

La cura del delirium: un luogo per la collaborazione tra medico ed infermiere

Giuseppe Bellelli^{*,**}, Marco Pagani^{*}, Vincenzo De Marco^{*}, Marco Trabucchi^{**}

* Ospedale Ancelle della Carità, Cremona

** Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

INTRODUZIONE

Lo stato confusionale acuto (delirium) è una sindrome psico-organica caratterizzata da una transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza, ad esordio acuto o subacuto, con ripercussioni sulla cognitivtà e sulle capacità percettive. Dal punto di vista clinico si caratterizza per la variabilità dei sintomi, sia in termini quantitativi che qualitativi, e per la compromissione dello stato di vigilanza, dell'attenzione, dell'orientamento, del pensiero astratto, della memoria, del comportamento e del ritmo sonno-veglia. Il delirium colpisce oltre un terzo di tutti gli anziani ospedalizzati ed è associato a maggior numero di complicanze biomediche, un prolungamento della durata della degenza, un minor recupero funzionale alla dimissione, ed aumentati costi e mortalità (Margiotta et al., 2005; Lipowski, 1989). In alcuni casi, i sintomi del delirium tendono a permanere anche dopo la dimissione dai reparti ospedalieri per acuti, impedendo il ritorno al domicilio e richiedendo il ricovero in strutture di riabilitazione o di lun-

godegenza (Marcantonio et al. 2005; Marcantonio et al., 2003). Ad esempio, uno studio recentemente pubblicato sul *Journal of American Geriatric Society* ha riscontrato, in una popolazione di soggetti trasferiti da reparti ospedalieri in reparti riabilitativi, una prevalenza di delirium all'ammissione del 15% (Marcantonio et al., 2003). Tale prevalenza si avvicinava addirittura al 70% laddove venivano considerati i casi di delirium subsindromico, cioè quelle condizioni nelle quali sono presenti solo alcuni e non tutti i sintomi che consentono di porre diagnosi di delirium (Marcantonio et al., 2003). Il delirium può persistere anche molto tempo dopo (>1 anno) la dimissione dai reparti di riabilitazione (Levkoff et al., 1992; Kiely et al., 2004).

Per tutti questi motivi il delirium deve essere considerato una priorità clinica nei reparti ospedalieri, riabilitativi e di lungodegenza. Poiché la patogenesi del delirium è quasi sempre sostenuta da una causa somatica, la persistenza del delirium può anche essere intesa come un marcatore d'inefficacia delle cure fornite e nel contempo

rappresenta un possibile target di intervento per migliorare la qualità del servizio. In quest'ottica, tutti i componenti dell'équipe sono chiamati a fornire il proprio contributo, ed in particolare l'infermiere ed il medico, che dell'équipe sono gli attori principali.

TIPOLOGIE CLINICHE E CAUSE DEL DELIRIUM

Il delirium può essere distinto sulla base delle modalità con cui si manifesta in:

- ipercinetico, quando è caratterizzato dal riscontro, all'esame obiettivo, di ansia, iperattività o aggressività;
- ipocinetico, quando invece prevale letargia, ipoattività, rallentamento ideomotorio;
- misto, quando il corteo sintomatologico è caratterizzato dall'alternanza di queste due condizioni (Lipowski, 1983).

Il delirium è definito prevalente quando è presente all'ammissione in reparto, mentre è incidente quando si sviluppa nel corso della degenza. Dal punto di vista eziopatogenetico, il delirium può ave-

