



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA



## **Delirium e disturbi del comportamento a domicilio e nei servizi territoriali**

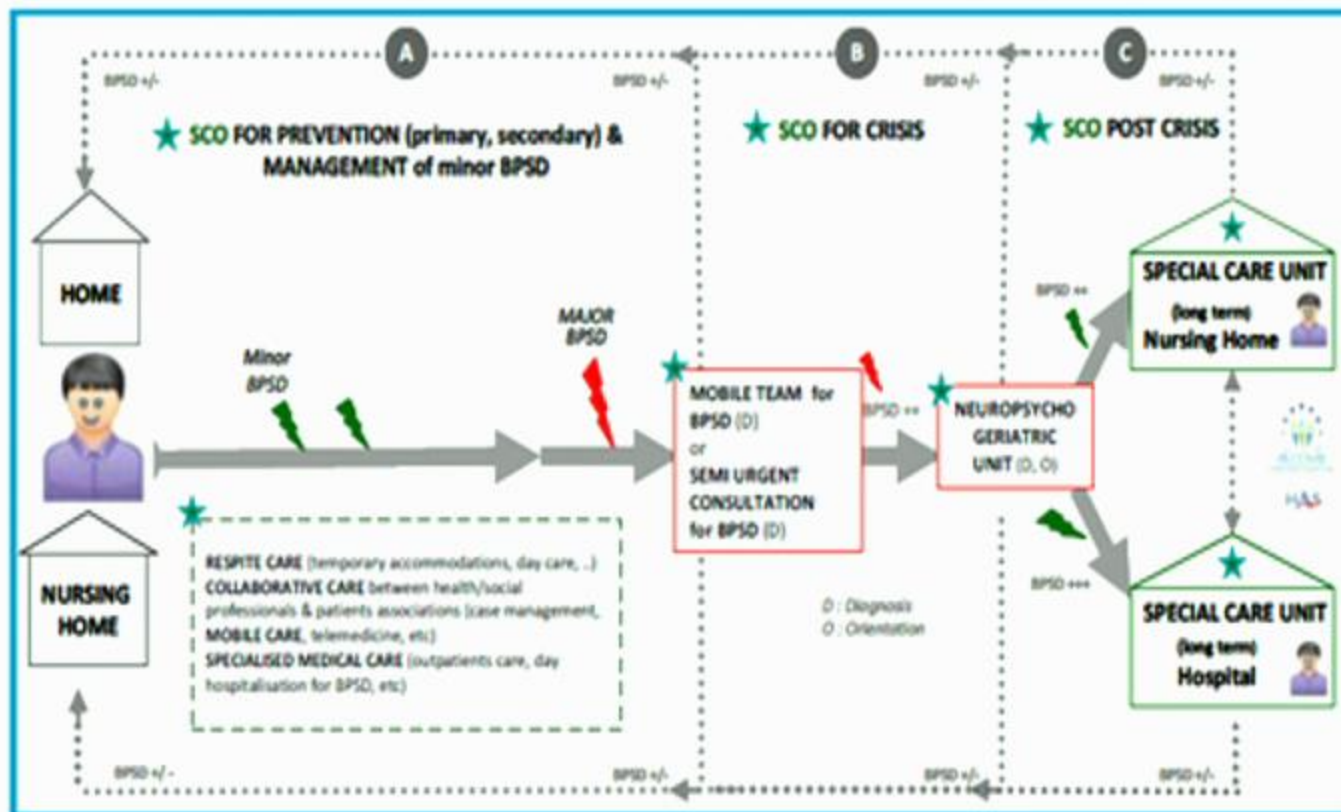
**Andrea Fabbo, Lucia Bergamini, Barbara Manni**  
*Programma Demenze A.USL Modena*

Pistoia, Congresso Nazionale  
Centri Diurni, 15-16 maggio 2015

## Premessa

- **80% dei malati di demenza vivono a domicilio**
- **50- 90% manifesta alterazione del comportamento (BPSD) con conseguenze negative:**
  - ✓ istituzionalizzazione precoce
  - ✓ accesso in PS/ricovero ospedaliero/TSO~ e conseguenti outcome peggiorativi
  - ✓ stress del caregiver e depressione ~
- **La prevalenza del DSD a domicilio si aggira attorno al 20-25%**

# Progetto europeo **ALCOVE** (2013)



## La rete provinciale per le Demenze

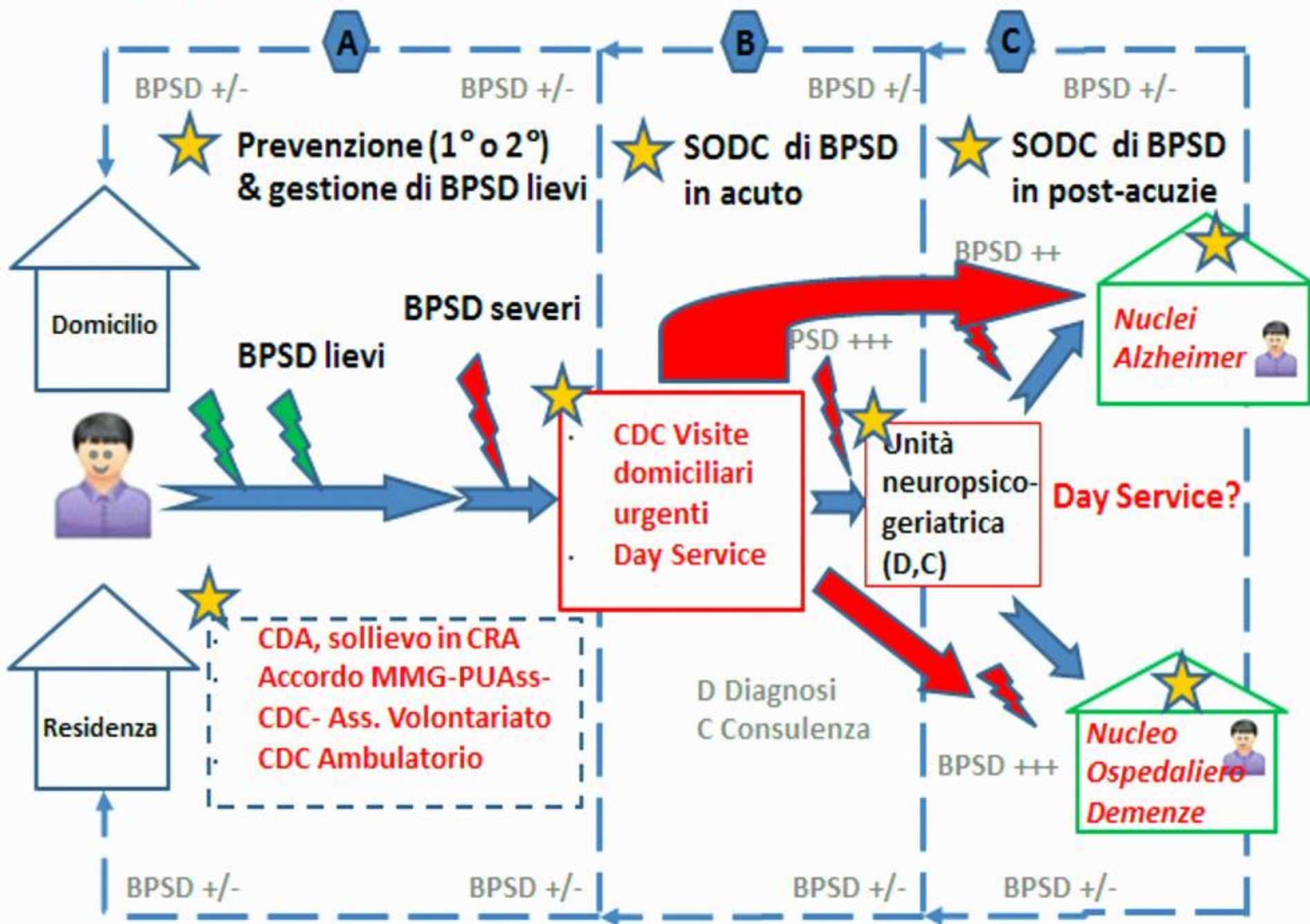


**Pop. 706.417**

*Nel 2013 seguite 15.000 persone con demenza, 2778 nuove diagnosi di cui 1300 AD, 865 MCI, 5195 progetti attivi dei MMG*

