

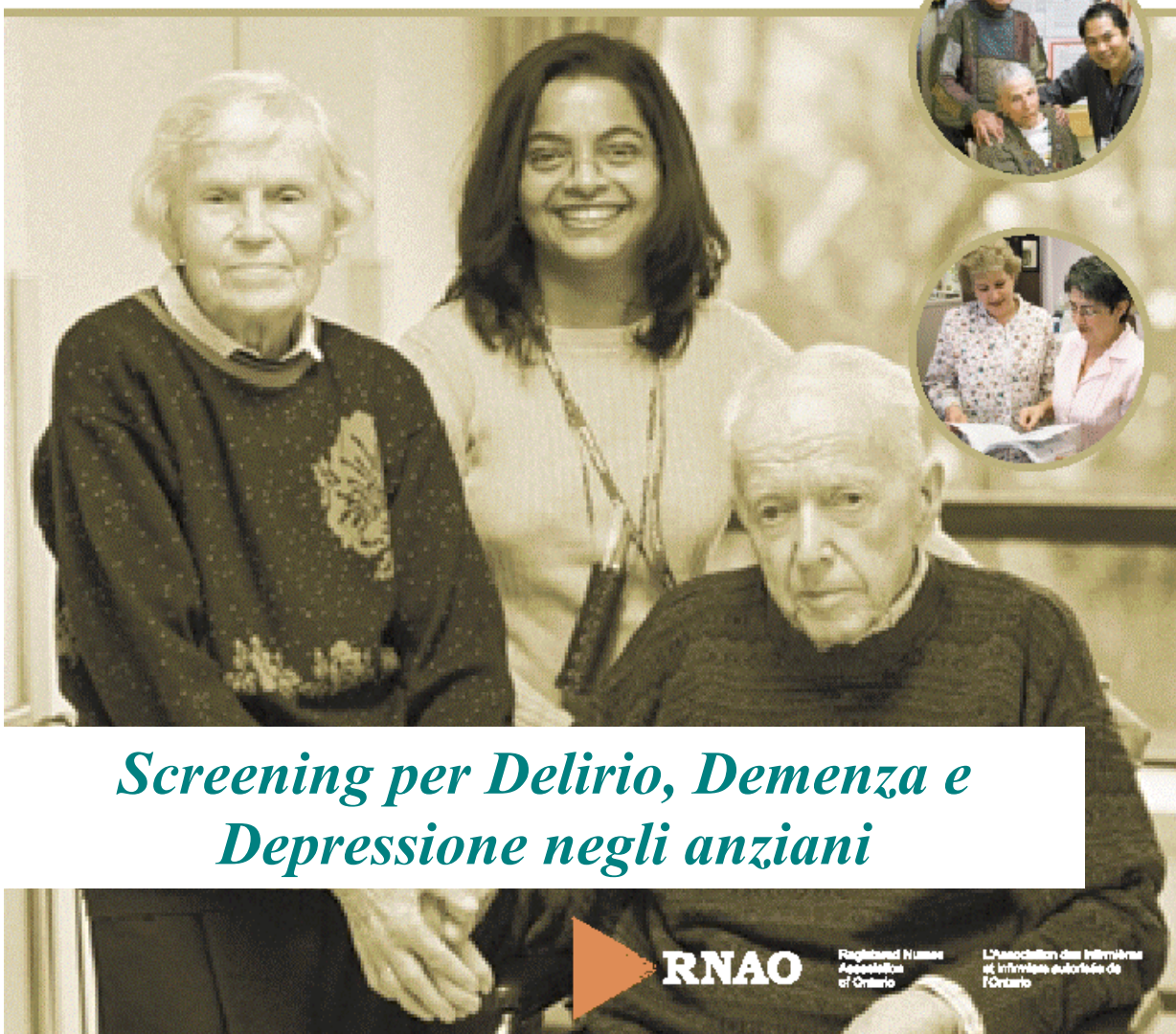


Traduzione di Luciana Modena
Centro Studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi - Italia
www.ebn1.it - www.evidencebasednursing.it

November 2003

Nursing Best Practice Guideline
Shaping the future of Nursing

Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults



*Screening per Delirio, Demenza e
Depressione negli anziani*



RNAO

Registrazione Nazionale
Associazioni di Curatori

L'Association des Infirmières
et Infirmiers autorisés de
l'Ontario

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani



*Greetings from Doris Grinspun
Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario*

It is with great excitement that the Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) disseminates this nursing best practice guideline to you. Evidence-based practice supports the excellence in service that nurses are committed to deliver in our day-to-day practice.

We offer our endless thanks to the many institutions and individuals that are making RNAO's vision for Nursing Best Practice Guidelines (NBPGs) a reality. The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care recognized RNAO's ability to lead this project and is providing multi-year funding. Tazim Virani—NBPG project director—with her fearless determination and skills, is moving the project forward faster and stronger than ever imagined. The nursing community, with its commitment and passion for excellence in nursing care, is providing the knowledge and countless hours essential to the creation and evaluation of each guideline. Employers have responded enthusiastically to the request for proposals (RFP), and are opening their organizations to pilot test the NBPGs.

Now comes the true test in this phenomenal journey: will nurses utilize the guidelines in their day-to-day practice?

Successful uptake of these NBPGs requires a concerted effort of four groups: nurses themselves, other healthcare colleagues, nurse educators in academic and practice settings, and employers. After lodging these guidelines into their minds and hearts, knowledgeable and skillful nurses and nursing students need healthy and supportive work environments to help bring these guidelines to life.

We ask that you share this NBPG, and others, with members of the interdisciplinary team. There is much to learn from one another. Together, we can ensure that Ontarians receive the best possible care every time they come in contact with us. Let's make them the real winners of this important effort!

RNAO will continue to work hard at developing and evaluating future guidelines. We wish you the best for a successful implementation!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD (candidate)

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal line.

Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario

Come usare questo documento

Questa linea guida di migliore pratica, è un documento completo che fornisce le risorse necessarie per supportare l'evidenza di miglior pratica infermieristica. Il documento deve essere analizzato e applicato tanto sulla base dei bisogni specifici dell'organizzazione pratica locale quanto sui bisogni e i desideri degli assistiti.

Le linee guida non devono essere applicate come se fossero un libro di cucina, ma usate come strumento di assistenza sia per decidere l'erogazione di cure individualizzate, sia per assicurare che le strutture e i supporti siano idonei a provvedere la miglior cura possibile.

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

Infermieri e altri professionisti della sanità che coordinano e facilitano i cambiamenti nella pratica troveranno questo documento un importante strumento per lo sviluppo delle politiche, delle procedure, dei protocolli, dei programmi educativi, della valutazione e della documentazione, ecc.

E' raccomandato l'utilizzo delle linee guida di miglior pratica come una risorsa. Gli infermieri, che provvedono direttamente alla cura del cliente, troveranno benefici nel visionare le raccomandazioni, le evidenze che supportano le stesse ed i processi che sono stati usati per lo sviluppo delle linee guida. E' altamente raccomandato, inoltre, che l'organizzazione sanitaria pubblichi queste linee guida sotto forma di opuscoli che possano essere facilmente e quotidianamente usati dagli utenti.

Questa linea guida ha diversi formati proposti proprio per essere adattabili all'ambiente e al tipo di lavoro.

Le organizzazioni che desiderano usare la linea guida possono decidere di farlo per diversi motivi:

- Valutare la pratica infermieristica e le pratiche sanitarie in vigore usando le raccomandazioni della linea guida di riferimento.
- Identificare le raccomandazioni che indirizzano verso i bisogni individuati o le lacune del servizio.
- Organizzare sistematicamente un piano di implementazione delle raccomandazioni usando insieme strumenti e risorse.

RNAO è interessata a sapere come voi avete implementato questa linea guida. Vi preghiamo di contattarci per condividere la vostra storia. Le risorse d'implementazione saranno rese disponibili attraverso il sito web di RNAO www.rnao.org/bestpractice per aiutare gli individui e le organizzazioni ad implementare le linee guida di migliore pratica.

Guideline Development Panel Members

Nancy Bol, RN, BScN, MScN

Team Leader

Clinical Nurse Specialist

Geriatric Psychiatry

Regional Mental Healthcare London

St. Joseph's Healthcare London

London, Ontario

Madeline Edwards, RN, BA(Sociology),
Certificate in Dispute Resolution

Canada Pension Plan Disability Tribunal

Toronto, Ontario

Marielle Heuvelmans, RN, HBScN, GNC(C)

Client Services Leader

Community Care Access Centre for

Eastern Counties

Cornwall, Ontario

Nadine Janes, RN, BScN, MSc, ACNP,
GNC(C)

Doctoral Student

Faculty of Nursing

University of Toronto

Toronto, Ontario

Linda Kessler, RN, BScN, MHSc

Administrative Director

Geriatric Psychiatry Service

PCCC-Mental Health Services

Kingston, Ontario

Elizabeth Phoenix, RN, MScN, CPMHN(C)

Nurse Practitioner/Clinical Nurse Specialist

Child and Adolescent Centre

Mental Healthcare Program

London, Ontario

Tiziana Rivera, RN, BScN, MSc, ACNP, GNC(C)

Clinical Nurse Specialist/Nurse Practitioner

Baycrest Centre for Geriatric Care

Toronto, Ontario

Dianne Rossy, RN, BN, MScN, GNC(C)

Advanced Practice Nurse, Geriatrics

The Ottawa Hospital & The Regional

Geriatric Assessment Program

Ottawa, Ontario

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

Josephine Santos, RN, MN

*Facilitator, Project Coordinator
Nursing Best Practice Guidelines Project
Registered Nurses Association of Ontario
Toronto, Ontario*

Kathleen Sayle, RPN

*Registered Practical Nurses Association
of Ontario
Supervisor, Occupational Health and
Safety Programs
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario*

Agnes Scott, RN, CPMHN(C), BSN, MA

*Community Nurse Clinician
Whitby Mental Health Centre
Seniors Mental Health Program
Whitby, Ontario*

**Selinah Sogbein, RN, BScN, BA, MHA,
MEd, CHE, CPMNH(C)**

*Assistant Administrator/
Chief Nursing Officer
North Bay Psychiatric Hospital
North Bay, Ontario*

Anne Stephens, RN, BScN, MEd, GNC(C)

*Coordinator, Geriatric Outreach Services
North York General Hospital
Toronto, Ontario*

Ann Tassonyi, RN, BScN

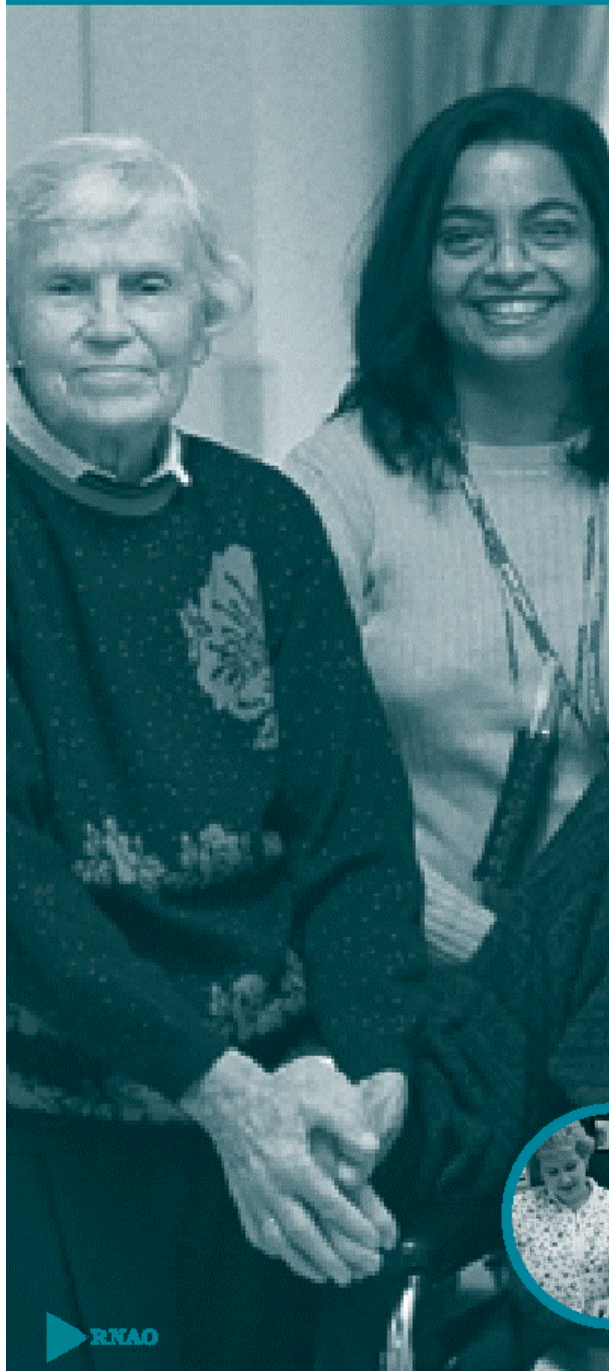
*Psychogeriatric Resource Consultant
Alzheimer Society and Niagara Geriatric
Mental Health Outreach
St. Catharines, Ontario*

Catherine Wallis-Smith, RN, CPMNH(C)

*Supervisor of Nursing and Home Support
Paramed Home Healthcare
Instructor – Palliative Care, Georgian College
Barrie, Ontario*

**Kevin Woo, RN, BScN, MSc, PhD(cand),
ACNP, GNC(C)**

*Nurse Practitioner/Clinical Nurse Specialist
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario*



Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults

Project team:

Tazim Virani, RN, MScN
Project Director

Josephine Santos, RN, MN
Project Coordinator

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Project Manager

Myrna Mason, RN, MN, GNC(C)
Coordinator – Best Practice Champions Network

Carrie Scott
Administrative Assistant

Elaine Gergolas, BA
Project Coordinator –
Advanced Clinical/Practice Fellowships

Keith Powell, BA, AIT
Web Editor

Registered Nurses Association of Ontario
Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario M5H 2G4
Website: www.rnao.org/bestpractices

Stakeholder Acknowledgment

Stakeholders representing diverse perspectives were solicited for their feedback and the Registered Nurses Association of Ontario wishes to acknowledge the following for their contribution in reviewing this Nursing Best Practice Guideline.

Faranak Aminzadeh

*Research Associate/Geriatric Assessor
Regional Geriatric Assessment Program
Nepean, Ontario*

Gail Ancill

*Nurse Clinician
Neuropsychiatry Program
Riverview Hospital
Port Coquitlam, British Columbia*

Teri Begg

*Nurse Case Manager
Niagara Geriatric Mental Health
Outreach Program
St. Catharines, Ontario*

Diane Buchanan

*Clinical Nurse Specialist/Researcher
Baycrest Centre for Geriatric Care
Toronto, Ontario*

Margaret Buck

Etobicoke, Ontario

Dr. William Dalziel

*Chief, Regional Geriatric Assessment
Program of Ottawa – Carleton
Associate Professor, Division of Geriatric
Medicine, University of Ottawa
Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario*

Pamela Dawson

*Dawson – Gerontabilities
Toronto, Ontario*

Denise Dodman

*Psychogeriatric Resource Consultant
Chatham/Kent Community
Care Access Centre
Chatham, Ontario*

Anne Evans

*Clinical Nurse Specialist
Regional Psychogeriatric Program
St. Joseph's Healthcare
London, Ontario*

Bonnie Hall

*Advanced Practice Resource Nurse
SCO Health Service
St. Vincent Hospital
Ottawa, Ontario*

Elaine Palmer

*Geriatric Case Manager
Grey Bruce Community Care Access Centre
Port Elgin, Ontario*

Jackie Roberts

*Professor, School of Nursing
McMaster University
Hamilton, Ontario*

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

Patricia Stiles

*Clinical Nurse Specialist
Homewood Health Centre
Guelph, Ontario*

Dr. Lisa Van Bussel

*Geriatric Psychiatrist
Regional Psychogeriatric Program
St. Joseph's Healthcare
London, Ontario*

Donna Wells

*Associate Professor
Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario*

Special acknowledgment also goes to Barb Willson, RN, MSc and Anne Tait, RN, BScN, who served as Project Coordinators at the onset of the guideline development.



RNAO also wishes to acknowledge the following organizations in Toronto, Ontario for their role in pilot testing this guideline:

Pilot Project Sites

- Toronto Rehabilitation Institute
- University Health Network
- Mount Sinai Hospital

As well, RNAO sincerely acknowledges the leadership and dedication of the researchers who have directed the evaluation phase of the Nursing Best Practice Guidelines Project. The Evaluation Team is comprised of:

Principal Investigators:

Nancy Edwards, RN, PhD
Barbara Davies, RN, PhD
University of Ottawa

Evaluation Team:

Maureen Dobbins, RN, PhD
Jenny Ploeg, RN, PhD
Jennifer Skelly, RN, PhD
McMaster University
Patricia Griffin, RN, PhD
University of Ottawa

Project Staff:

University of Ottawa
Barbara Helliwell, BA(Hons); Marilyn Kuhn, MHA; Diana Ehlers, MA(SW), MA(Dem);
Christy-Ann Drouin, BBA; Sabrina Farmer, BA; Mandy Fisher, BN, MSc(cand); Lian Kitts, RN;
Elana Ptack, BA

Contact Information

**Registered Nurses Association
of Ontario**

Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4

**Registered Nurses Association
of Ontario**

Head Office
438 University Avenue, Suite 1600
Toronto, Ontario
M5G 2K8

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli anziani

Disclaimer

Queste linee guida di miglior pratica sono riferite solo alla pratica infermieristica e non sono predisposte per entrare nell'efficienza della contabilità fiscale. Queste linee guida non sono obbligatorie per gli infermieri ed il loro uso dovrebbe essere flessibile per conformarsi ai desideri degli assistiti, delle loro famiglie e delle situazioni locali. Esse non costituiscono un dovere o l'esenzione da un dovere. Sebbene sia stato fatto ogni sforzo per assicurare l'accuratezza dei contenuti al momento della pubblicazione, nessuno degli autori né la "Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)" danno garanzie sull'accuratezza delle informazioni in essa contenute né accettano alcuna responsabilità rispetto a perdita, danno, infortuni o esborsi derivati da qualsiasi errore o omissione nei contenuti di questo lavoro. Eventuali riferimenti a specifici prodotti farmaceutici, presenti in questo documento e prodotti a scopo esemplificativo, non devono essere impiegati in senso pubblicitario per nessun prodotto.

Copyright

Fatta eccezione per alcune parti per le quali appare la proibizione o la limitazione di copia, il resto di questo documento può essere riprodotto e pubblicato in ogni modalità, anche elettronica per scopi formativi o non commerciali, senza richiedere il consenso o il permesso della "Registered Nurses' Association of Ontario", garantendo che sia esplicitamente dichiarata la seguente fonte: Registered Nurses' Association of Ontario (2003). *Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

Indice

Principi guida – Assunzioni	12
Sommario delle Raccomandazioni	13
Interpretazione dell'Evidenza	14
Responsabilità dello Sviluppo	14
Obiettivi e Scopi	15
Processo di Sviluppo della linea guida	15
Definizione dei Termini	17
Background	18
Raccomandazioni per la Pratica	20
Raccomandazioni per la Formazione	28
Raccomandazioni per l'Organizzazione & la Politica	29
Valutazione & Monitoraggio.....	29
Consigli per l'Implementazione	31
Processo di Aggiornamento/Revisione della Linea Guida	32
Riferimenti	32
Bibliografia	35
Appendice A – Strategia di ricerca dell'Evidenza esistente	40
Appendice B – Glossario dei Termini	43
Appendice C – Guida di riferimento dello strumento valutativo	44
Appendice D – Extensive Nursing Assessment/Mental Status Questions	46
Appendice E – Mini-Mental State Exam (MMSE)	48
Appendice F – Clock Drawing Test	49
Appendice G – Neecham Confusion Scale	50
Appendice H – Confusion Assessment Method Instrument (CAM)	53
Appendice I – Stabilire una diagnosi di Depressione negli anziani	55
Appendice J – Cornell Scale for Depression	55
Appendice K – Geriatric Depression Scale	57
Appendice L – Geriatric Depression Scale (GDS-4: Short Form)	58
Appendice M – Rischio di Suicidio negli adulti anziani	59
Appendice N – Farmaci che possono causare un danno cognitivo	60
Appendice O – elenco delle risorse disponibili	63
Appendice P – Descrizione del Toolkit	64

Principi Guida – Assunzioni

Tutto il gruppo di sviluppo della linea guida è concorde nel ritenere le seguenti assunzioni come un punto di partenza critico per ogni infermiere che lavori con gli anziani, e per questo sono state usate come una impalcatura per lo sviluppo di questa linea guida di miglior pratica.