re molteplici cause, quasi sempre di natura organica. Il modello concettuale di riferimento per comprendere la complessa natura del delirium è quello teorizzato dalla Inouye e colleghi, nel quale entrano in gioco fattori predisponenti e fattori scatenanti. Il lavoro originale identificò 4 fattori predisponenti (deficit visivo e uditivo, deterioramento cognitivo, gravità della malattia acuta e disidratazione) e 5 scatenanti (uso di mezzi di contenzione fisica, malnutrizione, aggiunta di 3 o più farmaci durante la degenza, uso di catetere vescicale, qualunque evento iatrogeno occorso durante la degenza ospedaliera) (Inouye et al., 1993; Inouye e Charpentier, 1996). Fattori predisponenti e fattori scatenanti possono interagire tra di loro e determinare lo sviluppo del delirium con un rapporto dose-effetto. In un paziente fragile, infatti, le cui condizioni cliniche e funzionali premorbose sono già compromesse, sarà sufficiente un fattore scatenante anche di lieve entità (ad esempio l'aggiunta di un blando ipnoinducente) per alterare il delicato equilibrio omeostatico cerebrale. In un paziente "robusto", viceversa, sarà necessario un fattore precipitante di intensità molto elevata (ad esempio un intervento chirurgico in anestesia generale) per indurre il delirium. In letteratura sono stati proposti alcuni acronimi per ricordare schematicamente le possibili cause di delirium. Le linee guida della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria suggeriscono l'utilizzo dell'acronimo (Mussi e Salvioli, 2000) VINDICATE (*Vascular, Infections, Nutrition, Drugs, Injury, Cardiac, Autoimmune, Tumors, Endocrine*). Flaherty (Flaherty e Morley,

2004) ha proposto l'acronimo DELIRIUMS (*Drugs, Emotional, Low oxygen, Infection, Retention of urine or stool/Restrains, Ictal, Undernutrition/Underhydration, Metabolic, Subdural/Sleep deprivation*). Tali acronimi sono utili non soltanto per districarsi nella complessità della pratica clinica, ma anche perché enfatizzano l'importanza di evitare di trattare con farmaci sintomatici (sedativi), senza prima aver cercato di individuare la causa.

Uno degli argomenti nuovi nel complesso "capitolo" del delirium è quello del delirium superimposto a demenza (DSD). Mentre in passato si riteneva che il delirium fosse una condizione clinica nettamente distinta dalla demenza, studi recenti hanno dimostrato che i due fenomeni (delirium e demenza) possono sovrapporsi. Il DSD

ha una prevalenza del 20-25% in soggetti residenti al proprio domicilio e del 50-89% in soggetti ricoverati in ospedale (Fick et al., 2005). Questi soggetti hanno di solito una prognosi peggiore rispetto a coloro nei quali è riscontrabile soltanto il delirium o soltanto la demenza. Tenuto conto dell'elevata prevalenza ed incidenza delle persone affette da demenza e dell'elevata comorbidità dei pazienti anziani che vengono ricoverati in ospedale (che è un fattore di rischio per l'insorgenza di complicazioni cliniche in grado di scatenare il delirium), è intuitivo che il DSD rappresenterà un argomento prioritario nel prossimo futuro nell'ambito dei reparti ospedalieri per acuti e nelle riabilitazioni. Nella tabella I sono riassunti gli aspetti principali del delirium.

Tabella I - Caratteristiche principali del delirium.

Punti da rammentare	Spiegazione
Epidemiologia del delirium	Il delirium ha un'elevata prevalenza nei reparti ospedalieri ed in molti casi si sovrappone, a differenza di quanto si pensava anni fa, ad una condizione di demenza
Delirium prevalente/incidente	Il delirium è definito prevalente quando è riscontrato all'ammissione in reparto, mentre è definito incidente quando si sviluppa durante la degenza
Durata del delirium/outcome	Il delirium può durare anche dopo la dimissione dai reparti ospedalieri o di riabilitazione; in questo caso si associa ad outcome peggiori
Delirium ipercinetico/ipocinetico/misto	Il delirium è definito ipercinetico quando si associa ad ansia, iperattività e/o agitazione; è ipocinetico quando si associa a sedazione, ipoattività fino alla letargia. È misto quando le due condizioni si alternano in poche ore
Multidisciplinarietà	Il delirium è una condizione clinica che, per definizione, richiede una stretta collaborazione tra familiare del paziente, medico, infermiere e tutti i componenti dell'équipe.

