

1222 · 2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL
DELIRIUM NEL PAZIENTE ONCOLOGICO TERMINALE:
UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Relatore: Prof.ssa Veronese Mayra

Laureando: Alberto Zampierin

Matricola n°1226724

Anno accademico 2021-2022

ABSTRACT

Introduzione: Il delirium è presente in un terzo dei pazienti al momento del ricovero in unità di cure palliative e aumenta fino all'88% nelle ultime ore o giorni di vita. Si presenta con disturbi dell'attenzione, della percezione e della cognizione. Oltre a essere associato a un aumento del rischio di mortalità e a provocare e causare una significativa morbilità fisica, il delirium è spesso un'esperienza gravemente angosciante, non solo per i pazienti, ma anche per le famiglie e per gli operatori sanitari.

Obiettivo: descrivere il ruolo dell'infermiere nella gestione e valutazione del delirium, e quali interventi non farmacologici può mettere in atto. Ricercare le principali cause e fattori di rischio che stanno alla base dello sviluppo del delirium.

Metodi: la ricerca della letteratura è stata effettuata attraverso le banche dati PubMed, Cinhal e Cochrane. I criteri di inclusione degli studi prendevano in considerazione persone con età maggiore dei 18 anni, articoli risalenti a non più di 12 anni fa in lingua inglese e italiana.

Risultati: Sono stati selezionati 20 articoli suddivisi in: 8 revisioni, 4 revisioni sistematiche, 4 linee guida, 1 studio prospettico osservazionali di coorte, 1 studio retrospettivo di coorte, 1 clinical trial, 1 metanalisi.

Key words: delirium, palliative care, cancer, non-pharmacological interventions, nursing interventions.

INDICE

Introduzione	pag. 3
Capitolo 1 Quadro generale	
1.1 Definizione.....	pag. 5
1.2 Cause e fattori di rischio.....	pag. 5
1.3 Percorso diagnostico.....	pag. 7
1.4 Interventi farmacologici e la sedazione palliativa.....	pag. 9
1.5 Interventi non farmacologici.....	pag. 10
1.6 Le cure palliative.....	pag. 11
1.7 L’hospice.....	pag. 12
1.8 Il malato terminale.....	pag. 13
1.9 L’impatto del delirium sui caregivers.....	pag. 14
Capitolo 2 Materiali e metodi	
2.1 Obiettivo della ricerca.....	pag. 17
2.2 Metodologia della ricerca.....	pag. 17
2.3 Strategie di ricerca e criteri di selezione.....	pag. 17
2.4 Criteri di inclusione.....	pag. 18
2.5 Criteri di esclusione.....	pag. 18
Capitolo 3 Risultati della ricerca	pag. 21
Capitolo 4 Discussione	
4.1 La valutazione del delirium.....	pag. 35
4.2 Interventi infermieristici.....	pag. 35
4.3 Il ruolo dell’infermiere nella gestione del delirium.....	pag. 37
Capitolo 5 Conclusione	pag. 39

INTRODUZIONE

La mia ricerca di revisione della letteratura parte dall'interesse sviluppato nei miei tre anni in cui ho frequentato il corso di laurea in infermieristica e negli anni in cui ho lavorato come operatore sociosanitario, di aumentare le conoscenze verso alcuni aspetti del delirium, a mio parere, ancora poco conosciuti e quindi trattati in maniera non sempre idonea. Il delirium, secondo la Società Europea di Medicina Oncologica, si sviluppa circa nell'88% delle persone nelle ultime ore o giorni di vita, rendendo questo tempo angosciante per il paziente, per i familiari e il personale sanitario che lo assiste. Studi epidemiologici nelle unità di degenza di cure palliative hanno riportato un'incidenza degli episodi di delirium ogni giorno tra il 33 e il 45%. Solitamente il primo intervento che si mette in atto di fronte a un episodio di delirium è un approccio farmacologico il cui obiettivo principale dovrebbe essere quello di riportare il paziente a uno stato mentale più vicino possibile a quello di base, e non sedarlo o sopprimere l'agitazione. Purtroppo, in molti casi il delirium nelle fasi avanzate di malattia risulta un sintomo refrattario, che necessita quindi di sedazione palliativa. Un sintomo è refrattario quando i suoi effetti sono intollerabili per il malato e non è disponibile un trattamento che sia efficace nel portare sollievo o capace di controllare il sintomo, in un tempo tollerabile, senza compromettere la coscienza. Pertanto, mi sono chiesto se esistono interventi non farmacologici per la gestione del delirium, se sono efficaci, se ci sono dei fattori di rischio che possono indurre al manifestarsi dei sintomi deliranti e se l'infermiere può intervenire nel ridurre o eliminarli. Secondo il BMJ Medical Journal è importante determinare se un intervento non farmacologico per la prevenzione del delirium è fattibile e accettabile per i pazienti con cancro avanzato attraverso alcuni obiettivi come sviluppare un intervento multicomponente, descrivere le strategie usate per implementare gli strumenti di misurazione del delirium e sua prevenzione, determinare se un intervento non farmacologico di prevenzione del delirium è fattibile, accettabile, realizzabile e testare l'efficacia dell'intervento attraverso una valutazione. Infine, non si può tralasciare l'impatto che il delirium ha sui familiari e sul personale sanitario che si prende cura della persona; è importante tenere in considerazione quelle che sono le esperienze dei caregiver di pazienti terminali con delirium, il loro ruolo nell'identificazione e nella gestione dell'episodio delirante, nonché il supporto che i familiari forniscono durante gli ultimi momenti di

vita del loro caro. Infine, rientrano nell'assistenza al malato gli infermieri che devono possedere sia le conoscenze, sia le competenze necessarie per assistere i pazienti affetti da delirium.

CAPITOLO 1

QUADRO GENERALE

1.1 DEFINIZIONE

Il delirium o stato confusionale acuto è una sindrome neuro-cognitiva complessa che si manifesta comunemente nella popolazione anziana e nelle persone con patologie neoplastiche. Il termine deriva dal prefisso latino “de” (via da) e dalla parola “lira” (traccia, solco) può quindi essere tradotto come “essere fuori dal tracciato”. Secondo il DSM-V è caratterizzato da una rapida insorgenza, un andamento fluttuante, deficit di attenzione, pensiero disorganizzato, disturbi percettivi e del ritmo sonno-veglia, disorientamento temporale e spaziale e variazioni dell’attività psicomotoria. Il delirium rappresenta una disfunzione cerebrale globale e può presentarsi come: iperattivo, ipoattivo e misto. Il delirium iperattivo è caratterizzato da agitazione psicomotoria e allucinazioni, il delirium ipoattivo è caratterizzato da appiattimento emotivo, apatia, letargia, diminuzione della responsività, mentre il delirium misto si realizza quando il paziente oscilla tra i due stati. Il delirium misto e quello ipoattivo a causa della loro natura, sono spesso sotto-diagnosticati.

1.2 CAUSE E FATTORI DI RISCHIO

La fisiopatologia del delirium è complessa e non completamente compresa, non sorprende il fatto che non esista un'unica teoria che comprenda il suo diverso spettro eziologico. Alla base dell’insorgenza del delirium secondo Maldonado JR ci sono varie entità patologiche cerebrali, neuro-infiammazioni, invecchiamento neuronale, stress ossidativo, varie alterazioni dei neurotrasmettitori, aberrazioni neuroendocrine e la disregolazione della melatonina. Maldonado JR nel 2013 è arrivato alla conclusione che nel contesto delle cure palliative, in cui molti pazienti hanno una diagnosi di tumore, l'alta prevalenza di infiammazione sistemica è un possibile contributo alla patogenesi del delirium.

In particolare, la disfunzione della barriera emato-encefalica nel contesto dell'infiammazione sistemica può portare citochine e mediatori infiammatori nel sistema nervoso centrale e promuovere la neuro-infiammazione che scatenerrebbe il delirium. La strategia terapeutica fondamentale per un episodio di delirium comporta il trattamento dei fattori precipitanti, ove possibile, e alleviare i sintomi attraverso un intervento farmacologico. La portata dei disturbi neurotrasmettitoriali nella patogenesi del delirium è sempre più evidente e si manifesta con un eccesso di noradrenalina e/o di glutammato. Questi disturbi possono, in varia misura, fornire altri bersagli terapeutici per un approccio farmacologico mirato nella gestione e nella risoluzione dei sintomi. A causa della natura multifattoriale del delirium nel contesto delle cure palliative, l'approccio alla prevenzione e al trattamento, di conseguenza richiede un approccio multicomponente. L'eziologia del delirium è complessa e di solito multifattoriale, derivante da una combinazione di fattori di rischio, tipicamente definiti "fattori predisponenti" o "fattori di precipitazione". I fattori predisponenti si riferiscono alle condizioni mediche e alle comorbidità che preesistono in un paziente e sono il sesso maschile, deficit a livello di vista e udito, epilessia, presenza di metastasi cerebrali e disturbi cognitivi che aumentano il rischio di sviluppare il delirium. Al contrario, i fattori precipitanti sono fattori di rischio che contribuiscono all'attivazione di un episodio di delirium (Bush et al., 2018). I fattori di rischio precipitanti più comuni per il delirium possono essere grossolanamente classificati in fattori ambientali, fattori iatrogeni, farmaci, malattie neurologiche, malattie in comorbilità, insufficienze d'organo, malattie del sistema nervoso centrale, sindromi metaboliche, comprese le anomalie elettrolitiche ed anomalie endocrine (Bush et al., 2017, 2018). Secondo Seiler A et al. (2020) i fattori di rischio precipitanti più diffusi sono l'insufficienza renale acuta, le piaghe da decubito, le infezioni e il dolore. Prendendo in considerazione uno studio retrospettivo di coorte (Min-Seok Seo et al., 2020) l'ipernatriemia al momento del ricovero nei pazienti con cancro terminale è predittiva di una minore sopravvivenza del paziente e quindi risulta essere una causa. Nonostante l'alta prevalenza del delirium nei pazienti in cure palliative e la sua importanza prognostica, si sa ancora poco su fattori di rischio, diagnosi precoce, prevenzione, gestione ed esiti prognostici del delirium in questa popolazione di pazienti vulnerabili. In considerazione dell'impatto negativo del delirium sulla qualità

di vita dei pazienti e dell'onere sostanziale per l'assistenza, nonché le gravi conseguenze economiche, è necessario comprendere i fattori di rischio dei pazienti e gli esiti di essi, al fine di migliorare la prevenzione, l'individuazione e la gestione del delirium. Identificare i fattori di rischio predisponenti e precipitanti nei pazienti in cure palliative è un passo importante per lo sviluppo di trattamenti più efficaci. I pazienti in cure palliative sono particolarmente a rischio di sviluppare il delirium a causa di una serie di fattori come la stessa malattia avanzata, la presenza di metastasi, le condizioni ematologiche, l'infiammazione sistemica di alto livello, la distruzione degli organi, la mancanza di un'adeguata terapia, infezioni/sepsi, stato funzionale compromesso, stato nutrizionale scadente, la presenza di lesioni da pressione, effetti avversi di radiazioni e chemioterapie e trattamento con alcuni farmaci come ad esempio, oppioidi, corticosteroidi e benzodiazepine. Gli oppioidi possono indurre alla cosiddetta neurotossicità in quanto, a livello cerebrale, aumentano i livelli di dopamina e diminuiscono quelli di acetilcolina. Circa il 15 % dei pazienti in cure palliative sperimenta la neurotossicità indotta dagli oppioidi.

1.3 PERCORSO DIAGNOSTICO

La misurazione della gravità del delirium dovrebbe svolgere un ruolo importante nel progresso dell'assistenza clinica e della ricerca per le persone affette da questa sindrome. La valutazione della gravità del delirium è associata agli esiti clinici e può servire come strumento prognostico. Questi strumenti forniscono misure sensibili e continue per tenere traccia dei cambiamenti e possono fornire informazioni precise all'inizio dei sintomi o della risposta al trattamento e garantire il giusto modo di curare. Lo screening del delirium dovrebbe essere effettuato preferibilmente da infermieri, perché hanno un contatto frequente con il paziente durante la giornata e possono quindi osservare facilmente i cambiamenti nell'attenzione e nella consapevolezza del paziente nel corso del tempo, che è uno dei fattori di rischio. Secondo uno studio pubblicato sul BMC Journal Cancer (Elisabeth C. W. Neefjes et al., 2019) la Delirium Observation Scale (DOS) sembra essere lo strumento di screening più adatto per i pazienti. La scala è formata da 13 items e ogni item può essere valutato come normale (punteggio 0) o anormale (punteggio 1). Un punteggio totale di tre o più punti è indicatore di delirium.

L'accuratezza diagnostica della DOS è riportata in un trial clinico (Elisabeth C. W. Neefjes et al., 2019) come strumento di screening per i pazienti ospedalizzati con diagnosi di tumore avanzato, dove si è condotto uno studio in sei unità ospedaliere di cure palliative in cui i pazienti avevano uno stadio avanzato della patologia neoplastica. Il DOS si è rivelato uno strumento molto sensibile per valutare con accuratezza e precisione il delirium, un riscontro positivo si è avuto anche dagli infermieri durante la conduzione dello studio sull'utilizzo e la validità della scala DOS, perché facilmente applicabile e utilizzabile.

Un'altra scala di valutazione del delirium è la Nursing Delirium Screening Scale abbreviata in Nu-DESC. Secondo uno studio prospettico osservazionale (Christopher J. Barnes et al., 2015) presentato al quattordicesimo congresso mondiale dell'Associazione Europea di Cure Palliative (EAPC), i pazienti con delirium ricoverati in un'unità di cure palliative, presentavano risultati positivi dopo la valutazione con la scala Nu-DESC. Sempre secondo questo studio i punteggi medi del Nu-DESC erano più alti per i pazienti con delirium moderato, rispetto al delirium lieve. Questo studio affronta un'importante lacuna nella letteratura, ovvero la mancanza di strumenti validati per misurare la gravità del delirium nei contesti di cure palliative. Una revisione sistematica di Richard N. Jones et al., 2018, su questo argomento ha rilevato che di 228 studi di valutazione degli strumenti di gravità del delirium pubblicati tra il 1974 e il 2017, solo il 4,8% è stato condotto in contesti di cure palliative. Molti degli strumenti comunemente utilizzati in cure palliative hanno un onere relativamente elevato e richiedono tempo e formazione. Secondo una revisione pubblicata sul Journal of Clinical Nursing (Annmarie Hosie et al., 2015) lo screening di routine è il primo passo essenziale per l'assistenza al paziente con delirium e gli infermieri si trovano nella posizione ideale per avviarlo. Affinché ciò avvenga, è necessario disporre di strumenti di screening del delirium brevi, poco onerosi e inclusivi, con buone proprietà psicometriche, che possano essere facilmente integrati nei sistemi di screening dei sintomi e nella pratica infermieristica. Sebbene gli infermieri abbiano percepito il Nu-DESC come facile e breve, sono stati riscontrati dei limiti di tipo conoscitivo che ne ostacolano l'adozione da parte loro. L'entusiasmo per l'implementazione di routine della Nu-DESC si è fermato ogni volta che si sono verificati fraintendimenti sullo scopo e sulla differenza tra screening, valutazione e

diagnosi. La convinzione che l'abilità e l'esperienza infermieristica siano sufficienti per riconoscere il delirium, ha avuto un impatto anche sulla disponibilità ad adottare uno strumento di screening nella propria pratica. Questo studio conclude affermando che gli infermieri che disconoscono il valore di uno strumento dovranno essere incoraggiati e sostenuti mentre reimparano il loro approccio al riconoscimento del delirium. Gli infermieri neolaureati, accettano maggiormente il Nu-DESC, suggerendo che la loro recente formazione infermieristica ha inculcato che lo screening e la valutazione dei sintomi devono essere strutturati e sistematici.

