



# RICONOSCERE E GESTIRE IL DELIRIUM

Collegio IPASVI Brescia  
5-12 Giugno 2012

Zani Michele  
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia  
Fond. Le Rondini Città di Lumezzane ONLUS

# IL PROGRAMMA

14.30	Saluto del Presidente del Collegio	Stefano Bazzana
14.35	Presentazione del corso: rationale, obiettivi e contenuti	Angelo Benedetti
14.45	Definizione di delirium	Michele Zani
16.00	Epidemiologia e linee guida di riferimento	Michele Zani
17.00	Gli strumenti di valutazione del rischio di delirium	Michele Zani
18.00	Confronto – dibattito	Michele Zani
18.30	Conclusione della giornata	Angelo Benedetti

# IL PROGRAMMA

14.30	Presentazione della giornata	Angelo Benedetti
14.35	La gestione del delirium: indicazioni farmacologiche e non	Michele Zani
16.30	Lavoro di gruppo: gestione del disturbo comportamentale	Angelo Benedetti Michele Zani
17.30	Presentazione dei lavori e discussione in plenaria	Angelo Benedetti Michele Zani
18.15	Valutazione dell'apprendimento e del gradimento	Angelo Benedetti Michele Zani
18.30	Conclusione dell'evento formativo	Angelo Benedetti

## DIAGNOSI DI DELIRIUM – DSM IV

1. Disturbo dello stato di coscienza (ridotta consapevolezza dell'ambiente) con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione.
2. Alterazioni della sfera cognitiva (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio) non giustificabili da una demenza preesistente o in evoluzione.
3. Il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) ed ha un decorso fluttuante nel corso della giornata.
4. C'è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o da altri accertamenti che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o da una sindrome di astinenza..

# RIPRENDIAMO QUALCHE CONCETTO...

□ Ipercinetico: caratterizzato dal riscontro all'esame obiettivo  
È di ansia, iperattività o aggressività

transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza.

Ipocinetico: prevale letargia, ipoattività, rallentamento ideomotorio

Modalità di manifestazione:

✓ Misto: il corteo sintomatologico è caratterizzato dall'alternanza di queste due condizioni

✓ ipocinetico

✓ Misto

# COME DIFFERENZIARE IL DELIRIUM DALLA DEMENZA ?

*CLINICAL FEATURES OF DELIRIUM, DEMENTIA, AND DEPRESSION*

*Adapted from Foreman MD, Grabowski R. Diagnostic dilemma: cognitive impairment in the elderly. J Gerontol Nurs 1992; 18(9):5-12*

## DIAGNOSI DI DEMENZA – DSM IV

1. La presenza di deficit cognitivi che si manifestano attraverso:
  - a) deficit di memoria
  - b) uno o più dei seguenti disturbi cognitivi: afasia, aprassia, agnosia, disturbi nelle funzioni esecutive (pianificare, organizzare...)
2. I deficit cognitivi devono impattare in maniera significativa sulla vita sociale e devono portare a un declino delle abilità funzionali
3. Il decorso è caratterizzato da un graduale e continuo declino cognitivo
4. I deficit cognitivi non devono essere ricondotti a altre patologie a carico del sistema nervoso (es. Parkinson), a condizioni reversibili (deficit vit. B12) o ad altre sostanze che possono indurre a questa condizione
5. Il deficit cognitivo è presente anche al di fuori di episodi di delirium

## **DELIRIUM E DEMENZA: QUALI DIFFERENZE?**

1. Sintomi iniziali (esordio)?
2. Decorso?
3. Progressione?
4. Durata?
5. Consapevolezza?
6. Vigilanza?
7. Attenzione?
8. Orientamento?
9. Memoria?
10. Pensiero
11. Percezione?
12. Comportamento psicomotorio?
13. Ciclo sonno veglia?
14. Caratteristiche associate?
15. Stato mentale nei test?

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
<b><u>Insorgenza</u></b>	Acuto o subacuto, spesso alla sera	Cronica, generalmente insidiosa
<b><u>Decorso</u></b>	Di breve durata, i sintomi fluttuanti di giorno peggiorano alla sera, nella notte e al risveglio	Lungo, non ci sono sintomi diurni particolari ma essi sono progressivi e relativamente stabili nel tempo
<b><u>Progressione</u></b>	Inattesa, brusca	Lenta ma costante

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
--	-----------------	----------------

<b><u>Durata</u></b>	Ore, meno di un mese, raramente lunga	Mesi o anni
<b><u>Coscienza</u></b>	Ridotta	Chiara
<b><u>Vigilanza</u></b>	Apatia o ipervigile, fluttuante	Generalmente normale

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
<b><u>Attenzione</u></b>	Peggiorata, fluttuante	Generalmente normale
<b><u>Orientamento</u></b>	Generalmente peggiorato, fluttuante in casi severi	Può essere peggiorato
<b><u>Memoria</u></b>	Recente e immediata peggiorata	Recente e remota peggiorata
<b><u>Pensiero</u></b>	Disorganizzato, distorto, frammentato, rallentato o accelerato, parla incoerentemente	Difficoltoso alle astrazioni, pensiero impoverito, giudizio impoverito, le parole difficili da trovare

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
<b><u>Percezione</u></b>	Distorta; illusione, delusione, allucinazioni, difficoltà a distinguere tra la realtà e percezioni errate	Percezioni errate spesso assenti
<b><u>Comportamento motorio</u></b>	Variabile, ipocinetico, ipercinetico o entrambi	Normale, ma può esserci aprassia
<b><u>Ciclo sonno-veglia</u></b>	Disturbato, il ciclo si può invertire (scambiare il giorno per la notte)	Frammentato

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
<b><u>Caratteristiche associate</u></b>	Variabili cambi emotivi, sintomi da autonomia ipereccitata, esagerazioni della personalità, associato con malattie fisiche	Influisce superficialmente, labile, tenta di nascondere i deficit intellettivi, cambia la personalità, afasia, agnosia, manca di comprensione (insight)
<b><u>Stato mentale nei test</u></b>	Distratto nel suo compito	Sbaglia riguardo alla sua famiglia, frequentemente "sbaglia le risposte", fa fatica con i test, fa un grande sforzo per cercare appropriate risposte

# RIPENDIAMO QUALCHE CONCETTO...

- ✓ DELIRIUM PREVALENTE:

Presente all'ammissione in reparto

- ✓ DELIRIUM INCIDENTE:

Quando si sviluppa durante la degenza

# CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

Elle M et al. 1998

(Meta-analisi di 27 studi pubblicati fra il 1966 e il 1995)

1. Preesistente demenza
2. Condizione medica severa
3. Abuso di alcool
4. Limitazione funzionale
5. Na<sup>+</sup> sierico alterato
6. Sesso maschile
7. Depressione
8. Alterazione udito
9. Alterazione vista

# CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

Inouye, JAMA 1996

- ✓ FATTORI PREDISponentI
- ✓ FATTORI PRECIPITANTI

# CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

## ➤ **Fattori predisponenti**

## ➤ **Fattori precipitanti**

- Età avanzata
- Deficit cognitivo
- Gravità/severità di malattie
- Deficit multisensoriale
- Disabilità nelle ADL
- Sesso maschile
- Depressione
- Alcolismo
- Malnutrizione

