerazione (per una migliore cura serve una corretta diagnosi!), numerose indagini evidenziano una scarsa efficacia degli operatori ospedalieri nella rilevazione della semeiotica medica del decadimento cognitivo. Generalmente non sono utilizzati test oggettivi per la quantificazione del decadimento cognitivo (ad esempio MMSE) e vi è una scarsa conoscenza delle manifestazioni dementigene extra-mnesiche (ad esempio i precoci disturbi comportamentali nella demenza frontotemporale). Cosa può comportare una mancata diagnosi di demenza nel paziente ospedalizzato e una mancata gestione proattiva delle possibili complicanze insite nella patologia stessa? Secondo Fick e Foreman (2000), 7 casi di delirium su 10 non vengono riconosciuti in ospedale. Avere un decadimento cognitivo, inoltre, aumenta il rischio di stato confusionale acuto, poiché l'incidenza del delirium è maggiore in soggetti con demenza rispetto a coetanei senza demenza. Secondo Morandi (Morandi ed al., 2012), il delirium sovraimposto a demenza rappresenta il 65% dei casi di delirium in ospedale. **Ne consegue che la mancanza di riconoscimento di demenza e di delirium influisce negativamente sulle scelte di prevenzione e trattamento del paziente ricoverato. Pertanto, non riconoscere la presenza di decadimento cognitivo significa non comprendere i bisogni del paziente.** Ci siamo mai chiesti se il continuo lamentarsi dei pazienti, che spesso crea atteggiamenti di fastidio e irritazione negli operatori che lavorano in un clima che risente di tempi ristretti e continui tagli sanitari, non sia una modalità "diversa" per esprimere un dolore fisico? È noto, in letteratura, che agli anziani con decadimento cognitivo vengono prescritti meno analgesici rispetto ai loro coetanei sani. Vari fattori sono alla base di questo processo, tra cui una modalità differente di comunicare il proprio dolore fisico: agitazione, aggressività, vocalizzi e *wandering,* ad esempio, possono derivare da un sottostante problema algico. Alla luce di tale dato, è evidente come un antidolorifico al bisogno può essere più efficace di un farmaco sedativo, che tra l'altro risulta essere inappropriato per i pazienti anziani (Beers Criteria). I farmaci sedativi e gli antipsicotici, utilizzati per i disturbi comportamentali possono portare ad una eccessiva sedazione o all'insorgenza di delirium. Come per i test cognitivi, anche test comportamentali adibiti alla rilevazione del dolore nei pazienti con demenza, e non le scale analogiche, non vengano utilizzati. Allo stesso modo, il misconoscimento di un bisogno fisiologico primario (andare in bagno, avere fame o freddo) può ingenerare un disturbo comportamentale come modalità di comunicazione. Un circolo vizioso che non fa comprendere la vera natura del bisogno del paziente. Come possiamo afferrare un messaggio se non sappiamo che il paziente potrebbe comunicarlo in modo differente dalle comuni prassi? Non stupisce, quindi, che i pazienti affetti da demenza in ospedale abbiano più alti livelli di ansia e depressione rispetto ai loro coetanei sani; e che queste alterazioni del tono dell'umore e dell'ansia perdurino per più tempo, anche dopo le dimissioni. Inoltre un paziente agitato ha un maggior rischio di cadute. Come afferma il documento dell'Alzheimer Society (2016) "un marker chiave della qualità della cura che un individuo riceve in ospedale è la probabilità di avere una caduta durante la sua degenza". Sempre secondo questo documento, la percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con demenza che aveva una caduta era superiore di oltre 2,5 volte negli ospedali poco attenti alle condizioni cognitive del paziente. Tale dato appare ancora più allarmante se si considera che i pazienti con demenza hanno una minore probabilità di sopravvivenza rispetto ai loro coetanei sani dopo una caduta (Wins, 2005). Inoltre, una recente meta-analisi (Möllers, 2018) ha evidenziato come la