1.4 INTERVENTI FARMACOLOGICI E LA SEDAZIONE PALLIATIVA

Secondo una recensione Cochrane (Finucane AM et al., 2020), il delirium nei malati terminali può essere trattato con metodi non farmacologici, con la somministrazione di una terapia farmacologica, o con una combinazione di entrambi gli approcci. Alcuni studi suggeriscono che il delirium è reversibile in un terzo o addirittura nella metà dei casi che si manifestano in ambito di terminalità. La reversibilità è più probabile per gli episodi precipitati da farmaci, anomalie elettrolitiche e infezioni. La gestione diventa sempre più impegnativa nelle ultime ore di vita e la persona può apparire angosciata o soffrire di manifestazioni comportamentali accentuate, quali contrazioni o scatti muscolari involontari e irrequietezza. Può inoltre sperimentare angoscia spirituale, emotiva o fisica, ansietà e può verificarsi anche un fallimento cognitivo. Questa combinazione di sintomi è stata descritta come delirium agitato di fine vita, delirium refrattario, delirium terminale, irrequietezza terminale o agitazione terminale. L'obiettivo primario dell'intervento è l'inversione dei fattori eziologici una volta che sono stati identificati. Nelle cure palliative si attua con la rotazione degli oppioidi, la sospensione di qualsiasi farmaco che contribuisca al delirium e la gestione delle situazioni cliniche, come la disidratazione. Spesso le cause del delirium sono multifattoriali, da cui la complessità di arrivare ad un obiettivo preciso e mirato della causa o cause scatenanti. Nei malati terminali, oppioidi, antipsicotici, agenti anticolinergici, corticosteroidi e agenti antineoplastici possono causare il delirium, come anche le benzodiazepine, comunemente utilizzate per il suo trattamento. I farmaci attualmente utilizzati nella pratica clinica per gestire i sintomi del delirium

includono antipsicotici, benzodiazepine, ipnotici e sedativi non benzodiazepinici. Quando si parla di terminalità non si può non citare la sedazione palliativa. Secondo una definizione della Società Italiana di Cure Palliative consiste nella *“riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi adeguati per il controllo dei sintomi che risultano essere quindi sintomi refrattari ovvero intollerabili per il malato, e non è disponibile un trattamento che sia efficace nel portare sollievo o capace di controllare il sintomo”*.

1.5 INTERVENTI NON FARMACOLOGICI

Secondo una revisione di letteratura pubblicata su Palliative Medicine Journal (Annmarie Hosie et al., 2019) è emerso che gli studi sugli interventi non farmacologici per il delirium hanno riportato di rado gli esiti, favorevoli o non favorevoli, per le persone che si trovano sottoposte alle cure palliative. Sempre secondo questa revisione sarebbero importanti accorgimenti e interventi: ridurre al minimo l'uso di cateteri, linee endovenose e contenzioni fisiche che limitano i movimenti e la libertà, evitare l'immobilità e favorire la mobilitazione precoce, favorire la variazione normale della luce giorno-notte nella stanza e nel reparto, monitorare la nutrizione, monitorare attentamente la disidratazione, controllare il dolore, monitorare l'equilibrio fluido-elettrolitico, monitorare il funzionamento dell'intestino e della vescica, riorientare le comunicazioni con il paziente, collocare nella stanza un orologio o oggetti familiari (foto di famiglia, ecc.), programmare le attività di cura in modo da consentire un sonno ininterrotto durante la notte includendo musica rilassante al momento di coricarsi, bevande calde e massaggi delicati, ridurre al minimo il rumore. Inoltre, è importante essere attenti a nausea, vomito e sonnolenza che sono sintomi di disidratazione e rispondere alla scarsa assunzione di liquidi orali entro 24 ore. Le contenzioni dovrebbero essere utilizzate solo quando un paziente rappresenta un chiaro rischio di danno per sé stesso o per gli altri e non sono disponibili altre opzioni. Gli ordini di restrizione dovrebbero sempre essere limitati nel tempo e la loro necessità dovrebbe essere rivalutata frequentemente da parte del personale.

In uno studio di coorte prospettico non randomizzato su 1516 pazienti oncologici in fase terminale, Gagnon et al., 2012, hanno valutato l'efficacia di un intervento multicomponente che comprendeva la valutazione strutturata dei fattori di rischio per il delirium (compresi i farmaci), l'orientamento giornaliero del paziente e l'educazione di un familiare. I pazienti ricoverati in due centri canadesi di cure palliative hanno ricevuto l'intervento, mentre cinque centri hanno fornito la comune assistenza. Rispetto all'assistenza abituale, l'intervento non è stato efficace nel prevenire il delirium e il numero di giorni di degenza. Tuttavia, oltre alla mancanza di randomizzazione, sono state riscontrate una serie di limitazioni metodologiche sostanziali, tra questi, la forte possibilità di contaminazione e di errori di classificazione del delirium e l'attuazione variabile dell'intervento. Il dato più sorprendente è la scarsità di ricerche di alta qualità sulle strategie non farmacologiche per la prevenzione e il trattamento del delirium nei pazienti adulti con tumore, questo nonostante il notevole carico di malattia attribuibile al delirium in questa popolazione. In uno studio importante Inouye et al., hanno riferito di un intervento multicomponente per sei fattori di rischio (deterioramento cognitivo, mancanza di sonno, immobilità, deficit di vista e udito, disidratazione), in 852 pazienti ospedalizzati che ha portato a una riduzione dell'incidenza del delirium. Gli interventi multicomponenti includono la famiglia del paziente attraverso l'informazione e l'educazione sul delirium, nonché la presenza senza limiti di orario nelle unità di cura.

1.6 LE CURE PALLIATIVE

Per cure palliative si intende l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. Le cure palliative, quindi, sono quell'insieme di cure, non solo farmacologiche, volte a migliorare il più possibile la qualità di vita sia del malato in fase terminale che della sua famiglia. La fase terminale è una condizione irreversibile in cui la malattia non risponde più alle terapie che hanno come scopo la guarigione ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia della persona e dal manifestarsi di sintomi sia fisici,

come ad esempio il dolore, che psichici. Sebbene non sia sempre possibile prevederlo con certezza, le persone sono considerate prossime alla fine della loro vita quando si ritiene probabile che la morte si verifichi nell'arco di 12 mesi. L'accesso alle cure palliative avviene effettuando una valutazione della persona attraverso la NECPAL CCOMS-ICO TOOL sviluppata dall'istituto catalano di oncologia. Questo metodo di valutazione prende in considerazione tre criteri quali la domanda sorprendente, ovvero se saresti sorpreso se questo paziente morisse entro un anno, i criteri generali di peggioramento e i criteri specifici di peggioramento per singola patologia. Vengono definite cure palliative di base quando sono rivolte a pazienti con aspettativa di vita superiore a tre mesi e con bisogni di base non particolarmente intensivi, mentre le cure palliative specialistiche sono rivolte a chi ha una aspettativa di vita inferiore a tre mesi e bisogni assistenziali complessi. Quando si parla di cure palliative non si può non citare l'indice di Karnofsky e la Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status abbreviata in ECOG-PS, due scale di valutazione dello stato funzionale della persona, indispensabili per l'accesso alle cure palliative e a strutture dedicate come l'hospice.

1.7 L'HOSPICE

Gli hospice in Italia nascono con il Decreto Ministeriale del 28 settembre 1999 denominato *"Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative"*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n°55 del 7 marzo 1999. L'accesso alle cure prestate in Hospice in Italia è stabilito dalla Legge n°38 del 2010 che ne definisce l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzata alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non corrisponde più a trattamenti specifici. Storicamente, l'hospice e le cure palliative sono cresciuti dall'oncologia e successivamente si sono estese ad altre malattie gravi. Gli hospice offrono un particolare regime di assistenza per pazienti in cure palliative e terminali, non gestibili a domicilio. Essi sono organizzati in modo da garantire il benessere psicologico e relazionale del malato e dei suoi familiari, il comfort ambientale, la sicurezza nell'utilizzo degli spazi e la tutela della privacy. L'Hospice tende ad essere un prolungamento della propria casa, per questo deve

rispettare delle caratteristiche specifiche come, ad esempio, le stanze devono essere singole con bagno privato e dotate di letto o poltrona per facilitare la presenza dei famigliari durante la notte e, se il paziente lo desidera, può personalizzare la propria stanza con oggetti personali. Non esistono orari di visita, né restrizioni riguardo al numero di persone presenti in stanza (se non per specifiche disposizione del paziente). Secondo il Journal of Pain and Symptom Management (Natalie C. Ernecoff et al., 2020), il coinvolgimento delle cure palliative specialistiche insieme a quelle primarie ha aumentato il ricorso all'hospice e diminuito la morte in ospedale, che è in accordo con le preferenze espresse da molti pazienti. L'adattamento degli sforzi delle cure palliative specialistiche alle cure palliative primarie può facilitare un'assistenza più concorde con gli obiettivi di fine vita. Il modo in cui i caregiver vengono sostenuti nel loro nuovo ruolo è un elemento fondamentale dell'assistenza in hospice. Quando le persone affette da tumore avanzato iniziano a sperimentare un rapido declino funzionale, è importante assicurarsi che l'assistenza in hospice sia il più adeguata possibile, assistenza che deve essere rivolta ai bisogni del paziente e dei caregivers. La velocità di deterioramento nelle ultime settimane di vita è sorprendente soprattutto per chi non ha esperienze dirette riguardo il malato oncologico terminale. L'hospice offre ai pazienti il potenziale per una migliore qualità di vita, un migliore controllo dei sintomi e maggiore tempo dedicato al supporto ai familiari.

1.8 IL MALATO TERMINALE

L'infermiere, prima o poi, nel corso della sua professione si ritrova a dover affrontare la terminalità e la morte. Quando si giunge allo stadio in cui la malattia è irreversibile, è importante prendersi cura della persona perché, come affermano Luisa Saiani e Anna Brugnolli nel "Trattato di cure infermieristiche" (2013), *"se anche gli organi non hanno più prospettive di guarigione, i sintomi dolorosi e umilianti possono essere controllati e va recuperata la consapevolezza che la persona è molto di più che un insieme di organi. Inoltre, la sfida dell'assistenza infermieristica è trovare il giusto equilibrio tra il curare con le parole e il curare con la tecnica"*. Quando si parla di malato terminale è importante non dimenticare che esso può soffrire per sintomi come il dolore, la dispnea, l'astenia, l'alterazione dell'immagine corporea, la perdita della

propria autonomia, il ripensamento nei confronti del valore della vita, delle proprie scelte e decisioni prese in passato. Nel 1999 il comitato etico ha redatto la carta dei diritti del morente, 12 punti che riassumono i diritti del malato terminale. Diritto del malato è anche quello di scegliere il luogo in cui morire, sia esso l'ospedale, l'hospice o la propria casa. La qualità dell'assistenza al malato terminale è cruciale e riguarda direttamente l'infermiere. Un'assistenza attenta ai bisogni del malato e della famiglia, rispettosa, discreta, empatica, competente, lascia un'immagine positiva in chi resta.

1.9 L'IMPATTO DEL DELIRIUM SUI CAREGIVERS

Una revisione integrativa pubblicata su *Psycho Oncology* (Anne M. Finucane et al., 2016), dimostra l'alto livello di angoscia e di emozioni negative provate dai caregiver dei pazienti con delirium. Ciò conferma le evidenze precedenti che sottolineavano un significativo disagio del caregiver durante il delirium del paziente, e amplia le scoperte precedenti identificando la gamma di emozioni negative che possono essere tristezza, senso di colpa, di vergogna, di umiliazione, di rabbia e di imbarazzo. Alti livelli di disagio emotivo possono essere collegati alla rottura della relazione con il paziente, alla confusione e alla mancanza di informazioni sulle cause e sul decorso del delirium, così come l'impotenza in relazione a come sostenere il paziente. I pazienti, anche quelli con delirium ipoattivo, possono sperimentare disturbi percettivi, deliri, disorientamento, e sentirsi minacciati e ansiosi. Namba et al. hanno riferito che il 70% dei familiari in lutto hanno espresso angoscia nell'osservare il delirium nei loro familiari nelle ultime due settimane di vita e hanno individuato la necessità di informazioni per essere di supporto ai loro cari durante l'assistenza. Ridurre l'angoscia e l'ansia dei caregiver dovrebbe essere un obiettivo importante di un intervento futuro. I risultati dimostrano che il delirium interrompe la relazione tra il caregiver e la persona assistita. Questa interruzione è temporanea in alcuni reparti come le terapie intensive, ma potenzialmente permanente nelle cure palliative, poiché il delirium può essere irreversibile a causa del peggioramento delle condizioni cliniche. L'ansia aumenta a causa dell'incertezza sul rapporto tra il caregiver e il paziente, rapporto che potrebbe non essere ristabilito prima della morte del paziente. La necessità di comunicare con il paziente aumenta con l'avvicinarsi della morte.