Il 25% dei soggetti con delirium sono dementi

Il 40% dei dementi ricoverati in ospedale sviluppa delirium

# CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

➤ Fattori predisponenti

➤ **Fattori precipitanti**

- Evento clinico avverso
- Intervento di chirurgia maggiore
- Ricovero in UTI
- Farmaci psicoattivi
- Deprivazione di sonno
- Ipotensione
- Febbre o ipotermia
- Disordini metabolici
- Uso di contenzione fisica
- Dolore
- Cateterismo vescicale

# PATOGENESI DEL DELIRIUM

**Fattori predisponenti/vulnerabilità**

**Alta vulnerabilità**

Demenza severa

Gravità di malattia

Deficit multisensoriale

Buona salute

**Bassa vulnerabilità**

**Fattori precipitanti**

**Evento clinico avverso**

Chirurgia maggiore

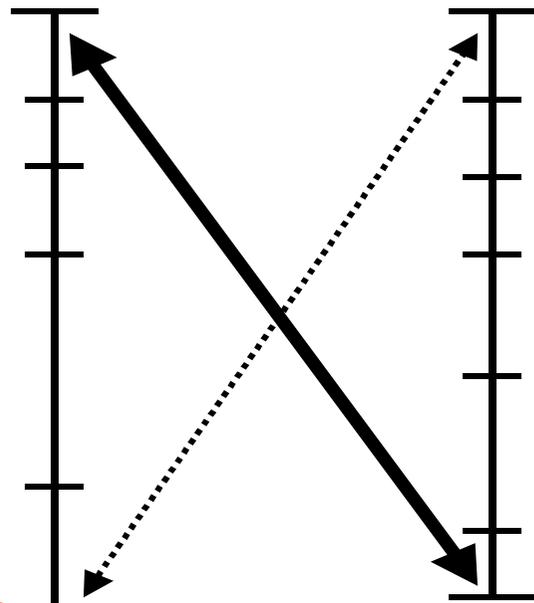
Unità di Terapia Intensiva

Farmaci psicoattivi

Deprivazione di sonno

Singola dose di ipno-inducente

**Nessun evento clinico avverso**



Inouye, JAMA 1996

*DELIRIUM IN THE HOSPITALIZED ELDER  
AND RECCOMENDATIONS FOR  
PRACTICE*

Geriatric Nursing

Vol. 27, No. 3 – May/June 2006

[www.gnjournal.com](http://www.gnjournal.com)

## PERCHE' PARLARE DI DELIRIUM?

- ✓ il delirium colpisce il 50% delle persone anziane in ospedale, molte delle quali già con una preesistente demenza, è associato a una significativa perdita delle abilità funzionali, ad un aumento della degenza ospedaliera, ad un aumento dei tassi di morte e ad un aumento dei costi...”
- ✓ il delirium è presente tra il 10 e il 22% dei pazienti all'ammissione e il 10-30% dei pazienti sviluppa delirium durante il ricovero
- ✓ Spesso il delirium rimane sotto diagnosticato e sotto trattato (è diagnosticato nel 41-87% dei pazienti ricoverati in reparti per acuti)

# LA VISIONE INFERMIERISTICA

“... Inouye e colleghi stimano che gli infermieri identificano il delirium solo nel 31% dei pazienti deliranti. Eden e Foreman sottolineano la mancanza di conoscenze circa una metodica che permetta l'individuazione del delirium [...].

Il riconoscimento da parte degli infermieri diventa ancora più complesso quando ci si trova di fronte a un paziente con delirium ipocinetico e a un paziente con diagnosi di demenza...”

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

- All'ammissione in ospedale
- Prima e dopo un intervento chirurgico
- In una Unità di Terapia Intensiva
- In un soggetto affetto da demenza

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

All'ammissione in ospedale

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

The study demonstrated that a simple predictive model based on 4 predisposing factors can identify at admission older persons at greatest risk for delirium.

## PREDISPOSING FACTORS:

1. VISION IMPAIRMENT
2. SEVERE ILLNESS
3. COGNITIVE IMPAIRMENT
4. HIGH BUN/CREATININE RATIO

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

<b>Fattori di rischio</b>	<b>Punteggio</b> 1 se presente 0 se assente
Riduzione del visus	
Malattie gravi (APACHE >16)	
Deficit cognitivo (MMSE <24)	
Rapporto urea/creatinina elevato (>25)	
<b>Fattori di rischio presenti:</b>	

Inouye SK, Viscoli CM, Horowitz RI, Hurst LD, Tinetti ME.  
*A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics.*  
 Ann Intern Med 1993;119:474-481.

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

<b>Fattori di rischio presenti</b>	<b>Rischio</b>	<b>Incidenza (%)</b>
0	Basso	9
1-2	Intermedio	23
3-4	Alto	83

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

The study demonstrated that a simple predictive model based on the presence of 5 precipitating factors can be used to identify older medical patients at high risk for development of delirium during hospitalisation.

## **PRECIPITATING FACTORS:**

- 1. USE OF PHYSICAL RESTRAINTS**
- 2. MALNUTRITION**
- 3. MORE THAN 3 MEDICATIONS ADDED**
- 4. BLADDER CATHETER**
- 5. ANY JATROGENIC EVENTS**

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

- Dal 10 al 15% degli anziani che giungono in Pronto Soccorso manifesta già un delirium.

Naughton B, Moran MB, Kadah H, et al. Delirium and other cognitive impairments in older adults in an emergency department. *Ann Emerg Med* 1995;25:751-5.

Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, et al. Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Int Med* 1992;152:334-40.

# COME VALUTARE IL DELIRIUM

## Diagnosi di Delirium secondo il DSM IV

1. **Disturbo dello stato di coscienza** (ridotta consapevolezza dell'ambiente) con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione.
2. **Alterazioni della sfera cognitiva** (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio) non giustificabili da una demenza preesistente o in evoluzione.
3. Il disturbo si manifesta in un **periodo di tempo breve** (di solito ore o giorni) ed ha un decorso fluttuante nel corso della giornata.
4. C'è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o da altri accertamenti che il disturbo è una **diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o da una sindrome di astinenza.**

## THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

All'ammissione in ospedale

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
<p><b>1. Insorgenza acuta</b> C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?</p>	
<p><b>2. Andamento fluttuante</b> Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?</p>	
<p><b>3. Perdita dell'attenzione</b></p>	
<p><b>4. Disorganizzazione del pensiero</b></p>	
<p><b>5. Alterato livello di coscienza</b> 0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma</p>	
<p>La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.</p>	TOT: _____

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method, a new method for detection of delirium.* Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.

## THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

All'ammissione in ospedale

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
<p><b>1. Insorgenza acuta</b></p> <p>C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?</p>	<p>Raccolta informazioni dai familiari</p>
<p><b>2. Andamento fluttuante</b></p> <p>Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?</p>	
<p><b>3. Perdita dell'attenzione</b></p>	
<p><b>4. Disorganizzazione del pensiero</b></p>	
<p><b>5. Alterato livello di coscienza</b></p> <p>0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma</p>	
<p>La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.</p>	<p>TOT: _____</p>

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method, a new method for detection of delirium.* Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.

## NEECHAM SCALE

### Livelli di Assessment della Neecham Scale

La scala include tre diversi livelli di assessment:

1. **PROCESSING**
  - Attenzione/vigilanza
  - Abilità ad eseguire comandi complessi/semplici
  - Orientamento e memoria
2. **COMPORAMENTO**
  - Presentabilità
  - Comportamento motorio
  - Eloquio
3. **PARAMETRI FISIOLGICI**
  - Parametri vitali
  - Ossigenazione
  - Continenza

Neelon, V. J et Al. (1996). The NEECHAM confusion scale: Construction, validation, and clinical testing. Nursing Research, 45, 324-330.