maggior parte degli studi sottolinei che i pazienti affetti da demenza abbiano una più lunga degenza in ospedale rispetto ai loro coetanei sani; tale dato è stato confermato anche dal nostro gruppo di ricerca all'interno del progetto IDENTITA' – I*talian Dementia Friendly Hospital Trial* di *Dementia Friendly Hospital* (DFH). Ultimo, tra le zone d'ombra ancora poco esplorate vi è quella relativa ai trattamenti farmacologici: è posta attenzione alla possibilità che alcuni farmaci compromettano ulteriormente la funzione cognitiva? Si pone il problema se un paziente con alterazione cognitiva rientri nelle condizioni che richiedono un trattamento specifico per la demenza secondo le linee guida correnti? Ci si pone il problema di come continuare le terapie in un paziente con problemi cognitivi in relazione alla compliance alle dimissioni? Analizzando insieme questi dati fino ad ora discussi, non stupisce che **i pazienti con demenza mostrino alle dimissioni un significativo peggioramento della loro autonomia, un aumentato rischio di morte, frequenti ri-ospedalizzazioni e istituzionalizzazione presso RSA rispetto a soggetti di pari età senza decadimento cognitivo.** Quali sono i fattori che determinano queste importanti ripercussioni? Nel prossimo paragrafo analizzeremo le principali cause e motivazioni che portano a tali esiti, e le possibili strategie da mettere in campo per migliorarne la degenza e la qualità di vita dei soggetti affetti da demenza in ospedale. Nello specifico, con l'intenzione di fornire risposta a tali problematicità, saranno descritte alcune esperienze internazionali di *Dementia Friendly Hospital* (DFH), integrate da alcuni accenni del progetto IDENTITA' della Fondazione Mondino, il primo progetto italiano di DFH.

Le barriere per una corretta gestione

Procediamo con un interrogativo essenziale: come è possibile che, a parità di condizioni mediche, i pazienti con demenza presentino più complicanze dei pazienti di pari età senza demenza? Non esiste un'unica motivazione: fattori intrinseci alla malattia stessa responsabile di demenza e fattori estrinseci (ambientali, culturali, formativi) interagiscono insieme nel determinare queste complicanze. In termini pratici, ad esempio, una ridotta riserva cognitiva pone il paziente in una situazione precaria, dove l'estraniazione da un luogo familiare e interventi clinici standard, non tarati sulle specifiche esigenze di questi pazienti, possono ingenerare una spirale di eventi avversi, che incidono pesantemente sulla situazione clinica complessiva dello stesso. **Lo sradicamento da un luogo familiare a un luogo sconosciuto con persone non conosciute** apparentemente **è difficile** per chiunque, tanto più per chi ha fragilità cognitive ed emotivo-affettive. La mancanza del proprio ambiente, che in qualche modo riesce a compensare i disturbi mnesico-cognitivi, pone in una situazione di allerta continua. Allo stesso modo, il senso di non familiarità generato dal **contatto con persone estranee**, in una condizione in cui si fatica a riconoscere i propri famigliari, **amplifica il senso di smarrimento e paura**. Strutturalmente gli ospedali, tranne rare eccezioni dove sono state fatte modifiche ambientali ad hoc, non sono adatti a persone con problematiche cognitive ed emotivo-comportamentali. **L'ambiente fisico ha profonde ripercussioni sulla nostra salute fisica e psicologica**, tanto più se si hanno difficoltà cognitive ed emotivo-comportamentali. Ad esempio, una difficoltà intrinseca di orientamento spaziale associata a un luogo sconosciuto e che presenta scarse indicazioni ad hoc (ad esempio dove si trovi il bagno o la propria camera) può determinare e accrescere i livelli di ansia producendo wandering, con aumento del rischio di cadute. Allo stesso modo **una sovra-stimolazione sensoriale può suscitare comportamenti aggressivi che nascono dalla paura**; ancora, e **una ridotta illuminazione, o non chiare indicazioni, possono originare a loro volta dispercezioni visive o uditive.** Se da una parte i fattori strutturali alla base di una esacerbazione sintomatologica possono essere gestibili con una buona e pratica riorganizzazione ambientale degli spazi, dall'altra esistono fattori legati alla "visione" della cura dell'anziano, in generale e del paziente con demenza, che dipendono più direttamente dalle competenze e attitudini degli operatori stessi: ageismo[1]e formazione sanitaria. Nel 1848, un medico gallese di nome George Edward Day denunciò con molto vigore, nell'introduzione del suo libro, che i medici dell'epoca avevano uno scarso interesse nel trattamento e cura degli anziani. Malgrado siano passati più di 150 anni, e malgrado, come abbiamo visto sopra, gli anziani siano i fruitori più cospicui delle cure ospedaliere, numerose evidenze attestano come questo vecchio adagio sia ancora presente nelle nostre strutture ospedaliere, rilevando **consistenti attitudini negative alla cura dell'anziano, e ancor più del paziente con demenza da parte degli operatori sanitari**. La presenza di una cultura ageistica negli operatori (stereotipi sull'invecchiamento, pregiudizi e discriminazione) incide pesantemente sull'equità delle cure, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi. Tale cultura ageistica risulta evidente tanto a livello di rapporti