LE DIFFICOLTÀ DELLA DIAGNOSI DEL DELIRIUM

Nonostante l'elevata prevalenza di delirium e di DSD, queste condizioni cliniche sono sovente misconosciute da clinici e caregiver. Una delle principali motivazioni è che il corteo sintomatologico è talvolta erroneamente attribuito alla demenza. Ad esempio, repentini cambiamenti del comportamento o nello stato mentale possono essere ritenuti variazioni circadiane di sintomi già presenti (*sundowning syndrome*) oppure la progressione della malattia stessa. In altri casi, l'"ateismo" purtroppo ancora molto diffuso in molte divisioni ospedaliere induce a ritenere che il delirium sia parte di un normale processo di invecchiamento e che, per esempio, l'agitazione al risveglio dopo un intervento chirurgico sia del tutto normale.

La difficoltà diagnostica è un problema che riguarda tutta l'équipe sanitaria e non soltanto alcune figure. I medici spesso omettono la diagnosi ed i sintomi e i segni di delirium sono riportati nelle cartelle mediche solo nel 30-50% dei casi (Gustafson et al., 1991; Fick e Foreman, 2000). Il personale infermieristico, generalmente più a contatto con i pazienti e quindi in grado di cogliere meglio le alterazioni tipiche del delirium, documenta il 60-90% dei sintomi del delirium, ma soltanto quando questo è di tipo ipercinetico. La tendenza a non rilevare il delirium ipocinetico probabilmente è da correlarsi al fatto che il paziente affetto da questa forma non attira su di sé l'attenzione, e pertanto non è "problematico" per lo staff. Ad esempio, Fick e collaboratori (Fick e Foreman,

2000), in uno studio nel quale erano stati inclusi pazienti con e senza decadimento cognitivo, hanno dimostrato che mentre tutti i familiari intervistati erano stati in grado di riconoscere un cambiamento dello stato mentale nel proprio congiunto, nella stragrande maggioranza dei casi (88%) il delirium non era stato riconosciuto dal personale sanitario, medico o infermieristico. In tutti i casi si trattava di delirium ipocinetico. Questi dati richiamano l'importanza dell'educazione alla diagnosi nei setting di cura, al fine di migliorare la sensibilità diagnostica e, indirettamente, la prognosi dei soggetti affetti da delirium. Recentemente il nostro gruppo ha dimostrato che l'uso quotidiano di strumenti di monitoraggio specifici dello stato di vigilanza, quali il *Confusion Assessment Method* e la *Richmond Agitation and Sedation Scale*, in associazione alla formazione dello staff assistenziale può elevare la sensibilità diagnostica nei confronti del delirium. Nel volgere di un solo anno, infatti, grazie all'implementazione di questi strumenti e dopo un intervento formativo sul personale di assistenza, la prevalenza di delirium riscontrato all'ammissione è aumentata dal 15,4% al 20,0%, mentre la prevalenza di delirium incidente si è praticamente azzerata (Speciale et al., 2005).

IL DELIRIUM ABATEMENT PROGRAM (DAP)

Negli Stati Uniti, il gruppo di Marcantonio, studioso che da sempre si occupa di delirium, ha recentemente proposto un programma di prevenzione e management del delirium, definito *Delirium Abatement Program (DAP)*, che potreb-

be diventare un *modus operandi* nei reparti di riabilitazione post-acuta e che di seguito vogliamo presentare (Bergmann et al., in press).

Il DAP è stato sviluppato nel 2000 nell'ambito di un progetto di ricerca del National Institute on Aging. Il principale obiettivo è ridurre la durata del delirium nei soggetti trasferiti da reparti ospedalieri per acuti in strutture di riabilitazione nei quali sia stato riscontrato delirium all'ammissione. Il programma fu implementato in 8 *skilled nursing facilities* (Residenze Sanitarie Assistenziali) dell'area di Boston, Massachusetts e constava di 4 moduli, a loro volta desunti da una precedente esperienza nella prevenzione del delirium in pazienti con frattura di femore (Marcantonio et al., 2001).

