



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI**



Via Coppino, 26 - 07100 SASSARI – C.F. - P. IVA 02268260904

**DELIBERAZIONE N. 147 DEL 15/03/2017**

<b>Oggetto:</b> Adozione procedura per la gestione del paziente anziano ospedalizzato con, o a rischio di, delirium	
<b>Struttura Proponente</b> Servizio Produzione Qualità Risk Management	<b>Conto di Costo</b> _____
<b>Direttore della Struttura Proponente</b> Dott.ssa Antonella A. Virdis	<b>Responsabile del Procedimento</b> Dott.ssa Antonella A. Virdis
<b>Estensore:</b> Dott.ssa Elisa Mara	
<p>Il Responsabile della Struttura propone l'adozione del presente provvedimento, attestandone conformità alla norma, la corrispondenza del formato cartaceo al file inserito sul SISAR atti nonché l'utilità e l'opportunità per gli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.</p> <p><b>Il Responsabile della Struttura: Dott.</b> _____ <b>Firma</b> _____</p> <p>Il Responsabile della Struttura e il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza. Dichiaro inoltre, di aver predisposto la dichiarazione di acquisto inderogabile, agli atti del Servizio. Il presente provvedimento contiene dati sensibili Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Il Responsabile del procedimento: Dott.</b> _____</p> <p><b>Data</b> 14/03/2017 <b>Firma</b> _____</p> <p><b>Il Responsabile della Struttura: Dott.</b> _____</p> <p><b>Data</b> 14/03/2017 <b>Firma</b> _____</p>	
<p>Il Responsabile addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso</p> <p><input type="checkbox"/> È <input type="checkbox"/> NON È (le motivazioni sono allegate alla presente)</p> <p>coerente con le proiezioni economiche comunicate alla Direzione Strategica.</p> <p>Spesa prevista _____ C.E. n. _____</p> <p><b>Il Responsabile del Controllo di Gestione: Dott.ssa Sara Sanna</b></p> <p><b>Data</b> _____ <b>Firma</b> _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.</p> <p><b>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu</b></p> <p><b>Data</b> _____ <b>Firma</b> _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio attesta altresì che la spesa non contrasta gli obiettivi Regionali di contenimento della spesa sanitaria e di rientro dal disavanzo (nota RAS Prot. 4801 del 29.12.2016).</p> <p><b>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu</b></p> <p><b>Data</b> _____ <b>Firma</b> _____</p>	
<p><b>Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Lorenzo Pescini (Delibera del Direttore Generale. n. 378 del 02.11.2016)</b></p> <p>Favorevole <input checked="" type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p><b>Data</b> 15/3/17 <b>Firma</b> _____</p>	
<p><b>Parere del Direttore Sanitario: Dott. Nicolò Orrù (Delibera del Direttore Generale. n. 393 del 14.11.2016)</b></p> <p>Favorevole <input type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto)</p> <p><b>Data</b> 15/03/2017 <b>Firma</b> _____</p>	
<p>La presente Deliberazione si compone di n. 21 pagine, di cui n. 18 pagine di allegati che ne fanno parte integrante e sostanziale.</p>	

## IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PRODUZIONE, QUALITÀ E RISK MANAGEMENT

*(Dott.ssa Antonella A. Virdis)*

- VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992: “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e s.m.i;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 517 del 21.12.1999: “Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell’art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- VISTO** il Protocollo d’Intesa sottoscritto in data 11.10.2004 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari;
- VALUTATI** Linee Guida e riferimenti bibliografici per la diagnosi e la terapia del delirium nell’anziano;
- CONSIDERATO** che sulla base di un evento sentinella verificatosi recentemente nell’U.O. di Medicina Interna dell’AOU di Sassari è stato gestito un Audit dal Servizio Produzione Qualità Risk Management aziendale, con le figure professionali coinvolte, per analizzare l’evento e porre in essere azioni di miglioramento connesse al processo assistenziale;
- PRESO ATTO** che dall’Audit è emersa l’esigenza, per ridurre il rischio che l’evento si ripeta, di elaborare una “Procedura per la gestione del paziente anziano ospedalizzato con, o a rischio di delirium”, alla cui successiva definizione ha contribuito, coordinato dal Servizio Produzione Qualità Risk Management, un gruppo multiprofessionale e multidisciplinare afferente a diverse unità operative aziendali;
- CONSIDERATO** che tale procedura è necessaria per l’alta prevalenza di delirium nei pazienti anziani ospedalizzati, e che con tale procedura si intende predisporre uno strumento volto a migliorare la qualità delle cure ospedaliere, anche sotto il profilo del miglior rapporto costi/benefici, e in particolare l’assistenza e la tutela del soggetto “fragile”;
- RAVVISATA** la necessità di adottare la procedura suindicata inizialmente, per una prima valutazione sperimentale di un periodo di sei mesi, nelle UU.OO. aziendali di Medicina Interna, Geriatria, Lungodegenza, Psichiatria, Clinica Medica, Patologia Medica;