# NEECHAM SCALE

## Livelli di Assessment della Neecham Scale

La scala include tre diversi livelli di assessment:

1. **PROCESSING**
  - Attenzione/vigilanza
  - Abilità ad eseguire comandi complessi
  - Orientamento e memoria
2. **COMPORAMENTO**
  - Presentabilità
  - Comportamento motorio
  - Eloquio
3. **PARAMETRI FISIOLGICI**
  - Parametri vitali
  - Ossigenazione
  - Continenza

Per ciascuna variabile richiesta dai tre livelli è proposta una scala di valutazione per complessive 9 scale di valutazione

**PROCESSING**

Abilità ad eseguire comandi complessi/semplici

**NEECHAM SCALE**

5	Abile ad eseguire un compito complesso	Suoni il campanello per chiamare l'infermiera
4	Rallentato nell'esecuzione del compito complesso	Richiede incitamento o ripetizione del comando, non porta a termine il compito
3	Abile ad eseguire un compito semplice	Alzi la mano
2	Incapace ad eseguire un compito semplice	Il compito deve essere simulato. La risposta è lenta
1	Incapace a seguire un semplice compito simulato	La richiesta provoca reazioni sproporzionate
0	Ipoattivo/letargico	Non risponde agli stimoli proposti

# NEECHAM SCALE

Attribuzione del punteggio

<b>Livello</b>	<b>Punteggio</b>
Livello 1 PROCESSING	0-14
Livello 2 COMPORTAMENTO	0-10
Livello 3 PARAMETRI FISIOLOGICI	0-6
<b>Punteggio Totale</b>	0-30

# NEECHAM SCALE

Interpretazione del del punteggio

Punteggio	Interpretazione
0-19	Delirium severo
20-24	Delirium lieve o precoce sviluppo di delirium
25-26	Ad alto rischio di sviluppare delirium
27-30	No delirium

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Prima di un intervento chirurgico

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

## Clinical prediction rule for post-surgical delirium

Il delirium postoperatorio ha un'incidenza fra il 10 e il 60% a seconda dei criteri diagnostici utilizzati. La prevalenza è più elevata dopo interventi ortopedici piuttosto che dopo quelli di chirurgia generale. Nello studio di Brauer et al. 54 pazienti su 571 svilupparono delirium dopo intervento per frattura di femore (9,5%) e il 61% di essi presentava più di un fattore di rischio di delirium

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of Delirium in patients with hip fracture. Arch Intern Med 2000; 160: 1856-1860.

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

## Clinical prediction rule for post-surgical delirium

- Abuso alcolico 1
- Deficit cognitivo 1
- Disabilità severa 1
- Disturbo elettrolitico o glicemico pre-operatorio 1
- Chirurgia maggiore 2
- Chirurgia toracica non cardiaca 1
- Età superiore ai 70 anni 1

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Clinical prediction rule for post-surgical delirium

Punteggio totale	Incidenza di delirium (%)
0	2
1 o 2	11
$\geq 3$	50

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

Dopo un intervento chirurgico

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

## Cause di Delirium postoperatorio

- Ipossia cerebrale perichirurgica
- Ipotensione
- Aumento di cortisolo da stress chirurgico
- Uso di farmaci narcotici con attività anticolinergica
- Dolore postchirurgico
- Alterazioni idro-elettrolitiche

Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of Delirium in patients with hip fracture. Arch Intern Med 2000; 160: 1856-1860.

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

## Cause di Delirium postoperatorio

- Ipossia cerebrale perichirurgica
- Ipotensione
- Aumento di cortisolo
- Uso di farmaci neuroattivi
- Dolore postchirurgico
- Alterazioni idro-elettrolitiche

Monitoraggio sistematico dei soggetti a rischio

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

In una Unità di Terapia Intensiva

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

## Fattori di rischio specifici

- Ipertensione
- Essere fumatori
- Utilizzo di oppiacei in ICU

Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, et al. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med* 2001;27:1297-1304.

Dial S, Payne J. Managing delirium in the intensive care unit. *Clin Pulm Med* 2002;9:260-6

# COME VALUTARE IL DELIRIUM

Eden et al. hanno identificato due motivi del mancato riconoscimento del delirium in un'unità di terapia intensiva:

1. la **non conoscenza** da parte del personale infermieristico dei criteri e dei metodi di identificazione del delirium;
2. **l'assenza di comunicazione** tra i membri dello staff sull'insorgenza di sintomi indicativi di delirium.

Eden BM, Foreman MD. Problems associated with underrecognition of delirium in critical care: a case study. Heart Lung 1996; 25: 388-400

## The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

In una Unità di Terapia Intensiva	Variabili	1day	2day	3day	5day	4day
	Alterato livello di coscienza*					
	Disattenzione					
	Disorientamento					
	Allucinazioni, illusioni					
	Agitazione psicomotoria o rallentamento					
	Eloquio e reazioni inappropriate					
	Alterazioni del ciclo sonno veglia					
	Fluttuazione dei sintomi					
	<b>Punteggio Totale</b>					

Bergeron N, et Al.: Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med 2001; 27(5): 859-64.

## The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Alterato livello di coscienza	Punteggio
A. Non risponde	-
B. Risponde a intensi e ripetuti stimoli	-
C. Risponde a lievi moderati stimoli	1
D. Normale risposta	0
E. Esagerata risposta a stimoli normali	1

Se il livello di coscienza è **A** o **B** non proseguire nella valutazione per il periodo considerato

Bergeron N, et Al.: Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med 2001;27(5):859-64.

## The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

### Istruzioni

Il soggetto è valutato ogni otto ore e il punteggio registrato si riferisce alle 24 ore precedenti

### Interpretazione punteggio

Un punteggio totale  $\geq 4$  si correla alla presenza di delirium

## The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

In una Unità di Terapia Intensiva

Variabili	Punteggio 1 se presente 0 se assente
<p><b>1. Insorgenza acuta e Andamento fluttuante</b>                      C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?                      Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?                      Da rilevare con Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) or the Glasgow Coma Scale</p>	
<p><b>3. Perdita dell'attenzione</b>                      Da rilevare con Attention Screening Examination (ASE)</p>	
<p><b>4. Disorganizzazione del pensiero</b>                      Da rilevare con il test delle 4 domande</p>	
<p><b>5. Alterato livello di coscienza</b>                      0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma</p>	
<p>La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2 ed alternativamente 3 o 4</p>	TOT: _____

Ely EW, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med 2001; 29:1370-1379.

# COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

In un soggetto affetto da demenza

## COME VALUTARE IL RISCHIO DI DELIRIUM

La demenza è uno dei fattori predisponenti più importanti di delirium:

- il 45% dei soggetti ospedalizzati con MMSE inferiore a 24 sviluppa delirium;
- il riconoscimento di delirium è inferiore se il paziente è demente.

Rockwood K. *The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium.* J Gerontol 1993; 48: M162-M166.

Fick D, Foreman M. *Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals.* J Gerontol Nurs 2000; 26: 30-40.

## THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

In un soggetto affetto da demenza

Variabili	Delirium	Demenza
1. <b>Insorgenza acuta</b>	<b>SI</b> , ore o giorni	<b>NO</b> , mesi o anni
2. <b>Andamento fluttuante</b>	<b>SI</b> , nell'arco della giornata	<b>NO</b> declino progressivo
3. <b>Perdita dell'attenzione</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>
4. <b>Disorganizzazione del pensiero</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b> , ascrivibile al deficit cognitivo
5. <b>Alterato livello di coscienza</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2, 3 ed alternativamente 4 o 5.		

# E' POSSIBILE, E COME, PREVENIRE LA COMPARSA DI DELIRIUM?

## Deterioramento cognitivo

- Training di orientamento e di stimolazione cognitiva

## Insonnia

- Tecniche di rilassamento, eliminazione fattori disturbanti, interventi farmacologici e non

## Immobilità

- Mobilizzazione precoce con programmi di deambulazione o esercizi fisici

## Deficit visivo

- Correzione deficit (con occhiali) e utilizzazione oggetti e materiali per ipovedenti

## Deficit uditivo

- Correzione con protesi ed uso di speciali tecniche di comunicazione

## Disidratazione

- Individuazione soggetti con rapporto azotemia/creatinina  $\geq 18$  e correzione precoce

# MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients

*S.K. Inouye et al. N Engl J Med 340: 669-676; 1999*

# MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

**Obiettivo:** verificare se un intervento preventivo mirato nell'anziano ospedalizzato è in grado di ridurre l'incidenza di delirium, complicanza che, negli USA, interessa ogni anno 2,3 milioni di anziani ospedalizzati, per un totale di 17,5 milioni di giornate di degenza, con una spesa per il servizio sanitario superiore a 4 miliardi di dollari, a cui si deve aggiungere quella per l'istituzionalizzazione, la riabilitazione e l'assistenza domiciliare.

**Metodologia:** studio clinico non randomizzato, caso-controllo, su anziani non selezionati ricoverati per problematiche mediche acute.

**Pazienti e metodi:** sono stati arruolati 852 pazienti anziani ricoverati nell'Unità di medicina generale del New Haven Hospital dell'Università di Yale. Essi sono stati suddivisi in due gruppi di intervento omogenei per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stato clinico, funzionale e cognitivo, entità del rischio di delirium

## MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

**Pazienti e metodi:** il **primo gruppo** veniva seguito da un team multidisciplinare composto da un geriatra, un infermiere professionale, un fisioterapista, un terapeuta occupazionale, due unità di assistenza e da volontari appositamente addestrati. Il **secondo gruppo** era invece assistito dal personale medico ed infermieristico tipico di un'Unità di medicina generale.

Il protocollo utilizzato dal gruppo VMD prevedeva **l'identificazione e la correzione dei principali fattori di rischio di delirium** per l'anziano ospedalizzato mediante una metodologia elaborata ad hoc

# MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

## Deterioramento cognitivo

- Tutti i soggetti (se MMSE >20 una volta al giorno; se MMSE <20, tre volte al giorno) erano sottoposti a training di orientamento e di stimolazione cognitiva

## Insonnia

- tecniche di rilassamento, eliminazione fattori disturbanti, interventi farmacologici e non

## Immobilità

- mobilitazione precoce con programmi di deambulazione o esercizi fisici

## Deficit visivo

- correzione deficit (con occhiali) e utilizzazione oggetti e materiali per ipovedenti

## Deficit uditivo

- correzione con protesi ed uso di speciali tecniche di comunicazione

## Disidratazione

- Individuazione soggetti con rapporto azotemia/creatinina  $\geq 18$  e correzione precoce

## MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

**Risultati:** nel gruppo sottoposto a valutazione multidimensionale e trattato con intervento multidisciplinare, il numero di pazienti anziani che avevano sviluppato uno stato confusionale acuto è risultato significativamente inferiore, 9,9% verso 15%

## MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

<b>Incidenza, gravità ed episodi di recidiva del delirium nei due gruppi</b>		
<b>Risultati</b>	<b>Gruppo intervento</b>	<b>Gruppo Controllo</b>
<b>Tutti i pazienti arruolati (n. 852)</b>		
Primo episodio di delirium	9,9%	15%
Giorni di delirium (totale)	105	161
Numero degli episodi di delirium	62	90
<b>Pazienti colpiti da delirium (n. 106)</b>		
Gravità (media)*	3,85 ± 1,27	3,52 ± 1,44
Recidive (due o più episodi)	31%	26,6%

## MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

**Conclusioni:** un programma d'intervento basato sulla VMD e sulla gestione dei pazienti da parte di un team multidisciplinare coordinato da un geriatra riduce l'incidenza di delirium nei pazienti anziani ospedalizzati per problematiche mediche acute .

# MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

Reducing delirium after hip fracture:  
a randomized trial.

*Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. J  
Am Geriatr Soc 2001 May;49(5):516-22*

# MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

**Obiettivo:** verificare se una consulenza geriatrica strutturata preoperatoria è in grado di prevenire la comparsa di delirium

**Metodologia:** studio clinico randomizzato in soggetti anziani ricoverati in ortopedia per frattura di femore, ricoverati per problematiche mediche acute.

**Pazienti e metodi:** sono stati arruolati 126 pazienti anziani ricoverati in ortopedia per frattura di femore. Essi sono stati suddivisi in due gruppi di intervento omogenei per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stato clinico, funzionale e cognitivo, entità del rischio di delirium

# MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

**Pazienti e metodi:** sono stati arruolati 126 pazienti anziani ricoverati in ortopedia e operati per frattura di femore. Essi sono stati suddivisi in due gruppi di intervento omogenei per età, sesso, stato civile, livello di istruzione, stato clinico, funzionale e cognitivo, entità del rischio di delirium.

I soggetti del gruppo di intervento erano visitati dal geriatra una volta al giorno ed erano assistiti secondo specifici protocolli.

I soggetti del gruppo di intervento erano seguiti dall'ortopedico con consulenza geriatrica al bisogno.

**Indicatori di risultato:** delirium, LOS

# MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

## Protocolli utilizzati:

- Controllo/gestione dei fluidi e degli elettroliti
- Gestione del dolore
- Controllo delle terapie farmacologiche non necessarie
- Controllo minzione e defecazione
- Nutrizione
- mobilizzazione
- ossigenazione
- Prevenzione delle complicanze
- Stimolazione cognitiva
- Trattamento del delirium ipercinetico

## MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

<b>RISULTATI</b>	<b>Intervention</b>	<b>Control</b>	<b>P</b>
<b>Incidenza di delirium</b>	<b>20 (32%)</b>	<b>32 (50%)</b>	<b>0.04</b>
<b>Incidenza delirium severo</b>	<b>7 (12%)</b>	<b>18 (29%)</b>	<b>0.02</b>
<b>Degenza ospedaliera in giorni</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>NS</b>
<b>Delirium alla dimissione</b>	<b>8 (13%)</b>	<b>12 (19%)</b>	<b>NS</b>

# MA LA PREVENZIONE FUNZIONA?

## Conclusioni:

La consulenza geriatrica e la sistematica adozione di protocolli per la gestione delle situazioni cliniche più comuni riduce in maniera significativa l'incidenza di delirium in soggetti operati per frattura di femore.

IL MESSAGGIO DI OGGI

**THINK DELIRIUM**

# DELIRIUM: INTERVENTI

Mussi C, Salvioli G

*Linee guida per la diagnosi e la terapia del delirium  
nell'anziano.*

Giornale di gerontologia, 2000.