Gli infermieri devono aiutare i caregiver a relazionarsi con il paziente durante il delirium, fornendo consigli su come comunicare e mantenere aspetti della relazione. Diversi articoli forniscono suggerimenti sul tipo di informazioni che potrebbero essere utili per i caregiver di pazienti con delirium nelle unità di cure palliative. Queste includono informazioni sulle cause, sui possibili trattamenti, sul decorso previsto e sui consigli su come comportarsi nei confronti della persona assistita. Gli studi di intervento dimostrano che foglietti illustrativi, brochure e dépliant insieme a una discussione con il medico, possono aumentare le conoscenze dei caregiver sul delirium e hanno il potenziale per migliorare gli esiti del paziente. Tuttavia, ci sono poche prove a sostegno dell'efficacia di particolari strategie. Diversi studi dimostrano che i caregiver possono svolgere un ruolo nella rilevazione e nella prevenzione dell'episodio di delirium. Le prove preliminari suggeriscono che questi interventi sono fattibili e che i caregiver sono generalmente favorevoli a svolgere un ruolo più attivo nell'assistenza e quindi nella gestione dei sintomi. Secondo una revisione sistematica pubblicata sul *Report Nursing Journal* (Nissy Thomas et al., 2021) gli infermieri devono possedere sia le conoscenze sia le competenze necessarie per assistere i pazienti affetti da delirium. Tuttavia, in assenza di conoscenze critiche o di competenze specificamente affinate nell'assistenza al paziente confuso, le strategie chiave come la collaborazione e il sostegno dei colleghi e dei familiari del paziente sono strategie positive, mentre la contenzione dovrebbe essere l'ultima risorsa. Tali strategie positive possono essere facilmente messe in atto per facilitare un'assistenza appropriata e sicura fino a quando i sistemi sanitari e gli approcci sistemici diventano più concreti e tangibili. Nel complesso, c'è la necessità di una maggiore educazione e informazione sul delirium, comprese le strategie di coping per assistere efficacemente i pazienti e migliorare la pratica clinica.

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1 OBIETTIVO DELLA RICERCA

L'obiettivo di ricerca della letteratura è quello di descrivere il ruolo dell'infermiere nella gestione e valutazione del delirium, e gli interventi non farmacologici che può mettere in atto. Ricercare le principali cause e fattori di rischio che stanno alla base dello sviluppo del delirium.

2.2 METODOLOGIA DELLA RICERCA

Esistono degli interventi non farmacologici per la gestione e prevenzione del delirium nel paziente oncologico terminale?

Quesito di ricerca secondo la metodologia PIO

P: paziente oncologico terminale con delirium

I: interventi non farmacologici

O: gestione e prevenzione del delirium

2.3 STRATEGIE DELLA RICERCA E CRITERI DI SELEZIONE

Tra luglio e settembre 2022 è stata condotta la ricerca nelle banche dati PubMed, Cinhal e Cochrane. Inoltre, la ricerca si è svolta anche tramite il motore di ricerca Google Scholar.

La ricerca della letteratura è stata effettuata utilizzando le seguenti parole chiavi: *“delirium, palliative care, cancer, non-pharmacological interventions e nursing interventions”*.

2.4 CRITERI DI INCLUSIONE

Il materiale ricercato all'interno delle banche dati è stato selezionato sulla base di alcuni criteri che sono:

- Pazienti di età maggiore di 18 anni
- Pubblicazione degli articoli risalenti a non più di 12 anni fa
- Articoli che parlano di interventi non farmacologici, delirium nel paziente terminale e valutazione e gestione infermieristica del delirium

2.5 CRITERI DI ESCLUSIONE

Sono stati esclusi dalla ricerca:

- Articoli che riguardavano il delirium solamente nelle persone non affette da patologie neoplastiche
- Articoli che prendevano in considerazione solamente gli interventi farmacologici
- Articoli il cui testo integrale non era messo a disposizione dalla biblioteca Pinali dell'Università degli studi di Padova
- Articoli che riguardavano il delirium nella popolazione anziana non affetta da patologie neoplastiche
- Articoli che prendevano in considerazione il delirium nelle unità di terapia intensiva.

Sono stati selezionati un totale di 102 articoli dalle banche dati PubMed, Cinhal e Cochrane, secondo i criteri di inclusione sopra citati. Al termine della ricerca, sono stati presi in considerazione 17 articoli, dopo che gli altri sono stati eliminati perché ritenuti non pertinenti leggendo l'abstract, o presentavano criteri di esclusione sopra citati. Infine, dopo aver consultato le riviste online e il motore di ricerca "Google Scholar" si è arrivati a un totale di 20 articoli selezionati sempre rispettando i criteri di inclusione che hanno contraddistinto tutta la ricerca per la revisione di letteratura. All'interno dell'Allegato 1 (tabella riassuntiva degli articoli selezionati) si riporta la sintesi degli articoli inclusi nella presente revisione.

CAPITOLO 3

RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 ARTICOLI SELEZIONATI

L'allegato 1 (tabella riassuntiva degli articoli selezionati) mostra gli articoli selezionati per la revisione della letteratura; per ognuno è stato indicato: titolo, autore, anno di pubblicazione, tipo di studio, obiettivo, metodi, risultati e conclusioni. Alcuni studi presi in considerazione mettono in evidenza le conseguenze psicologiche che il delirium provoca nei caregivers e le esperienze degli infermieri nel fronteggiare questo problema.

In particolare, gli studi analizzati riguardano gli interventi non farmacologici messi in atto dagli infermieri per la gestione e prevenzione del delirium:

- Annmarie Hosie, et al. 2019., in questa revisione sistematica vanno ad indagare se gli studi sugli interventi non farmacologici sono stati inclusi nell'ambito delle cure palliative, riportando che dei 29 studi esaminati, la maggior parte ha testato interventi multicomponente (n = 26) per prevenire il delirium (n = 19). Tre quarti dei 29 studi inclusi (n = 22) escludevano vari gruppi di persone che necessitavano di cure palliative; tuttavia, i criteri di inclusione, la malattia, la diagnosi dei partecipanti, gravità della malattia e la mortalità indicavano la loro presenza in quasi tutti gli studi (n = 26). Di questi, 21 studi non hanno caratterizzato i partecipanti che necessitavano di cure palliative né hanno riportato i loro esiti specifici (72%), quattro hanno riportato gli esiti per gli anziani con fragilità, demenza, cancro e comorbidità, mentre uno era esplicitamente incentrato sulle persone che ricevevano cure palliative. La revisione ha riscontrato che di rado sono riportati negli studi gli esiti degli interventi non farmacologici e, sempre secondo Annmarie Hosie et al., sono necessari studi randomizzati e controllati di interventi non farmacologici per prevenire e trattare il delirium in contesti specialistici di cure palliative.
- Gli interventi non farmacologici secondo una revisione di Annmarie Hosie et al., 2018, sono racchiusi in sei domini. Il primo è quello di preservare il sonno naturale, ad esempio, offrendo tappi per le orecchie, ridurre il rumore fuori dalle stanze dei pazienti

durante le ore 21:00-06:00, garantire la variazione normale della luce giorno-notte nella stanza e nel reparto, esposizione alla luce naturale durante le ore diurne, programmare le attività di cura in modo da consentire un sonno ininterrotto durante la notte, evitare la caffeina dopo le 16:00. Il secondo dominio è quello di mantenere una percezione sensoriale ottimale valutando l'udito, assistere e rafforzare l'uso di apparecchi acustici e di tecniche di comunicazione speciali, valutare la necessità di ausili visivi (occhiali, lenti d'ingrandimento). Il terzo dominio riguarda l'idratazione, incoraggiando l'assunzione di liquidi per via orale, garantire l'assistenza per i pasti ed essere attenti e rispondere alle cause reversibili di scarsa assunzione di liquidi orali entro 24 ore, che si nota con nausea, vomito e sonnolenza. Il quarto dominio riguarda la promozione della comunicazione, l'orientamento e la cognizione della persona; si effettua con il salutare il paziente per nome, presentarsi con nome e ruolo, garantire la presenza di ausili per l'orario nella stanza, ad esempio orologio, orologio personale o da parete, calendario a parete, da tavolo o elettronico, aggiornare quotidianamente le lavagne in camera con data, giorno, luogo, motivo del ricovero, nomi dei membri dell'équipe, ridurre al minimo il numero di trasferimenti ad altri letti o stanze all'interno dell'unità, discutere con il paziente degli eventi attuali, incoraggiare il paziente a ricordare e a parlare e ad impegnarsi in attività cognitivamente stimolanti. Il quinto dominio riguarda l'ottimizzazione della mobilità, riducendo al minimo l'uso di linee endovenose, cateteri vescicali, drenaggi, ossigeno, ridurre al minimo l'uso di contenzioni fisiche, per esempio, sponde del letto, tavoli per sedie a rotelle, imbragature, contenzione degli arti, incoraggiare e/o assistere il paziente a svolgere attività fisica durante il giorno, in base alle sue capacità. Il sesto e ultimo dominio è quello in cui è richiesta la collaborazione della famiglia.

- Shirley Harvey Bush, et al. 2017., in questa revisione vogliono fornire una guida clinicamente orientata alla gestione del delirium nei pazienti adulti in contesti di cure palliative. Inoltre, affermano che sebbene le strategie non farmacologiche per il delirium dovrebbero intuitivamente essere parte integrante di un'assistenza di qualità al paziente, il loro ruolo nella gestione del delirium non è chiaro, quindi è importante procedere a ulteriori ricerche anche in merito agli interventi multicomponente.

- Shirley H. Bush, et al. 2022, nel loro lavoro vogliono adattare, implementare e valutare una linea guida pratica interprofessionale sul delirium in un'unità ospedaliera di cure palliative. Questa implementazione e valutazione di linea guida prevedeva un corso online il cui tasso di completamento complessivo dei quattro moduli di e-learning è stato dell'80,4%. Il tasso di risposta complessivo all'indagine è stato del 32% (25/77 membri del team interprofessionale). Tutti i rispondenti hanno concordato fortemente (12/25; 48%) o non concordato (13/25; 52%) sul fatto che la formazione era sufficiente per seguire le linee guida nella pratica quotidiana. Diciassette partecipanti hanno concordato che la linea guida era accessibile. La maggior parte dei partecipanti (18/25; 72%) ha dichiarato che seguirà coerentemente la linea guida nei successivi tre mesi.
- Hayley Lawley, et al. 2017, in questa revisione ricercano le migliori evidenze di letteratura per la gestione clinica del delirium. I risultati dei sette studi esaminati in questa revisione non forniscono una base di evidenza conclusiva per il trattamento del delirium nei pazienti con cancro avanzato, anche se gli interventi sembrano avere un certo impatto in termini di riduzione della gravità o della durata del delirium. Tuttavia, nonostante la mancanza di prove su cui basarsi per formulare raccomandazioni definitive sul trattamento e l'assistenza, è stata identificata l'attuale lacuna nelle conoscenze, anche da parte degli infermieri.
- William Breitbart, et al. 2012, nella loro revisione riportano che solo uno studio sugli interventi non farmacologici di gestione del delirium condotto da Gagnon et al., su pazienti affetti da cancro terminale, non ha dimostrato alcun beneficio. Gagnon et al., hanno studiato l'applicabilità di un intervento multicomponente. Una coorte di 1.516 pazienti è stata seguita dal ricovero al decesso in sette centri di cure palliative. In due di questi centri, l'assistenza di routine comprendeva un intervento di prevenzione del delirium rivolto ai medici, ai pazienti e alle loro famiglie (orientamento al tempo e al luogo, informazioni sui sintomi precoci di delirium). La frequenza e la gravità del delirium sono state confrontate tra i pazienti dei centri di intervento (n=674) e di cura abituale (n=842) sulla base di valutazioni dei sintomi tre volte al giorno con il test della Confusion Rating Scale. Il tasso complessivo di adesione all'intervento è stato dell'89,7%. L'incidenza di delirium era del 49,1% nel gruppo di intervento rispetto al 43,9%, nel gruppo di cura. Sulla base dei risultati delle ricerche di letteratura, i

ricercatori hanno concluso che la prevenzione primaria del delirium è probabilmente la strategia di trattamento più efficace. I ricercatori sono arrivati anche alla conclusione che un semplice intervento preventivo multicomponente non è stato efficace nel ridurre l'incidenza o la gravità del delirium tra i pazienti affetti da tumore che ricevevano cure di fine vita.

- Shirley H. Bush, et al. 2013, nella loro revisione mettono in evidenza i benefici e le potenziali limitazioni delle linee guida. I benefici per i pazienti avvengono attraverso il miglioramento dei risultati di salute. Per gli operatori sanitari, le linee guida possono essere di aiuto nell'assistenza clinica e nel processo decisionale, perché forniscono uno standard di cura e una guida. Le linee guida garantiscono la continuità dell'assistenza al paziente, e riducono le variazioni non necessarie nell'erogazione delle cure. Tuttavia, le linee guida perdono la loro flessibilità se vengono automaticamente utilizzate come misure di performance. Fornendo una valutazione critica delle attuali evidenze della ricerca, il processo di sviluppo delle linee guida evidenzierà le aree in cui sono necessarie ulteriori prove e studi di qualità superiore. Le linee guida non sono prive di limiti e queste devono essere riconosciute. Le raccomandazioni possono essere influenzate dai pregiudizi individuali. Una linea guida clinica errata può compromettere l'assistenza al paziente fornendo informazioni imprecise. Standardizzando la pratica clinica, le linee guida possono ridurre l'assistenza se vengono applicate senza una flessibilità intrinseca, in quanto ci possono essere situazioni individuali del paziente che giustificano una deviazione dalle linee guida. Le linee guida generali sul delirium possono non affrontare questioni specifiche di particolari popolazioni di pazienti, come ad esempio le cure palliative.
- Tammy T. Hsieh, et al. 2015, in questa meta-analisi hanno approfondito 11 studi che hanno dimostrato riduzioni significative dell'incidenza del delirium con gli interventi non farmacologici. Quattro studi randomizzati o abbinati hanno ridotto l'incidenza del delirium del 44%. Il tasso di cadute è diminuito significativamente tra i pazienti sottoposti all'intervento in 4 studi, in 2 studi randomizzati o abbinati, il tasso di cadute si è ridotto del 64%. L'effetto delle strategie di intervento sulla prevenzione del delirium in 11 studi è sorprendente, con una riduzione di probabilità superiore al 50%.

- S. H. Bush, et al. 2018, nella guida ESMO hanno messo in evidenza uno studio di coorte prospettico comparativo non randomizzato su 1516 pazienti oncologici in fase terminale. Gagnon et al. hanno valutato l'efficacia di un intervento multicomponente che comprendeva la valutazione strutturata dei fattori di rischio per il delirium (compresi i farmaci), l'orientamento giornaliero e l'educazione di un familiare. I pazienti ricoverati in due centri canadesi di cure palliative hanno ricevuto l'intervento, mentre cinque centri hanno fornito l'assistenza tradizionale. Rispetto all'assistenza abituale, l'intervento non è stato efficace nel prevenire il delirium, nel ridurre la gravità o nel ridurre il numero di giorni di degenza. Tuttavia, oltre alla mancanza di randomizzazione, sono state riscontrate una serie di limitazioni metodologiche sostanziali, tra questi, la forte possibilità di contaminazione e di errori di classificazione del delirium, e l'attuazione variabile dell'intervento. Il dato più sorprendente è la scarsità di ricerche di alta qualità sulle strategie non farmacologiche per la prevenzione e il trattamento del delirium nei pazienti adulti con cancro. Questo nonostante il notevole carico di malattia attribuibile a questa sindrome nella popolazione.