1. Tutti gli anziani hanno diritto ad un puntuale, accurato e approfondito screening valutativo della salute mentale quando siano indicati trattamenti appropriati e correlati.
2. Delirio, demenza e depressione non sono sinonimi di invecchiamento, ma la loro prevalenza aumenta con l'età cronologica.
3. Gli screening valutativi delle patologie mentali geriatriche devono rispettare preferenze, valori e convinzioni delle persone anziane e coinvolge l'individuo nella presa di decisioni.
4. I professionisti della salute devono allo stesso tempo essere sensibili, rispettosi e culturalmente consapevoli per minimizzare la potenziali contrarietà delle persone anziane verso l'esperienza valutativa.
5. Gli screening valutativi delle patologie mentali geriatriche sono complessi e multi-sfaccettati. Essi richiedono conoscenze specialistiche, abilità e attitudini verso la salute mentale geriatrica, migliorate da una relazione continua tra infermiere ed utente e affinate dall'esperienza pratica.
6. Le valutazioni di salute mentale sono migliori quando vengono utilizzati strumenti valutativi standardizzati.
7. Gli screening valutativi delle patologie mentali geriatriche ed i piani di cura sono più completi quando sono condotti con un approccio interdisciplinare e quando la famiglia o altre persone significative sono accettate come partners nel processo.
8. Fattori confondenti come età, scolarità e background culturale dovrebbero essere considerati nella scelta degli strumenti per lo screening valutativo dello stato mentale e nell'interpretazione dei risultati/punteggi dell'indagine.
9. Lo screening valutativo della salute mentale geriatrica deve essere un processo dinamico ed in divenire, che risponda al cambiamento dei bisogni degli anziani.

Sommario delle raccomandazioni

	RACCOMANDAZIONI	*FORZA DELL'EVIDENZA
Raccomandazioni per la pratica	1. Gli infermieri dovrebbero mantenere un alto indice di sospetto per delirio, demenza e depressione negli anziani.	B
	2. Gli infermieri dovrebbero fare uno screening agli utenti, in caso di cambiamenti cognitivi, funzionali, comportamentali e/o umorali, basato sulla loro osservazione continua del cliente e/o concernente quanto espresso dallo stesso, dalla sua famiglia e/o dal team interdisciplinare, compresi altre specialità mediche.	C
	3. Gli infermieri dovrebbero sapere che negli anziani, delirio, demenza e depressione si presentano sovrapposti ad altre sintomatologie cliniche, con cui possono coesistere.	B
	4. Gli infermieri dovrebbero essere consapevoli delle differenze degli aspetti clinici tra delirio, demenza e depressione ed usare un metodo di valutazione strutturato per facilitare questo processo.	C
	5. Gli infermieri dovrebbero valutare obiettivamente i cambiamenti cognitivi usando uno o più strumenti standardizzati per convalidare le osservazioni cliniche.	A
	6. Fattori come indebolimento sensoriale e disabilità fisica dovrebbero essere valutati e considerati nel selezionare i test per lo stato mentale.	B
	7. Quando l'infermiere determina che l'assistito mostra i sintomi di delirio, demenza e/o depressione dovrebbe attivare la consulenza per una diagnosi clinica da parte del servizio psichiatrico geriatrico specializzato, del neurologo e/o dei membri del team multidisciplinare, come indicato dai risultati dello screening.	C
	8. Gli infermieri dovrebbero fare uno screening per idee ed intenti suicidi quando sia presente un alto indice di sospetto di depressione, e cercare urgentemente un consulente medico. Inoltre, se esiste un alto indice di sospetto di delirio è raccomandata la consulenza medica.	C
Raccomandazioni per la formazione	9. Tutti i programmi infermieristici di base dovrebbero comprendere un argomento specializzato sugli anziani, come l'invecchiamento normale, lo screening valutativo e le strategie di intervento per delirio, demenza e depressione. Agli allievi infermieri si dovrebbero fornire opportunità di assistenza agli anziani.	C
	10. Le organizzazioni dovrebbero considerare lo screening valutativo della salute mentale degli anziani come una integrazione della pratica assistenziale. E' raccomandata l'integrazione di molteplici opportunità di sviluppo professionale per supportare gli infermieri nello sviluppare efficacemente l'abilità a valutare gli individui per delirio, demenza e depressione. Tali opportunità varieranno a seconda del modello di cura e dell'ambiente lavorativo.	C
Organizzazione e	11. Le linee guida di miglior pratica infermieristica possono essere	

Raccomandazioni Politiche	<p>implementate con successo solo dove ci siano adeguati pianificazione, risorse, supporti organizzativi ed amministrativi oltre a facilitazioni appropriate. Le organizzazioni possono desiderare di sviluppare un piano di implementazione che comprenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una valutazione della predisposizione organizzativa e degli ostacoli alla formazione. ▪ Il coinvolgimento di tutti i membri (in funzione sia supportava sia diretta che indiretta) che contribuiranno al processo di implementazione. ▪ Un individuo qualificato “dedicato” che fornisca il supporto necessario per la formazione ed il processo di implementazione. ▪ Opportunità continua di discussione e formazione per rinforzare l’importanza della “best practice”. ▪ Opportunità di riflessione sull’esperienza personale ed organizzativa nell’implementare le linee guida. <p>A questo riguardo, RNAO (tramite un panel di infermieri, ricercatori ed amministratori) ha sviluppato il “<i>Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines</i>”, basato sull’evidenza disponibili, prospettive teoriche e consenso. RNAO raccomanda fortemente l’uso del Toolkit per guidare l’implementazione della linea guida di miglior pratica su “<i>Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults</i>”.</p>	C
---------------------------	--	---

Interpretazione dell’ Evidenza

Questa linea guida RNAO è la sintesi di un numero di linee guida fonte. Per informare pienamente il lettore è stato fatto ogni sforzo per mantenere l’originario livello di evidenza citato nel documento fonte. Non sono state fatte alterazioni alle formulazioni dei documenti fonte che coinvolgono le raccomandazioni basate su trials controllati e randomizzati o studi di ricerca. Quando un documento ha dimostrato un livello di evidenza “opinione di esperti” la dicitura può essere stata modificata e aggiunta la nota del “RNAO Consensus Panel 2003”.

Nelle linee guida revisionate, il panel ha assegnato ad ogni raccomandazione la valutazione di A, B o C per indicare la forza dell’evidenza che supporta la raccomandazione. È importante chiarire che tale attribuzione rappresenta la forza dell’evidenza supportata dalla ricerca attuale.

Forza di evidenza A: Richiede almeno due trials controllati, randomizzati come parte del corpo della letteratura di qualità e consistenza generale che indirizza le raccomandazioni specifiche.

Forza di evidenza B: Richiede la validità di studi clinici ben condotti, ma non di trials controllati e randomizzati sul topico delle raccomandazioni.

Forza di evidenza C: Richiede evidenze da relazioni del comitato di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli. Indica l’assenza di studi di buona qualità direttamente applicabili.

Responsabilità dello sviluppo

The Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), con la sovvenzione di “Ontario Ministry of Health and Long-Term Care”, è stata coinvolta in un progetto a lungo termine di sviluppo, implementazione pilota, valutazione e disseminazione di linee guida di miglior pratica infermieristica.

Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults è una delle sei linee guida sviluppate nel terzo ciclo del progetto. RNAO ha convocato un panel per sviluppare questa linea guida, condurre questo lavoro indipendentemente da ogni pregiudizio o influenza del “Ministry of Health and Long-Term Care”.

Obiettivi e scopi

Questa linea guida è stata sviluppata per migliorare lo screening valutativo per il delirio negli utenti anziani. Essa non include raccomandazioni per la gestione di questa condizione nella quotidianità della pratica infermieristica.

Le linee guida di miglior pratica hanno sviluppato sistematicamente affermazioni per assistere infermieri ed utenti nella presa di decisioni su una tutela della salute appropriata (Field & Lohr, 1990). Questa linea guida si focalizza su: (1) Raccomandazioni per la pratica: dirette all’infermiere per guidare la pratica rispetto a valutazione e screening per delirio, demenza e depressione negli anziani; (2) Raccomandazioni per la formazione: dirette ad istituzioni e organizzazioni formative in cui gli infermieri lavorano per supportare la sua implementazione; (3) Raccomandazioni per l’organizzazione e la politica: dirette al contesto di lavoro ed all’ambiente per facilitare la pratica degli infermieri; (4) Indicatori per la valutazione ed il monitoraggio.

Sebbene questa linea guida sia scritta per guidare la pratica infermieristica, la tutela della salute mentale geriatrica è uno sforzo interdisciplinare. Molti ambiti lavorativi hanno formalizzato dei teams interdisciplinari ed il panel supporta fortemente questa struttura. Valutazione e trattamento pianificati in collaborazione con l’utente e la sua famiglia sono considerati essenziali.

È risaputo che lo screening per delirio, demenza e depressione necessita di essere studiato nel modo più chiaramente definito, e che ci sono dei vuoti nell’evidenza della ricerca. Tuttavia, questa linea guida renderà gli infermieri in grado di applicare alla pratica clinica la miglior evidenza disponibile e di promuovere l’uso più appropriato delle risorse per la tutela della salute.

Tutti gli infermieri sono nella posizione di segnalare i cambiamenti dello stato di salute mentale nel paziente e di guidarlo verso la cura appropriata. Ci si aspetta che il singolo infermiere metterà in atto solo quegli aspetti di valutazione e intervento/gestione della salute mentale geriatrica che rientrano nello scopo della pratica. Tutti gli infermieri professionisti dovrebbero cercare una consultazione nelle istanze in cui le cure necessarie al paziente superano la loro abilità individuale ad agire indipendentemente.

Processo di sviluppo della Linea Guida

Nel febbraio del 2001, un panel di infermieri e ricercatori molto esperti in pratica, formazione e ricerca correlate alla gerontologia ed alla tutela della salute mentale in ambito geriatrico, è convenuto sotto gli auspici di RNAO. All’inizio il panel ha discusso e raggiunto il consenso sullo scopo di questa linea guida.

È stata condotta una ricerca della letteratura per revisioni sistematiche, linee guida di pratica clinica, articoli rilevanti e websites. Vedere l’Appendice A per una bozza dettagliata della strategia di ricerca utilizzata.

Il panel ha identificato un totale di venti linee guida pratiche correlate alla valutazione e gestione della salute mentale geriatrica. È stato condotto uno screening iniziale con i seguenti criteri di inclusione:

- Le linee guida erano in inglese, di portata internazionale.
- Le linee guida erano datate non precedentemente al 1996.
- le linee guida erano rigorosamente inerenti all’area topica (delirio, demenza, depressione).

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

- Le linee guida erano basate sull'evidenza (p.e. contenevano riferimenti, descrizioni di evidenze, fonti delle evidenze).
- Le linee guida erano disponibili ed accessibili al ritrovamento.

Dieci linee guida hanno composto un breve elenco per la valutazione critica usando "Appraisal Instrument for Clinical Practice Guidelines" (Cluzeau et al., 1997). Questo strumento permette una valutazione in tre dimensioni-chiave: rigore, contenuto/contesto ed applicazione. *(Per la visione dell'elenco delle linee guida incluse nel processo di valutazione consultare l'Appendice A.)*

Dopo il processo di valutazione, il panel ha identificato le seguenti sette linee guida, e relativi aggiornamenti, per sviluppare le raccomandazioni citate in queste linee guida:

American College of Emergency Physicians (1999). Clinical policy for the initial approach to patients presenting with altered mental status. *Annals of Emergency Medicine*, 33(2), 251-280.

American Psychiatric Association (1997). Practice guidelines for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 1-39.

American Psychiatric Association (1999). Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 1-20.

Costa, P.T. Jr., Williams, T.F., Somerfield, M., et al. (1996). *Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias. Clinical practice guideline No. 19.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Policy and Research.

New Zealand Guidelines Group (1996). Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals. Ministry of Health Guidelines, New Zealand [On-line]. Available: <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>

Rapp, C. G. & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium (1998). *Research based protocol: Acute confusion/delirium.* Iowa City: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998). Interventions in the management of behavioural and psychological aspects of dementia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [On-line]. Available: <http://www.show.nhs.uk/sign/home/htm>

È stata condotta una critica della revisione sistematica e della letteratura pertinente per aggiornare le linee guida esistenti. Attraverso un processo di sintesi e consenso dei dati raccolti, è stato stabilito una bozza d'insieme delle raccomandazioni. Tale documento-bozza è stato sottoposto ad un gruppo di stakeholders esterni per la revisione ed i rimandi – un riconoscimento a questi revisori si trova all'inizio di questo documento. Gli stakeholders nell'ambito della tutela della salute rappresentano vari gruppi professionali, utenti e famiglie, come pure associazioni professionali. Agli stakeholders esterni sono state fornite richieste specifiche per i commenti, così come l'opportunità di fornire suggerimenti ed impressioni generali. I risultati sono stati compilati e revisionati dal panel di sviluppo – discussione e consenso sono risultati nella revisione del documento-bozza prima del test pilota.

È stato identificato un ambito di lavoro pilota secondo un processo di adesione volontaria. In Ontario è stato chiesto agli ambienti di lavoro di presentare una proposta se erano interessati al test pilota delle raccomandazioni della linea guida. Tali proposte sono state poi sottoposte ad un processo di revisione, attraverso il quale è stato identificato un ambiente di lavoro di successo. È stato intrapresa un'implementazione pilota di nove mesi per testare e valutare le raccomandazioni in tre ospedali a Toronto, Ontario. Un riconoscimento a queste organizzazioni è riportato all'inizio di questo documento. Il panel di sviluppo è stato riconvocato dopo questa implementazione pilota per revisionare l'esperienza dei siti pilota, considerare i risultati della valutazione e revisionare la nuova

letteratura pubblicata dopo che era iniziata la fase di sviluppo. Tutte queste risorse dell'informazione sono state usate per aggiornare/revisionare il documento prima della pubblicazione.

Definizione dei Termini

Un Glossario dei Termini addizionale relativi agli aspetti clinici di questo documento si trova in Appendice B.

Linee guida pratiche o linee guida di miglior pratica: Affermazioni sistematicamente sviluppate per assistere le decisioni di professionisti e di utenti circa le cure appropriate per specifiche pratiche (cliniche) e circostanze. (Field & Lohr, 1990).

Consenso: Un processo per prendere decisioni politiche, non un metodo scientifico per creare nuove conoscenze. Lo sviluppo del consenso permette semplicemente il miglior utilizzo delle informazioni disponibili, siano esse derivate da dati scientifici o dalla saggezza collettiva dei partecipanti. (Black et al).

Raccomandazioni per la formazione: Formulazioni delle necessità formative e di approcci/strategie educative per l'introduzione, l'implementazione e la sostenibilità della linea guida di miglior pratica.

Evidenza "Una osservazione, fatto o corpo organizzato di informazioni offerto per supportare o giustificare interferenze o credenze nella dimostrazione di proposizioni o problemi in discussione (Madjar & Walton, 2001, p.28).

Metanalisi: L'uso di metodi statistici per riassumere i risultati di studi indipendenti, in modo da fornire stime degli effetti della tutela della salute più precise di quelle derivate dai singoli studi compresi nella revisione (Clarke& Oxman, 1999).

Raccomandazioni per l'Organizzazione e la Politica: Formulazioni delle condizioni richieste per un ambiente lavorativo, che permettono il successo dell'implementazione della linea guida di miglior pratica. Le condizioni per il successo rientrano prevalentemente nella responsabilità dell'organizzazione, benché ci possano essere implicazioni politiche ad alto livello governativo o sociale.

Raccomandazioni per la pratica: Formulazioni della miglior pratica dirette alla pratica degli operatori sanitari, basate sull'evidenza.

Trial controllato randomizzato: Per gli scopi di questa linea guida, uno studio in cui i soggetti sono assegnati alle diverse condizioni in base alla casualità, e dove almeno una delle condizioni è un controllo o una condizione di confronto.

Stakeholder: Uno stakeholder è un individuo, gruppo o organizzazione con interesse riconosciuto nelle decisioni e nelle azioni dell'organizzazione che può tentare di influenzare. (Baker et al.1999). Gli stakeholders includono tutti gli individui o gruppi che direttamente o indirettamente avranno un impatto sul cambiamento o sulla soluzione del problema. Gli stakeholders possono essere di vario tipo, e possono essere suddivisi in opposenti, supportivi o neutrali. (Ontario Public Health Association, 1996).

Revisione sistematica: Applicazione di un rigoroso approccio scientifico alla preparazione di un articolo di revisione (National Health and Medical Research Council, 1998). La revisione sistematica stabilisce dove gli effetti della tutela della salute sono consistenti e le ricerche risultate possono essere applicate nella popolazione, nell'organizzazione e nella diversificazione del trattamento (p.e. dosaggio); e dove gli effetti possono variare significativamente. L'uso di metodi

espliciti e sistematici limita i bias (errori sistematici) e riduce gli effetti del caso, ugualmente fornisce maggior risultati attendibili su cui tracciare le conclusioni e prendere decisioni (Clarke & Oxman, 1999).

Background

Studi di prevalenza indicano che la popolazione degli anziani è in aumento ed è previsto che continuerà ad aumentare. Il Canadian Study on Health and Aging Working Group (1994b) ha stimato che nel 1991, il 12% della popolazione era sopra i 65 anni ed ha riportato che tale soglia arriverà al 21.8% nell'anno 2011.

Delirio demenza e depressione spesso non vengono riconosciuti nella popolazione geriatrica, data la loro complessità e natura multi-sfaccettata. Questa mancanza di riconoscimento ha un impatto sulla qualità di vita, morbilità e mortalità degli utenti anziani. Delegare l'infermiere a riconoscere e provvedere tempestivamente uno screening per delirio, demenza e depressione può produrre migliori risultati per il paziente.

Delirio è un temporaneo disordinato stato mentale, caratterizzato da un attacco acuto ed improvviso di deficit cognitivo, disorientamento, disturbo dell'attenzione, abbassamento del livello di coscienza o disturbo percettivo. E' un disordine molto diffuso ed è stimato che il 14-80 per cento di tutti i pazienti anziani ospedalizzati per il trattamento di malattie fisiche acute soffra di un episodio di delirio. Gli studi hanno mostrato una marcata variabilità nell'epidemiologia del delirio dovuta alla differenza degli studi sulla popolazione, ai criteri diagnostici, al reperimento del caso ed alle tecniche di ricerca (Foreman, Wakefield, Culp & Milisen, 2001).

I risultati della ricerca hanno mostrato che il delirio negli anziani sfocia in:

- Maggiore declino funzionale durante l'ospedalizzazione (Foreman et al., 2001; Inouye, Rushing, Foreman, Palmer & Pompei, 1998).
- Maggiore intensità di assistenza infermieristica (Brannstrom, Gustafson, Norberg & Winblad, 1989; Foreman et al., 2001).
- Più frequente uso di contenzione fisica (Foreman et al., 2001; Ludwick, 1999; Sullivan-Marx, 1994).
- Allungamento dei tempi di ospedalizzazione, e più alto tasso di mortalità in ospedale (Foreman et al., 2001; Inouye et al., 1998).
- Esiti peggiori nel delirio grave (p.e. declino nelle ADL, declino della deambulazione e collocamento in casa di riposo o morte) piuttosto che nel delirio medio, particolarmente a sei mesi (Marcantonio, Ta, Duthie & Resnick, 2002).

Demenza è una sindrome di declino progressivo in molteplici aree delle funzioni cognitive che può portare ad una significativa incapacità di mantenere le prestazioni occupazionali e sociali. Le stime della prevalenza della demenza variano dal 2.4 per cento tra le persone con età compresa tra 65-74 anni, al 34.5 per cento tra quelle con 85 anni ed oltre (Loney, Chambers, Bennett, Roberts & Stratford, 1998). Le ricerche mostrano che vi sono oltre 250.000 anziani con demenza in Canada, ed è stimato che si arriverà a 778.000 nel 2031 (Canadian Study on Health and Aging, 1994b; Patterson et al., 2001). L'incidenza suggerisce che ci saranno approssimativamente 60.150 nuovi casi di demenza in Canada ogni anno. Patterson et al. (2001) conclude che poiché il carico crescente di malati con disordini dementigeni grava sugli individui, sui loro caregivers e sul sistema sanitario, le raccomandazioni sulla valutazione e gestione di tali condizioni sono allo stesso tempo puntuali ed importanti.