## Definizione del grado di evidenza

### DELIRIUM: INTERVENTI

- **Grado 1a** Risultati ottenuti da meta-analisi o trials randomizzati e controllati (RCT).
- **Grado 1b** Almeno un RCT.
- **Grado 2a** Almeno uno studio controllato, anche se non randomizzato.
- **Grado 2b** Risultati ottenuti da studi analitici ben progettati, caso-controllo o di coorte.

## DELIRIUM: INTERVENTI

### Definizione del grado di evidenza

- **Grado 3** Almeno uno studio ben disegnato, anche se non sperimentale; fanno parte di questo gruppo studi non controllati che hanno ottenuto risultati molto significativi.
- **Grado 4** Opinioni di singoli esperti o di gruppi di studio, esperienze cliniche e studi descrittivi.

## TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

1. Fornire adeguata idratazione e regolare apporto nutritivo (Evidenza 3)
2. Supporto di ossigeno se necessario (perché l'ipossia riduce le prestazioni cerebrali)
3. ROT (Reality orientation)
4. Interventi ambientali e approccio multidisciplinare (evidenza 1a)

## TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

5. Staff costante
6. Correzione dei deficit sensoriali
7. Mobilizzare precocemente
8. Ambiente protetto
9. Trattare il dolore
10. Regolarizzare la funzione urinaria e intestinale

# TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

## Caratteristiche ambientali

L'ambiente deve:

1. essere calmo e tranquillo, con illuminazione buona ma non eccessiva, che eviti possibilmente le ombre (causano illusioni); deve tendere a conservare il ritmo giorno-notte;
2. evitare la deprivazione sensoriale, ma eliminare i rumori improvvisi e fastidiosi;
3. favorire l'orientamento (grandi orologi, calendari ben leggibili, colori);

## TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

4. avere il campanello di chiamata facilmente accessibile;
5. essere provvisto di oggetti familiari (fotografie, oggetti conosciuti);
6. evitare la presenza di due pazienti agitati nella stessa stanza;
7. evitare il più possibile i trasferimenti e i cambiamenti;
8. possedere percorsi specifici per i pazienti con wandering.

## TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

*I farmaci devono essere utilizzati solo quando non sono serviti i mezzi non farmacologici:*

- Quando l'agitazione causa uno sforzo eccessivo per l'apparato cardiocircolatorio
- Quando diventa impossibile trattare la causa
- Quando il paziente è pericoloso per sé e per gli altri

# DELIRIUM INTERVENTI

*Practice Guideline for the Treatment of Patients with  
Delirium*

American Psychiatric Association May 1999

## GESTIONE DEL DELIRIUM

- Necessità di un team multidisciplinare
- Escludere le diagnosi differenziali (demenza, depressione)
- Ricercare e correggere le cause sottostanti
- Trattare le cause reversibili
- Monitoraggio parametri vitali
- Monitoraggio bilancio idro-elettrolitico
- Monitoraggio ossigenazione

## GESTIONE DEL DELIRIUM

- Rivalutare frequentemente la terapia
- Interrompere la terapia non essenziale
- Prevenire le complicanze
- Monitorare i disturbi comportamentali
- Garantire la sicurezza
- Valutare e monitorare i sintomi psichiatrici

## GESTIONE DEL DELIRIUM

- Raccogliere dati circa la storia e le caratteristiche sociali del paziente e della famiglia
- Stabilire una solida alleanza con il paziente e con i familiari
- Educare lo staff infermieristico sulle caratteristiche del delirium, sulle cause, fattori di rischio, segni e sintomi e sul decorso
- Stabilire la gestione del post-delirium

## TRATTARE LE CAUSE REVERSIBILI

- Deve essere data **alta priorità** alla correzione delle seguenti condizioni:
  - Ipoglicemia
  - Ipossia (polmonite, ostruzioni, patologie cardiache, ipotensione, anemia severa)
  - Ipertermia
  - Iperensione
  - Deficienza di vitamina B1
  - Sindromi di astinenza da farmaci o da alcool

## TRATTARE LE CAUSE REVERSIBILI

<b><i>Condizione</i></b>	<b><i>Trattamento</i></b>
Ipoglicemia	Esame del sangue e delle urine Glucosata ev
Ipossia o anossia	Ossigeno terapia
Ipertermia	Rapido raffreddamento
Ipertensione severa (260/150)	Trattamento antipertensivo
Crisi di astinenza alcolica	Appropriata terapia farmacologica Vit. B, glucosio ev, folati, magnesio, fosfato

# MONITORARE I DISTURBI COMPORTAMENTALI

## *Possibili disturbi comportamentali*

- Alterazioni sonno-veglia
- Aggressività
- Agitazione psicomotoria

# MONITORARE I DISTURBI COMPORTAMENTALI

*Valutare ulteriormente i pazienti relativamente  
a:*

- Rischio di caduta
- Vagabondaggio

## GARANTIRE LA SICUREZZA

### Evitare la contenzione fisica

- Aumenta l'agitazione
- Aumenta il rischio di lesioni gravi

Ricorrere alla contenzione fisica **solo** quando gli altri mezzi per garantire la sicurezza non sono appropriati o efficaci

## GARANTIRE LA SICUREZZA

- Se si ricorre alla contenzione fisica **monitorare frequentemente** il paziente
- **Documentare** i motivi e i modi della contenzione
- **Coinvolgere i familiari** nella decisione di contenere

# VALUTARE E MONITORARE I SINTOMI PSICHIATRICI

- **Possibili sintomi psichiatrici**
  - Depressione
  - Volontà suicidaria
  - Allucinazioni
  - Ansia
  - Agitazione
  - Disinibizione
  - Labilità affettiva

# VALUTARE E MONITORARE I SINTOMI PSICHIATRICI

- **Indagare sulla volontà suicidaria** (deficit cognitivo, allucinazioni o delusioni)
  
- **Minimizzare il rischio di suicidio**
  - Rimuovere oggetti pericolosi
  - Aumentare la sorveglianza
  - Corretta farmacoterapia
  - Indagare sull' efficacia degli interventi

## STABILIRE UNA SOLIDA ALLEANZA CON PAZIENTE E FAMILIARI

- La famiglia può diventare una risorsa critica e un notevole supporto per il paziente
- La famiglia e il paziente vanno educati sul delirium, le sue cause, il decorso
- Vanno rassicurati sul fatto che il delirium è una condizione temporanea e strettamente legata a condizioni cliniche

# INTERVENTI

- Interventi ambientali
- Interventi di educazione e supporto al paziente
- Interventi di educazione e supporto alla famiglia
- Interventi somatici (farmacologici)

## INTERVENTI AMBIENTALI

- Nelle terapie intensive la mancanza di riferimenti temporali acuisce o scatena il delirium
- La presenza di rumore legato ai monitor, agli allarmi degli stessi, è un fattore stressante per il paziente

## INTERVENTI AMBIENTALI

- Modificazioni strutturali (finestre)
- Luci diverse per il giorno e la notte
- Luci notturne
- Ridurre il rumore
- Ridurre la monotonia ed equilibrare gli stimoli
- Mettere calendari e orologi ben visibili
- Rendere l'ambiente il più familiare possibile

## INTERVENTI DI EDUCAZIONE E SUPPORTO

- Si pongono come obiettivo quello di ridurre il disorientamento
- Interventi di orientamento (Rot)
- Spiegare al paziente cosa sta succedendo
- Spiegare al paziente che il delirium è una condizione temporanea e reversibile