La ricerca di articoli che introducono alla definizione del delirium, le cause e i fattori di rischio includono i seguenti studi:

- John Robinson, 2011, propone una revisione sulla definizione e le caratteristiche del delirium.
- Patricia Bramati, et al., 2021, riportano nella loro revisione che il delirium è reversibile nel 25-68% dei casi. Un'anamnesi attenta deve cercare gli effetti avversi dei farmaci come oppioidi, corticosteroidi, benzodiazepine e neurolettici. Di particolare importanza è il potenziale di neurotossicità degli oppioidi. Gli esami di laboratorio possono identificare le anomalie degli elettroliti come l'ipercalcemia, l'iper/iponatremia, l'ipomagnesiemia,, ipossiemia, uremia, iperammonemia. Maldonado ha proposto "l'ipotesi del fallimento dell'integrazione dei sistemi", secondo la quale le alterazioni della sintesi dei neurotrasmettitori e della loro disponibilità, combinate con un malfunzionamento dei sistemi cerebrali interconnessi, si traducono in un fallimento dell'integrazione funzionale e dell'elaborazione delle informazioni nel sistema nervoso centrale. In questa ipotesi sono stati coinvolti diversi fattori, tra cui la

neuroinfiammazione, la disfunzione vascolare cerebrale, l'alterazione del metabolismo cerebrale, lo squilibrio dei neurotrasmettitori e l'alterazione del funzionamento del sistema nervoso centrale. Di conseguenza, si hanno bassi livelli di acetilcolina e alti livelli di dopamina.

- S. H. Bush, et al. 2018, nella loro linea guida hanno proposto un modello multifattoriale per i pazienti ospedalizzati con più di 70 anni. Il modello prevede l'interazione tra vulnerabilità di base e fattori precipitanti o insulti. I fattori predisponenti che contribuiscono alla vulnerabilità di base nei pazienti più anziani sono la disabilità visiva, la gravità della malattia, il deterioramento cognitivo e la disidratazione. I pazienti che hanno alta vulnerabilità di base possono sviluppare il delirium con qualsiasi fattore precipitante, mentre quelli con bassa vulnerabilità saranno più resistenti allo sviluppo del delirium, anche in caso di insulti nocivi. Di conseguenza, nei tumori meno avanzati, nelle malattie intercorrenti relativamente lievi si può provocare il delirium come in persone anziane e fragili, mentre una malattia acuta più grave potrebbe essere necessaria per produrre delirium in individui più giovani. In uno studio prospettico osservazionale condotto per un periodo di 10 settimane, 113 pazienti (145 ricoveri) con neoplasie ematologiche o cancro sono stati ricoverati in un'unità di oncologia per acuti. La maggior parte dei pazienti (57%) aveva una neoplasia ematologica, più comunemente un linfoma. Per i pazienti con cancro, lo stadio non è stato riportato. I cinque fattori associati alla comparsa di delirium all'analisi multivariata sono risultati essere: età avanzata, deterioramento cognitivo al momento dell'ammissione, ipoalbuminemia, presenza di metastasi ossee e la diagnosi di una malattia ematologica. In uno studio su 140 pazienti oncologici adulti ricoverati e in stato confusionale, il 31% aveva un unico fattore determinante per il delirium, mentre il 69% aveva più fattori, con una mediana di tre probabili cause. Centodieci pazienti (73%) erano noti per avere un cancro con metastasi cerebrali o leptomeningee presenti in 36 pazienti (25%). I fattori che hanno contribuito al delirium sono stati: farmaci (prevalentemente oppioidi) nel 64% dei pazienti, disturbi elettrolitici nel 46% e infezioni nel 46%. Questi fattori citati possono essere considerati come fattori di rischio indiretti nell'eziologia multifattoriale del delirium correlato al cancro. Considerando gli effetti diretti del tumore, la compromissione cognitiva è spesso conseguente ai tumori cerebrali.

- John Robinson (2011), nella sua revisione elabora un elenco delle principali cause del delirium, tra cui la polifarmacoterapia che è implicata nel 12-40% dei pazienti con delirium, disturbi metabolici con alterazioni degli elettroliti, il dolore, la disidratazione, l'immobilità, la malnutrizione con la relativa deficienza di macro e micronutrienti, la costipazione che causa un aumento dei livelli di ammonio.
- Annina Seiler, et al. 2019, in questo studio prospettivo osservazionale di coorte hanno individuato i fattori predisponenti per il delirium in 229 pazienti che lo manifestavano: fragilità (Odds Ratio (OR) = 31,48), ipoacusia e vista (OR = 7,53 e 6,33, rispettivamente), la sofferenza per epilessia (OR = 5,68), la presenza di metastasi cerebrali (OR = 3,55), e sesso maschile (OR = 1,52). Non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi per quanto riguarda l'età avanzata e la prevalenza di disturbi cerebrali degenerativi, ictus, cardiopatia ischemica, insufficienza renale cronica, cachessia, malnutrizione o disturbo da uso di sostanze. I fattori precipitanti più rilevanti identificati sono stati l'insufficienza renale acuta (OR = 7,64), le piaghe da decubito (OR = 5,92), sepsi (OR = 4,70) e dolore (OR = 1,95).
- Min-Seok Seo, et al. 2020, nel loro studio retrospettivo di coorte, 487 pazienti (uomini: 268 ; donne: 219) con cancro terminale si sono qualificati per la partecipazione allo studio. Il tipo di neoplasia più comune era il tumore del tratto gastrointestinale (127 pazienti, 26,1%), seguito dal tumore epato-pancreato-biliare (118 pazienti, 24,2%). I punteggi ECOG-PS di 3 e 4 sono stati registrati rispettivamente nel 38,8 e 37,6% dei pazienti. Il tempo mediano di sopravvivenza complessiva è stato di 26 giorni. Età avanzata (> 70 anni), sesso maschile, tumore al polmone, scarso performance status, leucocitosi, neutrofilia, linfopenia, trombocitopenia, azotemia, ipoalbuminemia, iperbilirubinemia, tempo di protrombina (PT)-INR prolungato, e ipernatremia erano associati a tempi di sopravvivenza mediamente più brevi.

Gli studi che riguardano la valutazione del delirium sono:

- Elisabeth C. W. Neefjes, et al. 2019., nel loro trial clinico sottolineano che i pazienti sono stati sottoposti a screening per il delirium dall'infermiere utilizzando il DOS al momento del ricovero e successivamente tre volte al giorno, bisettimanalmente durante la degenza in ospedale. Ogni paziente DOS positivo ($\text{DOS} \geq 3$) è stato abbinato casualmente a un paziente DOS negativo ($\text{DOS} < 3$) per valutare l'accuratezza del DOS. I pazienti positivi alla DOS e i pazienti negativi alla DOS sono stati abbinati in modo casuale e sono stati valutati con la Delirium Rating Scale-R- 98 (DRS-R-98) da un esperto valutatore indipendente, in cieco. Per evitare duplicazioni, i pazienti sono stati esclusi dal gruppo DOS negativo se erano stati inclusi nella parte dello studio randomizzato durante un ricovero successivo. La versione originale della Delirium Observational Screening Scale consisteva in una scala di 25 item basata sui criteri del DSM-IV per il delirium. La scala era stata progettata per cogliere i primi sintomi di delirium che il personale infermieristico poteva osservare durante la regolare assistenza. La scala è stata successivamente ridotta a 13 osservazioni ed è nota come Delirium Observation Scale (DOS). Ogni item può essere valutato come normale (punteggio 0) o anormale (punteggio 1). Un punteggio totale di tre o più punti indica delirium. Un piccolo studio descrittivo ha valutato la DOS nei pazienti ricoverati in un'unità di cure palliative. Il DOS è stato confrontato con la CAM (Confusion Assessment Method) e la Delirium Index e ha mostrato buone proprietà psicometriche.
- Barnes, Christopher J, et al. 2015, hanno condotto uno studio prospettico e osservazionale per valutare l'associazione tra Nu-DESC e i punteggi della Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), uno strumento di gravità del delirium convalidato nelle cure palliative. Gli esiti secondari includevano le associazioni tra i punteggi Nu-DESC e le valutazioni dell'intensità dell'approccio farmacologico utilizzato per il delirium e tra i punteggi Nu-DESC e la gravità del delirium misurata dal Clinician Global Rating (CGR). Quarantasei pazienti hanno completato lo studio, con tre esclusi dalle analisi statistiche perché mancavano i dati Nu-DESC, lasciando un campione analitico finale di 43 pazienti. Poco più della metà (56,5%) era di sesso femminile, con un'età mediana di 73 anni, e il 93,5% era affetto da cancro. Gli obiettivi di cura alla diagnosi di delirium erano medica (trattamento dei fattori precipitanti e

gestione dei sintomi) nel 45,6%, e di comfort (solo gestione dei sintomi) nel 54,4%. La maggior parte (71,7%) degli episodi di delirium erano di sottotipo ipoattivo, con il 4,3% di tipo iperattivo e 15,2% misto. I punteggi Nu-DESC sono risultati positivamente correlati con l'intensità della gestione dei farmaci, sia utilizzando il punteggio Nu-DESC massimo e il punteggio Nu-DESC medio. Sebbene i punteggi Nu-DESC medi fossero più alti nei pazienti con una gravità di delirium moderata rispetto a quella lieve, in base alla CGR, questa associazione non è risultata statisticamente significativa. I risultati suggeriscono che il Nu-DESC può essere uno strumento utile per monitorare la gravità del delirium nelle strutture di cure palliative ospedaliere. Tuttavia, quando sono necessarie misure più precise della gravità del delirium, come in ambienti di ricerca, altri strumenti sono più adatti a catturarne le diverse caratteristiche.

- Richard N. Jones, et al. 2019, nella loro meta-analisi affermano che data l'importanza della gravità del delirium, l'identificazione di approcci precisi e affidabili alla misurazione, è fondamentale per far progredire e migliorare l'assistenza ai pazienti. Nella revisione sistematica di 228 articoli, si sono identificati sei strumenti per la gravità del delirium che soddisfano i criteri prestabiliti di frequenza d'uso, qualità metodologica, validità del costrutto e ampia copertura del dominio. Ognuno di questi strumenti rappresenta un importante contributo al kit di strumenti per valutare la gravità del delirium. Nel complesso, il CAM (Confusion Assessment Method), la DRS (Delirium Rating Scale, inclusa la DRS-R98) e la Memorial Delirium Assessment Scale sono stati gli strumenti più comunemente utilizzati per valutare la gravità del delirium identificati nello studio. I tre strumenti aggiunti sono stati: l'Esame dello Stato Confusionale, il Delirium-O-Meter e la Delirium Observation Scale. La scelta di uno specifico strumento di gravità del delirium per scopi clinici o di ricerca deve essere guidata dagli obiettivi di utilizzo e dai vincoli logistici. Ognuno dei sei strumenti ha punti di forza e limiti, e qui vengono forniti diversi scenari potenziali per il loro utilizzo. Ad esempio, per quanto riguarda le valutazioni della gravità del delirium riportate dagli infermieri durante ogni turno di lavoro, il Delirium-O-Meter e la Delirium Observation Scale forniscono una valutazione breve (<5 minuti) e richiedono una formazione minima. Tuttavia, sebbene queste valutazioni forniscano informazioni preziose sulla traiettoria e sulla velocità dei progressi del paziente,

richiedono una conferma da parte di clinici esperti prima di stabilire una diagnosi di delirium.

- Yoshinobu Matsuda et al., 2020, nella loro linea guida pongono il problema di quale sia lo strumento di valutazione migliore nei pazienti oncologici terminali per valutare il delirium. Non ci sono strumenti specifici raccomandati, anche se la Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), la Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R98), la Communication Capacity Scale (CCS) e la Agitation Distress Scale (ADS), sono state segnalate come strumenti per individuare il delirium nei pazienti oncologici. Il MDAS e DRS-R-98 sono disponibili per valutare la gravità del delirium. La CCS e l'ADS sono utili per i pazienti in gravi stati fisici. Sono stati esaminati l'affidabilità e la validità della MDAS in 104 pazienti oncologici ricoverati. I risultati hanno mostrato che la sensibilità e la specificità erano rispettivamente del 98 e del 96%, quando il valore di cutoff era 7 nell'MDAS. Grassi et al., 2015, hanno esplorato l'utilità del DRS nella valutazione del delirium in 105 pazienti oncologici e hanno riscontrato che la sensibilità e la specificità erano del 95 e 61%, quando è stato applicato un valore di cutoff pari a 10 nella DRS, e del 68 e 94% quando è stato applicato un valore di cutoff di 13 nel MDAS. Meagher et al., 2014, hanno sviluppato la Delirium Motoric Checklist e hanno esaminato quali item sono associati al delirium iperattivo o ipoattivo, proponendo criteri di valutazione per i sottotipi motori iperattivi e ipoattivi. Sono state esaminate la CCS e l'ADS per verificare se sono strumenti validi e affidabili per misurare la gravità del delirium in 30 pazienti oncologici in fase terminale e hanno trovato le scale accettabili. Leonard et al., 2014, hanno condotto una revisione sistematica degli studi sugli strumenti di valutazione del delirium nelle cure palliative. I loro risultati hanno rivelato che la CAM, la Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) sono appropriati come strumenti di screening del delirium, mentre l'MDAS e il DRS-R-98 sono appropriati per valutare la gravità del delirium.

Gli articoli che prendono in considerazione l'hospice e il suo ruolo sono:

- Natalie C. Ernecoff et al., 2020, in questa revisione confermano che gli studi clinici ribadiscono l'effetto positivo delle cure palliative specialistiche e primarie sulla qualità e sui risultati dell'assistenza; tuttavia, i meccanismi causali che collegano i singoli elementi raccomandati delle cure palliative e gli esiti rimangono poco chiari. In questa

revisione si sono esaminate le associazioni tra gli elementi raccomandati delle cure palliative, indipendentemente dai clinici curanti, e i risultati ottenuti, al fine di identificare gli elementi che possono essere critici per la progettazione di interventi di cure palliative primarie. I colloqui sugli obiettivi di cura e l'assistenza spirituale sono stati associati alla morte in ospedale, sebbene i colloqui sugli obiettivi di cura siano stati associati anche all'invio in hospice. I colloqui sugli obiettivi di cura sono stati spesso precursori dell'invio all'hospice, ma solo il coinvolgimento di una specialità di cure palliative prevedeva il passaggio dall'ospedale all'hospice per le cure di fine vita. Le possibili spiegazioni di questo è che i medici specialisti in cure palliative possano discutere prima della traiettoria della malattia, oppure possono comunicare le opzioni per i servizi di comunità o di setting di cura più efficacemente di altri. Circa la metà dei decessi in ospedale sono avvenuti nell'unità di terapia intensiva, la maggior parte dei quali si è verificata molto presto dopo la sospensione dei trattamenti di mantenimento. Per molti di questi pazienti, il trasferimento dall'ospedale prima del decesso non è fattibile, anche se l'assistenza è probabilmente coerente con gli obiettivi individuati durante la discussione sugli obiettivi di cura. Anche se questo probabilmente aumenta l'associazione tra le discussioni sugli obiettivi di cura e il decesso in ospedale, le conversazioni, siano esse condotte da specialisti di cure palliative o da altri clinici, sono importanti per fornire un'assistenza concordante con gli obiettivi. Comprendere e migliorare la comprensione e potenziamento dei meccanismi di cure palliative sia specialistiche che primarie sono importanti per soddisfare le esigenze dei pazienti affetti da malattie gravi.