### PROPONE

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente:

1. Di procedere all’adozione della “Procedura per la gestione del paziente anziano ospedalizzato con, o a rischio di, delirium” allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
2. Di dare atto che dal presente provvedimento non discendono maggiori oneri per l’Azienda;

**IL RESPONSABILE**  
*(Dott.ssa Antonella A. Virdis)*



**IL DIRETTORE GENERALE**

*Dott. Antonio D'Urso*

**Nominato con Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 57 del 03.10.2016**

L'anno duemiladiciassette, il giorno QUINDICI del mese di MARZO, in Sassari, nella sede legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

**PRESO ATTO** della proposta di Deliberazione avente per oggetto: "Adozione procedura per la gestione del paziente anziano ospedalizzato con, o a rischio di, delirium."

**DATO ATTO** che il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo hanno espresso parere favorevole;

**DELIBERA**

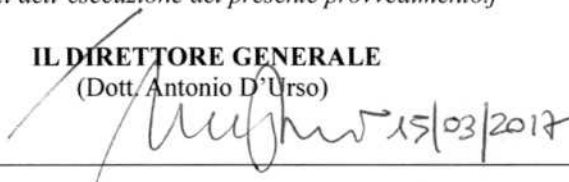
*Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente*

Di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- 1) *Di procedere all'adozione della "Procedura per la gestione del paziente anziano ospedalizzato con, o a rischio di, delirium" allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;*
- 2) *Di dare atto che dal presente provvedimento non discendono maggiori oneri per l'Azienda;*
- 3) *Di incaricare i servizi competenti dell'esecuzione del presente provvedimento.*

**IL DIRETTORE GENERALE**

(Dott. Antonio D'Urso)

 15/03/2017

*La presente Deliberazione è in pubblicazione all'Albo Pretorio elettronico del sito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari dal 15/03/2017 per la durata di quindici giorni*

Il Responsabile del Servizio Affari Generali, Legali, Comunicazione e Formazione

8.70 (Dott.ssa Chiara Seazzu)





**AOU Sassari**

**Direzione Sanitaria  
Aziendale U.O.C.  
Produzione, Qualità, Risk  
management**


**PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DEL PAZIENTE ANZIANO  
OSPEDALIZZATO CON, O A  
RISCHIO DI, DELIRIUM**

**UU.OO.  
Medicina Interna  
Geriatria  
Lungodegenza  
Psichiatria  
Clinica Medica  
Patologia Medica**

<b>Data</b>	<b>Redazione</b>		<b>Verifica</b>	<b>Approvazione</b>	<b>Autorizzazione</b>
Gennaio 2017	UO Medicina Interna: Direttore Dott. Franco Bandiera  Dott.ssa Marcella Fadda Dott.ssa Angela Poddighe Sig. Mario Pinna Dott. Fabio Colantoni  UO Geriatria: Direttore Dott.ssa Patrizia Tilocca Dott.ssa Elena Idini  Lungodegenza: Direttore Dott. Antonio Uneddu Dott.ssa Monica Sara	SPDC Direttore Dott. Donato Posadinu  Area Cure Mediche PO Dott.ssa Peppina Marongiu  UO Clinica Medica Dott.ssa Manuela Martinez  UO Patologia Medica: Dott.ssa Maria Olivieri	Dott. B. Contu Dott.ssa Emanuela Angius Direzione Medica di Presidio  Dott. Roberto Foddanu Servizio "Produzione, Qualità, Risk Management"  Servizio Professioni Sanitarie	Servizio "Produzione, Qualità, Risk Management"	Direttore Sanitario Dott. Nicolò Orrù