## INTERVENTI DI EDUCAZIONE E SUPPORTO

- Educare la famiglia a riconoscere e gestire il delirium
- Rassicurare sulle caratteristiche reversibili e temporanee del delirium
- Incoraggiare la famiglia a rassicurare e riorientare il paziente
- Incoraggiare la famiglia e rendere il più familiare possibile l'ambiente

## INTERVENTI SOMATICI

Il trattamento d'elezione è farmacologico

- Farmaci antipsicotici (Aloperidolo r Risperidone)
- Benzodiazepine
- Farmaci ad azione colinergica
- Vitamine

**COME AGIRE????**

# **LA CURA DEL DELIRIUM: UN LUOGO PER LA COLLABORAZIONE TRA MEDICO E INFERMIERE**

Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Vincenzo De Marco, Marco Trabucchi

## **OBIETTIVO**

Dimostrare che l'uso quotidiano di strumenti di monitoraggio specifici dello stato di vigilanza, in associazione alla formazione dello staff assistenziale, può elevare la sensibilità diagnostica nei confronti del delirium

# LA CURA DEL DELIRIUM: UN LUOGO PER LA COLLABORAZIONE TRA MEDICO E INFERMIERE

Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Vincenzo De Marco, Marco Trabucchi

## MODELLO DI RIFERIMENTO

Il modello di riferimento preso in considerazione per lo studio è quello sviluppato da Marcantonio nel 2000 definito Delirium Abatement Program (DAP) che ha come obiettivo quello di ridurre la durata del delirium nei soggetti trasferiti da reparti ospedalieri per acuti in strutture di riabilitazione nei quali sia riscontrato delirium all'ammissione.

Il modello fu implementato in 8 skilled nursing facilities dell'area di Boston, Massachusetts.

# LA CURA DEL DELIRIUM: UN LUOGO PER LA COLLABORAZIONE TRA MEDICO E INFERMIERE

Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Vincenzo De Marco, Marco Trabucchi

## DAP

Il DAP si compone di 4 moduli

1. Screening del delirium
2. Assessment e trattamento delle cause delirium
3. Prevenzione e gestione delle complicanze del delirium
4. Strategie di riabilitazione del delirium

# Minimum data set di screening del delirium

(modificato da Marcantonio et al, JAGS in press)

## SCREENING DEL DELIRIUM

Si	No	<p><b><u>Facile distraibilità</u></b> (es. difficoltà nel mantenere l'attenzione; divagare)</p> <p><b>Chiedere al paziente:</b> <i>Mi può ripetere i giorni della settimana al contrario, partendo dal sabato?</i></p> <p>(E' possibile suggerire "Quale giorno precede il sabato?"; se il paziente si ferma in qualunque momento si può dire "Qual è il giorno precedente all'ultimo che ha menzionato?" Si possono fornire 2 suggerimenti per giorno)</p> <p>Se il paziente non è in grado di eseguire correttamente l'esercizio o si rifiuta, cerchiare "Si"</p>
Si	No	<p><b><u>Periodi di percezione alterata o mancata consapevolezza dell'ambiente circostante</u></b></p> <p>(es. parlare con qualcuno che non è presente; udire, sentire o percepire qualcosa che può non esser presente in quel luogo; credere di essere in un altro luogo; confondere il giorno con la notte)</p> <p><b>Chiedere al paziente:</b> <i>Vede, sente o percepisce delle cose strane?</i></p> <p>Se il paziente risponde si o se si osservano tali comportamenti, cerchiare "Si"</p>

# Minimum data set di screening del delirium

(modificato da Marcantonio et al, JAGS in press)

## SCREENING DEL DELIRIUM

Si	No	<p><b><u>Episodi di eloquio disorganizzato</u></b> (es. l'eloquio è incoerente o sconnesso, privo di significato, irrilevante; fuga del pensiero; affermazioni fra loro contraddittorie) <b>Chiedere al paziente:</b> <i>Cosa l'ha condotta in ospedale? Perché è qui ora?</i> Se il paziente risponde in modo inappropriato o illogico, cerchiare "Si"</p>
Si	No	<p><b><u>Periodi di irrequietezza</u></b> (es. agitarsi, vestirsi e rivestirsi, giocare con il fazzoletto; cambiare frequentemente posizione; urlare) <b>Osservare il paziente :</b> se uno qualsiasi di tali comportamenti è presente, cerchiare "Si"</p>

# Minimum data set di screening del delirium (modificato da Marcantonio et al, JAGS in press)

## SCREENING DEL DELIRIUM

Si	No	<p><b><u>Periodi di apatia</u></b> (sonnolenza o indolenza; sguardo fisso nello spazio; difficoltà a risvegliarsi; limitato movimento del corpo)</p> <p><b>Osservare il paziente</b> : se uno qualsiasi di tali comportamenti è presente, cerchiare "Si"</p>
Si	No	<p><b><u>Fluttuazione delle performances cognitive nel corso della giornata</u></b> (es. a volte meglio, a volte peggio; i comportamenti compaiono e scompaiono)</p> <p><b>Considera le differenze a livello comportamentale o cognitivo fra i diversi resoconti o fra il giorno e la notte</b></p> <p>Se uno qualsiasi di tali cambiamenti è presente, cerchiare "Si"</p>

ASSESSMENT E TRATTAMENTO DELLE CAUSE DEL DELIRIUM

Cause possibili di delirium	È presente una delle seguenti condizioni?	Si/No	
Farmaci	<ul style="list-style-type: none"><li>•Nuovi farmaci, modificazioni del dosaggio o discontinuità nella somministrazione</li><li>•Farmaci con effetti neurologici (es. sedativi, narcotici, anticolinergici)</li></ul> <p><b>Se si</b>, contattare il medico per eventuale correzione della terapia</p>	Si	No
Infezioni	<ul style="list-style-type: none"><li>•Segno/segni di infezione: febbre, congestione, lesione arrossata, secrezioni purulente</li><li>•Infezione delle vie urinarie, polmonite, ferita infetta, altro</li></ul> <p><b>Se si</b>, contattare il medico per esami del sangue, culture, terapia antibiotica</p>	Si	No

ASSESSMENT E TRATTAMENTO DELLE CAUSE DEL DELIRIUM	cause possibili di delirium	È presente una delle seguenti condizioni?	Si/No	
	Liquidi	<ul style="list-style-type: none"><li>•Disidratazione: mucose disidratate, scarsa assunzione di liquidi, febbre, diarrea, terapia diuretica</li><li>•Scompenso cardiaco: dispnea, difficoltà nel cammino, edema agli arti inferiori</li></ul> <b>Se si</b> , contattare il medico per eventuale terapia intravenosa/diuretica	Si	No
	Dolore non controllato	<ul style="list-style-type: none"><li>•Dolore non controllato: dolore riferito, smorfie, agitazione</li><li>•La dose dei farmaci per il controllo del dolore è adeguata, sono stati prescritti farmaci non narcotici, sono stati utilizzati farmaci per il controllo del dolore solo al bisogno e non regolarmente</li></ul> <b>Se si</b> , contattare il medico per eventuale correzione della terapia e per accorgimenti non farmacologici: posizionamento, impacchi freddi o caldi	Si	No