- David C. Currow et al., 2020, nella loro revisione affermano che l'assistenza deve sostenere i pazienti affinché siano funzionali il più a lungo possibile e che allo stesso tempo fornisca il controllo dei sintomi e i migliori risultati. La maggior parte dell'assistenza nell'ultimo anno di vita avviene nell'hospice e si basa quasi esclusivamente sulla presenza, la capacità e la volontà di familiari e amici di famiglia ad assumere il ruolo di caregiver. Il modo in cui i caregiver sono sostenuti nel loro ruolo è un elemento fondamentale dell'assistenza in hospice. Quando le persone affette da cancro avanzato iniziano a sperimentare un rapido declino funzionale, è importante assicurarsi che l'assistenza in hospice sia il più adeguata possibile. Inoltre, è necessario

che ai pazienti vengano fornite tutte le informazioni in modo da essere in grado di dare priorità alle cose più importanti per loro nel tempo che resta a disposizione.

Le esperienze dei familiari e/o caregivers sono riportati in un articolo:

- Anne M. Finucane, et al. 2016, nella loro revisione affermano che quasi la metà di tutti e trentatré gli articoli esaminati sul delirium ha parlato dei familiari di pazienti che ricevono cure palliative (n = 16). I restanti studi riguardavano i caregiver di anziani (n = 9), caregiver di pazienti che accedono ai servizi oncologici ma non sono identificati come palliativi (n = 2), e familiari di pazienti con delirium o a rischio di delirium in altri contesti ospedalieri (n = 6). Dodici studi (36%) riguardavano specificamente i caregiver di pazienti affetti da tumore che avevano sperimentato il delirium o erano a rischio di delirium. Sei lavori si sono concentrati sul delirium terminale o sull'irrequietezza terminale. Diciotto articoli inclusi nella revisione finale hanno esplorato le esperienze dei caregiver di pazienti affetti da delirium. Sono stati identificati quattro sottotemi: angoscia generalizzata ed emozioni negative, relazioni difficili o in via di deterioramento, bilanciamento tra il bisogno di alleviare la sofferenza e il desiderio di comunicare impotenza rispetto al controllo. Undici studi hanno considerato il ruolo potenziale dei caregiver nella prevenzione e/o nell'individuazione del delirium nella persona assistita, un certo numero di studi si sono concentrati sul ruolo dei caregiver nello screening precoce di questa sindrome. Viene descritto l'utilizzo della "competenza" del familiare per esaminare i precursori del delirium e, si è riscontrato che i caregiver di pazienti con delirium in un hospice (n = 20) erano in grado di identificare i sintomi prodromici del delirium. In uno studio retrospettivo separato di 23 caregiver di pazienti con cancro cerebrale e del collo, Bond et al., 2012, hanno riscontrato che l'incidenza del delirium segnalato dal caregiver era sostanzialmente superiore al tasso di delirium documentato dai clinici, suggerendo un ruolo per i caregiver nella diagnosi precoce.

Le esperienze degli infermieri di fronte al delirium sono racchiuse in un articolo:

- Nissy Thomas, et al. 2021, nella loro revisione sistematica affermano che i risultati della ricerca degli studi sulle esperienze degli infermieri di fronte al delirium, hanno evidenziato la loro mancanza di conoscenze e di istruzione. Tuttavia, i partecipanti allo

studio (infermieri) hanno riferito di sentirsi poco chiari e impreparati a curare i pazienti con delirium, e che ciò genera ansia. Questo aspetto è stato ulteriormente evidenziato in uno studio condotto da Godfrey et al., 2013, che ha rivelato che il delirium e la prevenzione di esso non erano inclusi nei loro programmi di formazione obbligatoria o di educazione in servizio. Sebbene l'individuazione clinica del delirium possa essere difficile, una solida comprensione delle valutazioni cognitive, del processo e del decorso di esso consentirà agli infermieri di gestirlo in modo efficace. Inoltre, gli studi esaminati evidenziano l'importanza della disponibilità di linee guida di pratica clinica relative al delirium, insieme all'accesso a protocolli o sistemi integrati che traducano le conoscenze in pratiche lavorative. L'aumento del carico di lavoro è un'altra sfida affrontata dai partecipanti, che ha prodotto un senso di incompetenza, con conseguenti ripercussioni sulla qualità dell'assistenza, ed è stato considerato dispendioso in termini di tempo. Questa rassegna rivela lo stress e la frustrazione incontrati dagli infermieri nel tentativo di gestire il paziente e la situazione. Inoltre, la revisione ha rivelato come l'aumento di carico di lavoro ha influito sulla produttività degli infermieri e sulla loro soddisfazione lavorativa. Anche se non tutte le strutture erano sottorganico, l'acuzie dei pazienti con delirium aumentava il carico di lavoro. Inoltre, questa revisione evidenzia la necessità di personale aggiuntivo, risorse o approcci alternativi alla distribuzione del carico di lavoro. Gli infermieri partecipanti hanno riferito che il loro obiettivo in primis è la sicurezza del paziente e di loro stessi. Gli infermieri dovrebbero essere in grado di applicare strategie positive che possono essere facilmente messe in atto per facilitare un'assistenza appropriata e sicura. Nel complesso, la revisione evidenzia la necessità di una maggiore educazione sul delirium, comprese le strategie di coping per assistere efficacemente i pazienti e migliorare la pratica clinica.

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE

4.1 LA VALUTAZIONE DEL DELIRIUM

L'insorgenza del delirium nel paziente oncologico terminale ci deve far subito pensare che il quadro clinico della persona si sta evolvendo verso un progressivo peggioramento. La consapevolezza che i casi più gravi di delirium possono portare a un rapido declino cognitivo a lungo termine ha indicato l'importanza di un rapido riconoscimento della gravità del delirium e quindi di strumenti efficaci nella valutazione. Lo strumento di valutazione del delirium, secondo molti studi, deve essere rapido da somministrare, facile da usare con una formazione minima e che fornisca una diagnosi e una valutazione della gravità dei sintomi. Secondo Grover e Kate (2012), la Delirium Observation Scale sembra essere la scala di valutazione più adatta per questi motivi. Poiché ha il vantaggio di essere facilmente applicabile nella pratica quotidiana, si possono formare gli operatori sanitari a sottoporre a screening i pazienti con tumore avanzato attraverso l'analisi della DOS. Con il riconoscimento precoce e il trattamento adeguato del delirium la qualità di vita dei pazienti con cancro avanzato può essere migliorata.

4.2 INTERVENTI INFERMIERISTICI

Gli interventi infermieristici nella gestione e prevenzione del delirium non sono stati presi in esame negli studi analizzati, in particolare viene trattato il trattamento farmacologico in associazione a quello non farmacologico, come suggerito dalle linee guida ESMO del 2018. Si rende necessario chiedere alla famiglia informazioni sulla cognizione di base del paziente, informare il paziente e la famiglia sul rischio di delirium e sulle strategie di prevenzione di esso. Alla famiglia, viene fornito un opuscolo informativo sul delirium e informati sul rischio di insorgenza e sulla sua prevenzione. I pazienti e la famiglia sono invitati a partecipare alle strategie di prevenzione di questa sindrome.

Gli interventi multicomponente si sono dimostrati efficaci, soprattutto la presenza dei caregivers, per il maggior tempo possibile, accanto al proprio caro. Anche la società europea di oncologia medica (ESMO) nelle sue linee guida riporta che gli interventi multicomponente sono efficaci nella prevenzione del delirium, anche se ricerche di qualità sulle strategie non farmacologiche di prevenzione di questa sindrome sono ancora molto scarse nonostante questo problema sia comune, e anche se il delirium nelle ultime ore di vita risulta un sintomo refrattario, la gestione non farmacologica dei sintomi dovrebbe essere messa a disposizione di tutti i pazienti, messa in atto da tutto il personale sanitario che assiste la persona e integrata con interventi farmacologici. Gli interventi multicomponente vengono suddivisi in sei domini per risultare più facili e comprensibili: preservare il sonno naturale, mantenere le percezioni sensoriali attive, ottimizzare l'idratazione, promuovere la comunicazione, l'orientamento e la cognizione, ottimizzare la mobilitazione e collaborare con la famiglia del malato. Di notevole importanza è la questione se il delirium possa essere prevenuto e trattato con mezzi non farmacologici perché questo non è mai stato determinato in modo definitivo per le persone con tumore. Sono stati trovati pochi studi incentrati su interventi non farmacologici per il trattamento del delirium nelle persone che necessitano di cure palliative, evidenziando la particolare necessità di effettuare ricerche in questa difficile area dell'assistenza clinica. Gli studi sugli interventi non farmacologici per il delirium si sono concentrati principalmente su pazienti anziani. Esistono anche possibili ostacoli all'implementazione di strategie non farmacologiche di prevenzione del delirium per le persone con cancro avanzato. Queste includono la loro comune fragilità e affaticamento, che riducono la capacità di partecipare ad attività come l'esercizio fisico. I pazienti e i familiari possono non rendersi conto dei gravi rischi associati a un episodio di delirium o dare priorità a strategie di prevenzione senza questa conoscenza. Il compito delle cure palliative è quello di studiare se il delirium possa essere prevenuto e come possa essere evitato in caso di tumore terminale

4.3 IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL DELIRIUM

L'infermiere riveste un ruolo centrale nell'assistenza diretta al paziente, perché passa la maggior parte del tempo con lui, e sa valutare se ci sono dei cambiamenti nella persona, come ad esempio a livello cognitivo potrebbe presentarsi disorientamento spazio-temporale, allucinazioni o al contrario una diminuzione della vigilanza. Gli studi hanno evidenziato mancanza di conoscenze e istruzione degli infermieri, d'altro canto loro stessi si sentono impreparati ad affrontare il delirium, come dichiarato in alcuni studi. Bisogna tenere in considerazione che l'aumento di carico di lavoro dovuto all'insorgere del delirium, è un'altra sfida per gli infermieri che produce un senso di incompetenza e questo rileva lo stress e la frustrazione che gli infermieri incontrano nel tentativo di gestire il paziente e la situazione che compare attorno a lui e alla sua famiglia. Docherty et al., 2016, in una revisione hanno sviluppato una formula semplice ma efficace: *“delirium: sospettarlo, individuarlo e fermarlo”*.

CAPITOLO 5

CONCLUSIONE

Il delirium ha un impatto notevole nelle persone in fase terminale di vita che si trovano ricoverate in un reparto di cure palliative e quindi il riconoscimento, la valutazione e la gestione efficace di un episodio di delirium dipendono dalla vigilanza e dall'impegno dell'intera équipe sanitaria, è importante perciò il riconoscimento precoce dell'episodio delirante al fine di mettere in atto gli interventi più appropriati. Dagli studi selezionati dalla ricerca di letteratura si evince che la Delirium Observation Screening Scale sembra essere la scala di valutazione più adeguata nei contesti di terminalità, in quanto è facile da somministrare e non richiede una formazione specifica. Bisogna tenere in considerazione le molteplici cause che sono alla base dello sviluppo del delirium, che sono in gran parte determinate dallo stato di avanzamento della patologia e le sue conseguenze sull'organismo, ciò fa riflettere ancora di più sulla prevenzione di questa sindrome.

Gli interventi non farmacologici dovrebbero essere i primi a essere messi in atto in caso di delirium, soprattutto perché possono essere attuati dall'infermiere in completa autonomia. Gli interventi non farmacologici multicomponenti si sono dimostrati efficaci nel ridurre l'incidenza del delirium e nel prevenire le cadute ad esso correlate, migliorando la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie. Ancora pochi studi hanno affrontato la gestione del delirium con mezzi non farmacologici nei pazienti oncologici terminali, da qui la necessità di ulteriori ricerche a riguardo.

La partecipazione dei caregiver alla cura del malato è molto importante perché, essi sono i primi che riescono ad individuare l'inizio di un episodio delirante e che sanno interpretare il linguaggio, i gesti e i movimenti dei pazienti che agli occhi dell'infermiere possono essere privi di significato. Inoltre, il caregiver è spinto dall'esigenza di ristabilire un rapporto con il proprio caro prima della sua morte, rapporto che è stato compromesso dall'avvento dell'episodio delirante, da qui sarà più facile poi elaborare il lutto. L'elaborazione del lutto è più agevole per i familiari di pazienti che sono deceduti in un hospice rispetto ad un ospedale, questo perché

l'hospice risulta essere un ambiente simile alla casa e in accordo con le preferenze dei pazienti riguardo alla propria morte, come riportato in più ricerche.

BIBLIOGRAFIA

Agar, M.; Bush, S.H. Delirium at the End of Life. *Journal of Medical and Clinical Nursing* 2020, 104, 491–501.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*; American Psychiatric Publishing: Washington, DC, USA, 2013.

Breitbart, W.; Alici, Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2012, 30, 1206–1214.

Bush SH, Kanji S, Pereira JL, Davis DHJ, Currow DC, Meagher D, Rabheru K, Wright D, Bruera E, Agar M, Hartwick M, Gagnon PR, Gagnon B, Breitbart W, Regnier L & Lawlor PG (2014). Treating an established episode of delirium in palliative care: expert opinion and review of the current evidence base with recommendations for future development. *Journal of Pain and Symptom Management* 48, 231– 248.

Bush, S.H.; Tierney, S.; Lawlor, P.G. Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs* 2017, 77, 1623–1643.

Caraceni A. Drug-associated delirium in cancer patients. *European Journal Cancer Supplement* 2013; 11: 233–240.

De la Cruz M.; Fan J.; Yennu S et al. The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer* 2015; 23: 2427–2433.

Docherty E.; Mounsey C. Delirium: Suspect it, spot it and stop it. *Kai Tiaki Nursing* 2016, 22, 12–14.

European Delirium Association and American Delirium Society (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: Inclusiveness is safer. *BMC Medicine* 12, 141.

Finucane AM.; Lugton J.; Kennedy C.; Spiller JA. The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review. *Psychooncology*, 2017;26(3):291-300.

Gagnon P.; Allard P.; Gagnon B et al. Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention. *Psychooncology*, 2012; 21(2): 187–194.

Grassi L.; Caraceni A.; Mitchell A.; Nanni M.G.; Berardi M.A.; Caruso R.; Riba M. Management of delirium in palliative care: A review. *Current. Psychiatry Report* 2015, 17, 13.