Screening del delirium

Il primo modulo è stato predisposto per lo screening del delirium e richiama i segni necessari per porre la diagnosi:

- a) facile distraibilità;
- b) alterata percezione della realtà o mancata consapevolezza dell'ambiente circostante, che può determinare periodi di irrequietezza o al contrario di apatia;
- c) eloquio disorganizzato;
- d) fluttuazione delle performances cognitive nell'arco della giornata.

All'infermiere viene chiesto di compilare un modulo predisposto (Tab. 2) il più rapidamente possibile dopo l'ammissione in reparto, e di ripetere la compilazione dopo 5 giorni o se viene notato un cambiamento dello stato mentale. Per completare il modulo, è necessario intrattenere colloqui con gli altri componenti dello staff ed i familia-

Tabella 2 - Minimum Data Set di screening del delirium (modificato da Marcantonio et al., J Am Geriatr Soc in press).

Si	No	<p>Facile distraibilità (es., difficoltà nel mantenere l'attenzione; divagare)</p> <p><i>Chiedere al paziente: Mi può ripetere i giorni della settimana al contrario, partendo dal sabato?</i></p> <p>(È 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>Periodi di percezione alterata o mancata consapevolezza dell'ambiente circostante (es., parlare con qualcuno che non è presente; udire, sentire o percepire qualcosa che può non essere presente in quel luogo; credere di essere in un altro luogo; confondere il giorno con la notte)</p> <p><i>Chiedere al paziente: Vede, sente o percepisce delle cose strane?</i></p> <p>Se il paziente risponde sì o se si osservano tali comportamenti, cerchiare "Si"</p>
Si	No	<p>Episodi di eloquio disorganizzato (es., l'eloquio è incoerente o sconnesso, privo di significato, irrilevante; fuga del pensiero; affermazioni fra loro contraddittorie)</p> <p><i>Chiedere al paziente: Cosa l'ha condotta in ospedale? Perché è qui ora?</i></p> <p>Se il paziente risponde in modo inappropriato o illogico, cerchiare "Si"</p>
Si	No	<p>Periodi di irrequietezza (es., agitarsi, vestirsi e rivestirsi, giocare con il fazzoletto; cambiare frequentemente posizione; urlare)</p> <p><i>Osservare il paziente: Se uno qualsiasi di tali comportamenti è presente, cerchiare "Si"</i></p>
Si	No	<p>Periodi di apatia (sonnolenza o indolenza; sguardo fisso nello spazio; difficoltà a risvegliarsi; limitato movimento del corpo)</p> <p><i>Osservare il paziente: Se uno qualsiasi di tali comportamenti è presente, cerchiare "Si"</i></p>
Si	No	<p>Fluttuazione delle performances cognitive nel corso della giornata (es., a volte meglio, a volte peggio; i comportamenti compaiono e scompaiono)</p> <p><i>Considera le differenze a livello comportamentale o cognitivo fra i diversi resoconti o fra il giorno e la notte</i></p> <p>Se uno qualsiasi di tali cambiamenti è presente, cerchiare "Si"</p>
<p>Il modulo deve essere completato per ogni paziente entro 2 giorni dall'ammissione. Può essere ripetuto entro 5 giorni se è notato un cambiamento dello stato mentale. La compilazione accurata di questo strumento richiede conversazioni con lo staff assistenziale ed i familiari. Per ogni item cerchiare la voce Si laddove presente e No se assente.</p>		

ri del paziente. È sufficiente che sia presente anche uno soltanto dei segni considerati per accedere ai moduli successivi.

Assessment e trattamento delle cause del delirium

Il secondo modulo ricorda le potenziali cause di delirium (Tab. 3). Come abbiamo già visto, possono essere utilizzati alcuni acronimi, ma il DAP propone un'altra modalità. Si tratta di completare una checklist che prende in considerazione, a differenza degli altri acronimi, anche il dolore come una delle possibili cause. Anche in questo caso è l'infermiere il principale attore della strategia di cura e discute con il medico i possibili interventi per rimuovere la/le cause.