# Mnemonic per la prevenzione e gestione delle complicanze

**PREVENZIONE E GESTIONE DELLE COMPLICANZE**

<b>1.</b>	<b>Incontinenza urinaria/Catetere permanente</b>
	Rimozione del catetere, a meno che vi sia incontinenza urinaria
	Impostazione di programma di igiene regolare
	Se il paziente è in grado di recarsi in bagno in modo autonomo, impostazione di programma di rapida minzione
<b>2.</b>	<b>Ulcere da pressione</b>
	Mobilizzazione del paziente al di fuori del letto, tenendo conto della necessità di sicurezza
	Se il paziente non può essere mobilizzato, impostazione di programma intensivo di prevenzione delle ulcere da pressione
<b>3</b>	<b>Cadute/ferite</b>
	Modificazione dell'ambiente circostante per garantire la sicurezza
	Rimozione, quando possibile, delle contenzioni fisiche
	Interruzione o riduzione graduale dell'uso di farmaci sedativi

## Mnemonic per la prevenzione e gestione delle complicanze

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE COMPLICANZE

<b>4. Problemi sonno</b>
Abolizione dell'uso di sonniferi, anche se prescritti, a meno che fallisca il protocollo sottoriportato
Realizzazione di programma non farmacologico di igiene del sonno che includa: Adesione al normale ciclo sonno-veglia del paziente Riduzione dei "riposi" quotidiani Esposizione quotidiana alla luce del sole Riduzione caffeina e non somministrazione di diuretici nel pomeriggio Esercizio fisico serotino Riduzione dei rumori, dell'illuminazione e di altre fonti di disturbo notturno
Realizzazione di protocollo del sonno notturno che includa: possibilità di coricarsi alle 21 o dopo (anche se abitualmente il paziente si corica prima) utilizzo di luce soffuse durante il riposo notturno musica rilassante utilizzando cuffie/stereo programmato bevanda calda decaffeinata massaggio rilassante alla schiena

# Mnemonic per la prevenzione e gestione delle complicanze

**PREVENZIONE E GESTIONE DELLE COMPLICANZE**

<b>5.</b>	<b>Malnutrizione/aspirazione</b>
	Controllo del cibo assunto, focalizzandosi su ciò che è calorico
	Osservazione del paziente durante l'alimentazione
	Assistenza per l'alimentazione, quando necessario (incluso alimentarsi con le mani)
	Abolizione delle restrizioni dietetiche
	Se vi sono difficoltà con la masticazione o deglutizione, assicurarsi che la posizione del paziente sia adeguata, accertandosi dell'uso della protesi dentaria e dell'umidità delle mucose. Se i problemi persistono, considerare una valutazione formale

# Piano interdisciplinare di cure del delirium

STRATEGIE DI RABILITAZIONE DEL DELIRIUM

Data	Problema	
	Il paziente ha sintomi e segni di delirium	
Data	Obiettivo: il paziente dovrà .....	Data fissata
	Identificare la/e causa/e di delirium e trattarle in modo appropriato Il paziente non dovrà sviluppare complicanze dovute all'alterazione dello stato mentale Il paziente non avrà ulteriori sintomi/segni di delirium a far data dal.....	
Data	Interventi	Disciplina
	<b>Valuta le possibili cause di delirium</b>	
	Farmaci in atto	Medico
	Possibilità di infezioni	Infermiere/medico
	Bilancio idrico (disidrataz., scomp. cardiaco)	Infermiere/medico
	Dolore non controllato	Infermiere/medico
	Ritenzione urinaria e/o fecale	Infermiere/medico
	Sintomo o segno suggestivo (comunicazione)	Infermiere

## Piano interdisciplinare di cure del delirium

STRATEGIE DI RABILITAZIONE DEL  
DELIRIUM

	<b>Prevenzione e management delle complicanze</b>	
	Rimozione del catetere Foley, se possibile	Infermiere/medico
	Scheda minzionale per prevenire incontinenza	Infermiere
	Minzioni programmate per prevenire incontinenza	Infermiere
	Protocolli prevenzione lesioni da decubito	Infermiere
	Verifica sicurezza ambiente per prevenire cadute	Tutta equipe
	Programma sorveglianza stretta	Tutta equipe
	Implementa protocolli per riposo notturno	Infermiere
	Verifica introito nutrizionale	Infermiere/dietista
	Verifica disturbi della deglutizione	Infermiere/logopedista

## Piano interdisciplinare di care del delirium

STRATEGIE DI RABILITAZIONE DEL DELIRIUM

	<b>Recupero della funzione</b>	
	Usa, se caso, supporti protesici (occhiali, protesi)	Tutta l'equipe
	Apporta modifiche ambientali (luci, segnaletica, radio/musiche rilassanti)	Infermiere
	Delirium care package (calendari, orologi)	Infermiere
	Educa familiari sul delirium e sull'importanza delle visite (fornisce brochure su delirium)	Tutta l'equipe
	Verifica la capacità del paziente di partecipare alla care quotidiana garantendone la sicurezza	Infermiere/ fisioterapista

# Piano interdisciplinare di cure del delirium

**STRATEGIE DI RABILITAZIONE DEL DELIRIUM**

	<b>Recupero della funzione</b>	
	Implementa monitoraggio delirium nel programma di dimissione e garantisci supporto fino dimissione	Medico/infermiere/ caregiver/ assistente sociale
	Approccia il paziente con calma e a voce bassa	Tutta l'equipe
	Interloquisci a voce bassa col paziente e mostragli attenzione	Tutta l'equipe
	Tenta di shiftare l'attenzione del paziente quando ha deliri	Tutta l'equipe
	Incoraggia le attività preferite del paziente	Tutta l'equipe
	Supporta il paziente nel mostrargli la realtà	Tutta l'equipe
	Segnala al medico se i segni di delirium persistono	Infermiere

ASSESSMENT E TRATTAMENTO DELLE CAUSE DEL DELIRIUM

Cause possibili di delirium	È presente una delle seguenti condizioni?	Si/No	
Ritenzione urinaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Revisione schede minzionali: vi sono perdite rilevanti di urina o vi è oligoanuria</li> <li>•Gonfiore addominale all'esame obiettivo dell'addome</li> </ul> <p><b>Se si</b>, contattare il medico per eventuale cateterizzazione, correzione terapia farmacologica e consulenza urologia</p>	Si	No
Occlusione fecale	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Revisione schede intestinali: vi sono anomalie del transito intestinale</li> <li>•Esame addome per gonfiore addominale; esplorazione rettale per individuare fecalomi o feci liquide</li> </ul> <p><b>Se si</b>, contattare il medico per svuotamento, altri interventi</p>	Si	No
Altro	<p>Nuovi problemi medici, valori di laboratorio anomali, condizioni mediche croniche che si sono destabilizzate, altro (descrivere)</p> <p><b>Se si</b>, contattare il medico per rivalutazione della gestione</p>	Si	No

# LA CURA DEL DELIRIUM: UN LUOGO PER LA COLLABORAZIONE TRA MEDICO E INFERMIERE

Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Vincenzo De Marco, Marco Trabucchi

## **RISULTATI**

L'utilizzo di strumenti di valutazione (CAM e Richmond Agitation and Sedation Scale) e l'attuazione di un intervento formativo sul personale di assistenza ha permesso di aumentare (15.4% vs 20%) la prevalenza del delirium riscontrato all'ammissione e di azzerare la prevalenza del delirium incidente (Speciale et al., 2005)

## QUALE MODELLO DI ASSISTENZA PER QUESTI PAZIENTI?

McCloskey, 2004

I problemi posti dai soggetti affetti da demenza ricoverati in ospedale sono stati oggetto in letteratura di studi e proposte per offrire un modello di assistenza ad hoc che superi gli attuali mal riusciti tentativi di adattare il paziente all'organizzazione delle singole unità operative che spesso si traducono nel contenimento fisico e farmacologico.