**INDICE:**

- 1. Premessa**
- 2. Scopo**
- 3. Campo di Applicazione**
- 4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni**
- 5. Responsabilità**
- 6. Riferimenti**
- 7. Motivazioni**
- 8. Gestione clinica, misure generali e gestione dell'ambiente**
- 9. Trattamento farmacologico**
- 10. Archiviazione**
- 11. Criteri di valutazione e registrazione dati**
- 12. Allegati e appendici**
- 13. Diagramma delle attività**

 <p><b>AOU Sassari</b>  <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b>  <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b>  <b>Medicina Interna</b>  <b>Geriatria</b>  <b>Lungodegenza</b>  <b>Psichiatria</b>  <b>Clinica Medica</b>  <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

## 1. PREMESSA

Il Delirium (D) secondo il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V)* è un disturbo del livello di consapevolezza o attenzione, caratterizzato da insorgenza acuta o subacuta di variazioni cognitive, attribuibile a una condizione medica generale; tende ad avere decorso fluttuante. Tale condizione non è necessariamente causata da un altro disturbo cognitivo, sebbene sia comune in caso di disturbi neuro-cognitivi maggiori.

È una patologia comune che interessa almeno il 30% di tutti i pazienti anziani ospedalizzati e necessita di una particolare attenzione, se si pensa che la sua comparsa è indice di una prognosi peggiore. Il D impatta negativamente sugli *outcomes* di salute delle persone che ne sono affette:

- aumenta di dieci volte il rischio di morte (35-40%),
- di cinque volte il rischio di complicanze nosocomiali ed il rischio di istituzionalizzazione (47% vs 18%),
- prolunga i tempi di degenza (21 giorni vs 9 giorni),
- favorisce una progressione del declino cognitivo,
- impatta negativamente sullo stress psico-fisico di pazienti, *caregivers*, operatori.


A dispetto della sua rilevanza clinica, il D rimane una patologia spesso non diagnosticata e, pertanto, non trattata, specie nella sua forma ipoattiva, erroneamente etichettata come demenza o depressione. La corretta e tempestiva identificazione dei fattori precipitanti consente di prevenirlo in più di un terzo dei casi.

I dati epidemiologici riguardano prevalentemente la popolazione ospedalizzata; di seguito i dati di prevalenza ed incidenza nei vari reparti ospedalieri:

*modificata da Tropea et al., 2009*

Reparto	Prevalenza %	Incidenza %
Chirurgia		10-15 nel post-operatorio
Cardiochirurgia pz >65 anni		11-46
Ortopedia pz >60 anni	17	12-51
Medicina Interna	18-35 pz>65 anni nelle prime 72 ore dall'ammissione in ospedale	11-14
Geriatria	25	20-29
Terapia Intensiva pz>65 anni	7-50	19-82
Stroke Unit	-	10-27
Cure palliative		47
Pronto Soccorso	8-14	-
Lungodegenza	6-14%	

Un comune **modello di rischio** per lo sviluppo del D distingue tra *fattori predisponenti cronici* che incrementano la vulnerabilità dell'individuo e *fattori precipitanti acuti* che causano il Delirium.


 <p><b>AOU Sassari</b> <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b> <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b> <b>Medicina Interna</b> <b>Geriatria</b> <b>Lungodegenza</b> <b>Psichiatria</b> <b>Clinica Medica</b> <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

<b>Fattori predisponenti</b>	<b>Fattori precipitanti</b>
<p>Età avanzata &gt; 70 aa; Demenza o decadimento cognitivo; Disabilità visiva o uditiva; Compromissione nelle attività della vita quotidiana o immobilità; Storia di D; Storia di alcolismo; Malnutrizione; Polifarmacoterapia; Gravità/severità delle patologie concomitanti fragilità;</p>	<p>Farmaci (sedativi, narcotici, anticolinergici, antidepressivi, oppiacei, corticosteroidi, analgesici, glicosidi cardiaci, farmaci anti-Parkinson); Lesione neurologica primaria (ictus, emorragia intracranica, meningite); Patologia acuta: infezioni (polmonite, infezioni del tratto urinario, sepsi), malattia cardiaca (infarto del miocardio) ipossia, shock, disidratazione, febbre, stipsi, frattura d'anca, complicanze iatrogene; Anomalie metaboliche; Chirurgia (soprattutto ortopedica, cardiaca); Ricovero in terapia intensiva (UTI); Fattori ambientali: contenzione fisica, cateterismo, Monitoraggio invasivo, Dolore; Deprivazione prolungata del sonno; Sospensione improvvisa di farmaci (benzodiazepine) o alcol;</p>

Lipowsky ha per primo distinto il D in relazione allo stato psicomotorio: una *forma ipoattiva*, una *iperattiva* ed una *mista*. I tre sottotipi di D sarebbero sostenuti da differenti meccanismi fisiopatologici e correlati a differente prognosi.