Depressione è una sindrome comprensiva di una costellazione di affezioni cognitive e somatiche, manifestazione psicologiche con una gravità che varia da media a severa (Kurlowicz & NICHE Faculty, 1997; National Institute of Health Consensus Development Panel, 1992). Sintomi

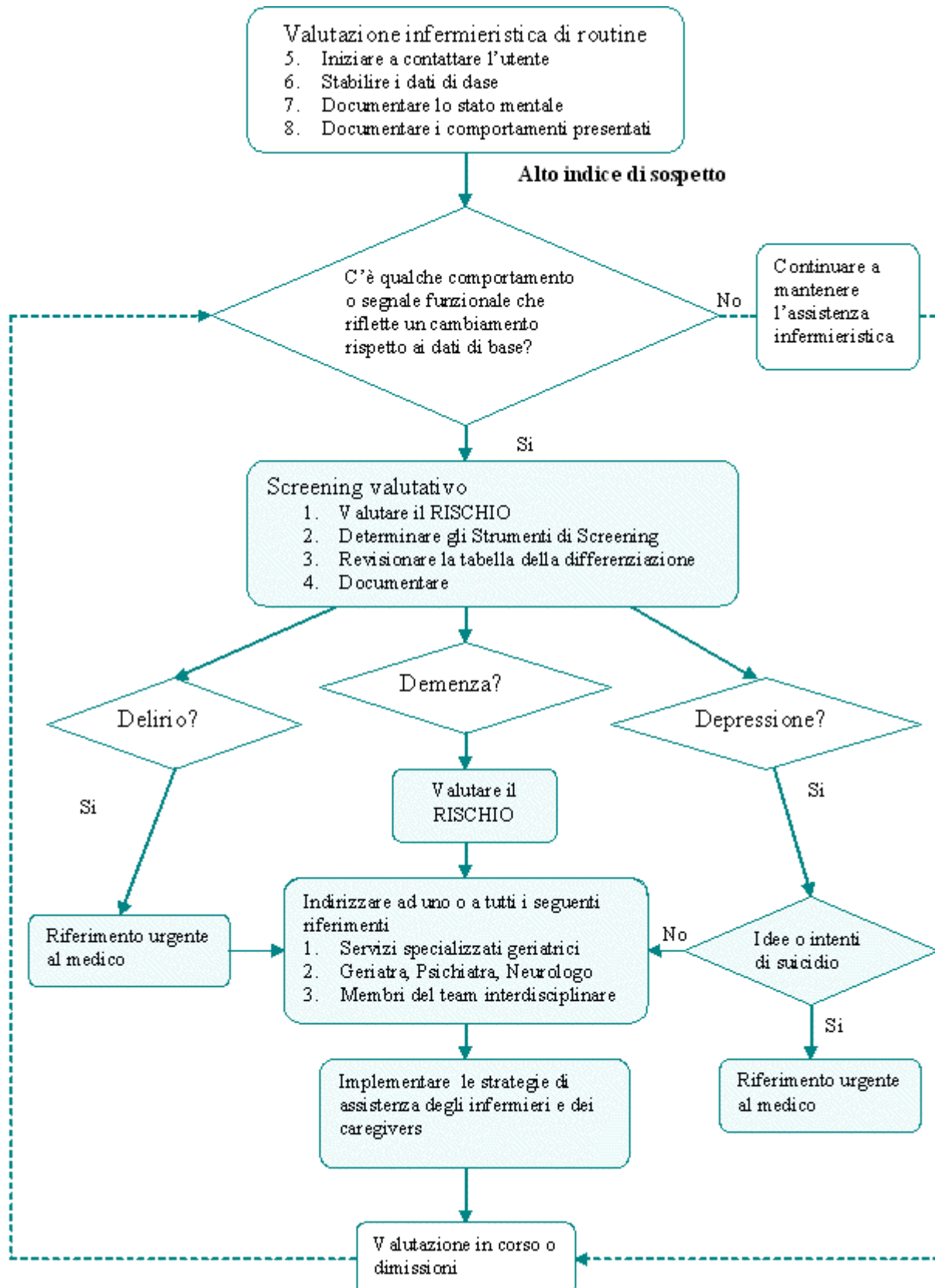
Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

depressivi sono presenti nel 15-20 per cento degli anziani su base comunitaria che richiedono attenzioni cliniche ed il 37 per cento di anziani in strutture di primo livello.

La depressione nell'età avanzata è la maggior preoccupazione della sanità pubblica. I tassi di mortalità e morbilità aumentano negli anziani che sperimentano la depressione, e c'è un'alta incidenza di comorbilità con patologie cliniche (Conwell, 1994). È largamente conosciuto che la depressione può portare ad un aumento della mortalità così come di disturbi cardiaci, infarto al miocardio, cancro e depressione cronica (U.S. Dept. of Health and Human Services, 1997). La depressione non trattata può inoltre risultare in abuso di droghe, ripresa rallentata da malattie mediche o chirurgiche, malnutrizione ed isolamento sociale (Katz, 1996). L'esito più inquietante della depressione è il suicidio dei più anziani, e gli anziani hanno un tasso di rischio più alto di ogni altro gruppo di età. Il tasso di suicidio negli individui con 85 anni e oltre è il più alto a circa 21 suicidi per 100.000 persone, con un aumento del 25% dal 1980 al 1986 (Conwell, 1994). Gli studi rivelano che gli uomini anziani soli, di pelle bianca hanno il più alto tasso di suicidio e che esso succede più facilmente che nell'omologo gruppo di donne.

Raccomandazioni per la Pratica

Il seguente diagramma delinea il flusso di informazioni e raccomandazioni incluse in questa linea guida.



Raccomandazione • 1

Gli infermieri dovrebbero mantenere un alto indice di sospetto per delirio, demenza e depressione negli anziani *(Forza dell'evidenza = B)*

Discussione dell'evidenza

Dato l'invecchiamento della popolazione, gli infermieri dovrebbero fornire maggiori cure agli anziani in diversi contesti di assistenza. Dal momento che molti anziani permangono in grado di auto assistersi in modo indipendente o con qualche supporto formale o informale, una piccola parte di adulti con esigenze di tipo cognitivo o medico consuma un alto livello di utilizzo dei servizi.

La letteratura ripetutamente conferma che tra i fornitori di assistenza sanitaria, c'è una tendenza ad osservare i cambiamenti propri di una demenza di media gravità come "propri della vecchiaia", e vengono perciò poco o nulla seguiti (Costa, Williams, Somerfield et al., 1996). Allo stesso tempo, l'evidenza non trae conclusioni nel supportare una valutazione di tutti gli anziani a-sintomatici, in particolare per la demenza.

Riconoscere il peso della demenza dei pazienti e dei loro caregivers, è importante per gli operatori della salute al fine di mantenere un alto indice di sospetto" (Patterson et al., 2001, p. 7). Il tema di "indice di sospetto" è riverberato dal New Zealand Guidelines Group (1996), che supporta il mantenere un alto livello di sospetto per la depressione, e ritiene che questo possa essere il più importante fattore singolo che contribuisce al suo rilevamento.

Raccomandazione • 2

Gli infermieri dovrebbero indagare gli utenti per i cambiamenti nella cognizione, funzionalità, comportamento e/o umore, sulla base della loro continua osservazione e/o della preoccupazione espressa dall'utente, famiglia e/o team interdisciplinare, compresi altri medici specialisti.

(Forza dell'evidenza = C – RNAO Consensus Panel, 2003)

Discussione dell'evidenza

Il processo di screening incorpora una valutazione continua del rischio di danno per l'assistito. La determinazione del rischio influenzerà l'immediatezza e la messa a fuoco del successivo riferimento ed intervento. La letteratura rivela che l'iniziale comparsa di delirio, demenza e/o depressione comprende i cambiamenti sia impercettibili sia evidenti nel funzionamento naturale, cambiamenti di comportamento, umore e cognizione. Gli studi confermano che lo screening per questi disordini porta a un precoce rilevamento con migliori esiti per gli utenti anziani. Patologie come delirio, demenza dei Corpi di Lewy, e depressione possono essere identificate e trattate (Costa et al., 1996; Rapp & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium, 1998; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998). Patterson et al. (2001) notano che la regolarità della visita degli operatori delle cure di primo livello ha un impatto significativo sulla precoce identificazione dei deficit cognitivi e questa pratica è largamente supportata negli altri articoli.

C'è molta discussione in letteratura sull'importanza del ruolo dei familiari e dei caregivers nel prendere l'anamnesi. Gli studi confermano che dovrebbe essere ottenuta una storia collaterale da un informatore attendibile dato che un paziente con delirio, demenza e/o depressione può mancare la comprensione della sua malattia ed i suoi cambiamenti cognitivi possono limitare la validità dell'auto-riferimento. Patterson et al. (2001) conclude che parenti e caregivers possono identificare in modo accurato il declino cognitivo, e che le loro ansie possono essere sempre prese seriamente. Costa et al. (1996) notano che i resoconti dei parenti variano fortemente, a seconda della relazione con l'assistito. Per esempio il coniuge riferisce livelli di deterioramento più bassi dei membri giovani della famiglia. Altri studi ampliano questo tema, suggerendo che l'informazione può essere ottenuta dagli informatori tramite le interviste nonché il completamento di scale valutative (American Psychiatric Association, 1997, 1999; SIGN, 1998).

Altre organizzazioni, compreso il “College of Nurses of Ontario (2002)”, supportano gli standards di pratica per la cura degli anziani che incorporano valutazione e documentazione delle abilità cognitive e funzionali.

Raccomandazione • 3

Gli infermieri devono conoscere che nell’anziano delirio, demenza e depressione presentano configurazioni cliniche sovrapposte e possono coesistere *(Forza dell’evidenza =B)*

Discussione dell’evidenza

La letteratura frequentemente si focalizza sulla coesistenza di delirio, demenza e depressione. Durante le interviste di screening valutativo rivolte sia all’assistito, sia al caregiver/informatore, l’infermiere dovrebbe essere a conoscenza della frequente coesistenza di delirio, demenza e depressione, e cercare evidenze per identificare la loro presenza (Costa et al., 1996). Una revisione di articoli inoltre conferma che delirio e depressione sono spesso confusi con la demenza e data la frequenza di tale coesistenza, gli infermieri sono consigliati di condurre valutazioni continue per assicurare un’immediata attenzione medica per le patologie trattabili e reversibili. Se sono sospettati delirio o depressione è necessario che abbia luogo una pronta risposta e un possibile riferimento allo specialista (APA, 1999; Costa et al., 1996). *(vedere” Screening Assessment Flow Diagram”)*.

Raccomandazione • 4

Gli infermieri dovrebbero essere consapevoli delle differenze fra le caratteristiche cliniche di delirio, demenza e depressione ed usare un metodo di valutazione strutturato per facilitare questo processo *(Forza dell’evidenza = C – RAO Consensus Panel, 2003)*

Discussione dell’evidenza

Il panel di sviluppo ha ricercato il consenso su questa raccomandazione, notando che dal momento in cui gli infermieri conducono una valutazione della salute mentale geriatrica, è importante partire con una chiara comprensione della varietà degli stati mentali alterati e dei comportamenti che può essere incontrata. La Tabella. I delinea alcune delle caratteristiche cliniche che una persona può esibire riguardo a delirio, demenza e depressione. La tabella può essere usata come guida quando si valuta un assistito e per differenziare fra loro delirio, demenza e depressione.

Tabella I: Valutazione delle caratteristiche cliniche che una persona può presentare rispetto a delirio, demenza e depressione.

Caratteristica	Delirio/Confusione acuta	Demenza	Depressione
Insorgenza	▪ Acuta/subacuta a seconda della causa, spesso al tramonto	▪ Cronica, generalmente insidiosa, a seconda della causa	▪ Coincide con i cambiamenti della vita, spesso improvvisa
Decorso	▪ Breve, fluttuazione diurna dei sintomi; peggiore di notte con il buio ed al risveglio	▪ Lungo, non effetti diurni, sintomi progressivi, ma relativamente stabili nel tempo	▪ Effetti diurni, tipicamente peggiori al mattino; fluttuazioni situazionali, ma meno che nella confusione acuta
Progressione	▪ Improvvisa	▪ Lenta, ma regolare	▪ Variabile, rapida/lenta, ma non regolare
Durata	▪ Da ore a meno di un mese, raramente più prolungata	▪ Da mesi ad anni	▪ Almeno 2 settimane, ma può durare da parecchi mesi ad anni
Consapevolezza	▪ Ridotta	▪ Chiara	▪ Chiara

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

Vigilanza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fluttuante; letargico o ipervigile 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generalmente normale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normale
Attenzione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromessa, fluttuante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generalmente normale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimamente compromessa, ma è distraibile
Orientamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fluttuante nella gravità; generalmente compromesso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Può essere compromesso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disorientamento selettivo
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromesse la recente e l'immediata 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromessa la recente e la remota 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromissione selettiva o irregolare, "isole" di memoria indenni
Pensiero	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disorganizzato, distorto, frammentato, incoerentemente lento o accelerato 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficoltà di astrazione, ideazione impoverita, scarsa capacità di giudizio, difficoltà a trovare le parole 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intatto, ma con temi di disperazione, di impotenza, di auto-disapprovazione
Percezione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distorta; illusioni, manie ed allucinazioni, difficoltà a distinguere tra realtà e percezioni alterate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percezioni alterate spesso assenti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intatta; illusioni ed allucinazioni assenti tranne che nei casi gravi

Reprinted with permission. Adapted from: New Zealand Guidelines Group (1998). *Guideline for the Support and Management of People with Dementia*. New Zealand: Enigma Publishing.

L'informazione seguente aiuterà ad interpretare e ad usare la tabella I, aiuterà inoltre a differenziare fra i disturbi.

Delirio

DSM-IV-TR è lo standard per identificare i seguenti criteri diagnostici per il delirio

A. Disturbo della coscienza (p.e. ridotta chiarezza o consapevolezza dell'ambiente circostante) con ridotta capacità di orientare, sostenere o dividere l'attenzione.

B. Un cambiamento nella cognizione (deficit di memoria, disorientamento, disturbo del linguaggio) o lo sviluppo di un disturbo percettivo che non va sommato con una demenza pre-esistente, stabile o evolutiva.

C. Il disturbo si sviluppa dopo un breve periodo di tempo (di solito ore o giorni) e tende a fluttuare durante le ore del giorno.

D. C'è evidenza nell'anamnesi, nella visita medica o nei risultati di laboratorio che il disturbo è causato dalle dirette conseguenze fisiologiche di una più generale condizione clinica.

Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association.

Il **Delirio** inoltre è associato a caratteristiche quali disturbi del ciclo sonno-veglia e ad alterazione del comportamento psicomotorio. Le manifestazioni comportamentali degli individui con delirio possono comprendere:

- Tentativi di evasione dall'ambiente circostante (spesso esitati nel fallimento).
- Rimozione di strumentazioni mediche (p.e. flebo, cateteri).

- Disturbi della vocalizzazione (p.e. strillare, chiamare aiuto, lamentarsi, imprecare, brontolare, gemere).
- Iperattività (irrequietezza, movimento costante), ipoattività (inattività, introversione, apatia) o combinazione dei due.
- Predilezione ad aggredire gli altri (APA, 1995; Lipowski, 1983).

Nella comunità, gli operatori sanitari possono vedere manifestazioni comportamentali del delirio quali chiamate telefoniche improprie al pronto soccorso, alterata gestione dei farmaci, cose nascoste e/o acqua lasciata scorrere.

Demenza

DSM-IV-TR è lo standard per diagnosticare la demenza

A. Lo sviluppo di molteplici deficits cognitivi che si manifestano con

1. disturbo della memoria (deficit della capacità di apprendere nuove informazioni o di richiamare informazioni precedentemente apprese).
2. uno o più dei seguenti disturbi cognitivi:
 - a) afasia (disturbo del linguaggio).
 - b) aprassia (deficitaria capacità di eseguire attività motorie nonostante una funzionalità motoria indenne).
 - c) agnosia (fallimento nel riconoscere o identificare oggetti nonostante una funzionalità sensoriale indenne).
 - d) disturbo delle funzioni esecutive (p.e. pianificazione, organizzazione, seriazione, astrazione).

B. I deficits cognitivi menzionati nei criteri sopra elencati (Criterio A1 e A2) causano un danno importante della funzionalità sociale o occupazionale e rappresentano un declino significativo del precedente livello di funzionamento.

C. Il decorso è caratterizzato da un'insorgenza graduale e da un declino cognitivo continuo.

D. I deficits sopra menzionati non sono dovuti a nessuna della seguenti cause:

1. altre patologie del SNC che causano un progressivo deficit della memoria e della cognizione (p.e. disturbo cerebrovascolare, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, ematoma subdurale, idrocefalo normoteso, tumore cerebrale).
2. patologie sistemiche conosciute essere causa di demenza (p.e. ipotiroidismo, vitamina B12 o penuria di acido folico, carenza di niacina, ipercalcemia, neosifilide, infezione HIV).
3. patologie sostanza-indotte.

E. I deficits non appaiono esclusivamente durante il decorso di un delirio .

F. Il disturbo non è sommato con altro disturbo Axis I (p.e. Depressione Maggiore, Schizofrenia).

Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association.

La **Demenza** di per sé non è una malattia, ma caratterizza un gruppo di sintomi che accompagnano i processi di disturbi particolari. Le caratteristiche essenziali della demenza comprendono:

- perdita della memoria che colpisce la funzione giorno dopo giorno
- difficoltà ad eseguire le mansioni
- problemi di linguaggio
- disorientamento spazio-temporale

- capacità di giudizio scarsa o diminuita
- difficoltà di astrazione
- dimenticanza di dove sono le cose
- modificazioni umorali e comportamentali
- cambiamenti della personalità
- mancanza di iniziativa (l'elenco dei 10 sintomi più comuni sopra menzionati è stato ottenuto da "Alzheimer Society of Canada").
- Disordine della deambulazione (Patterson et al., 2001)

Depressione

DSM-IV-TR è lo standard per identificare i seguenti criteri diagnostici per la depressione maggiore

Cinque (o più) dei seguenti sintomi erano presenti durante lo stesso periodo di due settimane e rappresenta un cambiamento rispetto al precedente modo di funzionare; almeno uno dei sintomi rispecchia uno dei due aspetti (1) umore depresso o (2) mancanza di interesse o di piacere.

1. umore depresso per più di un giorno, approssimativamente ogni giorno
2. interesse o piacere nelle normali attività marcatamente diminuiti.
3. calo o aumento di peso significativi
4. insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni
5. agitazione o lentezza psicomotoria quasi tutti i giorni
6. fatica o perdita di energia quasi tutti i giorni
7. sensazione di inutilità o eccessivo senso di colpa
8. diminuita capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione
9. ricorrenti pensieri di morte o idee/tentativi di suicidio

Adapted and reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Copyright 2000 American Psychiatric Association.

- La sintomatologia **depressiva** negli anziani è particolare. Gli anziani riferiscono maggiormente sintomi somatici o fisici piuttosto che umore depresso, che è la caratteristica preminente della depressione dei più giovani. Altre differenze nei sintomi presentati dagli anziani con depressione sono i seguenti:
- Gli anziani probabilmente accettano la loro "tristezza" ed un'indagine diretta al loro umore può portare solo a risposte del tipo "no, io non ho motivo di essere depresso".
- Apatia e introversione sono comuni
- Sensi di colpa sono meno comuni
- Mancanza di autostima è importante
- Incapacità di concentrarsi, con conseguente deficit di memoria ed altre disfunzioni cognitive è comune (Kane, Ouslander & Abrass, 1994)

Raccomandazione • 5

Gli infermieri dovrebbero valutare con oggettività i cambiamenti cognitivi usando uno o più strumenti standardizzati al fine di convalidare le osservazioni cliniche *(Forza dell'evidenza = A)*

Discussione dell'evidenza

Gli studi ripetutamente suggeriscono che il colloquio/osservazione clinica sono il metodo più efficace di indagine, e dovrebbero consistere di fonti d'informazione multiple e differenziate (Costa

et al., 1996). L'Agency for Healthcare Policy and Research (1993) ha stabilito che tale interazione con gli assistiti è la base per includere i sintomi specifici della depressione, con l'aggiunta importante del successivo uso di strumenti specifici per allargare la diagnosi. E' fortemente supportato (AHCPR, 1993; Costa et al., 1996) l'uso di strumenti conformi e standardizzati per rafforzare la documentazione del comportamento, umore, cognizione e cambiamenti dell'abilità funzionale dell'assistito. È sottolineato il fatto che gli strumenti di screening possono aumentare, ma non rimpiazzare una globale valutazione infermieristica "in toto". Inoltre "Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998)" riporta che queste misure standardizzate forniscono una baseline di dati, e possono assistere nel monitoraggio delle risposte all'intervento.