Prevenzione e gestione delle complicanze del delirium

Il terzo modulo richiama le possibili complicanze del delirium e offre consigli per la prevenzione (Tab. 4). Poiché il delirium, infatti, condiziona la capacità di giudizio del paziente e lo pone a rischio di ulteriori complicanze, quali ad esempio le cadute, spesso l'équipe ricorre a misure di contenimento farmacologico e/o non farmacologico (mezzi di contenimento), che, invece, è necessario evitare. Gli interventi preventivi proposti includono invece la stretta sorveglianza del paziente, il suo coinvolgimento in attività relazionali, misure di igiene del sonno, ecc.; sono invece esclusi farmaci sedativi e i mezzi di contenimento fisica.

Strategie di riabilitazione del delirium

Il razionale del quarto modulo è che un ambiente idoneo aiuta a migliorare le performances cognitive e funzionali del soggetto con delirium. Nella tabella 5 sono rias-

REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Tabella 3 - Assessment e trattamento delle potenziali cause di delirium.

Cause possibili di delirium	È presente una delle seguenti condizioni?	Sì/No	
Farmaci	<ul style="list-style-type: none"> Nuovi farmaci, modificazioni del dosaggio o discontinuità nella somministrazione Farmaci con effetti neurologici (es., sedativi, narcotici, anticolinergici) Se sì, contattare il medico per eventuale correzione della terapia	Sì	No
Infezioni	<ul style="list-style-type: none"> Segno/segni di infezione: febbre, congestione, lesione arrossata, secrezioni purulente Infezione delle vie urinarie, polmonite, ferita infetta, altro Se sì, contattare il medico per esami del sangue, colture, terapia antibiotica	Sì	No
Liquidi	<ul style="list-style-type: none"> Disidratazione: mucose disidratate, scarsa assunzione di liquidi, febbre, diarrea, terapia diuretica Scompenso cardiaco: dispnea, difficoltà nel cammino, edema agli arti inferiori Se sì, contattare il medico per eventuale terapia intravenosa/diuretica	Sì	No
Dolore non controllato	<ul style="list-style-type: none"> Dolore non controllato: dolore riferito, smorfie, agitazione 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 Se sì, contattare il medico per eventuale correzione della terapia e per accorgimenti non farmacologici: posizionamento, impacchi freddi o caldi	Sì	No
Ritenzione urinaria	<ul style="list-style-type: none"> Revisione schede minzionali: vi sono perdite rilevanti di urina o vi è oligoanuria Gonfiore addominale all'esame obiettivo dell'addome Se sì, contattare il medico per eventuale cateterizzazione, correzione terapia farmacologica e consulenza urologia	Sì	No
Occlusione fecale	<ul style="list-style-type: none"> Revisione schede intestinali: vi sono anomalie del transito intestinale Esame addome per gonfiore addominale; esplorazione rettale per individuare fecalomi o feci liquide Se sì, contattare il medico per svuotamento, altri interventi	Sì	No
Altro	Nuovi problemi medici, valori di laboratorio anomali, condizioni mediche croniche che si sono destabilizzate, altro (descrivere)	Sì	No
	Se sì, contattare il medico per rivalutazione della gestione		

sunti alcuni interventi che l'équipe può effettuare sull'ambiente, sul paziente e sui caregiver. Tra gli interventi riabilitativi è previsto un "Delirium Care Package", che include un calendario (1 giorno per ogni pagina scritto a grandi caratteri) ed un orologio da posizionare sopra la testata del letto del paziente. Per i familiari è prevista una brochure che sintetizza le caratteristiche cliniche del delirium, le sue

cause e le strategie di prevenzione e management. Il modulo contiene anche suggerimenti per la riabilitazione delle funzioni cognitive.

CONCLUSIONI

Da un punto di vista clinico, il delirium rappresenta oggi una delle sfide più difficili della geriatria, una sfida che richiederà un enorme im-

pegno negli anni a venire. Il delirium continuerà a rappresentare ancora per alcuni anni un pesante fardello economico per la società, un temibile fattore di rischio di mortalità a breve e lungo termine ed un intricato rebus dal punto di vista dei meccanismi etiopatogenetici per clinici e ricercatori.