#### **Sottotipi clinici del D**

Iperattivo (21%)	agitazione, confusione mentale, sintomi psicotici, comportamenti aggressivi, labilità emotiva
Ipoattivo (29%)	letargia, apatia, stato confusionale
Misto(43%)	manifestazioni cliniche sia di iperattività che ipoattività motoria
Non classificabile	attività psicomotoria nella norma

 <p><b>AOU Sassari</b> <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b> <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b> <b>Medicina Interna</b> <b>Geriatria</b> <b>Lungodegenza</b> <b>Psichiatria</b> <b>Clinica Medica</b> <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

## 2. SCOPO

La presente procedura indica i metodi per la prevenzione, l'identificazione, la diagnosi, il trattamento e l'assistenza del paziente anziano ospedalizzato con D.

Sono esclusi dalla presente procedura il D conseguente ad astinenza da alcol e quello da intossicazione acuta.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è applicata al paziente anziano ospedalizzato che al momento del ricovero o durante la degenza abbia fattori di rischio o manifestato un quadro clinico compatibile con D.

## 4. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

AOU = Azienda Ospedaliera Universitaria
UO = Unità Operativa
D = Delirium
CPSI = Infermiere professionale
OSS = Operatore Socio Sanitario
DMSM-V = Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, V edizione
SDO = scheda di dimissione ospedaliera
4 AT = test per diagnosi di Delirium


## 4. RESPONSABILITA'

Tutto il personale sanitario deve essere consapevole che i pazienti anziani ospedalizzati possono essere a rischio di D, che può essere causa di demenza o di morte; inoltre può aumentare il periodo di degenza, causare ricoveri ripetuti o il trasferimento in residenza protetta.

L'assistenza a pazienti a rischio di D, multiprofessionale e multispecialistica, deve essere erogata da operatori con competenza sulla patologia formati con idoneo percorso aziendale.

I pazienti a rischio non devono essere spostati di letto o trasferiti in altri reparti, a meno che questo non sia assolutamente *necessario*. Per i soggetti a rischio, le misure di prevenzione devono essere avviate quanto prima possibile.



 <p><b>AOU Sassari</b>  <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b>  <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b>  <b>Medicina Interna</b>  <b>Geriatria</b>  <b>Lungodegenza</b>  <b>Psichiatria</b>  <b>Clinica Medica</b>  <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

## 5. RIFERIMENTI

- 1) Il delirium nei pazienti anziani ospedalizzati in reparti internistici; G. Gerontol. 2015; 63:205-220
- 2) Delirium nell'anziano: diagnosi, prevenzione, trattamento. Italian J of Medicina 2013; volume 1:1-12
- 3) Delirium: diagnosi, prevenzione e trattamento; Linea Guida Regione Toscana. Pubblicazione 2014, aggiornamento 2016
- 4) Linee Guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano; G. Gerontol. 2000; 48:434-440
- 5) National Institute for Clinical Excellence (NICE), linee guida sul *delirium*, periodicamente aggiornate al sito [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- 6) Algoritmo per il management del D della Associazione Italiana Psicogeriatria-2016

## 6. MOTIVAZIONI


La procedura è necessaria per l'alta prevalenza di D nei pazienti anziani ospedalizzati, la diagnosi solitamente misconosciuta, la prognosi spesso severa e il rischio clinico elevato (frequenza X gravità del problema).

Con tale procedura si intende predisporre uno strumento volto a migliorare la qualità delle cure ospedaliere, anche sotto il profilo del miglior rapporto costi/benefici, migliorare l'assistenza e la tutela del soggetto "fragile", anche sotto l'aspetto della comunicazione con il paziente e i familiari, ridurre il rischio clinico.