Gli strumenti delineati in questa linea guida sono posti più avanti, e sono riassunti inoltre in "The Assessment Tool Reference Guide" (Appendice C). Questa lista non è inclusiva e gli strumenti devono essere considerati solo come un suggerimento. L'evidenza non supporta uno strumento specifico, e il panel di sviluppo RNAO non considera uno strumento superiore all'altro.

- Mini-Mental Status Exam (Appendice E)
- Clock Drawing Test (Appendice F)
- Neecham Confusion Scale (Appendice G)
- Confusion Assessment Method Instrument (CAM) (Appendice H)
- Establishing a Diagnosis of Depression in the Elderly (Appendice I)
- Cornell Scale for Depression (Appendice J)
- Geriatric Depression Scale (Appendice K e L)
- Suicide Risk in the Older Adult (Appendice M)

Mini-Mental Status Exam

Le valutazioni strutturate dello stato mentale quantificano una baseline per lo screening di malattie come delirio, demenza o depressione, ma non è una diagnostica naturale. Non c'è nessun singolo test per lo stato mentale che abbia dimostrato una superiorità (Costa et al., 1996). Nel revisionare l'attendibilità e la validità di uno strumento/linea guida, il clinico dovrebbe scegliere lo strumento più consono alla sua pratica clinica e che meglio amplierà la sua valutazione. Il Mini-Mental Status Exam (MMSE) è il test per lo stato mentale più universalmente usato (vedere Appendice E). Bassi punteggio al MMSE aumentano la probabilità di un successivo declino (Patterson & Gass, 2001).

Clock Drawing Test

The Clock Drawing Test (vedere Appendice F) assiste nel supportare la diagnosi di demenza o nell'indicare un'area clinica delle difficoltà vissute dall'assistito (NZGG, 1998). Attualmente ci sono circa quindici sistemi di punteggio originali per il "clock drawing test" (Heinik, Solomesh, Shein & Becker, 2002). La cattiva esecuzione del disegno dell'orologio nel processo di demenza è stata studiata da diversi autori. In uno studio di Heinik et al. (2002), è stato trovato che alcuni sistemi di punteggio hanno una maggior sensibilità di altri nel monitorare la progressione del deterioramento cognitivo. Le correlazioni tra differenti "clock drawing tests" ed alcune variabili come quelle demografiche, cognitive e le attività di vita quotidiana non sono molto diffuse e variano con la severità della demenza.

Confusion Assessment Method Instrument

Delirio e demenza possono essere difficili da differenziare. Tuttavia entrambe le condizioni sono marchiate da un disturbo globale della cognizione, il delirio è distinto dalla demenza da: sospensione della consapevolezza e dell'attenzione; decorso clinico; sviluppo in un breve periodo di tempo; fluttuazione nel corso della giornata (Costa et al., 1996). Gli strumenti di valutazione adottati possono carpire le componenti essenziali. Uno di questi strumenti è il "Confusion

Assessment Method Instrument (CAM)” (vedere l’Appendice H). Il CAM-ICU è un altro strumento costruito in modo specifico per valutare oggettivamente le stesse caratteristiche nella popolazione di una unità di cura (Ely et al., 2001).

Cornell Scale for Depression

Lo screening per la Depressione in persone sospettate di demenza dovrebbe includere sia le informazioni prese dall’assistito e dal caregiver, sia l’osservazione infermieristica dei sintomi. La “Cornell Scale for Depression” (vedere l’Appendice J) richiede una valutazione tramite colloquio fatto da un clinico per ottenere l’informazione sia dell’assistito che dell’informatore.

Geriatric Depression Scale

Dopo l’intervista clinica e l’identificazione dei fattori di rischio o dei sintomi del paziente, l’infermiere può convalidare il potenziale per la depressione con l’uso di un questionario come la “Geriatric Depression Scale (GDS)” (vedere l’Appendice K per la GDS-15 e l’Appendice L per la GDS-4).

La GDS in forma lunga o breve è valida ed attendibile per lo screening e la quantificazione della depressione nella demenza di grado da medio a moderato (Isella, Villa & Appollonio, 2001). I risultati tratti dallo studio di Isella, Villa ed Appollonio (2001) supportano l’uso della GDS-4 per lo screening della depressione e della GDS-15 per la valutazione della sua severità.

Raccomandazione • 6

Nella selezione dei test per lo stato mentale dovrebbero essere valutati e tenuti in considerazione alcuni fattori come il danno sensoriale e la disabilità fisica *(Forza dell’evidenza = B)*

Discussione dell’evidenza

Patterson et al. (2001) notano che un’indagine focalizzata ed esaustiva include una valutazione della visione, dell’udito, i sintomi di insufficienza cardiaca, funzione respiratoria ridotta o problemi di mobilità e di equilibrio. L’interpretazione di questi dati valutativi clinici e quantitativi è complicata da diversi fattori che comprendono l’età del paziente, l’intelligenza premorbose, livello culturale, ambiente culturale, malattie psichiatriche, deficit sensoriali e condizioni di comorbilità. L’evidenza supporta la raccomandazione che gli operatori sanitari siano prudenti nel considerare questi fattori quando applicano una valutazione strutturata nella situazione specifica di un paziente. Il panel di sviluppo suggerisce che gli infermieri facciano riferimento alla discussione sugli specifici strumenti valutativi per determinare quali di essi siano/non siano adatti per un particolare assistito.

Raccomandazione • 7

Quando l’infermiere stabilisce che il paziente presenta i sintomi di delirio, demenza e/o depressione, dovrebbe essere richiesta la consulenza per una diagnosi medica fatta da un servizio geriatrico specializzato o da un servizio di psichiatria geriatrica specializzato, o da un neurologo e/o dai membri del team multidisciplinare, in conformità con quanto indicato dai risultati dello screening *(Forza dell’evidenza = C – RNAO Consensus Panel, 2003)*

Discussione dell’evidenza

Sebbene ci sia un’evidenza sostanziale che dovrebbe essere condotta un’ulteriore valutazione se si ottengono risultati fuori dalla norma nei test per lo stato sia mentale sia funzionale, manca tuttavia una indicazione precisa sul referente di questo processo (Costa et al., 1996). Il panel di sviluppo suggerisce che questo dovrebbe includere un’attenta valutazione del problema medico generale, psichiatrico o psicosociale che può costituire la causa fondamentale del disturbo.

È largamente ritenuto che il nucleo del trattamento del paziente con demenza è rappresentato dalla gestione psichiatrica, che questo intervento deve essere basato su una solida alleanza con l’assistito

e la sua famiglia, e che consiste in una accurata valutazione psichiatrica, neurologica e di medicina generale della natura e della causa dei deficits cognitivi (APA, 1998).

Molteplici studi notano che uno sviluppo recente o un acuto peggioramento dell'agitazione può essere un segno di deterioramento della condizione medica (APA, 1997). I clinici dovrebbero avere in mente che gli anziani ed i pazienti con demenza in generale, sono a rischio di delirio associato a problemi medici, farmaci ed interventi chirurgici. *Per un elenco dei farmaci che possono causare danno cognitivo vedere l'Appendice N.*

Raccomandazione • 8

Gli infermieri dovrebbero fare uno screening per le idee ed i tentavi di suicidio quando sia presente un alto indice di sospetto di depressione, e cercare una consulenza medica urgente. La stessa consulenza è raccomandata, inoltre, se l'infermiere ha un alto indice di sospetto di delirio.

(Forza dell'evidenza = C – RNAO Consensus Panel, 2003)

Discussione dell'evidenza

Molti studi suggeriscono che i disordini depressivi sono scarsamente riconosciuti e trattati. Di conseguenza, gli operatori sanitari hanno bisogno di mantenere un alto indice di sospetto e di non fare affidamento sugli utenti per mettere in luce la possibilità che essi soffrano di problemi di salute mentale (NZGG, 1998). È raccomandata la consulenza urgente di un medico se l'infermiere ha un alto indice di sospetto che il paziente abbia depressione, poiché è a rischio più elevato di morbilità e mortalità (Foreman et al., 2001; Inouye, et al., 1998).

Un'ulteriore ricerca della letteratura ha trovato forti evidenze che gli utenti con depressione dovrebbero essere attentamente valutati per le potenzialità di suicidio e di comportamento violento (APA, 1999). Il "New Zealand Guidelines Group (1998)" riporta inoltre che pensieri e comportamenti suicidi sono strettamente associati alle malattie mentali, e la valutazione di questi sintomi dovrebbe costantemente comprendere una valutazione psichiatrica totale, abitualmente fatta da un team addestrato di professionisti della salute mentale. È generalmente creduto che un team interdisciplinare offre una gamma di abilità tanto ampia da incontrare i bisogni dell'assistito con tendenze suicide, e può inoltre fornire supervisione e supporto ai suoi membri (APA1997).

Molti articoli concordano che, mentre predire il rischio di suicidio in un individuo è difficile, ci sono certi fattori che sono stati associati con un più alto potenziale di suicidio. Riferirsi all'Appendice M per l'elenco dei fattori.

Raccomandazioni per la Formazione

Raccomandazione • 9

Tutti i programmi infermieristici di base dovrebbero includere contenuti specializzati sul normale processo di invecchiamento, sullo screening valutativo e sulle strategie di assistenza di delirio, demenza e depressione. Gli allievi infermieri dovrebbero avere l'opportunità di prendersi cura degli adulti anziani.

(Forza dell'evidenza = C – RNAO Consensus Panel, 2003)

I programmi universitari dovrebbero includere di routine:

- Formazione nello screening valutativo di delirio, demenza e depressione.
- Tirocinio pratico focalizzato sulle cure alle persone anziane in tutti gli ambiti di cura.
- Formazione e motivazione degli infermieri all'uso di strumenti di screening.

Raccomandazione • 10

Le organizzazioni dovrebbero considerare gli screening valutativi dello stato mentale degli anziani come parte integrante della pratica infermieristica. È raccomandata l'integrazione di una varietà di opportunità di crescita professionale per supportare gli infermieri nello sviluppare efficacemente le

abilità nel valutare gli individui per delirio, demenza e depressione. Tali opportunità varieranno a seconda del modello di cura e del contesto lavorativo.

(Forza dell'evidenza C = – RNAO Consensus Panel, 2003)

Lo sviluppo formativo nell'area dell'assistenza gerontologica per gli infermieri di tutte le specialità ed ambiti lavorativi è necessario per fornire un background aggiuntivo di conoscenza e professionalità nella cura delle persone anziane. In modo particolare, le Organizzazioni dovrebbero fornire l'opportunità di crescita professionale per gli infermieri che sono predisposti alle modalità di apprendimento individuale e di gruppo. Gli infermieri hanno la responsabilità di perseguire le opportunità professionali.

Raccomandazioni per l'Organizzazione & la Politica

Raccomandazione • 11

Le linee guida di miglior pratica infermieristica possono essere implementate con successo solo dove ci siano pianificazioni, risorse, supporto organizzativo ed amministrativo adeguati così come facilitazioni appropriate. Le organizzazioni possono desiderare di sviluppare un piano per l'implementazione che comprenda:

- Una valutazione della predisposizione organizzativa e degli ostacoli alla formazione.
- Coinvolgimento di tutti i membri (in funzione di supporto diretto e indiretto) che contribuiranno al processo di implementazione.
- Destinazione di un individuo qualificato per fornire il supporto necessario ai processi formativi e di implementazione.
- Opportunità continue di discussione e formazione per rinforzare l'importanza della miglior pratica.
- Opportunità di riflessione sull'esperienza personale e professionale nell'implementazione delle linee guida.

A questo riguardo, RNAO (attraverso un panel di infermieri, ricercatori ed amministratori) ha sviluppato il "Toolkit: implementazione delle linee guida di pratica clinica", basato sull'evidenza disponibile, prospettive teoriche e consenso. La RNAO raccomanda fortemente l'uso di questo Toolkit per guidare l'implementazione della line guida su "Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults".

(Forza dell'evidenza = C –RNAO Consensus Panel, 2003)

Valutazione & Monitoraggio

Le organizzazioni che implementano le raccomandazioni di questa linea guida di miglior pratica infermieristica sono consigliate di considerare che l'implementazione ed il suo impatto dovrà essere monitorato e valutato. La seguente Tabella, basata sulla struttura delineata nel Toolkit RNAO: "Implementazione delle linee guida di pratica clinica (2002)", illustra alcuni indicatori suggeriti per il monitoraggio e la valutazione.

Indicatore	Struttura	Processo	Esito
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none">▪ Valutare i supporti disponibili nella organizzazione che permettano agli infermieri di integrare nella loro pratica la valutazione e lo screening per delirio, demenza e depressione negli adulti anziani.	<ul style="list-style-type: none">▪ Valutare i cambiamenti nella pratica che conducano ad un uso appropriato degli strumenti di valutazione per esaminare gli anziani per delirio, demenza e depressione.	<ul style="list-style-type: none">▪ Valutare l'impatto dell'implementazione delle raccomandazioni.

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

<p>Organizz.ne/ Unità</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisione delle raccomandazione per la miglior pratica con il comitato organizzativo responsabile delle politiche o delle procedure. ▪ Disponibilità delle risorse per la formazione dell'utente che sono importanti con le raccomandazione di miglior pratica. ▪ Dotazione di risorse umane che gli infermieri possono consultare per un supporto continuo dopo il periodo iniziale di implementazione. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sviluppo di forme o di sistemi di documentazione che incoraggino la documentazione della valutazione clinica di delirio, demenza e depressione, e procedure concrete di riferimento quando gli infermieri stanno facendo la valutazione. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programma di orientamento per delirio, demenza e depressione. ▪ Revisione dell'accREDITamento in questi aspetti. ▪ Buona reputazione per l'organizzazione che rifletta direttamente questo tipo di cura. ▪ Riferimenti interni ed esterni.
<p>Provider</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentuale di infermieri ed altri operatori sanitari adibiti alle sessioni formative della linea guida di miglior pratica per la salute mentale geriatrica. ▪ Rapporto infermiere-paziente ▪ Cambiamenti di ruolo p.e. ruolo di descrizione, valutazione della performance. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenza degli infermieri dell'auto-valutazione di: <ol style="list-style-type: none"> a) invecchiamento normale b) caratteristiche differenziate di delirio, demenza e depressione c) come fare un esame dello stato mentale d) loro ruolo nella valutazione di delirio, demenza e depressione in relazione alle altre professionalità sanitarie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidenza di documentazione nella cartella del paziente in coerenza con le raccomandazione delle linee guida : <ol style="list-style-type: none"> a) Riferimento alle risorse territoriali per i controlli b) Provvedimenti educativi e di supporto per l'assistito ed i membri della famiglia ▪ Soddifazione di utente/famiglia
<p>Utente geriatrico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentuale di utenti geriatrici con problemi mentali ammessi nell'unità/servizio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentuale di utenti identificati con delirio, demenza e depressione allo screening iniziale. ▪ Percentuale di conoscenza di delirio, demenza e depressione di assistiti/famiglie alla, o in prossimità della dimissione. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentuale di utenti visti o in lista d'attesa per la consulenza (delega per il colloquio se è un membro della famiglia) ▪ Percentuale di utenti identificati con delirio, demenza con un adeguato piano di azione e di monitoraggio. ▪ Percentuale di utenti inviati al programma speciale per la salute mentale geriatrica (medici, infermieri consulenti psichiatrici geriatrici, Associazioni per la Malattia di Alzheimer).
<p>Costi finanziari</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costi relativi all'ingaggio di un eventuale nuovo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costi relativi all'implementazione di 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lunghezza del ricovero. ▪ Tassi di ri-ammissione

	staff, attrezzature, ecc. in diretta relazione con questa linea guida.	questa linea guida: <ul style="list-style-type: none">▪ Formazione ed accesso ai supporti per il lavoro.▪ Nuovo sistema di documentazione▪ Sistema di supporto	<ul style="list-style-type: none">▪ Costo dei trattamenti▪ Re-integrazione al ritorno nella comunità o in istituzioni di cura a lungo termine
--	--	--	--

Un esempio degli strumenti di valutazione usati per la raccolta dati durante l'implementazione pilota di questa linea guida si trova sul sito web di RNAO: www.rnao.org/bestpractices.

Consigli per l'Implementazione

Questa linea guida di miglior pratica è stata testata in tre cliniche universitarie e in sette ambienti clinici, in Toronto, Ontario con una popolazione di pazienti ricoverati. La lezione appresa/risultata da questa esperienza pilota può essere particolare per le tre organizzazioni e non generalizzabile all'ambito della sanità pubblica, dell'assistenza territoriale o dell'ospedale generale. Tuttavia, ci sono state molte strategie che i luoghi pilota hanno trovato di aiuto durante l'implementazione, e coloro che sono interessati ad implementare questa linea guida possono tenerne conto.

Un riassunto di tali strategie è riportato di seguito:

- Avere una persona “dedicata” come un infermiere clinico che fornirà supporto, esperienza clinica e leadership. Questa persona dovrebbe inoltre avere buona capacità interpersonale, di facilitazione e di gestione progettuale.
- Creazione di un comitato guida che comprenda stakeholders chiave e membri impegnati a guidare l'iniziativa. È stato sviluppato un piano di lavoro come mezzo per intraprendere la via delle attività, responsabilità e tempistica.
- Fornire sessioni formative e supporto continuo per l'implementazione. Nei luoghi pilota, la parte centrale della sessione educativa variava da 2.0 a 3.5 ore di durata ed era sviluppata dal comitato guida. Questo ha revisionato gli strumenti standardizzati di valutazione della linea guida di miglior pratica RNAO ed ha selezionato quelli che potevano essere usati dagli infermieri durante la sperimentazione. La sessione formativa è consistita in una presentazione di PowerPoint, nella guida di facilitatori, comunicazioni, casi studio ed un gioco per rivedere il materiale argomentato. Il contenuto della sessione formativa è tracciato nelle raccomandazioni contenute in questa linea guida. Cartellette, posters e biglietti per elencare i segni di delirio, demenza e depressione erano disponibili come promemoria continuo della formazione. Il comitato guida ha inoltre sviluppato un gruppo di domande “provocatorie” che sono state aggiunte alla forma iniziale di valutazione per aiutare gli infermieri a mantenere “un alto indice di sospetto” per i sintomi. I luoghi pilota hanno trovato queste domande essere di aiuto nell'identificare la molla per le future indagini. Queste domande-stimolo sono state usate dai siti pilota nella forma seguente:
 - a) Qualsiasi cambiamento acuto dello stato comportamentale o funzionale presenta delle fluttuazioni durante il giorno?
 - b) Il paziente presenta orientamento personale, spaziale e temporale?
 - c) Il paziente ha pensieri organizzati e coerenti?
 - d) Qual è l'impressione relativa alla memoria del paziente?
 - e) Ci sono umore depresso, pensieri di morte, idee di suicidio?
 - f) Il paziente è in grado di rispondere a queste domande?

Esempi di altri strumenti di implementazione sviluppati dai siti pilota possono essere trovati sul sito web RNAO www.rnao.org/bestpractices.

- Supporto organizzativo, come l'aver sul posto le strutture per facilitare l'implementazione. Per esempio, ingaggiare uno staff di sostituzione in modo che i partecipanti possano non essere distratti dai problemi di lavoro; avere una filosofia organizzativa che rifletta il valore della miglior pratica attraverso le politiche e le procedure e gli strumenti di documentazione.
- Gruppo di lavoro, valutazione in collaborazione e piano di trattamento con il paziente e la sua famiglia ed attraverso il lavoro interdisciplinare sono di beneficio. È essenziale essere informati di, e su chi provvede le risorse disponibili nella comunità. Un esempio può essere quello di collegare e sviluppare la collaborazione con i programmi geriatrici regionali per il processi di riferimento. La *RNAO's Advanced/Clinical Practice Fellowship (ACPF) Project* è un'altra strada che gli infermieri possono praticare per un insegnamento ed avere un'opportunità di lavorare con un mentore con grande esperienza clinica in tema di delirio, demenza e depressione. Con l'ACPF, l'infermiere avrà inoltre l'opportunità di imparare di più sulle nuove risorse.