Da un punto di vista pratico, però, il delirium offre un'opportunità unica. Può infatti essere l'occasione

Tabella 4 - Mnemonic per la prevenzione e la gestione delle complicanze del delirium.

1. Incontinenza urinaria/Catetere permanente

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

2. Ulcere da pressione

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

3 Cadute/ferite

Modificazione dell'ambiente circostante per garantire la sicurezza
Rimozione, quando possibile, delle contenzioni fisiche
Interruzione o riduzione graduale dell'uso di farmaci sedativi

4. Problemi sonno

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

5. Malnutrizione/aspirazione

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

per ridisegnare nei reparti geriatrici un modello operativo "interdisciplinare" che attiva tutti i componenti dell'équipe su obiettivi comuni. Il delirium è un tipico esempio di competenza mista: il medico ricerca le cause sulle quali è stato attivato dall'infermiere e insieme a

tutte le altre figure dell'équipe si concertano gli atti opportuni e necessari. L'intervento non ha senso se non è condiviso ed in qualche modo ciò ha ricadute anche sulla qualità complessiva del servizio. Si pensi, ad esempio, al delirium ipocinetico, che rischia di essere mi-

sconosciuto da un'équipe disattenta, mentre è prontamente riconosciuto e curato da un'équipe competente, con tutto ciò che ne consegue in termini di salute per i pazienti.

Il delirium inoltre può anche essere utilizzato come un marker dell'evoluzione clinica del paziente. Il medico, e con lui l'équipe, modificano i propri atteggiamenti terapeutici alla stessa stregua di quanto si verifica in un paziente con la febbre. Se il delirium persiste, indirettamente ciò significa che l'équipe non è stata in grado di individuare le cause sottostanti, né di mettere in atto gli interventi di management necessari. Al contrario, la rimozione del delirium è il risultato di una serie di interventi appropriati e dell'efficacia dell'équipe. Si potrebbe azzardare che il numero di "delirium risolti" in un reparto di riabilitazione geriatrica e di *long-term care* potrebbe costituire una nuova *outcome measure*. È chiaro tuttavia che tutto ciò non è ottenibile se non viene intrapresa un'attività formativa che coinvolga i membri dell'équipe e successivamente i familiari e gli stessi direttori amministrativi degli ospedali. La formazione è infatti una condizione necessaria ed imprescindibile per imparare a riconoscere le stimate del delirium e per attivare le risposte terapeutiche. Il DAP (Delirium Abatement Program), che in questo articolo è stato presentato, ha già richiesto negli Stati Uniti uno sforzo notevole in termini di formazione. Parallelamente, iniziative di questo tipo dovrebbero essere promosse non soltanto nei singoli setting, ma anche tramite mezzi di stampa e televisivi. In una logica di sensibilizzazione e di formazione continua non occorrerebbero "de-

REVISIONE PERIODICA' DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Tabella 5 - Piano interdisciplinare di care del delirium.