interpersonali, paziente-operatore sanitario, quanto a livello di gestione istituzionale. Come afferma George (George et al., 2013): *"I pazienti anziani in stato confusionale sono spesso discriminati in ospedale. A volte possono essere percepiti come non benvenuti nei reparti di emergenza. Medici e infermieri trascorrono meno tempo con i pazienti in stato confusionale rispetto a coloro che non sono confusi. Frequentemente sottostanti patologie pericolose non vengono riconosciute e i pazienti sono categorizzati con inappropriate etichette, come "scarsamente cooperativi" (Acopia), che scoraggiano approfondimenti diagnostici e trattamenti delle patologie sottostante. Queste sottostanti attitudini negative verso gli anziani, e in particolare verso le persone affetta da demenza, si riflettono in modalità errate di comunicazione con essi da parte del personale ospedaliero".* Oltre che da una cultura ageistica, anche gli aspetti formativi degli operatori sanitari sembrano condizionare la presa in carico dei pazienti con demenza. Nel progetto Identità di DFH, svolto presso l'Ospedale di Vigevano, su 93 operatori presi in considerazione (medici, infermieri OSS e fisioterapisti dei reparti di Cardiologia, Medicina Interna, Chirurgia e Ortopedia) solo il 15% aveva una pregressa formazione inerente alle demenze e al decadimento cognitivo in generale. Come possiamo comprendere le manifestazioni della patologia, le modalità "particolari" di riferire i bisogni, e gestire in maniera proattiva la malattia responsabile della demenza, in assenza di una formazione adeguata? Come vedremo nel prossimo paragrafo, **interventi formativi sugli operatori hanno ricadute sostanziali sulle modalità di presa in carico del paziente con demenza**. La formazione deve prevedere nozioni sull'epidemiologia del demenze, cosa sia e come si manifesti (ad esempio, manifestazioni extra-mnesiche), sul trattamento farmacologico dell'anziano con e senza demenza (ad esempio, reazioni avverse dei farmaci, prescrizioni inappropriate, carico sedativo e carico anticolinergico), sulle modalità di comunicazione con il paziente con decadimento cognitivo e con il suo caregiver (comprendere i bisogni del paziente, la comunicazione non verbale dei pazienti, coinvolgimento del paziente e del caregiver nei processi decisionali di cura), sulle strumentazioni disponibili per l'identificazione del decadimento cognitivo stesso, ma anche sul dolore e sul delirium e su una gestione complessivamente proattiva e preventiva delle complicanze (delirium, disturbi comportamentali).