- 7 Centri Distrettuali per i Disturbi Cognitivi
- 3 CDC Ospedalieri (Neurologia e Geriatria del NOCSAE di Baggiovara, Neurologia Osp. di Carpi)
- 1 Nucleo Ospedaliero Demenze c/o Villa Igea Modena ( 20 p.l. cod. 56)
- 3 Nuclei Alzheimer per Assistenza Residenziale Temporanea (Mirandola: 15 p.l., Modena: 20 p.l., Pavullo: 7 p.l.; **nuova attivazione Formigine 1.09.2013: 10 posti**)
- 2 CD Alzheimer ( Carpi: 23 posti, Modena «9 Gennaio: 20 posti)
- 5 Associazioni di Volontariato che garantiscono una serie di interventi in sinergia con AUSL ed Enti locali
- Accordo aziendale con i MMG per la presa in carico del pz con disturbi cognitivi e della sua famiglia

# La rete dei servizi modenese secondo il modello **ALCOVE**



- Il **MMG** ha un **ruolo fondamentale** nel monitoraggio della persona con demenza, dalla **diagnosi precoce** al controllo dell'evoluzione della malattia attraverso il **monitoraggio delle complicanze**, nell'ottica dell'**appropriatezza delle cure** e dell'impiego delle risorse, con un occhio attento al **sostegno della famiglia** del malato.
- Il **ruolo del MMG nel monitoraggio clinico del paziente deve essere rafforzato** (analisi comorbidità ed effetti collaterali delle terapie), al fine di prevenire l'EVENTO CRITICO per la persona affetta da demenza: **il ricovero ospedaliero**.

**Accordo Aziendale Delibera DG AUSL Modena N 039 20/03/2007**



**Progetto QuADisC (Qualità dell'Assistenza al paziente con Disturbi Cognitivi)**, progetto in fase di approvazione nell'AUSL di Modena con l'intento di creare un **indicatore composito di qualità e appropriatezza** delle cure rivolto ai pazienti affetti da demenza in gestione integrata, composto da 10 punti elaborati sulla scorta del "Choosing Wisley" dell'American Geriatrics Society (5 items) e delle Linee guida più accreditate nella gestione del paziente geriatrico.

# QUA-DISC

10  
items

- ✓ Non intraprendere la nutrizione enterale in pazienti con demenza avanzata;
- ✓ Non usare antipsicotici come prima scelta per trattare i sintomi comportamentali e psicologici nella demenza;
- ✓ Evitare di raggiungere nel paziente diabetico anziano valori di HbA<sub>1c</sub> < 7,5 %;
- ✓ Non utilizzare benzodiazepine o altri sedativi- ipnotici per insonnia, agitazione o delirio;
- ✓ Evitare di usare antibiotici della classe dei flurochinoloni;
- ✓ Eseguire almeno un ECG all'anno nei pazienti in trattamento con antipsicotici;
- ✓ Dosare almeno una volta l'anno la creatininemia;
- ✓ Misurare almeno una volta l'anno la pressione arteriosa;
- ✓ Somministrare almeno una volta l'anno il questionario UCLA.NPI;
- ✓ Somministrare almeno una volta l'anno la scala PAINAD per la valutazione del dolore.

ITEM	0 pt	5 pt	10 pt
Nutrizione enterale	SI	-	NO
Antipsicotici#	SI >3 confezioni o >90gg	SI ma ≤3 confezioni o ≤90gg	NO
HbA <sub>1c</sub> in diabetico	HbA <sub>1c</sub> <6,5% o >8,5%	HbA <sub>1c</sub> tra 6,5 e 7,5%	HbA <sub>1c</sub> tra 7,5 e 8,5% oppure no diabeto
Benzodiazepine e Ipnotici#	SI >1 confezioni o >30gg terapia	SI ma ≤1 confezioni o 30gg terapia	NO
Chinoloni#	SI	SI ma ≤2 confezioni	NO
ECG* in terapia con antipsicotici	NO	-	SI oppure Nessun antipsicotico
Creatininemia*	NO	-	SI
Pressione arteriosa*	NO	PA <110/70mmHg o PA >140/90mmHg	PA tra 110/70 e 140/90mmHg
NPI*	NO	-	SI
PAINAD*	NO	-	SI