Data	Problema Il paziente ha sintomi e segni di delirium	
Data	Obiettivo: il paziente dovrà 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 fissata
Data	Interventi Valuta le possibili cause di delirium Farmaci in atto Possibilità di infezioni Bilancio idrico (disidratazione, scomp. cardiaco) Dolore non controllato Ritenzione urinaria e/o fecale Sintomo o segno suggestivo (comunicazione) Prevenzione e management delle complicanze Rimozione del catetere Foley, se possibile Scheda minzionale per prevenire incontinenza Minzioni programmate per prevenire incontinenza Protocolli prevenzione lesioni da decubito Verifica sicurezza ambiente per prevenire cadute Programma sorveglianza stretta Implementa protocolli per riposo notturno Verifica introito nutrizionale Verifica disturbi della deglutizione Recupero della funzione Usa, se caso, supporti protesici (occhiali, protesi) Apporta modifiche ambientali (luci, segnaletica, radio/musiche rilassanti) Delirium care package (calendari, orologi) Educa familiari sul delirium e sull'importanza delle visite (fornisci brochure su delirium) Verifica la capacità del paziente di partecipare alla care quotidiana garantendone la sicurezza Implementa monitoraggio delirium nel programma di dimissione e garantisci supporto fino dimissione Approccia il paziente con calma e a voce bassa Interloquisci a voce bassa col paziente e mostragli attenzione Tenta di shiftare l'attenzione del paziente quando ha deliri Incoraggia le attività preferite del paziente Supporta il paziente nel mostrargli la realtà Segnala al medico se i segni di delirium persistono	Disciplina Medico Infermiere/medico Infermiere/medico Infermiere/medico Infermiere/medico Infermiere Infermiere/medico Infermiere Infermiere Infermiere Tutta l'équipe Tutta l'équipe Infermiere Infermiere/dietista Infermiere/logopedista Tutta l'équipe Infermiere Infermiere Tutta l'équipe Infermiere/fisioterapista Medico/infermiere/caregiver/ assistente sociale Tutta l'équipe Tutta l'équipe Tutta l'équipe Tutta l'équipe Tutta l'équipe Infermiere

lirium rooms", cioè spazi dedicati per trattare pazienti con delirium, ma luoghi normali dove si impara a discutere in un'ottica di condivisione sulle condizioni cliniche del paziente. L'implementazione di scale e protocolli di valutazione dedicati e la discussione insieme all'équipe medica dei casi clinici potrebbe, ad esempio, costituire un buon punto di partenza per intraprendere l'attività formativa ed approfondire le nozioni teoriche. Si potrebbe arrivare in un secondo tempo ad individuare figure di riferimento all'interno dell'équipe (una sorta di "tutor" del delirium), che ricalcherebbe in qualche modo la felice intuizione dei Nuclei Alzheimer, in cui componenti dell'équipe si facevano carico di verificare l'adesione di tutti i componenti ai programmi di formazione, di management che erano stati pianificati.

BIBLIOGRAFIA

- Bergmann MA, Purphy K, Kiely DK, Jones RN, Marcantonio ER. A model for management of delirious postacute care patients. *J Am Geriatr Soc*, in press.
- Fick D, Foreman. Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *J Gerontol Nurs* 2000; 26: 30-40.
- Fick DM, Kolanowski AM, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population: a 3-years retrospective study of occurrence, cost and utilisation. *Journal of Gerontology Medical Sciences* 2005; 60A,6: 748.
- Flayerty JH, Morley JE. Delirium: a call to improve current standards of care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 341-343.
- Gustafson Y, Brannstrom B, Norberg A. Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional state in elderly hip fracture patients. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 760-765.
- Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly patients: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA* 1996; 275: 852-857.
- Inouye SK, Viscoli CM, Horwitz RJ, 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.
- Kiely DK, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Orav EJ, Marcantonio ER. Characteristics associated with delirium persistence among newly admitted post-acute facility patients. *J Gerontol* 2004; 59A: 344-349.
- Levkoff SE, Evans DA, Lipzitz B et al. Delirium: The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med* 1992; 152: 334-340.
- Lipowski ZJ. Delirium in the elderly patient. *N Engl J Med* 1989; 320: 578-582.
- Lipowski ZJ. Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1426-1436.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 516-522.
- Marcantonio ER, Kiely DK, Bergman MA et al. Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 963-969.
- Marcantonio ERE, Simon SE, Bergmann MA et al. Delirium symptoms in postacute care. Prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 4-9.
- Margiotta A, Marrè A, Bianchetti A. Il delirium. In *Le demenze di Trabucchi M*. Ed UTET 4ª edizione 2005.
- Mussi C, Salvioli G. Linee guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano. *Gior Gerontol* 2000; 48: 434-440.
- Speciale S, Bellelli G, Trabucchi M. Staff training and use of specific protocols for delirium management. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53 (8): 1445-1446.