Oltre ai consigli sopra menzionati, la RNAO ha sviluppato delle risorse, disponibili sul sito web. Un toolkit per implementare le linee guida può essere di grande aiuto se usato in modo appropriato. Una breve descrizione di questo toolkit si trova in Appendice P. La versione integrale del documento in formato pdf è inoltre disponibile sul sito RNAO: www.rnao.org/bestpractices.

Processo di Aggiornamento/Revisione della Linea guida

The Registered Nurses Association of Ontario propongono di aggiornare le linee guida di miglior pratica nel modo seguente:

1. Dopo la disseminazione, ogni linea guida di miglior pratica infermieristica sarà revisionata da un team di specialisti (Review Team) nell'area topica ogni tre anni dall'ultima revisione.
2. Durante il periodo di tre anni tra sviluppo e revisione lo staff di progetto delle linee guida di miglior pratica RNAO monitorerà regolarmente le nuove revisioni sistematiche, le meta-analisi ed i trials controllati e randomizzati (RCT) nel campo specifico.
3. In base ai risultati del monitoraggio, lo staff di progetto può raccomandare una periodo di revisione anticipato. Una consultazione adeguata con un team di membri, compresi i membri del panel originario ed altri specialisti nel settore, aiuterà ad informare sulla decisione di revisionare e rivedere la linea guida di miglior pratica prima della pietra miliare dei tre anni.
4. Tre mesi prima dei tre anni stabiliti, lo staff di progetto comincerà a pianificare il processo di revisione come segue:
 - a) Invito agli specialisti nel campo a partecipare al team di revisione. Questo sarà comprensivo sia dei membri del panel originale, sia di altri specialisti consigliati.
 - b) Sommario delle annotazione di ritorno ricevute, delle domande incontrate durante la fase di disseminazione, così come dei commenti ed esperienze dei luoghi di implementazione.
 - c) Sommario delle nuove linee guida di pratica clinica nel campo, delle revisioni sistematiche, riviste di meta-analisi, ricerche di revisioni tecniche e di trials controllati e randomizzati.
 - d) Un dettagliato piano di lavoro con date stabilite per la stesura di quanto sarà stabilito.

La linea guida rivista sarà disseminata in base alle strutture ed ai processi stabiliti.

Referimenti

Agency for Healthcare Policy and Research (1993). *Depression in primary care: Volume 1. Detection and Diagnosis. Volume 2. Treatment for Major Depression. Clinical Guideline No. 5.* (vols. 1 & 2) Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Policy and Research.

American College of Emergency Physicians (1999). Clinical policy for the initial approach to patients presenting with altered mental status. *Annals of Emergency Medicine*, 33(2), 251-280.

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

- American Psychiatric Association (1995). Practice guidelines for psychiatric evaluation of adults. *The American Journal of Psychiatry*, 152(11), 63-80.
- American Psychiatric Association (1997). Practice guidelines for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 1-39.
- American Psychiatric Association (1999). Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 1-20. American Psychological Association (1998). Guidelines for the evaluation of dementia and age-related cognitive decline. *American Psychologist*, 53(12), 1298-1303.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Hospital Administration*, 29(3), 11-20.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Brannstrom, M., Gustafson, Y., Norberg, A., & Winblad, B. (1989). Problems of basic nursing in acutely confused hip fracture patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3(1), 27-34.
- Brink, T. L., YeSavage, J. A., Lumo, H. A. M., & Rose, T. L. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1(1), 37-43.
- Bronheim, H. E., Fulop, G., Kunkel, E. J., Muskin, P. R., Schindler, B. A., Yates, W. R. et al. (1998). Practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 39(4), S8-S30.
- Canadian Study on Health and Aging Working Group (1994a). Canadian study on health and aging. *Canadian Medical Association Journal*, 150(8), 899-913.
- Canadian Study on Health and Aging Working Group (1994b). Canadian Study on health and aging: Study methods and prevalence of dementia. *Canadian Medical Association Journal*, 150(6), 910.
- Clarke, M. & Oxman, A. D. (1999). Cochrane Reviewers' Handbook 4.0 (updated July 1999) (Version 4.0) [Computer software]. Oxford: Review manager (RevMan).
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., et al (1997). Appraisal instrument for clinical guidelines. St. Georges Hospital Medical School, England [On-line]. Available: <http://sghms.ac.uk/phs/hceu/>
- Cockrell, R. & Folstein, M. (1988). Mini-mental state examination. *Journal of Psychiatry Research*, 24(4), 689-692.
- College of Nurses of Ontario (2002). *Nursing documentation standards (Revised 2002)*. Toronto, Ontario: College of Nurses of Ontario.
- Conn, D. K., Herrmann, N., Kaye, A., Rewilak, D., & Schogt, B. (2001). *Practical psychiatry in the long-term care facility: A handbook for staff*. Toronto, Ontario: Hogrefe and Huber Publisher.
- Conwell, Y. (1994). *Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH consensus development conference*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Costa, P. T. Jr., Williams, T. F., Somerfield, M., et al. (1996). *Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias. Clinical practice guideline No. 19*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Policy and Research.
- Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R. et al. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*, 29(7), 1370-1379.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press.

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Foreman, M. D., Wakefield, B., Culp, K., & Milisen, K. (2001). Delirium in elderly patients: An overview of the state of the science. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(4), 12-20.
- Fortinash, K. M. & Holoday-Worret, P. A. (1999). *Psychiatric nursing care plans*. (3 ed.) St. Louis: Mosby.
- Fortinash, K. M. (1990). Assessment of mental states. In L. Malasanos, V. Barkauskas & K. Stoltenberg-Allen (Eds.), *Health Assessment* (4 ed.), St. Louis: Mosby.
- Heinik, J., Solomesh, I., Shein, V., & Becker, D. (2002). Clock drawing test in mild and moderate dementia of the Alzheimer's type: A comparative and correlation study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 480-485.
- Inouye, S. K., Rushing, J. T., Foreman, M. D., Palmer, R. M., & Pompei, P. (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *Journal of General Internal Medicine*, 13(4), 234-242.
- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.
- Isella, V., Villa, M. L., & Appollonio, I. M. (2001). Screening and quantification of depression in mild-to-moderate dementia through the GDS short forms. *Clinical Gerontologist*, 24(3/4), 115-125.
- Jenike, M. A. (1989). *Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology: A Clinical Approach*. Yearbook Medical Publishers.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B. (1994). *Essentials of clinical geriatrics*. (3 ed.) New York: McGraw-Hill.
- Katz, I. (1996). On the inseparability of mental and physical health in aged persons: Lessons from depression and medical comorbidity. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(1), 1-16.
- Kurlowicz, L. H. & NICHE Faculty (1997). Nursing standard of practice protocol: Depression in elderly patients. *Geriatric Nursing*, 18(5), 192-200.
- Lipowski, Z. J. (1983). Transient cognitive disorders (delirium/acute confusional states) in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 140(11), 1426-1436.
- Loney, P. I., Chambers, L. W., Bennett, K. J., Roberts, J. G., & Stratford, P. W. (1998). Critical appraisal of the health research literature: Prevalence of incidence health problem. *Chronic Diseases Canada*, 19(4), 170-176.
- Ludwick, R. (1999). Clinical decision making: Recognition of confusion and application of restraints. *Orthopedic Nursing*, 18(1), 65-72.
- Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence. In J.M.Morse, J. M. Swanson & A. J. Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (pp. 28-45). Thousand Oaks, Sage.
- Marcantonio, E., Ta, T., Duthie, E., & Resnick, N. M. (2002). Delirium severity and psychomotor types: Their relationship with outcomes after hip fracture repair. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(5), 850-857.
- National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council [On-line]. Available: <http://www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp30.pdf>
- National Institute of Health Consensus Development Panel (1992). Diagnosis and treatment of depression in late life. *Journal of the American Medical Association*, 268(8), 1018-1024.
- New Zealand Guidelines Group (1998). *Guidelines for the Support and Management of People with Dementia*. New Zealand: Enigma Publishing.

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

New Zealand Guidelines Group (1996). Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals. Ministry of Health Guidelines, New Zealand. [On-line]. Available: <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>

Ontario Public Health Association (1996). *Making a difference! A workshop on the basic policy of change*. Toronto: Government of Ontario.

Patterson, C., Gauthier, S., Bergman, H., Cohen, C., Feightner, J. W., Feldman, H. et al. (2001). The recognition, assessment and management of dementing disorders: Conclusions from the Canadian consensus conference on dementia. *Canadian Journal of Neurological Science*, 28(Suppl. 1), S3-S16.

Patterson, C. J. S. & Gass, D. A. (2001). Screening for cognitive impairment and dementia in the elderly. *Canadian Journal of Neurological Science*, 28(Suppl 1), S42-S51.

Rapp, C. G. & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium (1998). *Research based protocol: Acute confusion/delirium*. Iowa City: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core. Registered Nurses Association of Ontario (2002).

Toolkit: Implementation of clinical practice Guidelines. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

Rivard, M.-F. (1999). Late-life depression: Diagnosis (Part I). *Parkhurst Exchange*, 64-67. Schutte, D. L. & Titler, M. G. (1999).

Research-based protocol: Identification, referral, and support of elders with genetic conditions. Iowa City: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998). Interventions in the management of behavioral and psychological aspects of dementia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [On-line]. Available: <http://www.show.nhs.uk/sign/home.htm>

Sullivan-Marx, E. M. (1994). Delirium and physical restraint in the hospitalized elderly. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 295-300.

U.S.Department of Health and Human Services (1997). Put prevention into practice: Depression. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 9(9), 431-435.

Bibliografia

Aikman, G. G. & Oehlert, M. E. (2000). Geriatric depression scale: Long form versus short form. *Clinical Gerontologist*, 22(3/4), 63-69.

American Medical Directors Association (1998a). Altered Mental States. *American Medical Directors Association (AMDA)*.

American Medical Directors Association (1998b). Dementia. *American Medical Directors Association (AMDA)*.

American Medical Directors Association (1998c). Depression. *American Medical Directors Association (AMDA)*.

American Psychiatric Association (2000). Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. The American Journal of Psychiatry [On-line]. Available: http://www.psych.org/clin_res/

Anderson, I. M., Nutt, D. J., & Deakin, J. F. W. (2000). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 14(1), 3-20.

Banerjee, S. & Dickinson, E. (1997). Evidence based health care in old age psychiatry. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27(3), 283-292.

Baxter, C. (2001). *Delirium, Depression, Dementia Self-Study Package*. Winnipeg, Manitoba: Deer Lodge Hospital.

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

- Brodaty, H., Pond, D., Kemp, N. M., Luscombe, G., Harding, L., Berman, K. et al. (2002). The GPCOG: A new screening test for dementia designed for general practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 530-534.
- Brodaty, H., Dresser, R., Eisner, M., Erkunjuntti, T., Gauthier, S., Graham, N. et al. (1999). Consensus Statement: Alzheimer's Disease International and International Working Group for Harmonization of Dementia Drug Guidelines for Research Involving Human Subjects with Dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 13(2), 71-79.
- Brown, T. M. & Boyle, M. F. (2002). ABC of psychological medicine: Delirium. *British Medical Journal*, 325, 644-647.
- California Working Group on Guidelines for Alzheimer's Disease Management (1999). Guideline cuts Alzheimer's care down to size. *Patient-Focused Care and Satisfaction*, 103-105.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care – Canada (1994). Screening for cognitive impairment in the elderly. National Guideline Clearinghouse [On-line]. Available: <http://www.guideline.gov/index.asp>
- Clarfield, A. M. & Foley, J. M. (1993). The American and Canadian Consensus conferences on dementia: Is there consensus? *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(8), 883-886.
- Clarke Consulting Group (1996). Final Report: Establishing benchmarks for psychogeriatric outreach programs. Toronto, Ontario: Author.
- Cohen, C. I. (2000). Directions for research and policy on schizophrenia and older adults: Summary of the GAP committee report. *Psychiatric Services*, 51(3), 299-302.
- Copeland, J. R. M., Prince, M., Wilson, K. C. M., Dewey, M. E., Payne, J., & Gurland, B. (2002). The geriatric mental state examination in the 21st century. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 729-732.
- DeLise, D. C. & Leasure, A. R. (2001). Benchmarking: Measuring the outcomes of evidence-based practice. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 5(2), 70-74.
- Dugan, E., Cohen, S. J., Bland, D. R., Preisser, J. S., Davis, C. C., Suggs, P. K. et al. (2000). The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(4), 413-416.
- Eccles, M., Clarke, J., Livingstone, C., Freemantel, N., & Mason, J. (1998). North of England evidence based guidelines development project: Guideline for the primary care management of dementia. *British Medical Journal* [On-line]. Available: www.bmj.com
- Eccles, M., Freemantel, N., & Mason, J. (1999). North of England evidence-based guideline development project: Summary version of guidelines for the choice of antidepressants for depression in primary care. *Family Practice*, 16(2), 103-111.
- Evans, M. (1994). Dementia. *Psychiatry on line Italia* [On-line]. Available: www.pol-it.org
- Fields, D. S. (2000). Finding and appraising useful, relevant recommendations for geriatric care. *Geriatrics*, 55(1), 59-63.
- Finkel, S. I. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: Implications for research and treatment. *Official Journal of the International Psychogeriatric Association*, 8(3), 215-217.
- Fischhof, P. K., Weber, M., Gehmayr, R. M., & Neusser, M. (2001). Short dementia questionnaire for assessing the severity of cognitive impairment in patients with dementia. *Drugs of Today*, 37(10), 691-696.
- Fisk, J. D., Sdovnick, A. D., Cohen, C. A., Gauthier, S., Dossetor, J., Eberhart, A. et al. (1998). Ethical guidelines of the Alzheimer Society of Canada. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 25(3), 242-248.
- Foreman, M. D., Mion, L. C., Tryostad, L., & Fletcher, K. (1999). Standard of practice protocol: Acute confusion/delirium. *Geriatric Nursing*, 20(3), 147-152.
- Gateau, P. B., Letenneur, L., Deschamps, V., Peres, K., Dartigues, J. F., & Renaud, S. (2002). Fish, meat, and risk of dementia: Cohort study. *British Medical Journal*, 325, 932-933.

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

- Gibbons, L. E., Van Belle, G., Yang, M., Gill, C., Brayne, C., Huppert, F. A. et al. (2002). Cross-cultural comparison of the mini-mental state examination in United Kingdom and United States participants with Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 723-728.
- Glassman, R., Farnan, L., Gharib, S., & Erb, J. (2001). Depression: A guide to diagnosis and treatment. National Guideline Clearinghouse [On-line]. Available: www.brighamandwomens.org/medical/handbookarticles/depression/DepressionGuidelines.pdf
- Government of Ontario (2000). *Putting the PIECES together: A psychogeriatric guide and training program for professionals in long-term care facilities in Ontario*. (2nd ed.) Toronto, Ontario: Queen's Printer for Ontario.
- Government of Ontario (1998). *Making it happen: Operational framework for the delivery of mental health services and supports*. Toronto, Ontario: Queen's Printer for Ontario.
- Government of Ontario (1999). *Making it happen: Implementation plan for mental health reform*. Toronto, Ontario: Queen's Printer for Ontario.
- Hafner, H. (1996). Psychiatry of the elderly: Consensus statement. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 246, 329-332.
- Hall, G. R. (1997). *Research-based protocol: Alzheimer's disease and chronic dementing illnesses*. Iowa City: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core.
- Hall, G. R. & Buckwalter, K. C. (1998). *Researchbased protocol: Bathing persons with dementia*. Iowa City: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core.
- Hogan, B. D., Jennett, P., Freter, S., Bergman, H., Chertkow, H., & Gold, S. (2001). Recommendations of the Canadian consensus conference on dementia, dissemination, implementation, and evaluation of impact. *Canadian Journal of Neurological Science*, (Suppl.1), S115-S121.
- Hoyl, M. T., Alessi, C. A., Harker, J. O., Josephson, K. R., Pietruszka, F. M., Koelfgen, M. et al. (1999). Development and testing of a five-item version of the geriatric depression scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(7), 873-878.
- Inouye, S. K. (1993). Delirium in hospitalized elderly patients: Recognition, evaluation, and management. *Connecticut Medicine*, 57(5), 309-315.
- Inouye, S. K. & Charpentier, P. A. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. *Journal of American Medical Association*, 275(11), 852-857.
- Institute for Clinical Systems Improvement (2000). Healthcare guideline: Major depression in specialty care in adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). [On-line]. Available: <http://www.icsi.org/guidelst.htm#guidelines>
- International Psychogeriatric Association (2000). International experts reach consensus on definitions of behavioral and psychological symptoms of dementia. International Psychogeriatric Association [On-line]. Available: <http://www.ipa-online.net>
- International Psychogeriatric Association (2001a). BPSD: Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia. International Psychogeriatric Association [On-line]. Available: www.ipa-online.org
- International Psychogeriatric Association (2001b). Psychogeriatrics: Definition and description of psychogeriatrics. International Psychogeriatric Association [On-line]. Available: www.ipa-online.net
- International Psychogeriatric Association (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: Implications for research and treatment. *Official Journal of the International Psychogeriatric Association*, 8(3), 215-218.
- Jenike, M. (1995). Neuropsychiatric assessment and treatment of geriatric depression. *Psychiatric Times*, XII(5), 1-10.