Hosie A.; Davidson PM.; Agar M et al. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliative Medicine* 2013; 27(6): 486-498.

Hosie A, Lobb E, Agar M et al. Measuring delirium point-prevalence in two Australian palliative care inpatient units. *International Journal of Palliative Nursing* 2016; 22: 13-21.

Hosie, A.; Siddiqi, N.; Featherstone, I.; Johnson, M.; Lawlor, P.G.; Bush, S.H.; Amgarth-Duff, I.; Edwards, L.; Cheah, S.L.; Phillips, J et al. Inclusion, characteristics and outcomes of people requiring palliative care in studies of non-pharmacological interventions for delirium: A systematic review. *Palliative Medicine* 2019, 33, 878-899.

Hshieh TT.; Yue J.; Oh E et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a metaanalysis. *JAMA Internal Medicine* 2015; 175(4): 512-520.

Hui D.; Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature Review Clinical Oncology* 2016;13: 159-171.

Kavalieratos D.; Corbelli J.; Zhang D et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes. *JAMA Internal Medicine* 2016; 316:2104.

LaFever S.; Bory A.; Nelson J. Delirium in patients with cancer: What nurses need to know to improve care. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2015, 19, 585-590.

National Coalition for Hospice and Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care, 4th ed. Richmond, VA: *National Coalition for Hospice and Palliative Care*, 2018.

Neefjes ECW.; van der Vorst MJDL.; Verdegaal BATT et al. Identification of patients with cancer with a high risk to develop delirium. *Cancer Medicine* 2017; 6: 1861-1870.

Rosner MH., Dalkin AC. Electrolyte disorders associated with cancer. *Advanced Chronic Kidney Disease* 2014; 21:7-17

Saiani L., Bugnolli A. *Trattato di cure infermieristiche*, seconda edizione, 2013; 22:802-808; 25:861-897

Salahudeen AK.; Doshi SM.; Shah P. The frequency, cost, and clinical outcomes of hypernatremia in patients hospitalized to a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer* 2013; 21:1871-8.

Uchida M.; Okuyama T.; Ito Y et al. Prevalence, course and factors associated with delirium in elderly patients with advanced cancer: a longitudinal observational study. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2015; 45: 934-94.

Watt CL.; Momoli F.; Ansari MT.; Sikora L.; Bush SH.; Hosie et al. The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: a systematic review. *Palliative Medicine* 2019; 33:865-77

ALLEGATO

Titolo, autore, anno	Tipo di studio	Obiettivo	Metodi	Risultati	Conclusioni
<p>1)Inclusion, characteristics and outcomes of people requiring palliative care in studies of non-pharmacological interventions for delirium: a systematic review.</p> <p>Annamarie Hosie et al., 2019</p> <p>Pubblicato sulla rivista Palliative Medicine</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Esaminare se le persone che necessitano di cure palliative sono state incluse in studi di intervento non farmacologico sul delirium, come sono state caratterizzate e quali sono stati gli esiti.</p>	<p>Ricerca sistematica eseguita nel marzo 2017 di studi di intervento non farmacologico sul delirium in pazienti adulti ricoverati. Scottish Intercollegiate Guidelines Network ha guidato la valutazione del rischio di parzialità.</p>	<p>I 29 studi inclusi sono stati condotti tra il 1994 e il 2015 in 15 Paesi (9136 partecipanti, età media = 76,5 anni, 56% donne). La maggior parte degli studi ha testato interventi multicomponente (n = 26) per prevenire il delirium (n = 19). Tre quarti dei 29 studi inclusi (n = 22) escludevano vari gruppi di persone che necessitavano di cure palliative; tuttavia, i criteri di inclusione, la malattia, la diagnosi dei partecipanti, gravità della malattia e la mortalità indicavano la loro presenza in quasi tutti gli studi (n = 26). Di questi, 21 studi non hanno caratterizzato i partecipanti che necessitavano di cure palliative né hanno riportato i loro esiti specifici (72%), quattro hanno riportato gli esiti per gli anziani con fragilità, demenza, cancro e comorbidità, mentre uno era esplicitamente incentrato sulle</p>	<p>Gli interventi non farmacologici per il delirium hanno spesso escluso e sottocaratterizzato le persone che necessitavano di cure palliative e raramente ne hanno riportato gli esiti.</p>

				<p>persone che ricevevano cure palliative. L'eterogeneità e le limitazioni degli studi hanno precluso la determinazione definitiva dell'efficacia dell'intervento e hanno consentito solo interpretazioni di fattibilità per le persone che necessitano di cure palliative. Gli esiti di accettabilità (eventi avversi dell'intervento ed esperienza soggettiva dei pazienti) sono stati raramente riportati nel complesso.</p>	
--	--	--	--	---	--

<p>2)Delirium in palliative care</p> <p>Patricia Bramati e Eduardo Bruera, 2021</p> <p>Publicato sulla rivista Cancers</p>	<p>Revisione</p>	<p>Revisione che racchiude la definizione, strumenti di valutazione, epidemiologia, impatto, eziologia, diagnosi dei fattori precipitanti e gestione del delirium</p>	<p>Questa revisione ha considerato più di 60 pubblicazioni e la collaborazione del dipartimento di cure palliative, riabilitazione e medicina integrativa dell'Università del Texas</p>	<p>Fornire ai lettori una maggiore conoscenza delle principali caratteristiche del delirium</p>	<p>Il delirium è una condizione neuropsichiatrica comune che è associata a un aumento della morbilità e della mortalità nei pazienti con malattia avanzata, e ha un impatto profondo sui pazienti, le loro famiglie, gli assistenti e il personale. I caregiver che si prendono cura del paziente con cancro avanzato dovrebbero essere consapevoli di questa condizione e conoscere gli strumenti diagnostici disponibili per identificare il delirium. Spesso non è possibile ottenere la reversibilità dei sintomi, quindi la gestione dovrebbe essere fatta con interventi non farmacologici integrati, se necessario, da interventi farmacologici.</p>
--	------------------	---	---	---	---

<p>3)Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines</p> <p>S. H. Bush et al., 2018</p> <p>Publicato su Annals of Oncology nel 2018</p>	<p>Linea guida pratica</p>	<p>Mettere insieme e condividere informazioni per migliorare l'assistenza alla persona con delirium, condividere evidenze aggiornate, usando una rappresentazione facile da seguire</p>	<p>La letteratura rilevante è stata selezionata dagli autori esperti. I livelli di evidenza e i gradi di raccomandazione sono stati applicati utilizzando il sistema dei livelli di evidenza e gradi di raccomandazione adattati dall'Infectious Diseases Society of America United States Public Health Service. Le affermazioni senza classificazione sono state considerate dagli esperti e dalla Facoltà ESMO come giustificate dalla pratica clinica standard. Questo manoscritto è stato sottoposto a un processo di peer review anonimo. La ricerca della letteratura ha incluso i database Cochrane, Ovid Medline, PubMed, Embase, PsycINFO e SCOPUS. Le banche dati sono state ricercate utilizzando titoli di soggetto e termini a testo libero. I criteri di inclusione degli</p>	<p>Raccomandazioni mirate riguardo la gestione, la diagnosi e lo screening del delirium. Gestione delle potenziali cause, dei fattori di rischio, interventi farmacologici e non farmacologici per la gestione del delirium. Impatto del delirium, il supporto e l'educazione di pazienti e familiari.</p>	<p>Il delirium è un'emergenza clinica e un indice di cambiamento acuto delle condizioni mediche del paziente. Il riconoscimento, la valutazione e la gestione efficace di un episodio di delirium dipendono dalla vigilanza e dall'impegno dell'intera équipe sanitaria. Anche se l'inversione del delirium non sia sempre possibile o auspicabile, la gestione sintomatica, in primo luogo con strategie non farmacologiche, dovrebbe essere messa a disposizione di tutti i pazienti e integrata con interventi farmacologici, se necessario. C'è un urgente bisogno di prove adeguate, studi clinici robusti e potenziati su interventi</p>
--	----------------------------	---	--	--	--

			<p>studi erano: adulti di 18 anni affetti da tumore e a rischio di delirium o con una diagnosi formale di delirium in ambienti ospedalieri, di cure palliative/ospedali e di hospice. Sono stati esclusi il delirium perioperatorio e i contesti di terapia intensiva o di criticità.</p>		<p>non farmacologici e farmacologici, compresi gli RCT, per migliorare la prevenzione e la gestione di questa sindrome.</p>
--	--	--	---	--	---

<p>4)Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of an interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on an inpatient palliative care unit</p> <p>Bush et al., 2022</p> <p>Publicato sulla rivista BMC Palliative care</p>	<p>Valutazione di linea guida pratica</p>	<p>Utilizzo di linee guida cliniche sul delirium può allineare la pratica clinica interprofessionale e migliorare l'assistenza ai pazienti deliranti e alle loro famiglie. Lo scopo di questo progetto è stato quello di adattare, implementare e valutare una linea clinica pratica interprofessionale sul delirium in un'unità ospedaliera di cure palliative.</p>	<p>Il contesto era un'unità di cure palliative per adulti con 31 letti di degenza all'interno di un ospedale universitario. I partecipanti alla valutazione erano membri del team interprofessionale. Utilizzando l'integrazione dell'adattamento delle linee guida e un'iniziativa educativa, un gruppo interprofessionale di adattamento delle linee guida ha sviluppato un modulo "starter kit" faccia a faccia e quattro moduli di autoapprendimento online. La valutazione con metodi misti comprendeva la revisione pre e post implementazione delle cartelle cliniche elettroniche, un sondaggio online e l'analisi di focus group/interviste utilizzando un approccio di analisi tematica iterativa e induttiva.</p>	<p>L'implementazione della linea guida è durata 12 mesi. Tutto il personale delle unità di cure palliative ha partecipato a una sessione di "starter kit". Il tasso di completamento complessivo dei quattro moduli di e-learning è stato dell'80,4%. Il tasso di risposta complessivo all'indagine è stato del 32% (25/77 membri del team interprofessionale). Tutti i rispondenti hanno concordato fortemente (12/25; 48%) o non concordato (13/25; 52%) sul fatto che la formazione era sufficiente per seguire le linee guida nella pratica quotidiana. Diciassette partecipanti hanno concordato che la linea guida era accessibile. La maggior parte dei partecipanti (18/25; 72%) ha dichiarato che seguirà coerentemente la linea guida nei prossimi tre mesi.</p>	<p>Sebbene le linee guida di pratica clinica possano fornire coerenza nella pratica collaborativa interprofessionale basata sull'evidenza, l'adattamento delle linee guida e lo sviluppo di sessioni formative di supporto richiedono tempo e fatica significativi. L'implementazione delle linee guida richiede un team agile e flessibile. La valutazione post-implementazione è una componente critica per dimostrare l'impatto del delirium, sia clinico che sull'équipe. La ricerca futura dovrebbe esaminare la sostenibilità delle linee guida nei contesti di cure palliative.</p>
--	---	--	--	--	--

<p>5)The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review</p> <p>Anne M. Finucane et al., 2016</p> <p>Publicato sulla rivista Psycho Oncology nel 2017</p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p>Esplorare le esperienze dei caregiver di pazienti terminali affetti da delirium, determinare il ruolo potenziale dei caregiver nella gestione del delirium alla fine della vita, identificare il supporto necessario per migliorare l'esperienza dei caregiver e per aiutarli a sostenere il paziente.</p>	<p>La ricerca si è effettuata su quattro banche dati elettroniche: PsychInfo, Medline, Cinahl e Scopus utilizzando i termini "delirio", "irrequietezza terminale" o "irrequietezza agitata combinate con o "caregiver" o "famiglia" o "famiglie". Trentatré articoli soddisfacevano i criteri di inclusione e sono rimasti nella revisione finale.</p>	<p>Gli interventi si sono concentrati sull'esperienza del caregiver: stress, deterioramento delle relazioni, bilanciamento tra il bisogno di alleviare la sofferenza e il desiderio di comunicare, impotenza e controllo. Il ruolo del caregiver: individuazione e prevenzione del delirium, monitoraggio dei sintomi e ruolo di difensore del paziente. Il supporto del caregiver: necessità di informazioni, consigli su come rispondere al paziente, interventi per migliorare i risultati del caregiver verso il paziente.</p>	<p>I caregiver dei pazienti affetti da delirium sperimentano alti livelli di angoscia. Il disagio è accentuato dalla potenziale irreversibilità del delirium nei contesti di cure palliative e dall'incertezza sulla possibilità di ristabilire la relazione caregiver-paziente prima della morte. I caregiver possono contribuire alla gestione del delirium del paziente. Servono ulteriori studi di intervento con componenti informative, emotive e comportamentali per migliorare il supporto ai caregiver e per aiutare il caregiver a sostenere il paziente. La riduzione del disagio del caregiver dovrebbe essere un obiettivo di qualsiasi intervento futuro.</p>
---	---------------------------------	---	--	--	---

<p>6) Accuracy of the Delirium Observational Screening Scale (DOS) as a screening tool for delirium in patients with advanced cancer</p> <p>Elisabeth C. W. Neeffjes et al., 2012</p> <p>Publicato sulla rivista BMC Cancer nel 2019</p>	<p>Trial clinico</p>	<p>La Delirium Observation Screening Scale (DOS) è stata sviluppata per facilitare il riconoscimento precoce del delirium da parte degli infermieri durante l'assistenza clinica di routine. Ha dimostrato una buona validità in diverse popolazioni di pazienti, ma non è ancora stata convalidata nei pazienti ospedalizzati con cancro avanzato, sebbene la DOS sia comunemente utilizzata in questo contesto nella pratica quotidiana. Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'accuratezza della DOS in pazienti ospedalizzati con cancro avanzato.</p>	<p>I pazienti con cancro avanzato ricoverati nel reparto di oncologia medica sono stati sottoposti a screening per il delirium con il DOS e la DRS-R-98 (Delirium rating scale revisionata nel 1998). Sensibilità, specificità, valore predittivo negativo (NPV) e valore predittivo positivo (PPV) del DOS sono stati calcolati utilizzando un punteggio $DOS \geq 3$ come cut-off per il delirium.</p>	<p>Sono stati identificati 95 pazienti DOS negativi e 98 DOS positivi. La sensibilità della DOS era $> 99,9\%$, la specificità era $99,5\%$, il PPV era $94,6\%$ e il NPV era $> 99,9\%$.</p>	<p>Il DOS è uno strumento di screening accurato per il delirium nei pazienti con cancro avanzato. Poiché ha il vantaggio di essere facilmente applicabile nella pratica quotidiana, si raccomanda di educare gli operatori sanitari a sottoporre a screening i pazienti con cancro avanzato attraverso l'analisi della DOS. Con il riconoscimento precoce e il trattamento adeguato del delirium la qualità di vita dei pazienti con cancro avanzato può essere migliorata.</p>
--	----------------------	--	---	---	---