Possibili interventi per una presa in carico dementia friendly

Dieci anni fa circa, il governo inglese, nel documento programmatico *Living well with Dementia* (Department of Health, 2009), proponeva azioni ben calibrate al fine di migliorare l'assistenza delle persone con demenza nei vari contesti di cura, tra i quali l'ospedale (azione 8 del documento); nello specifico l'obiettivo era, non solo migliorare la capacità di intercettazione e diagnosi dei pazienti, ma anche garantire ad essi una migliore qualità di vita e cure personalizzate. Appare interessante, allora, entrare nello specifico e comprendere quali azioni si debbano mettere in atto per avviare questo virtuoso percorso. Sporadiche iniziative e ricerche sono state messe in atto in questi anni, ma come sottolinea (George et al., 2013), per migliorare la sicurezza e l'affidabilità di un sistema sanitario, in questo caso del suo servizio ospedaliero, **si richiedono azioni su molteplici e distinti livelli, identificabili in sette fattori fondamentali** (vedi tabella 2). Il primo fattore (*Patient's Factors*) è la **diffusione di una cura centrata sul paziente**: con le parole dello stesso autore: "*… significa un'attenta valutazione delle persone con demenza, trattarli come individui, comprendere la loro prospettiva di cura e creare un ambiente positivo*". Con queste parole, si intende combattere i bias culturali e lo stigma che continuano a persistere, anche in ambito sanitario; significa, inoltre, adottare una prospettiva, che oltre gli aspetti medici, prenda in considerazione anche gli aspetti emotivo-comportamentali del paziente e il suo coinvolgimento nel processo di cura. Ne consegue (*Task and Technology Factors*) l'**adozione e l'implementazione di tutte quelle procedure che ci permettono di ottenere maggiori informazioni sui pazienti**: nello specifico, l'utilizzo di test quantitativi e standardizzati per rilevare il decadimento cognitivo, test comportamentali per l'identificazione del dolore, migliorare la condivisione delle informazioni inerenti ai pazienti e l'inclusione dei pazienti anziani e con demenza in clinical trials; ad esempio (Allegri et al., 2019), una recente meta-analisi sul tema oppioidi, dolore cronico e cognizione, ha rilevato un'importante assenza di specifiche indagini su questo tema in pazienti anziani e con demenza. Il terzo fattore (*Individual Factors*) è inerente alle *conoscenze/formazione degli operatori nel campo degli anziani e nel campo delle demenze e sulle modalità comunicative più consone con gli stessi pazienti e caregiver*. Strettamente connesso al terzo fattore, il quarto fattore identificato (*Team Factors*) propone una **presa in carico multidisciplinare**, avvalendosi anche di figure specializzate in ambito geriatrico. Anche quest'autore, come abbiamo visto in

precedenza, pone enfasi sui fattori ambientali e strutturali (*Work/Environmental Factors*), suggerendo quindi piccole modifiche strutturali che permettano un'ambiente più *friendly* fino alla creazione di unità dedicate a questo tipo di pazienti. Il sesto e settimo fattore (*Organizational and Management Factors/ Institutional Context Factors*) si riferiscono a *modifiche a livello manageriale e istituzionale*. Negli ultimi anni, si sono avviate interessanti esperienze di *Dementia Friendly Hospital* volte a riconoscere e definire le difficoltà di presa in carico del paziente demente all'interno del reparto (si veda ad esempio la tabella 2) e a capire, di conseguenza, se interventi formativi degli operatori sanitari in ospedale potessero avere un impatto significativo sulle su citate zone d'ombra della presa in carico del paziente con demenza. Recentemente, all'Ospedale di Vigevano è stata avviata, ed è in fase di conclusione, una ricerca di *Dementia Friendly Hospital* (DFH), **Progetto Identità**, mirata a valutare analiticamente se la formazione del personale ospedaliero potesse avere una ricaduta su vari indici della presa a carico del paziente con demenza. Sebbene a livello internazionale siano state avviate varie esperienze di DFH, in quasi tutte le esperienze gli outcome rilevati consistevano solamente in questionari pre e post valutazione, senza avere una reale conoscenza delle ricadute a livello effettivo sul paziente. Al fine superare tali limitazioni, nel progetto Identità, oltre ai questionari pre e post sugli operatori sono stati indagati vari indici tra cui i giorni di degenza, l'autonomia del paziente alle dimissioni, l'appropriatezza farmacologica e i livelli di ansia e depressione. Relativamente ai farmaci, il monitoraggio delle terapie contemporaneamente in corso (al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e le periodiche verifiche del trattamento per adeguarlo alle eventuali mutate esigenze del paziente), può migliorare il rapporto costo-efficacia, sia dal punto di vista terapeutico che economico, minimizzando i rischi clinici di complicanze farmaco correlate in acuto, ed evitando, al contempo, lo spreco di risorse per terapie non appropriate. I risultati del progetto Identità, che sono in fase di analisi, sembrano molto positivi. **Con solo cinque ore di formazione del personale, diminuiscono i giorni di degenza dei pazienti con demenza, migliorano i loro livelli di ansia e depressione alle dimissioni, ma soprattutto si evita un peggioramento della autonomia funzionale** evidente nel gruppo di controllo (assistito da personale non formato) **alle dimissioni.**

Fattori utili a migliorare la sicurezza e l'affidabilità di un servizio ospedaliero per il paziente con demenza (modificata da George, 2013)
• Diffusione di una cura centrata sul paziente • Adozione e implementazione di misure quantitative e standardizzate per rilevare il decadimento cognitivo e per l'identificazione del dolore • Formazione degli operatori nel campo degli anziani e nel campo delle demenze • Presa in carico multidisciplinare • Analisi/modifica fattori ambientali e strutturali per rendere l'ambiente più *friendly* • Modifiche a livello manageriale e istituzionale.