# Prescrizione annuale \* Valutazione annuale

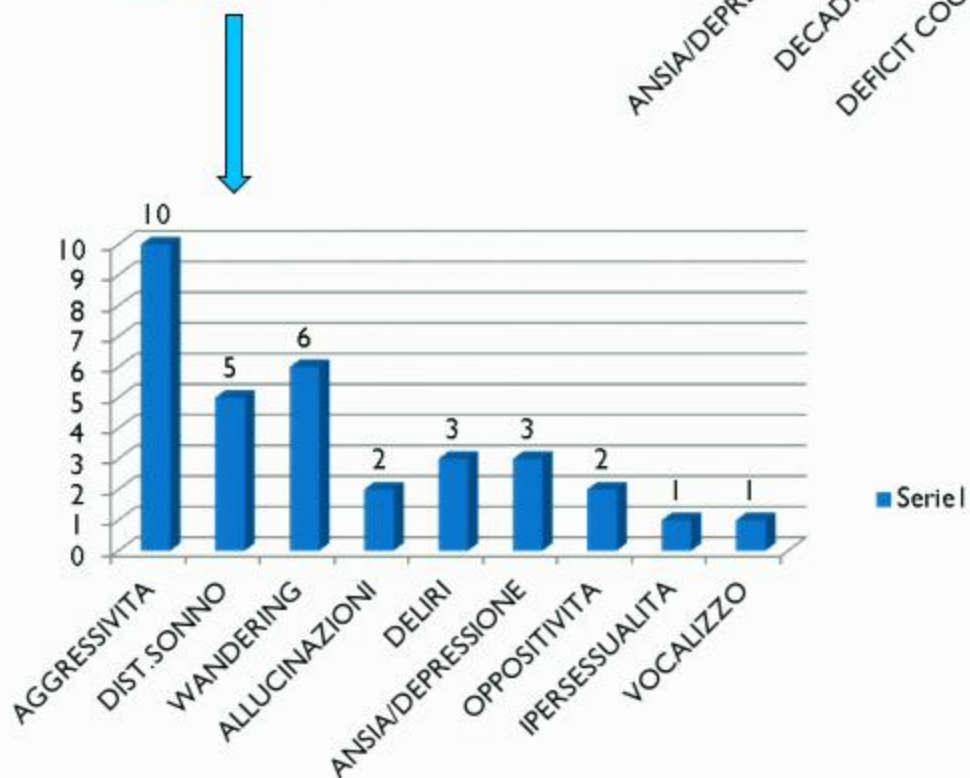
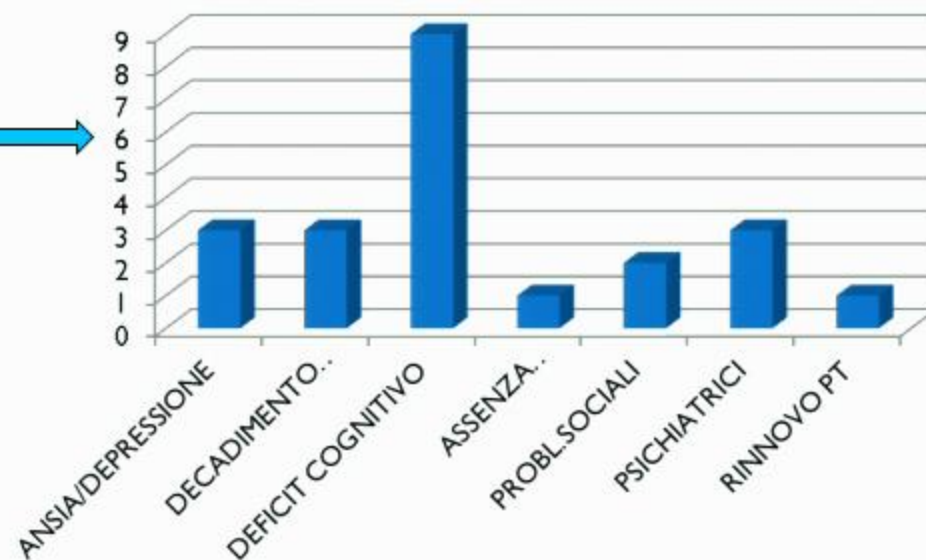
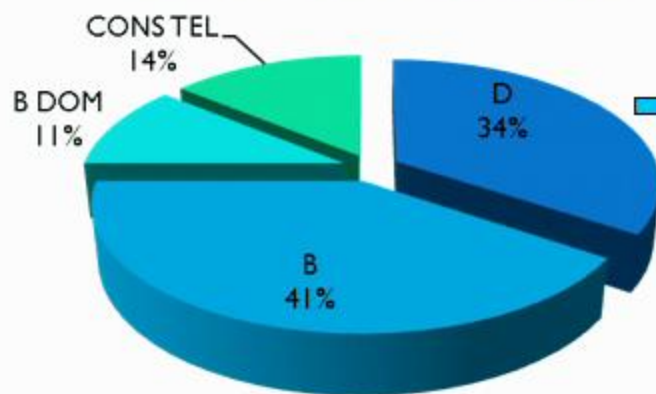
## VISITA URGENTE AMBULATORIALE O DOMICILIARE (entro 7 giorni)

CRITERI CLINICI	MODALITA' ACCESSO
<p><b><u>VISITA AMBULATORIALE URGENTE</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pazienti con gravi BPSD (da almeno 10 giorni) ed ingravescenti (attività motoria aberrante, vocalizzo persistente, aggressività fisica, ideazioni deliranti e/o allucinazioni con impatto funzionale, disturbi del sonno)</li> <li>● Paziente non già in carico al CSM</li> <li>● Pazienti per i quali è stata esclusa: infezione in atto, dolore non controllato, disturbo non sensibile alla terapia comportamentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Il MMG deve contattare telefonicamente i Centri Disturbi Cognitivi secondo le modalità di seguito indicate e differenti per i vari Distretti; sono indicate le fasce orarie in cui possono parlare con il personale del Centro (medici geriatri e personale infermieristico là dove presente)</li> <li>● Richiesta SSR del MMG di "<i>V. Geriatrica Multidimensionale</i>" URGENTE con la dicitura "<i>Disturbi Cognitivi</i>", indicando la priorità B e specificando il motivo dell'urgenza</li> </ul>

- **Pz con verosimile DSD** da infezione in atto, dolore non controllato (per valutare, se necessario, eventuale ricovero )
- **Pz con disturbo refrattario** agli psicofarmaci e/o interventi psicosociali mirati intrapresi (per valutare eventuale ricovero c/o Nucleo Ospedaliero Demenze o Nuclei Alzheimer )



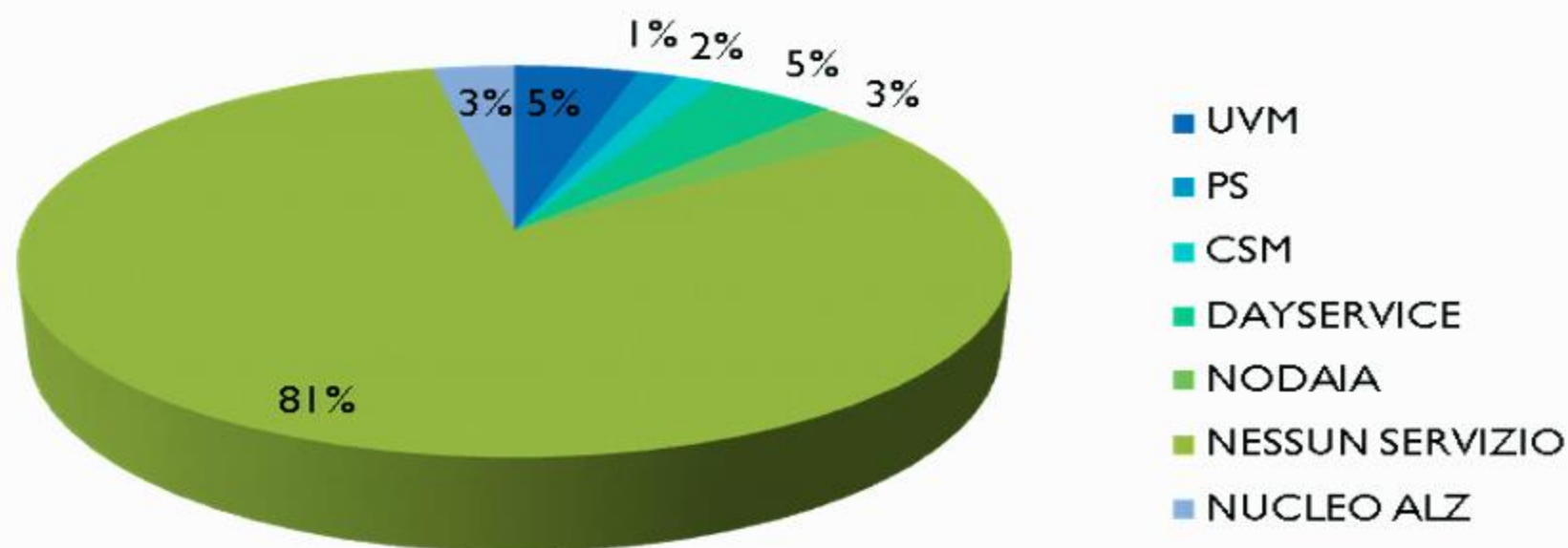
# VISITE URGENTI MODENA DISTRETTO (65pz)