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

- Jorm, A. F. (1997). Methods of screening for dementia: A meta-analysis of studies comparing an informant questionnaire with a brief cognitive test. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(3), 158-162.
- Katona, C. (2000). Psychiatry of the elderly: The WPA/WHO consensus statements. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(8), 751-752.
- Kennedy, G. J. (2000). Symposium: Screening for depression and dementia among elderly patients: A consideration of functional outcomes, quality of life, and cost. American Association for Geriatric Psychiatry (13th Annual Meeting) – Conference summary. [On-line].
- Kuslansky, G., Buschke, H., Katz, M., Sliwinski, M., & Lipton, R. B. (2002). Screening for Alzheimer's Disease: The memory impairment screen versus the conventional three-word memory test. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), 1086-1091.
- Lacko, L., Bryan, Y., Dellasega, C., & Salerno, F. (1999). Changing clinical practice through research: The case of delirium. *Clinical Nursing Research*, 8(3), 235-250.
- Long-Term Care Committee of the Ottawa- Carleton Regional District Health Council (1995). *Investing in independence*. Ottawa, Ontario: Ottawa Carleton District Health Council.
- McCurren, C. (2002). Assessment for depression among nursing home elders: Evaluation of the MDS mood assessment. *Geriatric Nursing*, 23(2), 103-108.
- McKibbin, A., Eady, A., & Marks, S. (1999). Secondary publications: Clinical practice guidelines. In *PDQ Evidence-Based Principles and Practice*. (pp. 153-172). Hamilton, B. C. Decker Inc.
- Mentes, J. C. (1995). A nursing protocol to assess causes of delirium: Identifying delirium in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(2), 26-30.
- Milton, A., Byrne, T. N., Daube, J. R., Franklin, G., Frishberg, B. M., Goldstein, M. L. et al. (1994). Practice parameter for diagnosis and evaluation of dementia (summary statement). *Neurology*, 44(11), 2203-2206.
- Near, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S. et al. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 51(6), 1546-1554.
- Parker, C. (2001). Skipping into the next century. *Canadian Nursing Home*, 24-26. Patten, B. S. (2000). Major depression incidence in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 163(6), 714-715.
- Patterson, C. (1994). Screening for cognitive impairment in the elderly. In Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. (Ed.), *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Ottawa, Ontario: Minister of Supply and Services Canada.
- Patterson, C. J. S., Gauthier, S., Bergman, H., Cohen, C. A., Feightner, J. W., Feldman, H. et al. (1999). Management of dementing disorders: The recognition, assessment and management of dementing disorders – Conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Canadian Medical Association Journal*, eCMAJ, 1999 160 (12 Suppl) [On-line]. Available: <http://www.cma.ca>
- Pignone, M., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Mulrow, C. D., Orleans, C. T., Whitener, B. L. et al. (2002). Systematic evidence review: Screening for depression. Research Triangle Institute-University of North Carolina Evidence-based Practice Centre [On-line]. Available: <http://hstat2.nlm.nih.gov/download/382411996837.html>
- Piven, M. L. S. (1998). *Research Based Protocol: Detection of depression in the cognitively intact older adult*. Iowa City: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core.
- Piven, M. L. S. (2001). Detection of depression in the cognitively intact older adult protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(6), 8-14. Rabins, P. V., Black, B. S., Roca, R., German, P.,
- McGuire, M., Beatrice, R. et al. (2000). Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *Journal of American Medical Association*, 283(21), 2802-2809.
- Rachel, R. & Cucio, C. P. (2000). Late-life dementia: Review of the APA guidelines for patient management. *Geriatrics*, 55(10), 55-62. Reisber, B., Burns, A., Brodaty, H., Eastwood, R.,

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

- Rossor, M., Sartorius, N. et al. (2000). Report of an IPA Special Meeting Work Group under the co-sponsorship of Alzheimer's Disease International, the European Federation of Neurological Societies, the World Health Organization, and the World Psychiatric Association. International Psychogeriatric Association [On-line]. Available: <http://www.ipa-online.net/>
- Reuben, D. B., Herr, K., Pacala, J. T., Potter, J. F., Semla, T. P., & Small, G. W. (2000). *Geriatrics at your fingertips, 2000 edition*. American Geriatrics Society. Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc.
- Reuben, D. B., Herr, K., Pacala, J. T., Potter, J. F., Semla, T. P., & Small, G. W. (2001). *Geriatrics at your fingertips, 2001 edition*. American Geriatrics Society. Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc.
- Ritchie, K. (2001). Mild cognitive impairment: Conceptual basis and current nosological status. Findarticle.com original article published in the Lancet, 2000, Vol.355, pp 225-228 [On-line]. Available: <http://www.findarticles.com>
- Rose, V. L. (1998). Consensus statement focuses on diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders in primary care. *American Family Physician*, 57(6), 1131-1132.
- Sahr, N. (1999). Assessment and diagnosis of elderly depression. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 3(3), 158-164.
- Schindler, R. J. & Cucio, C. P. (2000). Late-life dementia: Review of the APA guidelines for patient management. *Geriatrics*, 55(10), 55-60, 62.
- Schulberg, H. C., Katon, W., Simon, G. E., & Rush, J. (1998). Treating major depression in primary care practice, An update of the Agency for Healthcare Policy and Research practice guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1121-1127.
- Scott, J., Thorne, A., & Horn, P. (2002). Quality improvement report: Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. *British Medical Journal*, 325, 951-954.
- Semla, T. P. & Watanabe, M. D. (1998). ASHP Therapeutic position statement on the recognition and treatment of depression in older adults. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 55(12), 2514-2518.
- Shah, A. & Gray, T. (1997). Screening for depression on continuing care psychogeriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 125-127.
- Silverstone, P. H., Lemay, T., Elliott, J. H. V., & Starko, R. (1996). Depression in the medically ill – The prevalence of major depression disorder and low self-esteem in medical inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41(2), 65-74.
- Snowball, R. (1999). Critical appraisal of clinical guidelines. In M.Dawes, P. Davies, A. Gray, J. Mant, & K. Seers (Eds.), *Evidence-based practice: A primer for health care professionals* (pp. 127-131). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Stoke, L. T. & Hassan, N. (2002). Depression after stroke: A review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clinical Rehabilitation*, 16(3), 231-247.
- Stokes, J. & Lindsay, J. (1996). *Major causes of death and hospitalization in Canadian seniors*. Ottawa, Ontario: Division of Aging and Seniors, Population Health Directorate, Health Promotion and Programs Branch, Health Canada – Tunney's Pasture.
- The 10/66 Dementia Research Group (2000). Dementia in developing countries: A consensus statement from the 10/66 Dementia Research Group *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1), 14-20.
- The Canadian Study of Health and Aging Working Group. (2000). The incidence of dementia in Canada. *Neurology*, 55(1), 66-73.
- The NAMI.net (2001). Depression in older persons. The Nation's Voice on Mental Illness [On-line]. Available: <http://www.nami.org>
- The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Centre-Research Development and Dissemination Core (1996). *Alzheimer's disease and chronic dementing illnesses*. National Guideline Clearinghouse.

- Tolson, D., Smith, M., & Knight, P. (1999). An investigation of the components of best nursing practice in the care of acutely ill hospitalized older patients with coincidental dementia: A multi-method design. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1127-1136.
- Tully, M. W., Matraskas, K. L., Muir, J., & Musallam, K. (1997). The eating behavior scale: A simple method of assessing functional ability in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(7), 9-15, 54-55.
- Tune, L. (2001). Assessing psychiatric illness in geriatric patients. *Clinical Cornerstone*, 3(3), 23-36.
- U.S Preventive Service Task Force (1996). Screening for dementia: Mental disorders and substance abuse. *In Guidelines from guide to clinical preventive services* (2 ed.), Boston: Williams & Wilkins.
- U.S.Department of Health and Human Services – Agency for Healthcare Policy and Research (1999). Early Alzheimer's Disease: Patient and family guide. *Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control*, 7(1), 67-85.
- University Health System Consortium – Department of Veterans Affairs – Federal Government Agency (U.S.) (1997). Dementia identification and assessment: Guidelines for primary care practitioners. National Guideline Clearinghouse [On-line]. Available: www.guideline.gov/index.asp
- Van Hout, H., Teunisse, S., Derix, M., Poels, P., Kuin, Y., Dassen, M. V. et al. (2001). CAMDEX, can it be more efficient? Observational study on the contribution of four screening measures to the diagnosis of dementia by a memory clinic team. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(1), 64-69.
- Van Hout, H. P. J., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Hoefnagels, W. H. L., Kuin, Y., Stalman, W. A. B., Moons, K. G. M., & Grol, R. P. T. M. (2002). Dementia: Predictors of diagnostic accuracy and the contribution of diagnostic recommendations. *The Journal of Family Practice* [On-line]. Available: http://www.jfponline.com/content/2002/08/jfp_0802_00693.asp
- Vertesi, A., Lever, J. A., Molloy, D. W., Sanderson, B., Tuttle, I., Pokoradi, L. et al. (2001). Standardized mini-mental state examination: Use and interpretation. *Canadian Family Physician*, 47, 2018-2023.
- Wertheimer, J. (1996). Psychiatry of the elderly. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 246, 329-332.
- Wertheimer, J. (1997). Psychiatry of the elderly: A consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(4), 432-435.

Appendice A: Strategia di Ricerca dell'Evidenza Esistente

STEP 1 – Ricerca dei Database

Una ricerca iniziale dei database delle linee guida esistenti è stata condotta all'inizio del 2001 da una compagnia specializzata in ricerche della letteratura tramite organizzazioni di ambito sanitario, ricercatori e consulenti. Una successiva ricerca è stata condotta nei database di MEDLINE, CINAHL e Embase, per articoli pubblicati tra l'1 gennaio 1995 ed il 28 febbraio 2001, con il limite di età di 65+ anni, usando le seguenti parole chiave: "psychogeriatric assessment", "geriatric assessment", "geriatric mental health", "assessment", "mental health assessment", "depression", "delirium", "dementia(s)", "practice guidelines", "practice guideline", "clinical practice guideline", "clinical practice guidelines", "standards", "consensus statement(s)", "consensus", "evidence based guidelines" and "best practice guidelines". È stata condotta un'ulteriore ricerca sul database della Cochrane Library per le revisioni sistematiche usando gli stessi termini precedentemente menzionati.

STEP 2 – Ricerca su Internet

È stato usato un motore di ricerca metacrawler (metacrawler.com), più altre informazioni disponibili fornite dal team di progetto, per creare una lista di 42 siti web che pubblicano o immagazzinano linee guida di pratica clinica. I seguenti siti sono stati cercati al principio del 2001.

- Agency for Healthcare Research and Quality: www.ahrq.gov

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

- Alberta Clinical Practice Guidelines Program: www.amda.ab.ca/general/clinical-practice-guidelines/index.html
- American Medical Association: <http://www.ama-assn.org/>
- Best Practice Network: www.best4health.org
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: www.hlth.gov.bc.ca/mssp/protoguide/index.html
- Canadian Centre for Health Evidence: www.cche.net
- Canadian Institute for Health Information (CIHI): www.cihi.ca/index.html
- Canadian Medical Association Guideline Infobase: www.cma.ca/eng-index.htm
- Canadian Task Force on Preventative Healthcare: www.ctfphc.org/
- Cancer Care Ontario: www.cancercare.on.ca
- Centre for Clinical Effectiveness – Monash University, Australia: <http://www.med.monash.edu.au/publichealth/cce/evidence/>
- Centre for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov
- Centre for Evidence-Based Child Health: <http://www.ich.bpmf.ac.uk/ebm/ebm.htm>
- Centre for Evidence-Based Medicine: <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/>
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/>
- Centre for Evidence-Based Nursing: www.york.ac.uk/depts/hstd/centres/evidence/ev-intro.htm
- Centre for Health Services Research: www.nci.ac.uk/chsr/publicn/tools/
- Core Library for Evidenced-Based Practice: <http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/core.html>
- CREST: <http://www.n-i.nhs.uk/crest/index.htm>
- Evidence-Based Nursing: <http://www.bmjpg.com/data/ebn.htm>
- Health Canada: www.hc-sc.gc.ca
- Healthcare Evaluation Unit: Health Evidence Application and Linkage Network (HEALNet): <http://healnet.mcmaster.ca/nce>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES): www.ices.on.ca/
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): www.icsi.org
- Journal of Evidence-Based Medicine: <http://www.bmjpg.com/data/ebm.htm>
- McMaster University EBM site: <http://hiru.hirunet.mcmaster.ca/ebm>
- McMaster Evidence-Based Practice Centre: <http://hiru.mcmaster.ca/epc/>
- Medical Journal of Australia: <http://mja.com.au/public/guides/guides.html>
- Medscape Multispecialty: Practice Guidelines: www.medscape.com/Home/Topics/multispecialty/directories/dir-MULT.PracticeGuide.html
- Medscape Women's Health: www.medscape.com/Home/Topics/WomensHealth/directories/dir-WH.PracticeGuide.html
- National Guideline Clearinghouse: www.guideline.gov/index.asp
- National Library of Medicine: <http://text.nlm.nih.gov/frs/gateway>
- Netting the Evidence: A SchARR Introduction to Evidence Based Practice on the Internet: www.shef.ac.uk/uni/academic/
- New Zealand Guideline Group: <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>
- Primary Care Clinical Practice Guideline: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/>
- Royal College of Nursing (RCN): www.rcn.org.uk
- The Royal College of General Practitioners: <http://www.rcgp.org.uk/Sitelis3.asp>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm
- TRIP Database: www.tripdatabase.com/publications.cfm
- Turning Research into Practice: <http://www.gwent.nhs.gov.uk/trip/>
- University of California: www.library.ucla.edu/libraries/biomed/cdd/clinprac.htm
- www.ish.ox.au/guidelines/index.html

Una persona ha cercato ciascuno di questi siti. La presenza o assenza di linee guida era annotata per ciascuno dei siti cercati – contemporaneamente veniva indicato se il sito non ospitava la linea guida, ma rimandava ad un altro sito per il ritrovamento della linea guida. Una versione completa di questo documento recuperata per tutte le linee guida.

STEP 3 – Ricerca manuale/Contributi del Panel

Ai membri del panel è stato richiesto di revisionare i loro archivi personali per identificare le linee guida non trovate con la precedente strategia di ricerca. In un raro caso i membri del panel hanno identificato una linea guida che non era stata trovata con la ricerca sui database o tramite internet, poiché era stata sviluppata da un gruppo locale e in quel momento non era ancora stata pubblicata.

STEP 3 – Criteri centrali di screening

Il metodo di ricerca sopra descritto ha trovato venti linee guida, molte revisioni sistematiche e numerosi articoli relativi alla valutazione e gestione della salute mentale geriatrica. Lo step finale nel determinare se la linea guida di pratica clinica poteva essere valutata criticamente ha applicato i seguenti criteri:

- La linea guida era in inglese, di portata internazionale.
- La linea guida era datata non precedentemente al 1996.
- La linea guida era strettamente inerente all'area topica (delirio, demenza e depressione)
- La linea guida era basata sull'evidenza (p.e. c'erano i riferimenti, la descrizione e la fonte dell'evidenza)
- La linea guida era disponibile ed accessibile al ritrovamento.

Sono state considerate dieci linee guida da sottoporre a revisione critica usando il "Cluzeau et al. (1997) *Appraisal Instrument for Clinical Guidelines*".

Risultati della strategia di ricerca

I risultati ottenuti dalla strategia di ricerca ed il processo di screening iniziale sono sfociati nell'esito valutativo critico come elencato sotto.

Titolo delle linee guida valutate criticamente

American College of Emergency Physicians (1999). Clinical policy for the initial approach to patients presenting with altered mental status. *Annals of Emergency Medicine*, 3(2), 251-280.

American Psychiatric Association (1997). Practice guidelines for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 1-39.

American Psychiatric Association (1999). Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 1-20.

Bronheim, H. E., Fulop, G., Kunkel, E. J., Muskin, P. R., Schindler, B. A., Yates, W. R. et al. (1998). Practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 39(4), S8-S30.

Costa, P. T. Jr., Williams, T. F., Somerfield, M. et al. (1996). *Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementia. Clinical practice guideline No. 19*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Policy and Research.

New Zealand Guidelines Group (1998). *Guidelines for the Support and Management of People with Dementia*. New Zealand: Enigma Publishing.

New Zealand Guidelines Group (1996). Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals. Ministry of Health Guidelines, New Zealand [On-line]. Available: <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>

Rapp, C. G. & The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium (1998). *Research based protocol: Acute confusion/delirium*. Iowa City: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core.

Schutte, D. L. & Titler, M. G. (1999). *Research-based protocol: Identification, referral and support of elders with genetic conditions*. Iowa City: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Development and Dissemination Core.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998). Interventions in the management of behavioural and psychological aspects of dementia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [On-line]. Available: <http://www.show.nhs.uk/sign/home/htm>

Appendice B: Glossario dei Termini

Abilità visuospatiale: capacità di produrre e riconoscere figure ed oggetti tridimensionali e bidimensionali.

Acatisia: incapacità di star fermi.

Afasia: importante disfunzione del linguaggio, colpisce labilità di articolare le proprie idee o di capire il linguaggio scritto o parlato.

Affettività labile: cambiamenti rapidi o espressione instabile di emozioni o umori.

Agnosia: perdita o danno della capacità di riconoscere, capire o interpretare stimoli sensoriali o rappresentazioni del mondo esterno, come forme o simboli.

Anamnesi focalizzata: una storia dell'assistito ristretta alle domande scelte per elicitar l'informazione relativa al danno cognitivo o al declino in una funzione compatibile con la demenza e per documentare la cronologia del problema.

Aprassia: perdita o danno della capacità di eseguire un atto motorio acquisito in assenza di danno motorio o della sensibilità (p.e. paralisi o paresi).

Attività di vita quotidiana (ADLs): auto-mantenimento di capacità come vestirsi, fare il bagno, evacuare, fare la toeletta, mangiare e deambulare.

Attività di vita quotidiana strumentali (IADLs): abilità complesse, di più alto livello come gestire le finanze, usare il telefono, guidare la macchina, assumere i farmaci, pianificare un pasto, fare compere e lavorare in una occupazione.

Cognizione: facoltà della coscienza o processo di conoscenza che comprende gli aspetti di consapevolezza, percezione, ragionamento, pensiero e ricordo.

Delirio: un temporaneo stato di disordine mentale, caratterizzato da un attacco di acuto ed improvviso disturbo cognitivo, disorientamento, deficit attentivo, abbassamento del livello di coscienza o disturbi percettivi.

Demenza: una sindrome di declino progressivo in molteplici aree (domini) di funzioni cognitive che alla fine portano ad una significativa incapacità di mantenere la prestazione occupazionale o sociale.

Demenza non reversibile: termine usato per distinguere quei disordini cognitivi che non possono essere trattati efficacemente per ristabilire completamente o approssimativamente una normale funzione intellettiva, da quelli che lo possono.

Demenza Reversibile: termine usato per distinguere quei disordini cognitivi che possono essere trattati efficacemente per ristabilire una normale o quasi normale funzione intellettiva, da quelli che non lo possono.

Demenza vascolare: demenza con una progressione a gradini dei sintomi, che insorgono improvvisamente, spesso in associazione con un fatto neurologico. Chiamata anche demenza multi-infartuale.

Depressione: una sindrome comprensiva di una costellazione di manifestazioni affettive, cognitive e somatiche o fisiologiche

Disordini cognitivi: rappresentazione caratterizzata da disfunzione cognitiva presunta essere diretta agli effetti fisiologici di una condizione clinica generale che non incontra i criteri specifici di delirio, demenza o disordini mnestici.

Famiglia: chiunque l'utente definisca come familiare. I membri familiari possono includere: coniugi, genitori, bambini, fratelli, vicini di casa e persone significative della comunità.

Fluenza verbale: abilità a generare velocemente una lista di parole appartenenti alla stessa categoria o che iniziano con una lettera specifica.

Funzioni cognitive: processi mentali comprendenti memoria, abilità di linguaggio, attenzione e giudizio

Interdisciplinare: un processo in cui i professionisti sanitari che rappresentano la competenza in varie discipline sanitarie partecipano al processo di supporto agli utenti ed alle loro famiglie nel processo di cura.

Memoria procedurale: memoria per certi percorsi di esecuzione di qualcosa o per certi movimenti.

Memoria semantica: quello che è appreso come conoscenza; è senza tempo e senza spazio (p.e. l'alfabeto o i fatti storici non collegati alla vita di una persona).

Polifarmaci: la somministrazione abbinata di molti farmaci

Prassia: il fare o il rappresentare un'azione, un movimento o una serie di movimenti.

Psicometrico: relativo a misurazioni sistematiche di processi mentali, di variabili psicologiche come intelligenza, attitudine, tratti di personalità e modalità comportamentali.

Sensibilità (di uno strumento test): abilità ad identificare i casi di una particolare condizione medica (p.e. demenza) in una popolazione che comprende persone che l'hanno avuta. È detta anche sensibilità diagnostica.

Specificità (di uno strumento test): capacità di identificare coloro che non hanno avuto una particolare condizione medica (p.e. demenza) in una popolazione di persone che l'hanno avuta. Chiamata anche specificità diagnostica.

Supporto informale: supporto e risorse fornite da persone associate all'individuo che riceve le cure. Le persone che forniscono supporto informale possono essere; famiglia, amici, vicini di casa, e/o membri della comunità.

Valutazione iniziale (per demenza): una valutazione condotta quando il paziente, il clinico o qualcun altro riferisce all'utente le prime notizie o riconosce i sintomi che suggeriscono la presenza di disordini dementigeni. Questa valutazione include un'anamnesi focalizzata, una visita medica focalizzata, l'esame dello stato mentale e funzionale e la considerazione delle condizioni confondenti e delle comorbilità.

Visita medica focalizzata: una visita medica che cerca di identificare la minaccia di vita o la malattia rapidamente progressiva, e contemporaneamente offre una particolare attenzione alle condizioni che possono causare delirio. La visita tipicamente include una breve indagine neurologica come pure una valutazione della mobilità e delle funzioni cardiaca, respiratoria, e sensoria.