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 2 – Fattori utili a migliorare la sicurezza e l'affidabilità di un servizio ospedaliero per il paziente con demenza

Conclusioni

L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento di pazienti anziani con demenza costituisce un'importante sfida per i sistemi sanitari nazionali impegnati ad affrontare i cambiamenti demografici ed epidemiologici in un contesto di risorse limitate e di sviluppo tecnologico e aspettative crescenti. Il paziente anziano con demenza è un soggetto per definizione fragile con specifici bisogni soddisfacibili attraverso **un'attenta valutazione multidimensionale**. Solo un

approccio di questo tipo consente, infatti, di identificare e gestire pazienti in cui la presenza di patologie croniche multiple si intreccia con la riduzione dell'autonomia funzionale, con il deficit cognitivo e con le problematiche sociali ed economiche che ne derivano. In questa popolazione di pazienti, **l'individuazione precoce del deficit cognitivo, dei fattori di rischio del delirium, della gestione dei disturbi comportamentali e algici associati a una formazione ad hoc sulla comunicazione medico/paziente e medico/caregiver risulta di fondamentale importanza per una migliore cura del paziente e ottimizzazione delle risorse**. Nello stesso contesto, l'**attenzione a limitare ove possibile la politerapia e a eliminare le duplicazioni e l'inappropriatezza delle prescrizioni di farmaci**, analizzando e rivalutando criticamente le stesse, può limitare l'insorgenza di reazioni avverse da farmaci, che sono causa di scarsa qualità di vita, ospedalizzazioni e incremento della mortalità e dei costi sanitari. In definitiva, estendendo la prospettiva, i sistemi sanitari per affrontare le criticità di gestione del paziente anziano con demenza dovrebbero impegnarsi su due livelli:

- la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi più appropriati per il paziente, in grado di garantire un percorso di cura e presa in carico personalizzato;
- la formazione del personale sanitario alla sensibilità, e capacità di riconoscimento di tali specificità del paziente anziano con problemi cognitivi e conoscenza delle modalità adeguate di intervento. Allo stesso tempo, a chi scrive pare che una tale cultura, che peraltro permetterebbe anche un miglior uso e, forse, un risparmio delle risorse, debba essere diffusa nelle sue parti più generali anche ai parenti e ai caregiver per articolare meglio le proprie richieste verso il servizio sanitario.

Foto di fernando zhiminaicela da Pixabay

BIBLIOGRAFIA

Allegri N., Mennuni S., Rulli E., Vanacore N., Corli O., Floriani L., De Simone I., Allegri M., Govoni S., Vecchi T., Sandrini G., Liccione D., Biagioli E., (2019), *Systematic Review and Meta?Analysis on Neuropsychological Effects of Long?Term Use of Opioids in Patients With Chronic Noncancer Pain*, in Pain Practice, Mar;19(3), 328-343.

Amjad H., Roth D. L., Sheehan O. C., Lyketsos CG., Wolff JL., Samus QM., (2018), *Underdiagnosis of dementia: an observational study of patterns in diagnosis and awareness in US older adults*, in Journal of general internal medicine, Jul; 33(7), 1131-1138.

Fick D., Foreman M,. (2000), *Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals*, in Journal of Gerontological Nursing, Jan; 26, 30–40.

George J., Long S., Vincent C., (2013), *How can we keep patients with dementia safe in our acute hospitals? A review of challenges and solutions,* in Journal of the Royal Society of Medicine, Sep;106(9), 355-361.

Möllers T., Stocker H., Wei W., Perna L., Brenner H., (2019), *Length of hospital stay and dementia: A systematic review of observational studies*, in International journal of geriatric psychiatry, Jan;34(1), 8-21.

Morandi A., McCurley J., Vasilevskis EE., Fick DM., Bellelli G., Lee, P., Jackson JC,, Shenkin SD., Trabucchi M., Schnelle J, Inouye SK., Ely EW., MacLullich A., (2012), *Tools to detect delirium superimposed on dementia: a systematic review*, in Journal of the American Geriatrics Society, Nov;60(11), 2005-2013.

Mukadam N., Sampson EL., (2011), *A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients*, in International psychoeriatrics, Apr;23(3), 344-355.