Dal 1 Gennaio al 31 agosto 2014

# ESITO VISITE URGENTI MODENA

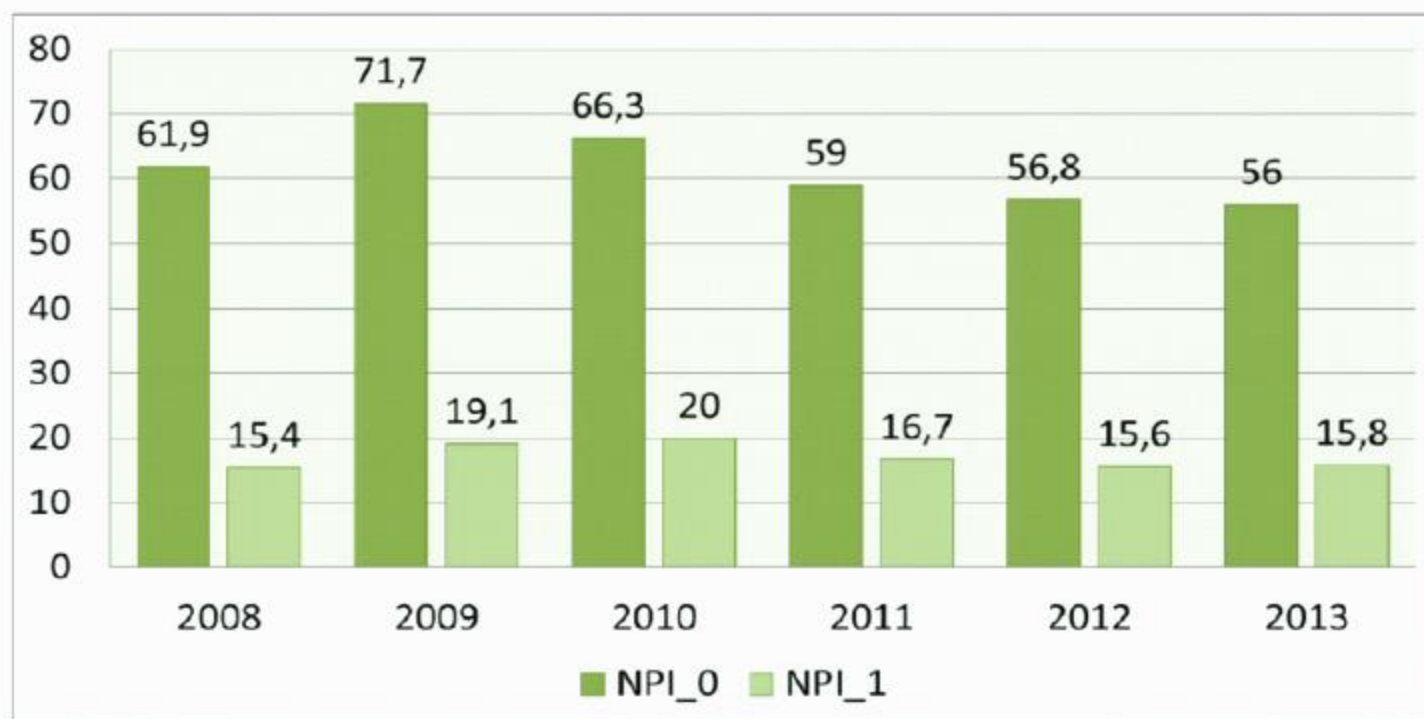
## SERVIZI ATTIVATI



Dal 1 Gennaio al 31 agosto 2014

## Attività: Nucleo Ospedaliero Demenze

**ESITO PRIMARIO: RIDUZIONE DEI BPSD**  
**Punteggio medio NPI: ingresso (T<sub>0</sub>) vs. dimissione (T<sub>1</sub>)**



Differenza media=44,8; Student's *t* Test = 23,8; ***p* < 0.0001**  
A una riduzione di 30 punti del punteggio totale all' NPI è stata osservata nel **77,9%** dei pazienti

# Day – service Geriatrico per i BPSD- anno 2014

**Abbiamo valutato 132 soggetti**

**72 (54,5%) INVIATI DAL PS**

**59 (45,5 %) INVIATI DAI CDC**

**SESSO** M = 36,64%  
F=63,6 %

**ETA' MEDIA** 81,8 (sd 10,5)

**MMSE MEDIO** 16,5 (sd 7,3)

**NPI-UCLA (12 item) MEDIO** 33,3 (sd 17,9)

**DIAGNOSI DI INVIO** SCOMPENSO  
COMPORIMENTALE =55  
pazienti (41,7%)  
STATO CONFUSIONALE= 73  
pazienti (55,3%) ,  
ALTRO= 4 pazienti (3%) per altri  
motivi (es. ittero, vertigini...).

## **RISULTATI: TOTALE RICOVERI**

**72 PAZ. DAL PS**

**solo il 18 %  
è stato  
successivamente  
ricoverato**

13 pazienti:

- 1 per motivi sociali
- 2 direttamente da noi per riscontro di grave comorbidità
- 10 per eventi imprevedibili (ictus, ESA, IMA, shock settico...)
- Nessuno dei pazienti inviati era in carico ai CDC

**59 PAZ. DAI CDC**

**solo il 16,7%  
è stato  
successivamente  
ricoverato**

•Nessuno dei pazienti è stato accompagnato in PS per grave scompenso comportamentale  
•Solo 10 pazienti sono stati ricoverati per riscontro di grave comorbidità con necessità di ricovero ospedaliero ( ESA, scompenso cardiaco, neoplasia polmonare...)

*Il 66,4 % sono stati trattati a domicilio evitando anche passaggi in altre strutture dedicate a PWD con BPSD in comorbidità (NODALA: inviati 11,4% del campione) o di natura primaria ovvero correlati alla demenza (NA: 1,5% dei pazienti).*

*Trattamento : Trazodone 40,2% BDZ 12,1% 22% AP tipico 29% AP atipico*

*25,1% non ha ricevuto trattamenti psicoattivi*

A

## SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA

Valutazione  
neuropsicologica

Supporto al caregiver : valutazione  
delle risorse del familiare e  
pianificazione interventi di cura



- Miglioramento **strategie di COPING**
- Miglioramento della **conoscenza della malattia** e soprattutto dei disturbi comportamentali
- Riduzione dello **stress del caregiver (BURDEN)** attraverso un miglioramento del **senso di competenza** nella gestione delle problematiche della demenza

# Delirium: DSM-V



- A. Disturbo nel focalizzare l'attenzione e dello stato di coscienza
- B. Il delirium si sviluppa in un periodo breve di tempo , **tipicamente ore o giorni** e soggetto a fluttuazioni **durante la giornata.**
- C. Include alterazioni della **cognitività** : memoria, orientamento, percezione.
- D. Le manifestazioni cliniche in (A.) e (C.) **non** devono essere dovute a **condizioni pre-esistenti** o stabilizzate o rappresentare l'evoluzione di un disturbo neurocognitivo.
- E. L'evento che lo precede potrebbe essere una **conseguenza** fisiologica di un'altra condizione medica, intossicazione da sostanze, esposizione a tossine ecc.

# Delirium: DSM-V



- A. Disturbo nel focalizzare l'attenzione e dello stato di coscienza
- B. Il delirium si sviluppa in un periodo breve di tempo , **tipicamente ore o giorni** e soggetto a fluttuazioni **durante la giornata.**
- C. Include alterazioni della **cognitività** : memoria, orientamento, percezione.
- D. Le manifestazioni cliniche in (A.) e (C.) **non** devono essere dovute a **condizioni pre-esistenti** o stabilizzate o rappresentare l'evoluzione di un disturbo neurocognitivo.
- E. L'evento che lo precede potrebbe essere una **conseguenza** fisiologica di un'altra condizione medica, intossicazione da sostanze, esposizione a tossine ecc.