Appendice C: Guida di riferimento dello strumento valutativo

Strumento	Descrizione dello strumento	Riferimento a...
Extensive Nursing Assessment/Mental Status Questions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Domande campione da usare nel colloquio infermiere-paziente 	Appendice D
Mini-Mental Status Exam (MMSE)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La valutazione dello stato mentale più universalmente usata; un buon strumento per convalidare le osservazioni cliniche infermieristiche. ▪ Misura: memoria, orientamento, linguaggio, attenzione, abilità visuospatiali e costruttive. 	Appendice E
Clock Drawing Test	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Può aiutare a supportare una diagnosi di demenza o ad indicare un'area clinica di difficoltà di cui il paziente soffre. ▪ È complementare di altri test focalizzati su memoria e linguaggio. 	Appendice F
Neecham Confusion Scale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Misura il livello di confusione nel controllo dell'elaborazione, del comportamento e fisiologico. 	Appendice G
Confusion Assessment Method (CAM) Instrument	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aiuta ad identificare le persone che possono soffrire di delirio o di uno stato acuto di confusione. ▪ Utile per differenziare delirio e demenza. 	Appendice H
Establishing a Diagnosis of Depression in the Elderly [Sig: E Caps]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ci sono problemi nervosi o umore depresso, usare l'acronimo "Sig: E Caps" per l'identificazione. 	Appendice I
Cornell Scale for Depression	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornisce una valutazione quantitativa della depressione in individui con e senza demenza. ▪ Utilizza informazioni date sia dagli infermieri, sia dagli utenti. 	Appendice J
Geriatric Depression Scale and Geriatric Depression Scale (GDS – 4 Short Form)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Può aiutare a supportare una diagnosi di depressione (in aggiunta a valutazione clinica). ▪ Fornisce una valutazione quantitativa della depressione. 	Appendice K & L
Suicide Risk in the Older Adult	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aiuta ad identificare il rischio di suicidio in individui con umore depresso. 	Appendice M

Appendice D: Extensive Nursing Assessment/Mental Status Questions

Colloquio infermiere-utente: domande generali campione

Presentazione del problema

- Mi dica il motivo per cui lei è qui (in trattamento)

Malattie presenti

- Quando ha avuto il primo riscontro del problema?
- Quali cambiamenti ha notato in se stesso?
- Quale pensa sia la causa del problema?
- Ha avuto qualche sentimento o pensiero preoccupante?

Storia familiare

- Come può descrivere il suo rapporto con i suoi genitori?
- Uno dei suoi genitori ha avuto problemi emozionali o mentali?
- Uno dei suoi genitori è stato trattato da uno psichiatra o da un terapeuta?
- Il suo trattamento comprende farmaci o terapia elettroconvulsiva (ECT) ?
- È stato aiutato dal suo trattamento?

Storia infantile/ premorbosa

- Andava d'accordo con i suoi familiari e con i suoi amici?
- Come si descriverebbe da bambino?

Storia clinica

- Ha qualche problema clinico grave?
- In che modo questo ha influenzato il suo problema attuale?

Storia Psicosociale/Psichiatrica

- Non è mai stato trattato per problemi emozionali o psichiatrici? Non le è mai stata diagnosticata una malattia mentale?
- Non è mai stato ricoverato in un ospedale psichiatrico?
- Non le sono mai stati prescritti farmaci per problemi emozionali o malattie mentali? Non ha mai avuto ECT (electroconvulsive therapy)?
- Se sì i farmaci o la ECT aiutano i suoi sintomi/problemi?
- Con quale frequenza si presentano i sintomi? (circa ogni sei mesi? Una volta all'anno? Ogni cinque anni? È il primo episodio?)
- Per quanto tempo è in grado di funzionare bene nel periodo che intercorre tra gli attacchi dei sintomi? (settimane? Mesi? Anni?)
- Che cosa ritiene, se qualcosa c'è, che abbia contribuito ai suoi sintomi? (Niente? Assunzione di farmaci sospesa? Inizio di uso di alcool? Droga?)

Educazione

- Quali scuole ha fatto?
- Che cosa prova verso la scuola?

Aspetti legali

- Non ha mai avuto problemi con la legge?

Storia matrimoniale?

- Che cosa prova nei confronti del suo matrimonio? (se l'assistito è sposato). Come potrebbe descrivere il suo rapporto con i suoi figli? (se l'assistito ha dei figli)
- Che genere di cose fa nell'ambito familiare?

Storia sociale

- Parli dei tuoi amici delle tue attività sociali.
- Come descriverebbe la sua relazione con i suoi amici?

Consapevolezza

- Attualmente si considera diverso da come era prima che iniziassero i suoi problemi? In che modo?
- Pensa di avere un problema emozionale o una malattia mentale?
- Pensa di avere bisogno di aiuto per il suo problema?
- Quali sono i suoi obiettivi per se stesso?

Sistema di valori/credenze (compresi quelli spirituali)

- Quale sorta di pensiero porta conforto e pace alla sua mente?
- Quali di queste cose potranno esserle di aiuto ora?

Recenti eventi stressanti/perdite

- Ci sono stati recentemente nella sua vita eventi stressanti o perdite?
- Quali sono le sue relazioni piacevoli?
- Quanto va d'accordo con le persone al lavoro?

Adattato da:

Fortinash, K. M. & Holoday-Worret, P. A. (1999). *Psychiatric nursing care plans*. (3 ed.), St. Louis: Mosby.

Fortinash, K. M. (1990). Assessment of Mental States. In L. Malasanos, V. Bakauskas & K. Stoltenberg-Allen (Eds.), *Health Assessment* (4 ed.), St. Louis: Mosby.

Esame dello stato mentale

Aspetto

- Abbigliamento, pulizia personale, igiene, cosmetici, età apparente, postura, espressione del viso.

Comportamento/attività

- Ipoattività o iperattività, rigidità, rilassatezza, movimenti irrequieti o agitazione motoria, cammino e coordinazione, smorfie facciali, gesti, manierismo, passività, reattività, bizzarrie.

Attitudini

- Interazione con l'intervistatore: cooperativo, resistente, amichevole, ostile, ingraziante.

Linguaggio

- Quantità: povertà di linguaggio, povertà di contenuti, ridondante.
- Qualità: articolato, congruente, monotono, loquace, ripetitivo, spontaneo, circonlocutorio, confabulante, tangenziale, pressato, stereotipato.
- Ritmo: lento, rapido

Umore ed affetto

- Umore (intensità, profondità, durata): triste, impaurito, depresso, arrabbiato, ansioso, ambivalente, felice, estatico, pomposo.
- Affetto: (intensità, profondità, durata): appropriato, apatico, costretto, affievolito, tedioso, labile, euforico, bizzarro.

Percezione

- Allucinazioni, illusioni, de-personalizzazioni, de-costatazioni, distorsioni

Pensieri

- Forma e contenuto: logico verso illogico, associazioni libere, idee fugaci, autistico, bloccato, diffuso, neologismi, insalata di parole, ossessioni, farfugliamento, illusorio, astratto verso concreto.

Sensorio/cognizione

- Livello di consapevolezza, orientamento, soglia attentiva, memoria recente e remota, concentrazione, capacità di comprendere e processare l'informazione, intelligenza.

Giudizio

- Capacità di ponderare e valutare le situazioni, prendere decisioni ponderate, comprendere le conseguenze del comportamento, assumersi la responsabilità delle proprie azioni.

Consapevolezza

- Capacità di percepire e capire la causa e la natura delle proprie ed altrui situazioni

Affidabilità

- Impressione dell'intervistatore che l'individuo riporti informazioni accurate e complete.

Adattato da: Fortinash, K. M. & Holoday-Worret, P. A. (1999). *Psychiatric nursing care plans*. (3 ed.), St. Louis: Mosby.

Appendice E: Mini-Mental Status Exam

(MMSE) Sample Items

Il MMSE è una scala in 30 punti costruita per valutare le prestazioni cognitive dell'assistito in ambito clinico. Valuta l'orientamento, l'attenzione, la memoria ed il linguaggio.

Sotto c'è un esempio di MMSE.

Gli item riportati, validati per la lingua italiana, sono proposti dal gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (G.B. Frisoni, R. Ronzini, A. Bianchetti, M. Trabucchi): *Principal lifetime occupation and MMSE score in elderly persons. Journal of Gerontology: Social Sciences 48:S310-S314, 1993.*

Orientamento temporale

“Che giorno è?”

Registrazione

Dopo aver nominato tre parole (casa, pane, gatto) chiaramente e lentamente (una al secondo) invitare il paziente a ripeterle. Qualora non riesca al primo tentativo è possibile ripeterle fino ad un massimo di sei tentativi oltre i quali la prova viene sospesa. Si assegna un punto per ogni parola correttamente ripetuta al primo tentativo.

Denominazione

Vengono mostrati due oggetti (penna ed orologio) chiedendo al paziente di denominarli.

Letture

Si mostra al paziente un foglio con la scritta “CHIUDA GLI OCCHI” chiedendo di eseguire il comando scritto.

Appendice F: Clock Drawing Test

Viene dato al paziente un cerchio (come quello sotto riprodotto) per eseguire il *Clock Drawing Test*. Il box è stato dato al paziente per scrivere l'ora come sarebbe scritta su un orologio.

Istruzioni: presentare il cerchio spiegando che è il quadrante di un orologio.

Step uno: chiedere di mettere i numeri nella posizione corretta.

Step due: chiedere di disegnare le lancette che indichino le undici e dieci.

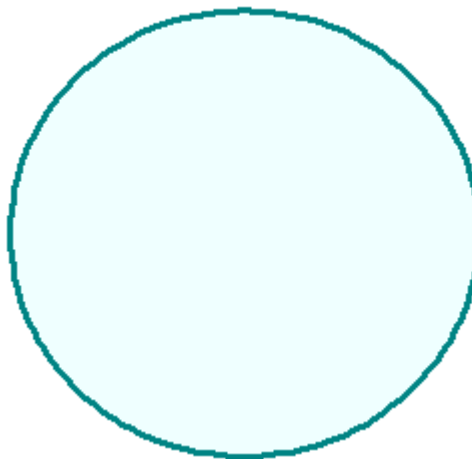
Step tre: chiedere di scrivere l'ora nel riquadro come potrebbe essere scritta su un orologio.

Se il paziente non ha scritto correttamente l'ora nel riquadro, indagare se ha capito correttamente l'ora richiesta.

NB: Ci sono molti modi di valutare questo test. C'è inoltre una molteplicità di interpretazioni, oggettive e soggettive, del Clock Drawing Test. Il metodo interpretativo è determinato dall'ente o struttura da cui l'individuo dipende per la sua pratica clinica.



Scrivere l'ora in
questo riquadro



Cockrell, R. & Folstein, M. (1988). Mini-mental state examination. *Journal of Psychiatry Research*, 24(4), 689-692.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). “Mini-mental state.” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

Appendice G: Neecham Confusion Scale

Indicazioni per la NEECHAM: completare il seguente modulo scegliendo solo un numero in ciascuno dei tre sottolivelli di ognuno dei tre livelli. Valutare ciascun livello aggiungendo i punti di ogni sottolivello ed ottenendo un punteggio totale dalla somma dei punteggi di tutti i livelli.

LIVELLO 1 – ELABORAZIONE

ELABORAZIONE - ATTENZIONE (Attenzione-Allerta-Responsività)

4 Totale attentività/allerta: risponde immediatamente ed appropriatamente alla chiamata per nome o tocco - occhi, gira la testa; totalmente consapevole dell'ambiente circostante, è presente in modo appropriato agli eventi ambientali.

3 Scarsa o iperattenzione/allerta: o scarsamente attento a richiamo, tocco o eventi ambientali o iper attento/allertato verso i segnali, oggetti ambientali.

2 Attenzione/allerta inconsistente o inappropriata: lento nelle risposte, sono richiesti numerosi richiami o tocchi per elicitare/mantenere contatto/attenzione oculare. In grado di riconoscere oggetti/stimoli, ma può addormentarsi durante la stimolazione.

1 Attenzione/allerta disturbata: apertura degli occhi al suono o al tocco; può apparire impaurito, incapace di essere presente, di riconoscere il contatto, o può mostrare comportamento ritraente/oppositivo.

0 Veglia/responsività depressa: occhi possono/non possono essere aperti; con stimoli ripetuti è possibile ottenere solo un minimo stato di veglia; incapace di riconoscere il contatto.

ELABORAZIONE - COMANDI (Riconoscimento-Interpretazione-Azione)

5 In grado di eseguire un comando complesso: “Accendi il campanello di chiamata dell'infermiere” (deve cercare e riconoscere l'oggetto, eseguire il comando).

4 Risposta lenta a comandi complessi: richiede dei suggerimenti o delle istruzioni ripetute. Esegue il comando complesso in modo “lento”/oltre ogni attesa.

3 Abilità ad eseguire un comando semplice: “Sollevi una mano o un piede Sig.... (Un solo oggetto)

2 Incapacità ad eseguire un comando diretto: esegue i comandi su sollecitazione di uno stimolo visivo o di un tocco – beve da un bicchiere posto vicino alla bocca. Risponde con l'effetto tranquillizzante del contatto dell'infermiere e con la rassicurazione o con la tenuta della mano.

1 Incapacità ad eseguire un comando guidato visivamente: risponde con espressioni del viso di stupore o di paura, e/o risposta allo stimolo di ritiro/resistenza, comportamento iper/ipoattivo; nessuna risposta alla presa leggera della mano da parte dell'infermiere.

0 Ipoattivo, letargico: risposta/movimento minimi allo stimolo ambientale.

ELABORAZIONE - ORIENTAMENTO (Orientamento, Memoria a breve termine, Contenuto di Pensiero/Linguaggio)

5 Orientato in tempo, luogo e persona: processi di pensiero, contenuti della conversazione o richieste appropriate. Memoria a breve termine intatta.

- 4 Orientato per luogo e persona:** disturbo minimo di memoria/rievocazione; contenuto e risposta alle domande generalmente appropriati. Può essere ripetitivo, richiede dei suggerimenti per mantenere il contatto. Generalmente coopera con quanto richiesto.
- 3 Orientamento incostante:** orientato verso se stesso, riconosce i familiari, ma l'orientamento per tempo e luogo è fluttuante. Utilizza stimoli visivi per orientarsi. Normali disturbi di memoria/pensiero, può avere allucinazioni o illusioni. Cooperazione passiva con le richieste (comportamenti di protezione cognitivamente cooperativi).
- 2 Disorientato con disturbi di memoria/rievocazione:** orientato verso se stesso/riconosce i familiari. Può mettere in discussione le azioni dell'infermiere o rifiutare richieste, procedure (comportamenti che salvaguardano la resistenza cognitiva). Contenuti di conversazione/pensiero disturbati. Comuni allucinazioni, illusioni.
- 1 Cognizione disorientata, disturbata:** riconoscimento inconsistente di persone familiari, famiglia, oggetti. Linguaggio/suoni vocali inappropriati.
- 0 Elaborazione dello stimolo ridotta:** risposta minimale allo stimolo verbale.

LIVELLO 2 – COMPORTAMENTO

COMPORTAMENTO – APPARENZA

- 2 Controlla la postura, mantiene l'apparenza e l'igiene:** appropriato negli abiti o nell'essere elegante, personalmente in ordine e pulito. Normale postura a letto o sulla sedia.
- 1 Postura ed aspetto disturbati:** molto disordine nell'abbigliamento/letto o nell'aspetto personale o grande mancanza di controllo della postura, posizione.
- 0 postura ed aspetto anomali:** disordinato, igiene scarsa, incapace di mantenere la postura nel letto.

COMPORTAMENTO – MOTRICITÀ

- 4 Comportamento motorio normale:** appropriatezza di movimento, coordinazione, ed attività, capace di rimanere tranquillo nel letto. Normale movimento delle mani.
- 3 Comportamento motorio lento o iperattivo:** movimento eccessivamente lento o poco spontaneo (mani/braccia incrociate sul petto o lungo i fianchi) o iperattivo (su/giù, "nervoso"). Può mostrare tremore alle mani.
- 2 Movimento motorio disturbato:** movimenti inquieti o rapidi. I movimenti delle mani appaiono anormali – raccoglie o nasconde degli oggetti nel letto. Può richiedere assistenza per movimenti afinalistici.
- 1 Movimenti inappropriati, distruttivi:** strappa i tubi (sondino, catetere ecc.), tenta di scavalcare le sponde del letto, frequenti azioni non finalizzate.
- 0 Movimento motorio ridotto:** movimenti limitati se non stimolato, movimenti di resistenza.

COMPORTAMENTO – VERBALIZZAZIONE

- 4 Iniziativa verbale appropriata:** capace di conversare, può iniziare o mantenere la conversazione. Linguaggio normale rispetto alle condizioni diagnostiche, tonalità normale.

- 3 Iniziativa verbale limitata:** le risposte allo stimolo verbale sono brevi ed incomplete. Parla in modo chiaro delle sue condizioni diagnostiche, il tono può essere anomalo, il ritmo può essere lento.
- 2 Linguaggio non adeguato:** può parlare da solo o senza senso. Parla in modo non chiaro delle sue condizioni diagnostiche.
- 1 Linguaggio/sonorità disturbati:** sonorità/tono alterati. Mormora, strilla, bestemmia o rimane in un silenzio inadeguato.
- 0 sonorità anomala:** gemiti o altri suoni disturbati. Linguaggio non chiaro.

LIVELLO 3 – CONTROLLO FISILOGICO

MISURE FISILOGICHE

Valori registrati	Escursione normale	
_____ Temperatura	(36 – 37°C)	_____ Periodi di apnea/ respirazione ridotta 1 = Sì, 2 = No
_____ BP Sistolica (SBP) _____ BP Diastolica (DBP)	(100 – 160) (50 – 90)	_____ E' prescritta la ossigeno- terapia? 0 = No, 1 = Sì, ma non ON 2 = Sì, ora ON
_____ Saturazione O ₂	(93 o più)	
_____ Respirazione (contare 1 minuto)	(14 – 22)	
_____ Battito Cardiaco (HR) Regolare/Irregolare (Circle one)	(60 – 100)	

STABILITA' DELLA FUNZIONE VITALE

Calcolare SBP e/o DBP anomale come un solo valore; calcolare HR anomalo e /o irregolare come uno; contare apnea e /o respirazione anomala come una; e temperatura anomala come una.

- 2 BP, HR, TEMPO, RESPIRAZIONE entro un'escursione normale con polso regolare.
 1 Qualunque di quelli sopra in un'escursione anomala
 0 Due o più in un'escursione anomala

STABILITA' DELLA SATURAZIONE DI OSSIGENO

2. O₂ sat. con escursione normale (93 o più).
 1 O₂ sat. da 90 a 92 o sta ricevendo ossigeno.
 0 O₂ sotto 90.

CONTROLLO DELLA CONTINENZA URINARIA

2 Mantiene il controllo vescicale.

1 Incontinente per le urine nelle ultime 24 ore o con catetere condom

0 Incontinente ora o ha catetere in permanenza o intermittente o è anurico

PUNTEGGIO

	Punteggio Totale	Indicazioni
Punteggio del livello 1 ___ Elaborazione (0 - 14 punti)	0 - 19	Confusione da moderata a severa
Punteggio del livello 2 ___ Comportamento (0 - 10 punti)	20 - 24	Sviluppo della confusione medio o iniziale
Punteggio del livello 3 ___ Controllo psicologico	25 - 26	“Non confuso”, ma ad alto rischio di confusione
	27 - 30	“Non confuso”, o funzione normale

___ PUNTEGGIO TOTALE NEECHAM

Reprinted with permission of Dr. Virginia Neelon.

Appendice H: Confusion Assessment Method Instrument (CAM)

Istruzioni per CAM: Porre le seguenti domande

Insorgenza acuta

1. C'è evidenza di un cambiamento improvviso nello stato mentale rispetto alla situazione-base del paziente?

Inattenzione

(Le domande sotto elencate sono ripetute per ogni argomento di applicazione)

2. a) il paziente ha difficoltà nell'attenzione focalizzata, per esempio, diventa facilmente distraibile, o ha difficoltà a mantenere la traccia di quello che sta dicendo?

- Non è mai presente durante tutto il colloquio
- È presente per qualche momento durante il colloquio, ma in forma media
- È presente per qualche momento durante il colloquio, ma in forma marcata
- Incerto

b) (Se presente o anomalo) Questo comportamento fluttua durante il colloquio, con una gravità che tende a venire ed andare o ad aumentare e diminuire?

- Sì Incerto
- No Non applicabile

c) (Se presente o anomalo) Descrivere questo comportamento.

Pensiero disorganizzato

3. Il paziente ha un pensiero disorganizzato o incoerente, come una conversazione non in tema con l'argomento o irrilevante, un flusso di idee non chiare o illogiche, o cambiamenti imprevedibili da un argomento all'altro?

Livello di coscienza alterato

4. In generale, come puoi valutare il livello di coscienza del paziente?

- Presente (normale)
- Vigile (iperallerta, eccessivamente sensibile alla stimolazione ambientale, molto facilmente sorpreso)
- Letargico (sonnolento, facile da destare)
- In stato saporoso (difficile da destare)
- Coma (non stabile)
- Incerto

Disorientamento

5. Il paziente è disorientato per tutto il tempo del colloquio, come per esempio pensare di essere in un posto diverso dall'ospedale, di usare un letto sbagliato o riferire la data del giorno errata.?