## QUALE MODELLO DI ASSISTENZA PER QUESTI PAZIENTI?

Lynn et al, 1999; Stumpf, 2001; Wilson et al, 2005;  
Barelli et al, 2006

Sulle riviste infermieristiche è molto vivace il dibattito sull'efficacia dei modelli organizzativi di erogazione delle cure infermieristiche e gli studi sono concordi nell'affermare che i modelli che prediligono la specializzazione delle competenze hanno una maggiore efficacia rispetto ai costi, la soddisfazione del paziente, la riduzione della durata della degenza, la prevenzione delle complicanze e rendono possibile una sinergica collaborazione con i medici.

## QUALE MODELLO DI ASSISTENZA PER QUESTI PAZIENTI?

### **Caratteristiche modello proposto:**

1. Specializzazione dell'assistenza
2. Approccio multidisciplinare
3. Coinvolgimento dei care-giver informali
4. Presa in carico dei bisogni del paziente
5. Continuità assistenziale

# OASIS

(Older Adult Services Inpatient Strategies)

Turker et al, 2006

## **PRESUPPOSTI (Inouye, 1993)**

“ ...se l'assistenza ai pazienti acuti non è pianificata tenendo in considerazione le loro necessità funzionali e l'eventuale deficit cognitivo, aumenta il rischio di complicanze acquisite durante l'ospedalizzazione e la perdita di funzione, con dei giorni di degenza, dei costi, della necessità di istituzionalizzazione e di mortalità...”

# OASIS

(Older Adult Services Inpatient Strategies)  
Turker et al, 2006

## **OBIETTIVI**

Ottimizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani con problemi medici acuti.

Outcomes:

- riduzione della degenza
- riduzione delle riammissioni a 30 giorni
- riduzione dell'incidenza delle cadute
- riduzione delle complicanze iatrogene

# OASIS (Older Adult Services Inpatient Strategies) Turker et al, 2006

## **MODALITA'**

Per l'applicazione del modello *non è necessario creare degli spazi ma bensì un team di assistenza che adotti protocolli di valutazione e intervento per tutti i ricoverati.*

Caratteristiche ricoverati:

1. > 70 anni
2. necessità di ricovero > 48 ore
3. ammissione per patologia medica

OASIS

(Older Adult Services Inpatient Strategies)

Turker et al, 2006

**RESPONSABILITA'**

INFERMIERE

*con specializzazione in coordinamento e geriatria*

**TEAM**

*Nutrizionista, terapeuta occupazionale, ass. sociale,  
fisioterapista, logopedista, ministro del culto e volontari*

+

*Case-manager per la valutazione al follow-up dopo la  
dimissione*

# COMPONENTI E COMPETENZE

---

## **INFERMIERA CON SPECIALIZZAZIONE IN GERIATRIA E COORDINAMENTO**

- VERIFICA I CRITERI DI AMMISSIONE E PROVVEDE ALL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO DI ASSESSMENT AI PAZIENTI AMMESSI
  - DEFINISCE GLI OBIETTIVI GENERALI E PIANIFICA L'INTERVENTO ASSISTENZIALE
  - ATTIVA E COORDINA L'INTERVENTO DEGLI ALTRI COMPONENTI DEL TEAM
  - FORMA E SUPPORTA LO STAFF INFERMIERISTICO, SE NECESSARIO, COLLABORA COL MEDICO PER OTTIMIZZARE GLI INTERVENTI
  - RACCOGLIE, ANALIZZA E RIPORTA I DATI SUI DOCUMENTI CLINICI
- 

## **NUTRIZIONISTA**

- INTERVIENE PER INDICAZIONI IN PAZIENTI CON BASSO LIVELLO DI ALBUMINA O PRE ALBUMINA O PERDITA INVOLONTARIA DEL PESO
  - DA INDICAZIONI SULL'UTILIZZO DI INTEGRATORI ALIMENTARI E ALIMENTAZIONE ENTERALE
  - MONITORIZZA L'INTAKE ALIMENTARE QUOTIDIANO NEI SOGGETTI MALNUTRITI O A RISCHIO DI MALNUTRIZIONE
- 

## **VOLONTARI**

- AIUTANO I PAZIENTI CHE NECESSITANO NELL'ALIMENTAZIONE E NELLA DEAMBULAZIONE
  - PROVVEDONO A GARANTIRE PRESENZA E COMPAGNIA
  - INTERVENGONO IN ALTRE ATTIVITA' (INTERVENTI OCCUPAZIONALI, MASSAGGIO) SU INDICAZIONE DEI PROFESSIONISTI DEL TEAM
-

# COMPONENTI E COMPETENZE

## **TERAPISTA OCCUPAZIONALE**

- IDENTIFICA LE ATTIVITA' OCCUPAZIONALI APPROPRIATE
- PROMUOVE PROGRAMMI DI MOBILIZZAZIONE E RIATTIVAZIONE

## **ASSISTENTE SOCIALE**

- PROGRAMMA LA DIMISSIONE PROTETTA
- 

## **FISIOTERAPISTA E LOGOPEDISTA**

- VALUTANO E INTERVENGONO SECONDO NECESSITA'
  - COORDINANO I VOLONTARI RISPETTIVAMENTE PER LA DEAMBULAZIONE ASSISTITA E IL SUPPORTO ALL'ALIMENTAZIONE
- 

## **CAPPELLANO**

- PROVVEDE ALLE NECESSITA' SPIRITUALI DEI PAZIENTI
- 

## **CASE MANAGER**

- PROVVEDE ALL FOLLW UP DOPO LA DIMISSIONE
- 

TRADOTTO E ADATTATO DA: Tucker D, Bechtel G, Quartana C, Badger N, Werner D, Ford I, Connely L. The OASIS Program: Redesigning Hospital Care for Older Adults. Geriatric Nursing 2006; 2 (27): 112-117

## INGRESSO DEL PAZIENTE

VALUTAZIONE  
INFERMIERISTICA

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI ASSISTENZIALI  
E NECESSITA' DI INTERVENTO

INFERMIERE COORDINATORE

- Cognitività (MMSE)
- Mobilità (Get up and go e Tinetti)
- Affettività (Yesavage Depression Screen)
- Vista (Titolo e frase del giornale)
- Udito (Whisper test)

INFERMIERE

- PA e FC in ortostatismo

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE SECONDO PROTOCOLLI PRESTABILITI

EQUIPE GIORNALIERA (costante comunicazione tre INFERMIERE)

Tucker D et al, 2006

VOLONTARI

Coordinati dal team

Presenza:  
al mattino per mobilizzazione  
ai pasti  
di supporto per terapia occupazionale

Logopedista:  
•individua i pz non disfagici  
Fisioterapista:  
•seleziona i pz che possono  
essere affiancati per la  
mobil/deamb  
Massoterapista:  
•massaggio mano/schiena

## MA FUZIONA IL MODELLO??

	<b>Gruppo di intervento</b>		<b>Gruppo di Controllo</b>	
	<b>RANGE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>RANGE</b>	<b>MEDIA</b>
eta'	70 - 98 aa	82 aa	70 -102 aa	81,2 aa
degenza		4,97 gg		6,19 gg
costi totali degenza		6,162.47\$		9,184.81\$

Tucker D et al, 2006