Questo significa che spesso il  
**DELIRIUM** riconosce una **causa**

# Riconoscimento del delirium



- **32-66%** delle diagnosi di delirium sono non riconosciute dai medici e nel 69% dei casi non riconosciute dagli infermieri
- La prevalenza nelle strutture residenziali/lungoassistenza è del **14%**.  
L'incidenza del **20-22%** /anno
- In Ospedale la mortalità varia dal **22** al **76%**. La mortalità ad un anno è del 35-40%
- Il delirium costa \$182 miliardi (2011) per anno nei paesi Europei.

Inouye SK, Westerndorp RG, Saczynski JS *Lancet*. 2014;383:911-922

Inouye SK et al.. *Arch Intern Med*. 2001;161:2467-2473







Contents lists available at ScienceDirect

## Journal of Psychosomatic Research



### Changing perspectives on delirium care: The new Dutch guideline on delirium



A.F.G. Leentjens<sup>a,\*</sup>, M.L. Molag<sup>b</sup>, B.C. Van Munster<sup>c,d</sup>, S.E. De Rooij<sup>c</sup>, H.J. Luijendijk<sup>e</sup>,  
A.J.H. Vochteloo<sup>f</sup>, P.L.J. Dautzenberg<sup>g</sup>, On behalf of members of the Guideline Development Group 'Delirium'

<sup>a</sup> Department of Psychiatry, Maastricht University Medical Centre, P.O. Box 5800, 6202 AZ Maastricht, The Netherlands

<sup>b</sup> Knowledge Institute for Medical Specialists, Utrecht, The Netherlands

<sup>c</sup> Department of Internal Medicine, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

<sup>d</sup> Department of Geriatrics, Gelre Hospitals, Apeldoorn, The Netherlands

<sup>e</sup> Department of Old Age Psychiatry, BAVO Europoort, Rotterdam, the Netherlands

<sup>f</sup> OCON Orthopaedic Centre, Hengelo, The Netherlands

<sup>g</sup> Jeroen Bosch Hospital, 's Hertogenbosch, The Netherlands

**Distinzione** fra delirium “*non complicato*” e delirium “*complesso*” (disturbi comportamentali gravi, comorbilità alta e polifarmacologia, etiologia ben definita, risposta alla terapia)

# Delirium

## Diagnosis, prevention and management

Issued: July 2010

**NICE clinical guideline 103**

[guidance.nice.org.uk/cg103](http://guidance.nice.org.uk/cg103)



Il trattamento dei pz con delirium non complicato dovrebbe essere effettuata nel “**setting**” **assistenziale** in cui si manifesta; **cautela** nell'utilizzo degli antipsicotici nel delirium non accompagnato da disturbi comportamentali, ansietà o psicosi ; **delirium team** (geriatra, infermiere specializzato) per la gestione del delirium complesso



Contents lists available at [SciVerse ScienceDirect](#)

Archives of Gerontology and Geriatrics

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/archger](http://www.elsevier.com/locate/archger)



## Thirty-day prevalence of delirium among very old people: A population-based study of very old people living at home and in institutions



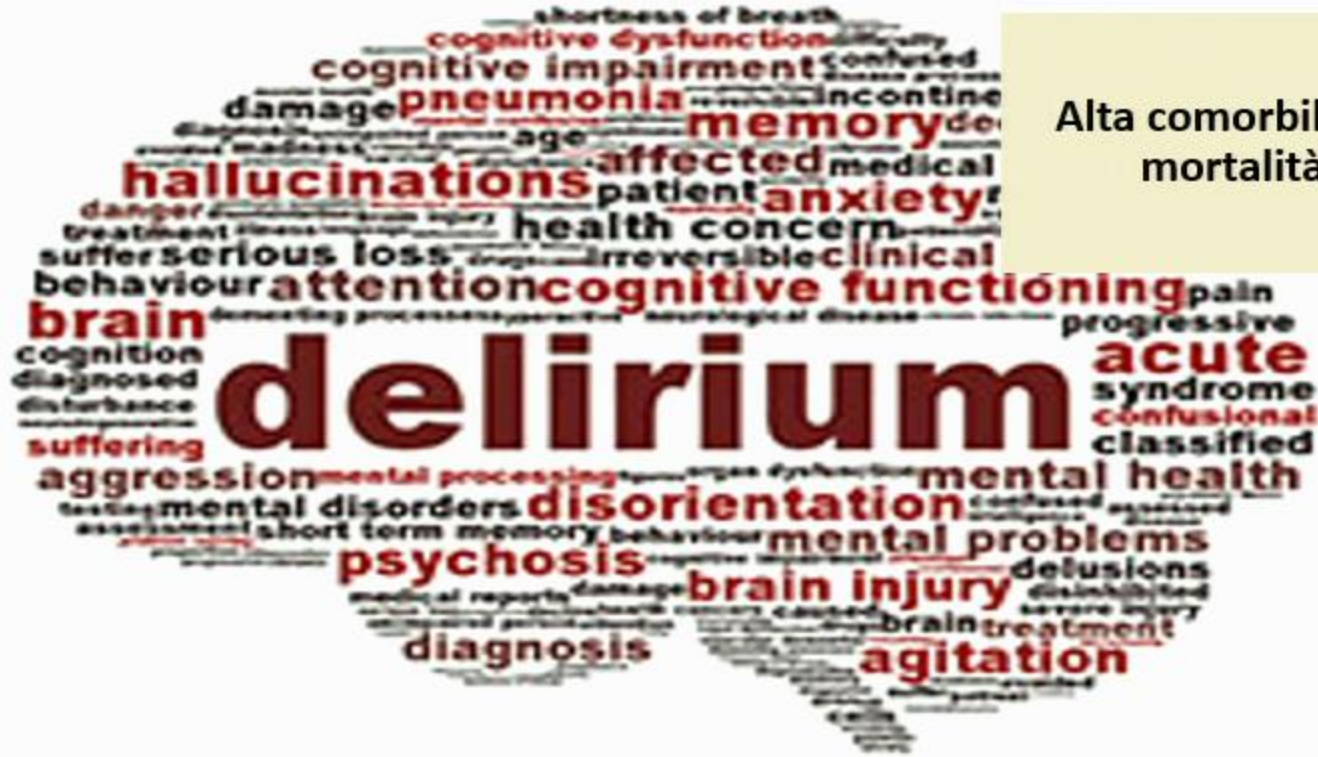
Johan Mathillas<sup>a,\*</sup>, Birgitta Olofsson<sup>b</sup>, Hugo Lövheim<sup>a</sup>, Yngve Gustafson<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Geriatric Medicine, Department of Community Medicine and Rehabilitation, Umeå University, SE-901 85 Umeå, Sweden

<sup>b</sup>Department of Nursing, Umeå University, SE-901 85 Umeå, Sweden

**Prevalenza elevata** nelle persone di età avanzata con demenza (**17 %** a 85 aa, **21 %** a 90 aa, **39 %** nelle PWD > 95 aa ); depressione, scompenso cardiaco, istituzionalizzazione e uso di psicofarmaci sono associati alla comparsa di delirium