<p>7) Nurses' Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis</p> <p>Nissy Thomas et al., 2021</p> <p>Publicato sulla rivista infermieristica Nursing reports</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Lo scopo di questa revisione è quello di capire quali fattori influenzano gli infermieri nell'assistenza ai pazienti affetti da delirium e di identificare le migliori conoscenze per migliorare la pratica clinica.</p>	<p>La sintesi qualitativa delle evidenze è la strategia primaria su cui si basa questa revisione. Tong sostiene che la sintesi qualitativa delle evidenze consente di riconoscere eventuali lacune nella ricerca, di formulare nuovi modelli di assistenza e di sviluppare nuove strategie per implementare l'assistenza. Il processo di sintesi qualitativa delle evidenze prevede la sintesi integrativa, in cui i dati vengono aggregati o sintetizzati utilizzando temi comuni e rimane il metodo più appropriato per facilitare la revisione. Per questo motivo, la strategia di ricerca mira a ottenere tutti gli studi rilevanti pubblicati riguardanti l'esperienza degli infermieri che assistono i pazienti affetti da delirium.</p>	<p>Complessivamente, sono stati identificati dieci studi utilizzati come base per la sintesi e l'analisi dei dati. Tra i dieci studi, sono stati delineati 38 risultati, raggruppati in 12 categorie. Sono stati creati diversi temi, a partire dai significati delle idee raggruppate, come indicato dal processo di revisione sistematica. Ove possibile, sono state incluse citazioni dirette dagli articoli di ricerca dagli studi selezionati per illustrare i risultati. Tre dei temi di sintesi delle evidenze qualitative si sono concentrati sull'esperienza del personale infermieristico, mentre i restanti si sono occupati di mettere in evidenza le strategie messe in atto nell'assistenza ai pazienti in stato di confusione.</p>	<p>Il delirium è una condizione che deve essere identificata il più presto possibile per evitare complicazioni e disfunzioni cognitive a lungo termine. Gli infermieri devono possedere sia le conoscenze e competenze necessarie per assistere i pazienti affetti da delirium. Tuttavia, in assenza di conoscenze critiche o di competenze specificamente affinate nell'assistenza al paziente confuso, le strategie chiave come la collaborazione e il sostegno dei colleghi e dei familiari del paziente sono strategie positive, mentre la contenzione dovrebbe essere l'ultima risorsa. Tali strategie positive possono essere</p>
---	------------------------------	---	--	---	---

					<p>facilmente messe in atto per facilitare un'assistenza appropriata e sicura fino a quando i sistemi sanitari e gli approcci ai sistemi diventano più concreti e tangibili. Nel complesso, la revisione evidenzia la necessità di una maggiore educazione sul delirium, comprese le strategie di coping per assistere efficacemente i pazienti e migliorare la pratica clinica.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>8)Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting</p> <p>Shirley Harvey Bush et al.,2017</p>	<p>Revisione</p>	<p>Lo scopo di questo articolo di revisione è quello di fornire una guida clinicamente orientata alla gestione del delirium nei pazienti adulti in contesti di cure palliative. Tuttavia, il riconoscimento tempestivo ed efficace del delirium e la sua presentazione eziologica, insieme al processo decisionale sanitario etico centrato sul paziente e sulla famiglia e un approccio preventivo, sono prerequisiti in un piano di gestione efficace e completo e saranno quindi affrontati.</p>	<p>La ricerca sistematica della letteratura per redigere questa revisione è stata condotta nei database Cochrane, Ovid MEDLINE, EMBASE e SCOPUS dal 2006 al 3 gennaio 2017. I risultati sono stati limitati alla lingua inglese. Sono stati inclusi tutti gli studi clinici umani originali, le revisioni sistematiche, le meta-analisi e le linee guida di pratica clinica. Tutti i casi clinici e gli editoriali sono stati esclusi, così come i giornali che si concentravano sul delirium da astinenza da alcol (delirium tremens) e sulle popolazioni pediatriche.</p>	<p>Nelle strutture di cure palliative ospedaliere, il delirium aumenta dal 13-42% al momento del ricovero all'88% nelle ultime settimane-ore di vita. Il delirium causa morbilità significativa, tra cui una maggiore frequenza di cadute, aumento della compromissione cognitiva e funzionale e un significativo disagio psicologico del paziente e della famiglia. Sebbene gli antipsicotici siano comunemente utilizzati nella gestione del delirium nei pazienti in cure palliative, recenti evidenze di ricerca del delirium di lieve o moderata gravità suggeriscono che gli antipsicotici sono associati a un aumento dei sintomi del delirium e a una riduzione della sopravvivenza dei pazienti. Sebbene le strategie non farmacologiche per il delirium dovrebbero intuitivamente essere parte integrante di un'assistenza di qualità al paziente, il loro ruolo nella gestione del delirium non è chiaro.</p>	<p>Il delirium è una sindrome clinica diversificata e complessa, derivante da una miriade di meccanismi fisiopatologici interconnessi. Diverse strategie di trattamento sono probabilmente necessarie per diversi fattori precipitanti del delirium, meccanismi fisiopatologici, sottotipi e differenze fenomenologiche, e nei pazienti in cure palliative precoci rispetto ai pazienti alla "fine della vita" o nella "fase morente". Poiché la gestione del delirium nel contesto delle cure palliative si concentra maggiormente sul targeting dei sintomi piuttosto che sul semplice targeting dei recettori, sono</p>
---	------------------	---	---	--	--

					<p>necessarie ulteriori ricerche sul beneficio e l'efficacia della farmacoterapia e delle strategie multicomponente per ridurre la morbilità e migliorare la qualità della vita in questa popolazione di pazienti. Nel frattempo, le strategie non farmacologiche dovrebbero essere ottimizzate e gli antipsicotici usati con giudizio fino a quando non esisteranno prove di alta qualità per guidare la pratica nella gestione del delirium nelle cure palliative attraverso le impostazioni di cura e la traiettoria della malattia.</p>
--	--	--	--	--	---

<p>9)Predisposing and precipitating risk factors for delirium in palliative care patients</p> <p>Annina Seiler et al., 2019</p> <p>Publicato sulla rivista Palliative and Supportive Care</p>	<p>Studio prospettivo osservazionale di coorte</p>	<p>Il delirium è una complicanza comune nei pazienti in cure palliative, soprattutto nella fase terminale della malattia. Ad oggi, le evidenze relative ai fattori di rischio e agli esiti prognostici del delirium in questa popolazione vulnerabile rimangono scarse.</p>	<p>In questo studio di coorte osservazionale prospettico condotto in un centro di cure terziarie, sono stati inclusi 410 pazienti in cure palliative. Sono stati utilizzati modelli di regressione logistica semplice e multipla per identificare le associazioni tra fattori predisponenti e precipitanti e il delirium nei pazienti in cure palliative.</p>	<p>La prevalenza del delirium in questa coorte di cure palliative è del 55,9% e raggiunge il 93% nei malati terminali. Il delirium è stato associato a un ricovero ospedaliero prolungato, a un aumento delle esigenze assistenziali e costi sanitari nonché implica un aumento della richiesta di istituzionalizzazione e aumento della mortalità. I fattori predisponenti del delirium sono il sesso maschile, fragilità, deficit dell'udito e della vista e malattia neoplastica cerebrale. I fattori scatenanti del delirium sono l'insufficienza renale acuta e piaghe da decubito.</p>	<p>Il delirium è una complicazione prevalente nei pazienti in cure palliative, soprattutto nel contesto di fine vita. Lo studio ha identificato diversi fattori di rischio predisponenti e precipitanti per il delirium nei pazienti in cure palliative, alcuni dei quali possono essere individuati precocemente e modificati o eliminati per ridurre il carico dei sintomi e migliorare i risultati clinici. Attualmente, esistono prove limitate riguardo ai fattori di rischio predisponenti e precipitanti per il delirium nei pazienti in cure palliative.</p>
---	--	---	---	--	--

<p>10)Hypernatremia at admission predicts poor survival in patients with terminal cancer: a retrospective cohort study</p> <p>Min-Seok Seo et al., 2020</p> <p>Publicato sulla rivista BMC Palliative Care</p>	<p>Studio retrospettivo di coorte</p>	<p>Il valore prognostico dello squilibrio elettrolitico ha ricevuto poca attenzione negli studi che si occupano delle cause del delirium.</p>	<p>Come revisione retrospettiva, sono stati esaminati i pazienti ricoverati con tumore in fase terminale ammessi tra gennaio 2017 e maggio 2019 in un hospice. Le caratteristiche cliniche e i risultati di laboratorio sono stati ottenuti dalle cartelle cliniche per l'analisi di regressione di Cox multivariabile dei fattori prognostici indipendenti.</p>	<p>Dei 487 pazienti qualificati, 15 (3%) erano ipernatremici al momento del ricovero. Tra i parametri associati a una sopravvivenza più breve vi erano il sesso maschile, l'età avanzata (> 70 anni), il tumore al polmone, lo stato di salute insufficiente, i marcatori infiammatori elevati, l'azotemia, l'insufficienza cardiaca, funzionalità epatica compromessa e ipernatremia. In un modello multivariabile di Cox a rischi proporzionali, il sesso maschile, lo scarso performance status, la leucocitosi, ipoalbuminemia e ipernatremia sono emersi come predittori significativi di prognosi sfavorevole.</p>	<p>L'ipernatremia al momento del ricovero per le cure palliative nel cancro terminale è predittiva di una minore sopravvivenza del paziente. Nonostante la sua bassa prevalenza (3%), una maggiore attenzione clinica all'utilità prognostica dovrebbe essere presa in considerazione.</p>
--	---------------------------------------	---	--	---	--

<p>11)Assessment of Instruments for Measurement of Delirium Severity</p> <p>Richard N. Jones et al., 2018</p> <p>Publicato su Jama Internal Medicine nel 2019</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Presentare una revisione completa degli strumenti di gravità del delirium, condurre una valutazione della qualità metodologica dello studio di validazione originale degli strumenti più comunemente utilizzati e selezionare un gruppo di strumenti migliori.</p>	<p>Questa revisione sistematica è stata condotta utilizzando la letteratura di Embase, PsycINFO, PubMed, Web of Science e Cumulative Index to Nursing and Allied Health, da gennaio 1974 a marzo 2017. I criteri di inclusione erano articoli originali che valutavano la gravità del delirium e l'utilizzo di uno strumento di gravità specifico per il delirium. Gli elenchi finali degli articoli sono stati integrati con ricerche manuali degli elenchi di riferimento per garantire la completezza. Almeno due revisori hanno completato in modo indipendente ogni fase del processo di revisione: selezione degli articoli, estrazione dei dati e qualità metodologica degli articoli rilevanti utilizzando una scala di valutazione validata.</p>	<p>Su 9409 articoli identificati, 228 sono stati sottoposti a revisione full text e si sono identificati 42 diversi strumenti di gravità del delirium. Undici dei 42 strumenti sono multidominio, specifici per il delirium che forniscono una valutazione quantitativa della gravità del delirium. Gli strumenti sono stati sottoposti a una revisione della qualità metodologica. Applicando criteri prestabiliti relativi alla frequenza d'uso, alla qualità metodologica, alla validità costruttiva o predittiva e all'ampia copertura del dominio, un gruppo di esperti ha utilizzato un processo iterativo Delphi modificato per selezionare sei strumenti finali di alta qualità che soddisfano questi criteri: il Confusion Assessment Method-Severity Score, Confusional State Examination, Delirium-O-Meter, Delirium Observation Scale, Delirium Rating Scale e Memorial Delirium Assessment Scale.</p>	<p>Questo studio ha permesso di concettualizzare in modo più completo la gravità del delirium e di identificare le caratteristiche di uno strumento ideale. Queste caratteristiche includono uno strumento che sia rapido da somministrare, facile da usare da parte di valutatori con una formazione minima, che fornisca una diagnosi in base ai criteri e che fornisca una valutazione della gravità, un'elevata validità costruttiva e predittiva e un'ampia copertura del dominio dei sintomi del delirium. Sebbene questo studio non abbia permesso di identificare un singolo strumento migliore e di fornire una raccomandazione per</p>
---	------------------------------	---	---	--	--

					<p>l'uso universale, abbiamo identificato sei strumenti diversi con un'ampia gamma di applicazioni cliniche. L'uso di questi strumenti può rafforzare e rendere possibile di misurare in modo più coerente e accurato la gravità del delirium per migliorare gli esiti clinici della condizione e far progredire la scienza della ricerca sul delirium.</p>
--	--	--	--	--	---

<p>12)An integrative literature review exploring the clinical management of delirium in patients with advanced cancer</p> <p>Hayley Lawley e Alistair Hewison, 2017</p> <p>Publicato sul Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Revisione</p>	<p>Questa revisione ha lo scopo di presentare risultati i risultati di una revisione integrativa della letteratura delle evidenze per la gestione clinica del delirium nei pazienti con cancro avanzato.</p>	<p>Ricerche sistematiche nelle banche dati MEDLINE, CINAHL, ProQuest Nursing, Allied Health e PsychInfo sono state condotte nell'aprile 2016. I risultati sono stati vagliati in base a criteri di inclusione ed esclusione e i sette studi ritenuti idonei sono stati sottoposti a revisione.</p>	<p>Uno studio ha riportato l'uso della terapia dell'esercizio fisico come intervento non farmacologico. I risultati dei sette studi esaminati in questa revisione non forniscono una base di evidenza conclusiva per il trattamento del delirium nei pazienti con cancro avanzato, anche se gli interventi sembrano avere un certo impatto in termini di riduzione della gravità o della durata del delirium. Tuttavia, nonostante la mancanza di prove su cui basarsi per formulare raccomandazioni definitive sul trattamento e l'assistenza, è stata identificata l'attuale lacuna nelle conoscenze e sembra che ci sia un'ampia gamma di promettenti ricerche.</p>	<p>Il delirium è una condizione poco conosciuta e frequentemente sperimentata dai pazienti con cancro avanzato, tuttavia, la conoscenza della sua fisiopatologia, in particolare dei suoi sottotipi, è limitata. Una volta acquisita una maggiore comprensione, sarà possibile una ricerca più informata sul suo trattamento. Idealmente, questo si dovrebbe fare attraverso studi randomizzati e controllati che possano tenere conto di fattori confondenti, tra cui l'età, i co-trattamenti e la diagnosi di cancro (stadio e sede del tumore).</p>
--	------------------	--	--	--	--

