

# Prevenzione, Diagnosi e Trattamento del Delirium nel paziente anziano

## Linee di indirizzo intersocietarie

AIP, AcEMC, AGE, EDA, EUGMS, FADOI, SIAARTI, SIGG, SIGOT, SIMEU, SIMI, SITOX, CNI-  
SPDC, WSES

Verona, 24 Marzo 2017



# HANNO COLLABORATO ALLA STESURA DELLE LINEE DI INDIRIZZO INTERSOCIETARIE PER LA PREVENZIONE, LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DELIRIUM, LE SEGUENTI SOCIETÀ



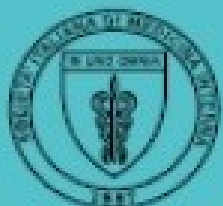
Associazione Geriatri Extraospedalieri  
GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE



The European Delirium Association



SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



Società Italiana di Medicina Interna



Coordinamento Nazionale SPDC



The World Society of Emergency Surgery

Comune intento delle Società firmatarie  
è quello di **superare gli stereotipi culturali esistenti**  
e di rendere più soddisfacente la gestione del  
delirium.



# Premesse, definizioni e obiettivi -1

- ✓ Il delirium è un **indicatore dello stato di salute del paziente fragile e della qualità delle prestazioni sanitarie erogate.**
- ✓ **Queste linee di indirizzo riassumono i fondamenti per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei soggetti affetti da delirium, con particolare attenzione agli anziani ricoverati in ospedale**
- ✓ **Le indicazioni proposte vogliono costituire un riferimento per interventi formativi rivolti ai team ed ai singoli operatori nei diversi setting di cura.**

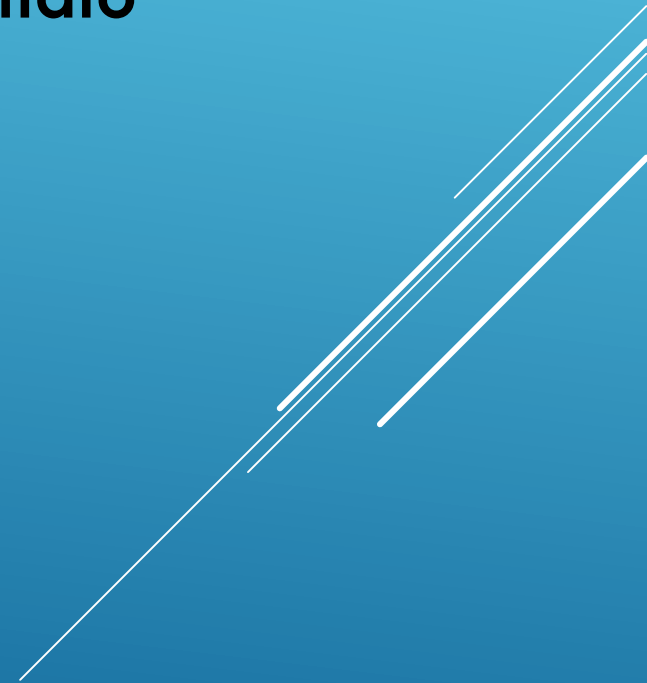
# Premesse, definizioni e obiettivi -2

**Delirium:** sindrome neuropsichiatrica grave, caratterizzata da un deficit acuto e fluttuante dell'attenzione, in associazione ad altri deficit cognitivi e percettivi

- E' molto frequente in ospedale, nei diversi setting di cura (reparti medici, chirurgici, dipartimenti di emergenza) ma anche negli istituti riabilitativi e nelle residenze sanitarie.
- E' più comune tra gli anziani e tra quanti sono affetti da demenza.
- E' gravato da numerose complicanze: cadute, lesioni da decubito, elevato rischio d'istituzionalizzazione aumento della mortalità nel medio-lungo termine.
- Influisce in modo rilevante sullo stato emotivo del paziente, sullo stress del caregiver e del personale di assistenza, associandosi a più elevati costi sanitari.

# Premesse, definizioni e obiettivi -3

- **Un corretto approccio ai pazienti affetti da delirium dovrebbe essere uno degli obiettivi e dei criteri di valutazione della qualità degli ospedali e dei luoghi di cura.**
- **Il delirium può essere prevenuto in circa 1/3 dei casi e trattato adeguatamente nella maggioranza dei pazienti.**



# Metodo di lavoro

Queste linee di indirizzo sono state prodotte da **esperti** indicati dalle società firmatarie, condividendo dati di letteratura e linee guida già pubblicate da **Società Scientifiche nazionali e internazionali**.

Si è deciso di **non** assegnare livelli di evidenza alle raccomandazioni che vengono proposte, considerando che

1. la revisione della letteratura è stata **estesa**, ma non si è basata su di una **sistematica** interrogazione delle banche dati;
2. una valutazione della qualità dell'evidenza è comunque disponibile in altre linee guida e lavori di revisione recenti e facilmente accessibili

# REVISIONI SISTEMATICHE DI LETTERATURA

- ▶ Gnerre P, Bozzano C, La Regina M. Delirium nell'anziano. Parte ii: revisione critica della letteratura. *It J Med* 2013;1:13-24.
- ▶ Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383:911-22.
- ▶ Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016



Le presenti linee di indirizzo devono dunque essere a tutti gli effetti considerate come un consenso di esperti.