# Conseguenze del Delirium



Alta comorbilità e mortalità

# Conseguenze del Delirium



Disabilità (perdita di funzione), cadute ed altre complicazioni

Aumentato rischio di prolungamento dei tempi di degenza

Alta comorbidità e mortalità

Declino cognitivo e demenza

Utilizzo incongruo di contenzione fisica e farmacologica

Incontinenza, ulcere da decubito

behaviour attention cognitive functioning pain  
brain demerol processes psychiatric neurological disease progressive

diagnosis

brain treatment  
agitation

# CAM (Confusion Assessment Method) positivo

Deve soddisfare i punti 1 e 2 associati ai punti 3 o 4

1. Esordio  
acuto/decorso  
fluttuante



2. Deficit  
attenzione



3. Linguaggio/  
pensiero  
disorganizzato

or

4. Alterazioni della  
vigilanza



## Fattori predisponenti e precipitanti



### Fattori predisponenti

- Et  > 70 anni
- Deficit visivo
- Malattia acuta
- Demenza o deficit cognitivo
- Deficit funzionale
- Abuso etilico

### Fattori precipitanti

- Contenzione fisica
- Malnutrizione/  
disidratazione
- Catetere vescicale
- > di 3 farmaci (in particolare  
psicoattivi)
- Ogni evento iatrogeno

## Variabili cliniche

- ✓ **DELIRIUM IPERCINETICO** (25%): allucinazioni, deliri, agitazione psicomotoria, disorientamento TS
- ✓ **DELIRIUM IPOCINETICO** (25%): confusione, sedazione, sopore
- ✓ **DELIRIUM MISTO** (35%): alternanza delle caratteristiche

Nel 15% dei casi l'attività psicomotoria è normale

Meagher D. Int Rev Psychiatry 2009; 21: 59-73

Liptzin B., Levkoff S.E. Br J Psychiatry 1992; 161: 843-845





JAMDA

journal homepage: [www.jamda.com](http://www.jamda.com)

Original Study

## Delirium Superimposed on Dementia Strongly Predicts Worse Outcomes in Older Rehabilitation Inpatients

Alessandro Morandi MD, MPH<sup>a,b,\*</sup>, Daniel Davis MB, ChB, MRCP<sup>c</sup>, Donna M. Fick PhD<sup>d</sup>, Renato Turco MD<sup>a,b</sup>, Malaz Boustani MD, MPH<sup>e</sup>, Elena Lucchi PsyD<sup>a,b</sup>, Fabio Guerini MD<sup>a,b</sup>, Sara Morghen PsyD<sup>a,b</sup>, Tiziana Torpilliesi MD<sup>a,b</sup>, Simona Gentile MD<sup>a,b</sup>, Alasdair M. MacLulich MRCP (UK), PhD<sup>f</sup>, Marco Trabucchi MD<sup>b,g</sup>, Giuseppe Bellelli MD<sup>b,h</sup>

<sup>a</sup> Department of Rehabilitation and Aged Care of the Ancelle Hospital, Cremona, Italy

<sup>b</sup> Geriatric Research Group, Brescia, Italy

<sup>c</sup> Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge, Cambridge, UK

<sup>d</sup> Pennsylvania State University, University Park, PA

<sup>e</sup> Indiana University Center for Aging Research and Regenstrief Institute, Inc, Indianapolis, IN

<sup>f</sup> Edinburgh Delirium Research Group, University of Edinburgh, Edinburgh, Scotland

<sup>g</sup> University of Tor Vergata, Rome, Italy

<sup>h</sup> Department of Health Sciences, University of Milano Bicocca and Geriatric Clinic, San Gerardo Hospital, Monza, Italy

**DSD** è un **forte predittore** di dipendenza funzionale, istituzionalizzazione e mortalità in anziani ammessi in riabilitazione evidenziando la necessità di introdurre gli strumenti di **identificazione** e **gestione** del delirium nella pratica quotidiana

## Prevenzione non farmacologica



### Prevenzione non farmacologica (HELP study)

- Mantenimento di idratazione e nutrizione
- Riorientamento
- Riduzione dei farmaci
- Mobilizzazione precoce
- Controllo del sonno
- Correzione dei deficit uditivi e visivi

inouye SK et al. The Hospital Elder LifeProgram: J Am Geriatr Soc. 2000 ; 48(12):1697-70

Clegg A, Siddiqi N et al. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care  
The Cochrane Library 2014, Issue 1

Intervention Review

## Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care

Andrew Clegg<sup>1\*</sup>, Najma Siddiqi<sup>2</sup>,  
Anne Heaven<sup>3</sup>, John Young<sup>4</sup>, Rachel Holt<sup>1</sup>

Editorial Group: [Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group](#)

Published Online: 31 JAN 2014

Database Title

[The Cochrane Library](#)



..evidenze limitate...interessano per lo più trattamenti farmacologici

Heaven et al. *Trials* 2014, **15**:47  
<http://www.trialsjournal.com/content/15/1/47>



**STUDY PROTOCOL**

**Open Access**

## Pilot trial of Stop Delirium! (PiTStop) - a complex intervention to prevent delirium in care homes for older people: study protocol for a cluster randomised controlled trial

Anne Heaven<sup>1</sup>, Francine Cheater<sup>2</sup>, Andrew Clegg<sup>3</sup>, Michelle Collinson<sup>4</sup>, Amanda Farrin<sup>4</sup>, Anne Forster<sup>3</sup>, Mary Godfrey<sup>3</sup>, Liz Graham<sup>4</sup>, Anne Grice<sup>1</sup>, Rachel Holt<sup>5</sup>, Claire Hulme<sup>3</sup>, Ernie Lloyd<sup>1</sup>, David Meads<sup>3</sup>, Chris North<sup>1</sup>, John Young<sup>3</sup> and Najma Siddiqi<sup>1,6\*</sup>

..si propone di intervenire con interventi multifattoriali finalizzati a controllare dolore, infezioni, disidratazione, politerapie, ipoacusia, ipovisus, limitazioni funzionali e disturbi del sonno...

## Contributions and Letters

# Delirium among Home-Dwelling Elderly after a Recent Hospitalization: An Urgent Need for Effective Nursing Interventions

Henk Verloo<sup>a</sup> Céline Goulet<sup>a</sup> Diane Morin<sup>a, c</sup> Armin von Gunten<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Médecine et Biologie, Université de Lausanne, et <sup>b</sup>Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancée, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Lausanne, Switzerland; <sup>c</sup>Faculté des Sciences Infirmières, Université Laval, Québec, Qué., Canada

..ruolo dell'infermiere dopo la dimissione dell'ospedale nell'identificare precocemente i casi di delirium..PREVENZIONE SECONDARIA

# A Longitudinal Study on Delirium in Nursing Homes

Am J Geriatr Psychiatry 21:10, October 2013

*Armin von Gunten, M.D., M.Phil., Urs Peter Mosimann, M.D., Ph.D.,  
Jean-Philippe Antonietti, Ph.D.*