<p>13) Evidence-Based Treatment of Delirium in Patients With Cancer</p> <p>William Breitbart e Yesne Alici, 2012</p> <p>Articolo pubblicato sul Journal of Clinical Oncology</p>	<p>Revisione</p>	<p>Questo articolo racchiude le evidenze disponibili per la gestione farmacologica e non farmacologica del delirium nei pazienti con cancro.</p>	<p>Ricerca nel motore di ricerca grigio "Google Scholar" di articoli inerenti il trattamento del delirium nel paziente oncologico.</p>	<p>Raccomandazioni basate sull'evidenza per l'uso di interventi non farmacologici hanno riportato che la valutazione e la modifica dei fattori clinici chiave che possono precipitare il delirium per le persone a rischio, tra cui il deterioramento cognitivo, la disidratazione, costipazione, ipossia, infezioni, immobilità, assunzione di diversi farmaci, dolore, cattiva alimentazione, disturbi sensoriali e disturbi del sonno, costituiscono le componenti principali degli studi di intervento non farmacologico. Sebbene questi interventi non abbiano riscontrato effetti benefici sulla mortalità o sulla qualità di vita correlata alla salute rispetto alle cure abituali, è dimostrato che determinano un miglioramento più rapido del delirium e un deterioramento più lento. Gli studi hanno suggerito riduzioni statisticamente significative dell'incidenza del delirium di circa un terzo con gli interventi multicomponente.</p>	<p>Gli specialisti si imbattono comunemente nel delirium come complicanza del cancro e dei suoi trattamenti, in particolare tra i pazienti oncologici ricoverati in ospedale. Una corretta valutazione, diagnosi e gestione del delirium sono essenziali per migliorare la qualità della vita e ridurre al minimo la morbilità dei pazienti oncologici. Le strategie di prevenzione non farmacologiche, come gli interventi multicomponente con gestione multidisciplinare, educativa e proattiva dei pazienti a rischio di delirium sono supportate dalla letteratura basata sull'evidenza in contesti ospedalieri generali.</p>
--	------------------	--	--	--	---

					<p>L'evidenza non è altrettanto forte per quanto riguarda l'uso di interventi non farmacologici per ridurre la morbilità dei sintomi del delirium. Sebbene possano non essere efficaci nel controllare i sintomi del delirium, l'uso di interventi non farmacologici nei pazienti affetti da cancro che presentano delirium è raccomandato quando è possibile, non ci sono rischi noti associati all'uso di interventi non farmacologici in questi pazienti.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>14)The experience of delirium in palliative care settings for patients, family, clinicians and volunteers: A qualitative systematic review and thematic synthesis</p> <p>Imogen Featherstone et al., 2021</p> <p>Publicato sulla rivista Palliative Medicine</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Lo scopo di questa revisione è quello di comprendere l'esperienza dei pazienti, dei familiari, del personale sanitario e dei volontari riguardo al delirium e alla sua cura in contesti di cure palliative.</p>	<p>Sono state ricercate le seguenti banche dati: CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Embase, MEDLINE e PsycINFO alla ricerca di studi qualitativi che esplorassero l'esperienza del delirium o della sua cura nei servizi specializzati in cure palliative. La selezione degli studi e la valutazione della qualità sono state condotte in modo indipendente da due revisori.</p>	<p>Sono stati inclusi 21 articoli che descrivono 16 studi. Nella valutazione della qualità, l'attendibilità (rigore dei metodi utilizzati) è stata valutata come alta (n=5) media (n = 8) o bassa (n = 3). Sono stati identificati tre temi principali: le interpretazioni del delirium e la loro influenza sull'assistenza, le risposte del personale sanitario alla sofferenza dei pazienti con delirium e il ruolo della famiglia nell'assistenza. Il personale infermieristico e i medici hanno una comprensione limitata del delirium come condizione medica con cause potenzialmente modificabili. La pratica si concentra sull'alleviare la sofferenza del paziente. La famiglia svolge un ruolo fondamentale nella cura del delirium.</p>	<p>Le conoscenze acquisite da questa revisione sistematica possono essere utilizzate sia per informare l'assistenza al delirium, sia per lo sviluppo di interventi di supporto in ambito di cure palliative. Le opportunità di aumentare la comprensione del delirium e del ruolo degli approcci non farmacologici nella sua prevenzione e gestione. Il ruolo della famiglia è spesso fondamentale nella cura del delirium e deve essere sostenuto.</p>
---	------------------------------	--	---	---	---

<p>15)Clinical Practice Guidelines for Delirium Management: Potential Application in Palliative Care</p> <p>Shirley H. Bush et al., 2013</p> <p>Publicato nel Journal of Pain and Symptom Management nel 2014</p>	<p>Linee guida</p>	<p>Questa revisione si propone di individuare le linee guida pubblicate per la gestione del delirium, discutere il processo di sviluppo delle linee guida, valutarne l'utilità clinica e delineare il processo di implementazione e valutazione.</p>	<p>Ricerca sulle banche dati PubMed, Scopus, U.S. National Guideline Clearinghouse, Google e gli elenchi di riferimento pertinenti per identificare le linee guida pubblicate per la gestione del delirium con contributi multidisciplinari da parte dei ricercatori che si occupano di delirium e di altre parti interessate in una riunione internazionale di pianificazione degli studi sul delirium.</p>	<p>Esiste una scarsità di prove di alto livello per gli interventi farmacologici e non farmacologici nella gestione del delirium in cure palliative. Tuttavia, sono state sviluppate diverse linee guida sul delirium per la pratica clinica con raccomandazioni di esperti. Oltre ai loro potenziali benefici, i limiti delle linee guida cliniche meritano di essere presi in considerazione. Le linee guida dovrebbero essere valutate e poi adattate all'uso in un particolare contesto prima di essere applicate. Sono necessarie ulteriori ricerche sulla valutazione delle linee guida, così come sono state diffuse e implementate in ambito clinico, concentrandosi su risultati misurabili oltre al loro impatto sulla qualità dell'assistenza.</p>	<p>Sono necessari ulteriori studi per aumentare la base di evidenze da cui derivano le linee guida sul delirium e garantire così una guida alla pratica migliore. Dopo aver generato un robusto corpo di ricerca, è possibile sviluppare linee guida di alta qualità. Anche in assenza di una solida base di evidenze, l'implementazione delle attuali linee guida, nella pratica clinica può facilitare la standardizzazione delle cure.</p>
---	--------------------	--	--	---	---

<p>16)Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions</p> <p>Tammy T. Hshieh et al., 2015</p> <p>Publicato su Jama Internal Medicine</p>	<p>Meta-analisi</p>	<p>Questa meta-analisi vuole valutare le evidenze disponibili sugli interventi non farmacologici multicomponenti per il delirium, ridurre e prevenire gli esiti negativi.</p>	<p>Articoli selezionati dalle banche dati Google Scholar, PubMed, Cochrane e ScienceDirect.</p> <p>Due revisori esperti hanno estratto in modo indipendente e in cieco i dati sulle misure di esito utilizzando un approccio standardizzato. I revisori hanno effettuato valutazioni della qualità basate sui criteri Cochrane di rischio di errore per ogni studio.</p>	<p>Sono stati identificati 14 studi interventistici. I risultati per incidenza di delirium, cadute, durata della degenza e istituzionalizzazione sono stati messi in comune per la meta-analisi, ma l'eterogeneità ha limitato la meta-analisi dei risultati relativi alla variazione dello stato funzionale o cognitivo.</p> <p>Complessivamente, 11 studi hanno dimostrato riduzioni significative dell' incidenza del delirium. Quattro studi randomizzati o abbinati hanno ridotto l'incidenza del delirium del 44%. Il tasso di cadute è diminuito significativamente tra i pazienti sottoposti all'intervento in 4 studi; in 2 studi randomizzati o abbinati, il tasso di cadute si è ridotto del 64%.</p>	<p>Questa meta-analisi suggerisce che gli interventi non farmacologici multicomponenti sono efficaci nel ridurre l'incidenza del delirium e nel prevenire le cadute, migliorando la qualità di vita di questi pazienti e delle loro famiglie.</p>
--	---------------------	---	--	--	---

<p>17) JPOS/JASCC clinical guidelines for delirium in adult cancer patients: a summary of recommendation statements</p> <p>Yoshinobu Matsuda et al., 2020</p> <p>Publicato sulla rivista Japanese Journal of Clinical Oncology</p>	<p>Linea guida clinica</p>	<p>L'obiettivo delle linee guida è quello di fornire raccomandazioni basate sull'evidenza per la valutazione clinica e la gestione del delirium nei pazienti oncologici. Questo articolo riporta il processo di sviluppo della linea guida e riassume le raccomandazioni formulate.</p>	<p>Il gruppo di sviluppo della linea guida, composto da membri multidisciplinari, ha formulato nove quesiti clinici. È stata condotta una ricerca sistematica della letteratura per identificare gli articoli rilevanti pubblicati prima del 31 maggio 2016. Ogni articolo è stato esaminato da due revisori indipendenti. Il livello di evidenza e la forza delle raccomandazioni sono stati classificati utilizzando il sistema di classificazione sviluppato dal Medical Information Network Distribution, seguendo il concetto del sistema di sviluppo, valutazione e raccomandazione. Per convalidare le raccomandazioni è stato utilizzato il metodo Delphi modificato.</p>	<p>Queste sono le prime linee guida per i pazienti oncologici affetti da delirium in Giappone. Sono state descritte le scale di valutazione del delirium nella versione giapponese, la gestione dei sintomi del delirium iperattivo ed eseguito un sondaggio nei familiari dei pazienti. Queste linee guida saranno sottoposte a revisione ogni tre anni. In futuro, queste linee guida vorrebbero includere nuove questioni cliniche attualmente non incluse in queste linee guida, come ad esempio interventi di profilassi per il delirium, e ulteriori studi clinici di alta qualità per gestire il delirium nei pazienti adulti con cancro.</p>	<p>Queste linee guida supporteranno la valutazione clinica e la gestione del delirium nei pazienti oncologici. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi clinici per migliorare ulteriormente la gestione del delirium.</p>
--	----------------------------	---	---	--	--

<p>18)Terminal delirium</p> <p>John Robinson, 2011</p> <p>Publicato su The Australian Journal of cancer nursing</p>	<p>Revisione</p>	<p>Articolo che si prefigge l'obiettivo di aumentare le conoscenze rispetto al delirium terminale, in particolare le cause, la gestione e il trattamento. All'interno dell'articolo sono presenti anche due casi studio e le relative riflessioni.</p>	<p>Ricerca della letteratura con più di cinquanta risultati che accompagnano la revisione .</p>	<p>Descrizione delle principali cause del delirium, alcune delle quali strettamente correlate all'assistenza infermieristica. La presenza di due casi studio che riflettono in pieno il ruolo dell'infermiere nella diagnosi e nella gestione del delirium.</p>	<p>Il delirium iperattivo, pur essendo il sottotipo più conosciuto, si verifica in realtà in una minoranza di casi. I sottotipi ipoattivi e misti si verificano in circa il 70% dei casi. Il delirium viene spesso diagnosticato in modo errato e gestito in modo inadeguato a causa di presentazioni simili a quelle del dolore e di altri disturbi psichiatrici, tra cui la depressione e la demenza. La patogenesi del delirium è spesso multifattoriale e l'indagine delle eziologie, la correzione di eventuali cause identificabili, la gestione dei sintomi, con gli approcci non-farmacologici integrati a quelli farmacologici, sono raccomandati.</p>
---	------------------	--	---	---	---

<p>19) Does Receipt of Recommended Elements of Palliative Care Precede In-Hospital Death or Hospice Referral?</p> <p>Natalie C. Ernecoff et al., 2020</p> <p>Publicato sul Journal of Pain and Symptom Management</p>	<p>Revisione</p>	<p>Valutare se gli elementi raccomandati delle cure palliative (gestione del dolore e dei sintomi, obiettivi di cura, e assistenza spirituale) precedono il decesso in ospedale e l'invio in hospice e se l'erogazione di cure palliative specialistiche influisce su tale relazione.</p>	<p>Si è condotto una revisione strutturata delle cartelle cliniche dei deceduti con cancro in fase avanzata, demenza e malattia renale cronica con un ricovero ospedaliero nei sei mesi precedenti il decesso. Le misure includevano la ricezione di elementi raccomandati di cure palliative forniti da qualsiasi medico e consulenze specialistiche di cure palliative. Si sono valutate le associazioni tra elementi raccomandati di cure palliative e la morte in ospedale e l'invio in hospice utilizzando modelli di regressione di Poisson.</p>	<p>Su 402 deceduti, 67 (16,7%) sono morti in ospedale e 168 (41,8%) sono stati indirizzati all'hospice. Tra gli elementi delle cure palliative, solo la discussione sugli obiettivi di cura è stata associata alla morte in ospedale (rapporto di incidenza e l'invio in hospice). La consulenza specialistica in cure palliative è stata associata a una minore probabilità di morte in ospedale e una maggiore probabilità di invio in hospice rispetto a nessuna consulenza.</p>	<p>Le discussioni sugli obiettivi di cura e l'assistenza spirituale sono associate sia alla morte in ospedale che all'invio in hospice. Questi risultati supportano l'evidenza che elementi di cure palliative possono essere erogati in contesti acuti in una fase avanzata della malattia, spesso troppo vicina alla fine della vita per modificare le traiettorie di cura prima del decesso. Il coinvolgimento delle cure palliative specialistiche ha aumentato il ricorso all'hospice e diminuito la morte in ospedale, il che è in accordo con le preferenze di molti pazienti.</p>
---	------------------	---	--	---	---

<p>20)Role of Hospice Care at the End of Life for People With Cancer</p> <p>David C. Currow at al., 2020</p> <p>Publicato su Journal of Pain and Clinical Oncology</p>	<p>Revisione</p>	<p>Questa revisione mette in evidenza il ruolo dell'hospice nella gestione del malato terminale e l'impatto delle cure verso i familiari dei pazienti.</p>	<p>Ricerca della letteratura con più di 80 risultati da cui si è sviluppato questo articolo.</p>	<p>L'assistenza in hospice ha benefici misurabili per i pazienti, i loro familiari e i servizi sanitari. Oltre a un migliore controllo dei sintomi per i pazienti e a una maggiore probabilità di trascorrere del tempo con i familiari, i risultati per i caregiver sono migliori quando si accede all'assistenza in hospice. I bisogni informativi vengono soddisfatti meglio e i caregiver hanno una maggiore capacità di andare avanti con la vita dopo la morte del paziente rispetto alle persone che non hanno avuto accesso a questi servizi.</p>	<p>L'assistenza in hospice continua a evolversi, in quanto il suo raggio d'azione si espande e le esigenze dei pazienti si ampliano. L'hospice deve saper rispondere alle esigenze complesse e mutevoli dei pazienti e delle loro famiglie. Una maggiore integrazione dei servizi oncologici con l'assistenza in hospice contribuirà a fornire un'assistenza più completa ai pazienti e a sostenere i familiari che li assistono durante il loro lavoro di cura e dopo la morte del paziente.</p>
--	------------------	--	--	---	---