# Principi generali - 1



1. La definizione e i criteri diagnostici del delirium devono diventare patrimonio diffuso di tutti gli operatori sanitari.
2. Il termine delirium deve essere utilizzato in modo **sistematico**, rifuggendo l'uso di termini generici e aspecifici che favoriscono la banalizzazione dell'argomento e una scarsa diffusione della cultura sul tema
3. Il termine delirium dovrebbe essere utilizzato come **diagnosi clinica** presente nella lettera di **dimissione ospedaliera**.

## Principi generali - 2



4. E' importante accrescere la **consapevolezza** tra gli operatori del fatto che il delirium possa essere associato a **condizioni gravi** e che comunque rappresenti una **esperienza emotiva rilevante** per il paziente.
5. E' importante accrescere la **consapevolezza** tra gli operatori di quanto possano essere rilevanti le **conseguenze a lungo termine** del delirium.

# Prevenzione

## 1. Ricercare i fattori di rischio

Al momento dell'accesso in ospedale o altro istituto di cura, i pazienti anziani o fragili devono essere valutati per la presenza di fattori di rischio per delirium, sia quelli di carattere generale sia fattori di rischio specifici per setting di cura.

## 2. Mettere in atto interventi di prevenzione

In tutti i pazienti fragili, e ancor più in presenza di fattori di rischio: riorientamento temporo-spaziale, limitato utilizzo dei farmaci psicoattivi, mobilitazione precoce, igiene del sonno, mantenimento di adeguata idratazione e nutrizione e fornitura di protesi visive e uditive, se utilizzate dal paziente.



# Prevenzione

## 3. Limitare gli spostamenti

I trasferimenti tra reparti ospedalieri dei degenti a rischio di delirium dovrebbero essere evitati quando non necessari per l'erogazione delle cure richieste.



## 4. Attirare l'attenzione sul problema

I programmi di prevenzione del delirium dovrebbero ricevere un forte mandato da parte delle direzioni generali e sanitarie delle aziende ospedaliere in considerazione del documentato beneficio per i pazienti e del potenziale risparmio economico.

# Diagnosi



## 1. Pensare al Delirium

I pazienti anziani o fragili, specie se con fattori di rischio, devono essere valutati per la presenza di segni o sintomi di delirium al loro arrivo in ospedale. Una rivalutazione ad intervalli regolari, specie in occasione di nuovi eventi clinici o terapie, deve far parte del piano assistenziale.

## 2. Padronanza degli strumenti

Gli operatori sanitari che trattano pazienti ad elevato rischio di delirium dovrebbero conoscere ed utilizzare strumenti di screening quali la scala 4AT.

## 3. Ricerca delle cause

Alla comparsa dei primi segni o sintomi di delirium è necessario indagarne le possibili cause : infezione, ipoglicemia, ictus emorragico e ischemico, disidratazione, effetti avversi da farmaci, assunzione di sostanze psicotrope, sindromi astinenziali, dolore non adeguatamente trattato, ritenzione acuta di urina, stipsi.

La diagnosi di delirium può mettere in luce un quadro di sepsi che sarebbe altrimenti misconosciuto.

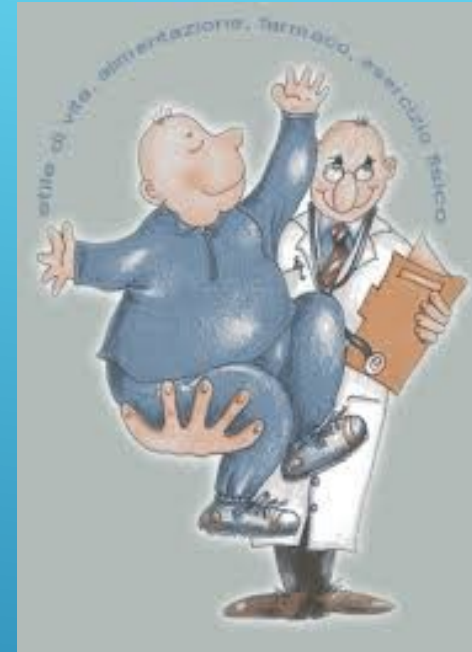
# Terapia

## 1. Terapia come presa in carico

Tutti i pazienti affetti da delirium dovrebbero ricevere un piano di cure che tenga concretamente conto dei loro bisogni sanitari e assistenziali.

## 2. Terapie non farmacologiche

Includono una ricerca attiva delle malattie acute e delle condizioni cliniche che sottendono l'insorgenza del delirium, il riorientamento spazio-temporale, la mobilizzazione precoce, la promozione del sonno, il mantenimento di un'adeguata nutrizione e idratazione, la fornitura di ausili visivi e uditivi, se utilizzati, la minimizzazione dell'invasività (cateterismo vescicale, sondino naso-gastrico, accessi venosi), la razionalizzazione della terapia farmacologica già in atto.





# Terapia

## 3. I farmaci

Il trattamento farmacologico del delirium dovrebbe essere utilizzato soltanto quando il paziente rappresenta un pericolo per sé stesso, o quando i sintomi sono particolarmente importanti e/o mettono a rischio la possibilità di intraprendere terapie essenziali.



## 4. Quali?

Le benzodiazepine non sono indicate per il trattamento del delirium. Aloperidolo o antipsicotici atipici in pazienti selezionati, e alle dosi minime efficaci, sono ad oggi il trattamento da preferire, anche se gli studi sulla efficacia degli antipsicotici non hanno dato risultati univoci.



Una  
comunicazione  
efficace deve  
far parte dello  
**standard  
qualitativo  
della cura in  
ospedale.**



Insieme è possibile!