## 7. GESTIONE CLINICA, MISURE GENERALI E GESTIONE DELL'AMBIENTE (DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ)

Quando sospettato il D, sulla base di un cambiamento acuto dello stato cognitivo in un paziente con o senza fattori di rischio per lo stesso, il CPSI provvede ad accertare:

- 1) se il paziente è collaborante, preliminarmente **chiede**: "Signora/e XXXX, si è sentita/o (di recente) la testa confusa /strana/pesante/vuota/assente..?).
- 2) In caso affermativo, o comunque in presenza di un comportamento alterato (irrazionale, apatico, scarsamente responsivo o iper-responsivo agli stimoli), il CPSI lo annota e lo evidenzia in cartella clinica (es. con penna rossa), avverte il medico e somministra al paziente il **Protocollo "4AT"** (allegato 1), strumento rapido e di semplice utilizzo. Un punteggio **uguale o superiore a 4** è indicativo di delirium in atto.
- 3) Se il punteggio è uguale/superiore a 4 il medico rivaluta clinicamente il paziente e provvede a misurare la severità del D utilizzando il test DOM- **Delirium-O-Meter** (allegato 2) e a valutare il sottotipo motorio (iper-cinetico, ipocinetico, misto, non motorio) con il test **DMSS-4-Delirium Motor Subtype Scale 4** (allegato 3).

 <p><b>AOU Sassari</b> <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b> <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b> <b>Medicina Interna</b> <b>Geriatria</b> <b>Lungodegenza</b> <b>Psichiatria</b> <b>Clinica Medica</b> <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

- 4) Se validata la diagnosi di D, il medico, oltre a specifica procedura terapeutica in urgenza (vedi dopo), ricerca, se già non note, cause acute e gravi potenzialmente scatenanti (sepsi, ipossia, ipoglicemia, intossicazione da farmaci ecc.) e le tratta con adeguata terapia.
- 5) Poiché, come per qualunque test, è possibile incorrere in falsi negativi, anche in caso di test negativi o dubbi, nel paziente in cui si è osservato un cambiamento acuto dello stato cognitivo, va sempre prescritta, attuata e segnalata in cartella ulteriore e specifica osservazione clinica.
- 6) Se ritenuta utile, va richiesta eventuale consulenza dello specialista psichiatra e/o neurologo.
- 7) Quanto prima il medico contatta i familiari e raccoglie (ulteriori) notizie sullo stato cognitivo e funzionale del paziente precedenti il ricovero, patologie pregresse, abuso alcolico, storia di cadute, terapie farmacologiche recenti e/o dell'introito idrico-alimentare.

Quando la diagnosi di D e delle possibili cause è documentata, **il medico valuta:**

1) Revisione farmacologica: appropriatezza dei farmaci in base all'età, recente introduzione/sospensione di farmaco o modifica della dose, aderenza alla terapia, rivalutazione critica sull'effettiva necessità di trattamenti a base di oppioidi, benzodiazepine, antipsicotici, antispastici, antiepilettici, antiasmatici, antipertensivi, steroidi, antidepressivi triciclici, digossina, antiparkinsoniani. In ogni caso è opportuno evitare la brusca sospensione di farmaci che possono generare dipendenza o sindrome da sospensione.


2) Indagini diagnostiche: se non già eseguito, può essere indicato in base ad anamnesi ed esame obiettivo valutare funzionalità renale, epatica, tiroidea, saturazione plasmatica O<sub>2</sub> ed emogasanalisi, ECG, Rx torace, esame urine e urinocoltura, esami colturali su sangue, espettorato o feci, TC encefalo in urgenza se il paziente è in terapia anticoagulante o con recente trauma cranico, con segni neurologici focali o persistenza dei sintomi.

3) Ottimizzazione della gestione delle comorbidità: se presenti, curare in particolar modo la gestione dell'insufficienza respiratoria, del diabete mellito, di cardiopatia/insufficienza cardiaca, di patologie tiroidee, Parkinson, malattie cerebrovascolari.

Controlla che il paziente non vada incontro a ipossia, disidratazione, stipsi e, per quanto possibile, evita procedure non necessarie (es. cateterismi).

Il **Coordinatore** pianifica con il medico e sovrintende il rafforzamento delle misure di sorveglianza dell'ambiente e del paziente con diagnosi di D o con precedente episodio acuto di deterioramento dello stato cognitivo.

Il **Coordinatore** autorizza i familiari del paziente, precedentemente informati dal medico, alla permanenza in reparto.