Compromissione della Memoria

6. Il paziente dimostra qualche problema di memoria durante il colloquio, come ad esempio incapacità a ricordare gli eventi relativi all'ospedale o difficoltà a ricordare le istruzioni?

Disturbi percettivi

7. Il paziente dimostra di avere disturbi percettivi come per esempio allucinazioni, illusioni o interpretazioni sbagliate (pensare che una cosa si muove mentre in realtà sta ferma)

Agitazione psicomotoria

8. Parte 1

Per tutto il tempo del colloquio il paziente ha un inusuale aumento del livello di attività motoria, come irrequietezza, presa delle coperte, avvistamento delle dita o cambiamento improvviso della posizione?

Ritardo psicomotorio

8. Parte 2

Per tutto il tempo dell'colloquio il paziente ha un inusuale diminuzione del livello di attività motoria come apatia, sguardo fisso nel vuoto, rimanere immobile per lungo tempo, o ha movimenti estremamente lenti?

Alterazione del ritmo sonno-veglia

9. Il paziente presenta evidenza di disturbo del ciclo sonno-veglia come ad esempio un'eccessiva sonnolenza diurna con insonnia notturna?

PUNTEGGIO

Per avere un risultato CAM positivo il paziente deve avere:

1. Presenza di un'insorgenza improvvisa e decorso fluttuante

E

2. Inattenzione

E UNO DEI DUE:

3. Pensiero disorganizzato

O

4. Alterato livello di coscienza

Reprinted with permission. Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.

Appendice I: Stabilire una Diagnosi di Depressione nell'anziano

Rivard (1999) suggerisce che uno dei migliori strumenti di screening per la depressione nell'età anziana, che riflette i criteri DSM-IV, è un richiamo mnemonico conosciuto come: "Sig: E Caps" ("una prescrizione per capsule energetiche") come base per:

S disturbo del sonno, di solito risvegli al mattino presto o frequenti e sonno agitato che lascia l'impressione di non aver dormito.

I Mancanza di interesse per le attività che prima erano divertenti.

C Sensi di colpa o preoccupazione eccessiva con rimpianto per il passato.

E Energia bassa ed eccessiva fatica non dovuta a problemi clinici coesistenti.

C Difficoltà di concentrazione e cognitiva; gli anziani, più dei giovani adulti, tendono ad avere disfunzioni cognitive più profonde durante la depressione; questo può portare a sbagliare la diagnosi di demenza.

A Disturbo dell'appetito; di solito mancanza di appetito, spesso accompagnata da perdita di peso e complicanze digestive o costipazione.

P Cambiamento psicomotorio; sia ritardo (lentezza) sia agitazione e complicanze del tipo "avere i nervi" che possono essere erroneamente attribuiti a disordine ansiogeno.

S Idee di suicidio sono un segno comune; i tassi di suicidio sono particolarmente alti negli uomini anziani.

La presenza quotidiana di cinque o più dei sopra citati sintomi, della durata di almeno due settimane, indicano che il paziente soffre di depressione maggiore e probabilmente ha bisogno di farmacoterapia come parte integrante del trattamento (Riveri 1999).

Reprinted from: Rivard M-F. Late-life depression: Diagnosis, Part I. *Parkhurst Exchange*, July 1999.

With permission from Parkhurst Publishing.

Reference: Jenike, M. A. (1989). *Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology: A Clinical Approach*. Yearbook Medical Publishers.

Appendice J: Cornell Scale per la Depressione

Nome _____ Data _____

Somministrata alle (sceglierne una)

Valutazione _____ Fatta da _____
Dimissione _____

Segni correlati all'Umore

1. Ansia

espressione ansiosa, elucubrazioni, preoccupazioni

2. Tristezza

espressione triste, voce triste, tendente al pianto

3 Mancanza di reattività agli eventi piacevoli

4. Irritabilità

facilmente scocciato, irascibile

Disturbi comportamentali

5. Agitazione

irrequietezza, contorcimento delle mani, tiro dei capelli

6. Ritardo

movimenti lenti, parola lenta, reazioni lente

7. Complicanze fisiche multiple

(punteggio 0 se ci sono solo sintomi gastrointestinali)

8. Mancanza di interesse,

minor coinvolgimento nelle attività abituali

(punteggio solo se il cambiamento è in fase acuta, p.e. meno di un mese).

Segni fisici

9. Mancanza di appetito

mangia meno del solito

10. Perdita di peso

(punteggio 2 se è superiore a 2 KG. in un mese)

11. Mancanza di energia

facilmente affaticabile, incapace di sostenere le attività

(punteggio solo se il cambiamento è in fase acuta, p.e. meno di 1 mese).

Funzioni cicliche

12. Variazione diurna dei sintomi umorali più intensa di mattina.	<input type="checkbox"/>
13. Difficoltà ad addormentarsi (si addormenta più tardi del solito)	<input type="checkbox"/>
14. Numerosi risvegli notturni.	<input type="checkbox"/>
15. Risveglio al mattino presto, prima del suo solito	<input type="checkbox"/>

Disturbo dell'ideazione

16. Suicidio

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

- Sentimento che la vita non vale la pena di essere vissuta, desideri o tentativi di suicidio
17. Scarsa autostima
auto-accusa, auto-disprezzo, senso di fallimento
- 18 Pessimismo
Anticipazione delle cose peggiori
19. Deliri umore-congruenti
delirio di rovina, di malattie o perdite

Sistema di punteggio

Il rating dovrebbe essere basato sui segni e sintomi che sono emersi nella settimana prima del colloquio. Non dovrebbe essere dato punteggio se i sintomi risultano da disabilità fisica o malattia.

0 = Assente

1 = Medio o intermittente

2 = Severo

N/A non valutabile

Reprinted with permission of Dr. George Alexopoulos.

Appendice K: Geriatric Depression Scale

Porre le seguenti domande

1. Sente piuttosto senza valore la sua vita attuale?
2. Si sente spesso annoiato?
3. Si sente spesso vulnerabile?
4. E' fondamentalmente soddisfatto della sua vita?
5. Preferisce rimanere a casa piuttosto che uscire e fare cose nuove?
6. E' di buon umore per la maggior parte del tempo?
7. Teme che possa capitarle qualcosa di brutto?
8. Sente che la sua vita è vuota?
9. Si sente felice per la maggior parte del tempo?
10. Si sente pieno di energia?
11. Pensa che sia bello essere al mondo adesso?
12. Pensa che la sua situazione sia senza speranza?
13. Ha tralasciato molte delle sua attività e dei suoi interessi?
14. Pensa che la maggior parte delle persone sia più ricca di lei?
15. Pensa di avere più problemi di memoria di tutti gli altri?

GLOSSARIO: Punteggio della Geriatric Depression Scale

4 o meno: indica assenza di depressione significativa

5 – 7: indica depressione a livello borderline

7 o più: indica probabile depressione

È presente depressione?

No:	GDS bassa ed assenza di segni clinici
Possibile:	GDS alta senza segni clinici GDS bassa con segni clinici GDS intermedia con o senza segni clinici Altri indicatori di depressione oggettivi o soggettivi
Probabile:	GDS alta con segni clinici
Si definitivo:	Pregressa storia di depressione con attuale presenza di segni clinici Recente diagnosi medica di depressione
Segni clinici:	Adattato da “DMS III Criteri Diagnostici per la Depressione Maggiore”

Insorgenza – Data

Decorso: Progressione della malattia **Piano:** Qualsiasi trattamento già iniziato

I fattori predisponenti possono comprendere:

1. Biologico	Storia familiare, precedente episodio	2. Fisico	Cronicità o altre patologie mediche – specialmente quelle che provocano dolore o perdita di funzione, p.e. artrite, CVA, CHF, ecc. Esposizione a tipologie di farmaci quali ipnotici, analgesici ed antipertensivi. Deprivazione sensoriale.
3. Psicologico	Conflitti irrisolti, p.e. collera o senso di colpa. Perdita di memoria o demenza. Disordini della personalità	4. Sociale	Perdita di familiari e di amici (lutti) Isolamento Perdita del lavoro/reddito

Commenti aggiuntivi: impressioni generali o altri commenti correlati

Appendice L: Geriatric Depression Scale (GDS-4: Short Form)

Porre le seguenti 4 domande:

1. È fondamentalemente soddisfatto della sua vita? Sì No

2. Sente che la sua vita è vuota? Sì No
3. Teme che possa capitarle qualcosa di brutto? Sì No
4. Si sente felice per la maggior parte del tempo? Sì No

Risposte con punteggio massimo 1.

Per la GDS-4 un punteggio di 1 o più indica possibile depressione.

Reprinted with permission. The Haworth Press Inc. 10 Alice St., Binghamton NY 13904.
Isella, V., Villa, M. L., & Appollonio, I. M. (2001). Screening and quantification of depression in mild-to-moderate dementia through the GDS short forms. *Clinical Gerontologist*, 24(3/4), 115-125.

Appendice M: Rischio di Suicidio negli anziani

La previsione del rischio di suicidio in una persona è difficile. Ci sono alcuni fattori che sono stati associati ad un più alto potenziale di suicidio. Questi fattori sono elencati nella tabella sottostante con i segni comportamentali

VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO SUICIDA

I. Intento suicida

- Verbalizza pensieri suicidi
- Può delineare un piano concreto e realistico
- Abilità fisica per mettere in atto la minaccia
- Descrive intenti suicidi
- I metodi sono accessibili

II comportamento

- Risponde alle domande in modo difensivo
- Aumenta la chiusura psicologica
- Caduta in depressione
- Regala tutto quello che ha
- Abusa di droghe/alcool
- Distoglie l'attenzione dell'intervistatore dall'argomento topico
- Afflitto e depresso
- Improvviso interesse disinteresse per la religione
- Mette in ordine tutti i suoi affari

III. Fattori di rischio

- Maschio
- Bassa autostima
- Sistemi di supporto: diminuiti o non esistenti
- Declino dello stato cognitivo
- Storia di tentativi di suicidio o di atteggiamenti violenti

- Abuso di sostanze tossiche
- Razza bianca
- Storia familiare di suicidio
- Declino dello stato fisico
- Impulsività
- Perdite recenti o cambiamenti di vita

Reproduced with permission from *Practical Psychiatry in the Long-Term Care Facility* by Conn, ISBN 0-88937-222-5, 2001, p.113.

© 2001 by Hogrefe & Huber Publishers • Seattle • Toronto • Göttingen • Bern

Appendice N: Farmaci che possono causare Disabilità Cognitiva

Legenda:

- (a) = Questa tabella fornisce solo esempi relativi fino al 1996.
Nuovi farmaci vengono regolarmente immessi sul mercato
- (b) = Questi componenti contengono aspirina.
- (c) = Questi componenti possono contenere altri ingredienti attivi.

Type of medication	Generic name	Common trade name(s)
Anticholinergic agents	scopolamine	Transderm Scop, Isopto-Hyosdine
	orphenadrine	Norflex, Norgesic [b], Norgesic Forte [b]
	atropine	various, Lomotil [c]
	trihexyphenidyl	Artane
	benztropine	Cogentin
	mecizine	Antivert, Bonine
	homatropine	Isopto-Homatropine, Hycodan [c]
Antidepressants	amitriptyline	Elavil, Endep, Etrafon [c], Triavil [c], Limbitrol [c]
	imipramine	Tofranil
	desipramine	Norpramin
	doxepin	Sinequan
	trazodone	Desyrel
	fluoxetine	Prozac
Antimanic agents	lithium	Eskalith, Lithobid, Lithotabs
Antipsychotic (neuroleptic) agents	thioridazine	Mellaril
	chlorpromazine	Thorazine
	fluphenazine	Prolixin
	prochlorperazine	Compazine
	trifluoperazine	Stelazine
	perphenazine	Trilafon, Etrafon [c], Triavil [c]
	haloperidol	Haldol
Antiarrhythmic agents (oral)	quinidine	Quinidex, Quinaglute
	disopyramide	Norpace
	tocainide	Tonocard

Farmaci che possono causare danno cognitivo

Antifungal agents	amphotericin B	Fungizone
	ketoconazole	Nizoral
Sedative/hypnotic agents		
Benzodiazepine derivatives	diazepam	Valium, Valrelease
	chlordiazepoxide	Librium, Libritabs, Librax [c]
	lorazepam	Ativan
	oxazepam	Dalmane
	triazolam	Halcion
	alprazolam	Xanax
Barbiturate acid derivatives	phenobarbital	various, Donnatal [c]
	butabarbital	Butisol
	butalbital	Fiorinal [b][c], Fioricet [c], Esgic [c]
	pentobarbital	Nembutal
Chloral & carbamate derivatives	chloral hydrate	Noctec, Aquachloral
	meprobamate	Miltown, Equanil, Equagesic [b]
Antihypertensive agents		
Beta adrenergic antagonist	propranolol	Inderal, Inderide [c]
	metoprolol	Lopressor
	atenolol	Tenormin
	timolol	Timoptic
Alpha-2 agonists	methyldopa	Aldomet, Aldoril [c]
	clonidine	Catapres, Catapres-TTS, Combipres [c]
Alpha-1 antagonists	prazosin	Minipress
Calcium channel blockers	verapamil	Calan, Isoptin
	nifedipine	Procardia, Adalat
	diltiazem	Cardizem, Cardizem CD
Inotropic (cardiotonic) agents	digoxin	Lanoxin, Lanoxicaps
Corticosteroids	hydrocortisone	Cortef, Cortisporin [c], Neo-Cortef [c], Cortaid
prednisone	Deltasone, Prednisone Intensol	
methylprednisone	Medrol, Solu-Medrol	
dexamethasone	Decadron, Neo-decadron [c]	

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

Type of medication	Generic name	Common trade name(s)
Nonsteroidal anti-inflammatory agents	ibuprofen	Motrin, Rufen, Advil, Nuprin, Medipren
	naproxen	Naprosyn, Anaprox, Aleve
	indomethacin	Indocin
	sulindac	Clinoril
	diflunisal	Dolobid
	choline magnesium trisalicylate	Trilisate, Tricosal
	aspirin	various
Narcotic analgesics	codeine	Tylenol with Codeine [c], Robitussin AC [c], Brontex [c], other codeine cough preparations
	hydrocodone	Lortab [c], Lorcet [c], Vicodin [c], Hycodan [c], Hycornine [c], Tussionex [c]
	oxycodone	Percodan [b], Percocet [c], Tylox [c], Roxicet [c]
	meperidine	Demerol, Mepergan [c]
	propoxyphene	Darvon, Darvon-N, Darvocet-N [c], Wygesic [c], Darvon Compound [b]
Antibiotics	metronidazole	Flagyl, Metrogel
	ciprofloxacin	Cipro
	norfloxacin	Noroxin
	ofloxacin	Floxin
	cefuroxime	Zinacef, Ceftin
	cephalexin	Keflex
	cephalothin	Keflin
Radiocontrast media	metrizamide	Amipaque
	iothalamate	Conray
	diatrizoate	Hypaque, Renovist
	iohexol	Omnipaque
H ₂ receptor antagonists	cimetidine	Tagamet, Tagamet HD
	ranitidine	Zantac
	famotidine	Pepcid
	nizatidine	Axid
Immunosuppressive agents	cyclosporine	Sandimmune
	interferon	Intron A, Roferon A, Actimmune

Screening per Delirio, Demenza e Depressione negli Anziani

Type of medication	Generic name	Common trade name(s)
Antineoplastic agents	chlorambucil	Leukeran
	cytarabine	Cytosar-U
	interleukin-2	
	spirohydantoin mustard	Spiromustine
Anticonvulsants	phenytoin	Dilantin
	valproic acid	Depakene, Depakote
	carbamazepine	Tegretol
Anti-Parkinsonian agents (see also anticholinergic agents)	levodopa levodopa/carbidopa bromocriptine pergolide	Larodopa Sinemet Parlodel Perrnax
Antiemetics	prochlorperazine	Compazine
	metoclopramide	Reglan
	hydroxyzine	Atarax, Vistaril
	promethazine	Phenergan
	trimethobenzamide	Tigan
	diphenhydramine	Benadryl, Dramamine
	medazine	Antivert
Skeletal muscle relaxants	cyclobenzaprine	Flexaril
	methocarbimol	Robaxin
	carisoprodol	Soma, Soma Compound [b]
	baclofen	Lioresal
	chlorzoxazone	Parafon Forte, Paraflex
Antihistamines/decongestants	diphenhydramine	Benadryl, Tylenol PM [c], Somnax, other OTC cough/cold preparations
	chlorpheniramine	Chlor-Trimeton, Deconamine [c], Contac [c], Tylenol Cold [c], Hycomine [c], other OTC cough/cold preparations [c]
	brompheniramine	Dimetane, Dimetapp[c], Drixoral[c], other OTC cough/cold preparations[c]
	pseudoephedrine	Sudafed[c], Actifed [c], Robitussin PE [c], Dimetapp [c], Entex [c], Drixoral [c], Tylenol Cold [c], Claritin-D [c], other OTC cough/cold preparations [c]
	phenylpropanolamine	Ornade [c], Triaminic [c], Poly-Histine [c], Hycomine [c], other OTC suppressant preparations [c]

Reprinted with permission.

Source: Costa, P. T. Jr., Williams, T. F., Somerfield, M., et al. Recognition and Initial Assessment of Alzheimer's Disease and Related Dementias. Clinical Practice Guideline No. 19. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Policy and Research. AHCPR Publication No. 97-0702. November 1996.

Appendice O: Lista delle risorse disponibili

P.I.E.C.E.S

www.pieces.cabhru.com

“Putting the P.I.E.C.E.S. Together” vuol dire capacità fisiche, intellettuali, emozionali, ambientali e sociali, ed è il caposaldo della filosofia e cura della iniziativa di apprendimento P.I.E.C.E.S. Il website PIECES fornisce risorse formative continue come ad esempio video e pacchetti formativi sul come gestire e valutare il *Mini Mental Status Examination* e come usare la *Cornell Scale for Depression in Dementia*.

Programmi Regionali Geriatrici

<http://www.rgps.on.ca>

I “Regional Geriatric Programs (RGPs)” forniscono un’ampia rete di servizi geriatrici specializzati con cui trattare da un punto di vista funzionale, clinico e psicologico degli aspetti di malattia e disabilità in adulti anziani che hanno necessità multiple e complesse. I loro website provvedono risorse cliniche e formative su un topic, ad esempio delirio, demenza e depressione.

Appendice P: Descrizione del Toolkit

Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines

Le linee guida di miglior pratica possono essere implementate con successo se ci sono: adeguate pianificazioni, risorse, supporto organizzativo ed amministrativo, come pure una appropriata facilitazione. RNAO, attraverso un panel di infermieri, ricercatori ed amministratori ha sviluppato un “*Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*”, basato sulle evidenze disponibili, prospettive teoriche e consenso. Il “Toolkit” è raccomandato per guidare l’implementazione di ogni linea guida di pratica clinica in una organizzazione sanitaria.

Il “Toolkit” fornisce passo dopo passo le indicazioni per le persone ed i gruppi coinvolti nella pianificazione, coordinazione, e facilitazione dell’implementazione delle linee guida. Nello specifico, il “Toolkit” indirizza verso i seguenti passaggi-chiave:

1. Identificazione di una ben sviluppata linea guida di pratica clinica basata sull’evidenza.
2. Identificazione, valutazione ed ingaggio degli stakeholders.
3. Valutazione delle predisposizioni ambientali per l’implementazione della linea guida.
4. Identificazione e pianificazione delle strategie di implementazione basate sull’evidenza.
5. Valutazione della pianificazione e dell’implementazione.
6. Identificazione ed assicurazione delle risorse per l’implementazione.

Implementare le linee guida nella pratica che apportino cambiamenti pratici di successo ed un impatto clinico è un’impresa complessa. Il “Toolkit” è una risorsa chiave per gestire questo processo.

Il “Toolkit” è disponibile tramite la Registered Nurses Association of Ontario. Il documento è disponibile in formato ridotto per un acquisto individuale, ed è inoltre scaricabile gratuitamente dal sito RNAO. Per maggiori informazioni visitare il sito RNAO www.rnao.org/bestpractices.

Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults



A cura di Paolo Chiari e Luciana Modena
Centro Studi EBN
Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna - Italia
www.ebn1.it - www.evidencebasednursing.it
servinf@aosp.bo.it



*This project is funded by the
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*