---

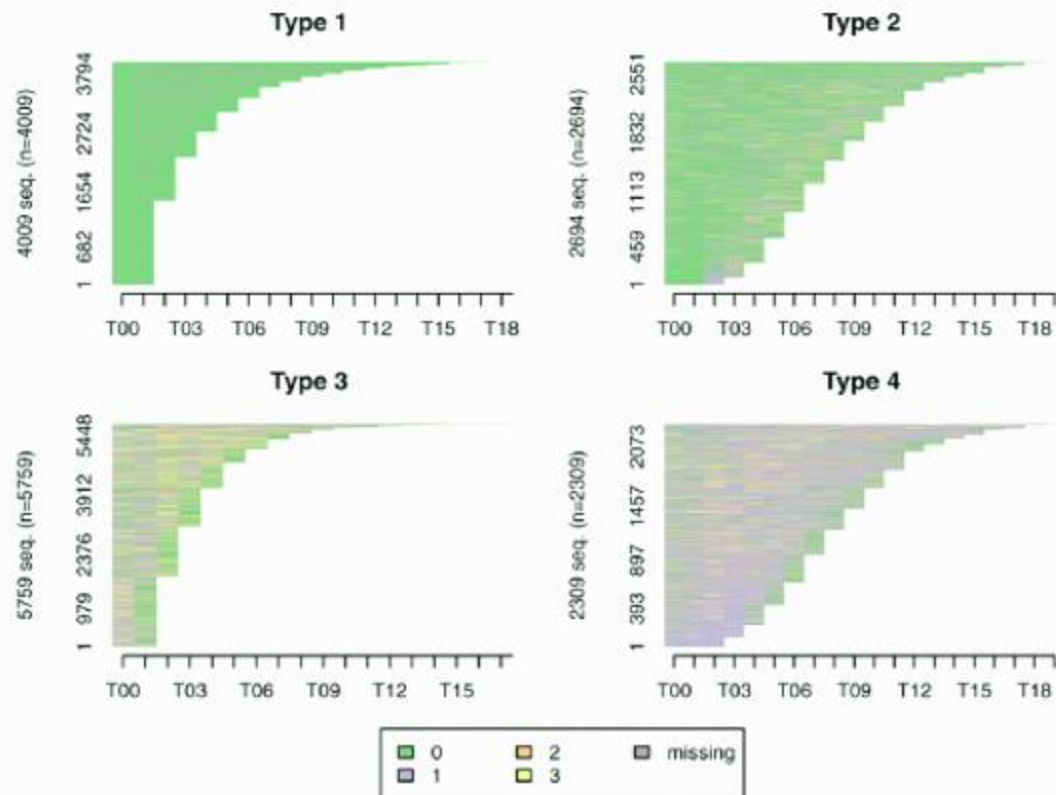
**Objective:** *To investigate the evolution of delirium of nursing home (NH) residents and their possible predictors. Design:* *Post-hoc analysis of a prospective cohort assessment. Setting:* *Ninety NHs in Switzerland. Participants:* *Included 14,771 NH residents. Measurements:* *The Resident Assessment Instrument Minimum Data Set and the Nursing Home Confusion Assessment Method were used to determine follow-up of subsyndromal or full delirium in NH residents using discrete Markov chain modeling to describe long-term trajectories and multiple logistic regression analyses to determine predictors of the trajectories. Results:* *We identified four major types of delirium time courses in NH. Increasing severity of cognitive impairment and of depressive symptoms at the initial assessment predicted the different delirium time courses. Conclusion:* *More pronounced cognitive impairment and depressive symptoms at the initial assessment are associated with different subsequent evolutions of delirium. The presence and evolution of delirium in the first year after NH admission predicted the subsequent course of delirium until death. (Am J Geriatr Psychiatry 2013; 21:963–972)*

**Key Words:** Delirium, elderly, nursing home, time course

---

**14.771 ospiti** di 90 NH; identificate **4 tipologie** di delirium;  
l'aumento della gravità dei deficit cognitivi e dei sintomi depressivi  
all' *assessment* **predice** la tipologia di decorso del delirium

Graphical representation of four delirium trajectories. The y-axis corresponds to the number of subjects and the x-axis to the number of 6-month intervals at which assessments of delirium took place (T00 = initial assessment; T02 = assessment at 12 months; etc.). The color and number code corresponds to: 0 or green, no signs of delirium; 1 or mauve, SS-1: Level 1 subsyndromal delirium; 2 or orange, SS-2: Level 2 subsyndromal delirium; 3 or yellow, full delirium; gray, missing assessments.



**Verde:** non segni di delirium; **Malva:** delirium SS livello 1; **arancio:** delirium SS livello 2; **giallo:** evidente delirium; **grigio:** assenza di valutazione

Traiettoria **tipo 1:** ospiti che non hanno avuto delirium; **tipo 2:** rapido ritorno alle condizioni pre-delirium; **tipo 3:** recupero parziale: delirium subsindromico; **tipo 4:** persistenza del delirium per buon parte del tempo



JAMDA

journal homepage: [www.jamda.com](http://www.jamda.com)



Original Study

## Pain, Delirium, and Physical Function in Skilled Nursing Home Patients With Dementia



Ann Kolanowski PhD, RN, FAAN<sup>a,\*</sup>, Jacqueline Mogle PhD<sup>b</sup>,  
Donna M. Fick PhD, RN, FAAN<sup>a</sup>, Nikki Hill PhD, RN<sup>a</sup>, Paula Mulhall RPN, RGN, RN<sup>a</sup>,  
Jamie Nadler<sup>a</sup>, Elise Colancecco MS, RN<sup>a</sup>, Liza Behrens RN, MSN, CCRC<sup>a</sup>

<sup>a</sup> College of Nursing, Penn State, University Park, PA

<sup>b</sup> Center for Healthy Aging, College of Health & Human Development, Penn State, University Park, PA

Strategico il **riconoscimento del delirium** in strutture di post-acuzie dedicate a PWD. La **gestione del dolore** è fondamentale per la correlazione con il delirium e la disabilità funzionale; indicatore di qualità assistenziale, impatto sui costi dell'assistenza

# Studio modenese sul delirium in NH



1. Valutare gli effetti della formazione sulle capacità di riconoscere il delirium
2. Valutare la eventuale riduzione degli outcome negativi correlati al delirium nella popolazione anziana istituzionalizzata
3. Verificare quale approccio non farmacologico avesse una correlazione con la durata del delirium



**IAGG-ER 8<sup>th</sup> Congress  
Dublin 2015**

The International Association of Gerontology and Geriatrics  
European Region Congress 2015, Dublin, Ireland  
23<sup>rd</sup> - 26<sup>th</sup> April 2015

**Unlocking the  
Demographic Dividend**





## TEAMS AGAINST DELIRIUM: progetto nella RSA "Cialdini" di Modena



- **113 anziani** residenti in 2 Nuclei differenti per un anno
- **Gruppo di controllo** : N = 52, 31 con demenza moderata-severa (F:M=32:21) Control Group
- **Gruppo sperimentale** : N = 61, 29 con demenza moderata-severa (F:M=39:22) Experimental Group
- I 2 gruppi sono simili per età. (A: 86.75, B 82.50), grado di deterioramento cognitivo e severità di malattia
- Il gruppo di controllo assume più farmaci rispetto al gruppo sperimentale

## Progetto di formazione

- Come riconoscere il delirium , seguendo il CAM method
- Come prevenire e gestire il delirium : protocollo sperimentale di gestione

✓ Riduzione dei farmaci

✓ Sostenere il sonno

✓ Trattare i deficit sensoriali

✓ Riorientamento

✓ Mobilizzazione precoce

✓ Gestione del dolore

✓ Rimozione del catetere vescicale

✓ Idratazione

✓ Ossigeno-terapia se necessario

✓ Trattare le problematiche intestinali





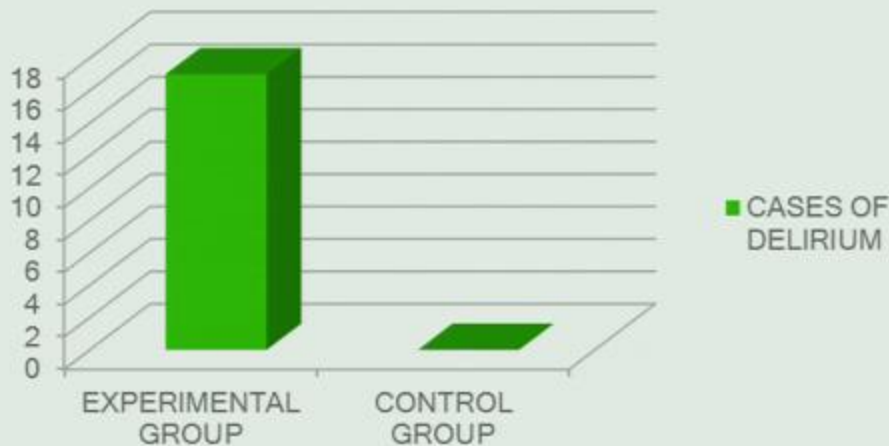
## TEAMS AGAINST DELIRIUM

### 1. OBIETTIVO : la formazione dello staff permette di incrementare la diagnosi di delirium ?

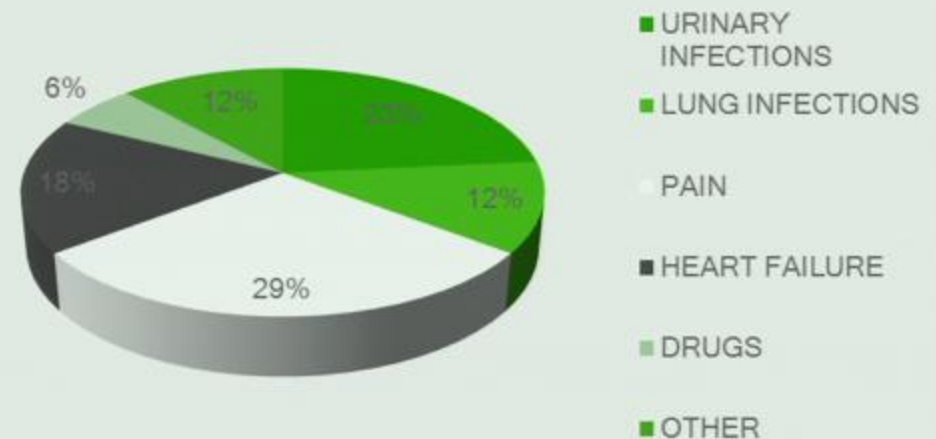
Nel gruppo sperimentale rilevati **17 casi di Delirium** (Incidenza del **27.86%**). Le principali cause correlate al delirium sono state il **dolore** e le **infezioni delle vie urinarie**

Nessun caso riscontrato nel gruppo di controllo

### CASES OF DELIRIUM



### Precipitating factors of Delirium

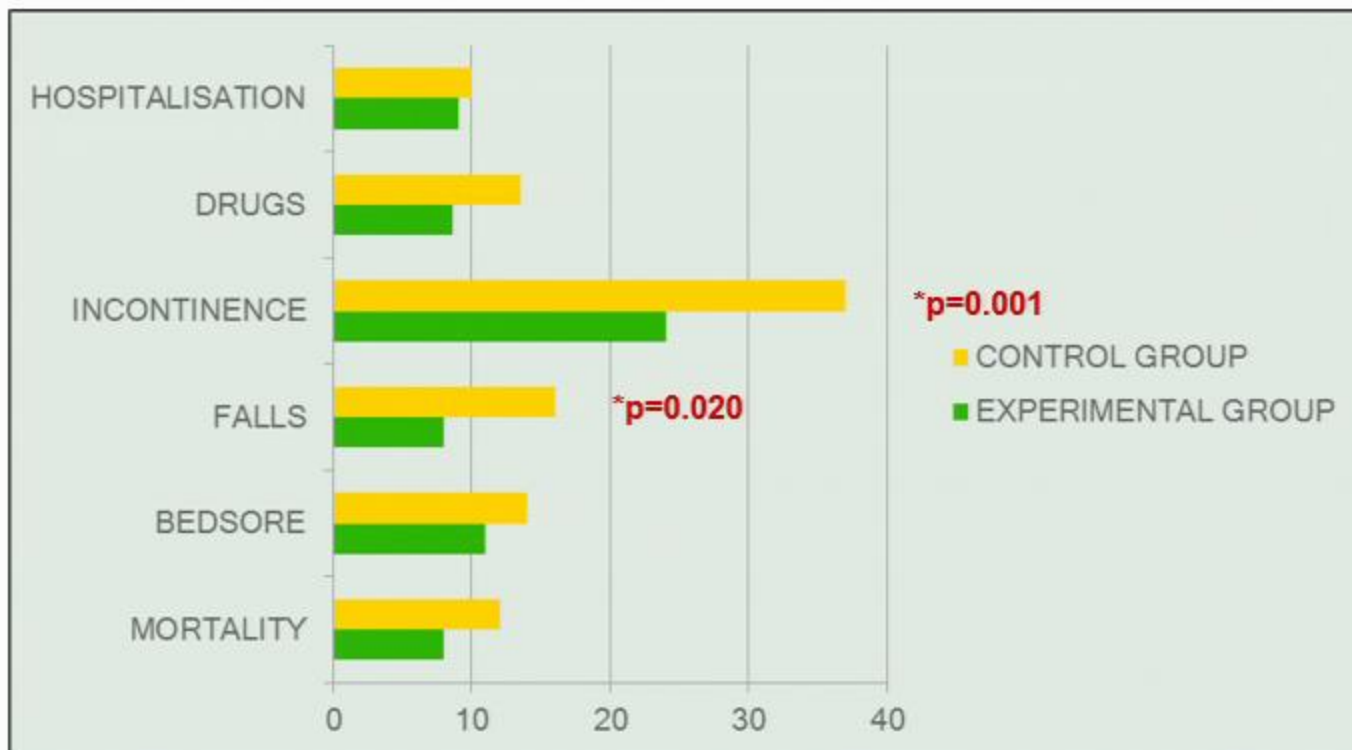




## TEAMS AGAINST DELIRIUM

### 2. OBIETTIVO: i 2 gruppi si differenziano sugli outcome negativi ?

- Il **Gruppo di controllo** mostra un peggioramento degli outcome in particolare riguardo a **cadute** ed **incontinenza** rispetto al gruppo sperimentale
- **17 casi con Delirium** non hanno avuto la comparsa di incontinenza, decubiti o cadute





## TEAMS AGAINST DELIRIUM

### 3. OBIETTIVO : gli approcci non farmacologici possono influenzare la durata del delirium ?

- La durata media del delirium è stata di **4.5 giorni**
- Nessun approccio di tipo non farmacologico in particolare ha ridotto la durata del delirium : è il protocollo multicomponentiale che migliora gli outcome



## TEAMS AGAINST DELIRIUM : CONCLUSIONI



- Il Delirium resta **sottodiagnosticato** nelle strutture residenziali per anziani dove è frequente
- Un **team specializzato** multidisciplinare può migliorare la diagnosi e la prevenzione del delirium
- La **formazione continua** è l'elemento -chiave per migliorare l'aderenza ai protocolli assistenziali
- Il **riconoscimento precoce** e la gestione multicomponente sarebbe in grado di ridurre gli outcome negativi in particolare cadute e incontinenza
- Dopo la comparsa del delirium nessun approccio specifico non farmacologico riduce la durata del delirium

Wand, A.P.F., et al., A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. *Int. J. Nurs. Stud.* (2014),



FONDAZIONE  
CASSA DI RISPARMIO  
DI PISTOIA E PESCIA

**Centro Monteoliveto**

"Casa dell'Anziano"

# **6° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER**

**15-16 Maggio 2015**

**Auditorium  
Via Panconi, 14 - Pistoia**