 <p><b>AOU Sassari</b> <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b> <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b> <b>Medicina Interna</b> <b>Geriatria</b> <b>Lungodegenza</b> <b>Psichiatria</b> <b>Clinica Medica</b> <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

Il CPSI pianifica la tipologia dell'assistenza e mette in atto la serie di interventi di seguito indicati:


- approcciare il paziente con calma e serenità;
- monitorarne il sonno, mantenerne la vigilanza favorendone attività diurne;
- favorirne la mobilitazione senza rischio di cadute;
- assicurare il corretto uso di occhiali o protesi acustiche;
- assicurare adeguata idratazione e alimentazione;
- valutare la corretta deglutizione;
- fornire di campanello il paziente o il familiare e rispondere per quanto possibile prontamente alla chiamata;
- ridurre i rumori di fondo (monitor, allarmi ecc.);
- valutare periodicamente il dolore, se presente;
- istruire i familiari perché portino al loro congiunto loro fotografie e oggetti conosciuti;
- consentire ai familiari di trascorrere più tempo con il paziente ricoverato, anche con turni continuativi, ove possibile;
- nelle camere a due posti letto evitare la presenza di due pazienti agitati nella stessa stanza;
- evitare il più possibile trasferimenti e/o cambiamenti ambientali;
- prevedere percorsi specifici e spazi protetti dove il paziente possa muoversi liberamente, soprattutto se sia a rischio di allontanamento inconsapevole dal reparto (wandering).

Con il paziente a rischio deve essere utilizzato un approccio multidisciplinare (geriatri, internisti, neurologi, psichiatri ecc.) e pluriprofessionale (medico, infermiere, oss, assistente sociale) lo staff deve essere percepito come "costante", "assiduo" e "comunicativo".

Di seguito vengono descritti alcuni atteggiamenti che rispettano **buone regole di comunicazione**, valide per tutti i professionisti coinvolti nel processo assistenziale, con carattere di primaria importanza nella prevenzione degli stati confusionali, soprattutto nei pazienti anziani:

- dire al paziente quello che si vuole sia fatto, non quello che non deve essere fatto;
- ascoltare quello che il paziente dice o tenta di dire, osservare i comportamenti, la mimica, la gestualità per cercare di identificare i messaggi, le emozioni o le necessità che egli tenta di comunicare;
- usare un linguaggio semplice e con frasi corte; parlare lentamente, in modo chiaro e con un tono di voce tranquillo e rassicurante;
- farsi riconoscere con il proprio nome ad ogni contatto e chiamare il paziente con il suo nome;
- se necessario, ripetere le domande con calma e lasciare il tempo necessario per la risposta.

Per quanto riguarda gli interventi di supporto, fondamentale importanza ha il **favorire al meglio le relazioni sociali del paziente con familiari e amici**, che vanno costantemente informati sul motivo dell'improvvisa agitazione, sulle condizioni cliniche e sulle caratteristiche degli accertamenti a cui il malato è sottoposto. Tutti coloro che vengono a contatto con il paziente


 <p><b>AOU Sassari</b>  <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b>  <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p><b>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</b></p>	<p><b>UU.OO.</b>  <b>Medicina Interna</b>  <b>Geriatria</b>  <b>Lungodegenza</b>  <b>Psichiatria</b>  <b>Clinica Medica</b>  <b>Patologia Medica</b></p>
---	--	--

debbono contribuire a far migliorare l'orientamento del paziente nel riconoscimento delle persone, dei luoghi, del tempo e delle circostanze.

La diagnosi di D deve essere chiaramente documentata nella lettera di dimissione al Medico di Medicina Generale, con i relativi provvedimenti terapeutici ed eventuali prese in carico specialistiche.

### MATRICE DI RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	MEDICO	COORDINATORE	INFERMIERE	OSS	SERV. P. Q. RISK MANAGEMENT
Pianifica e sovrintende il rafforzamento delle misure di sorveglianza dell'ambiente e del paziente con/a rischio di delirium	C	R	C		
Controlla anomalie dell'ambiente di cura potenzialmente a rischio per il paziente	C	C	R	C	
Sorveglianza del paziente	C	C	R	C	
Screening fattori di rischio: compilazione scheda valutazione 4 AT	C		R		
Scale diagnostiche <b>DOM</b> e <b>DMSS-4</b>	R		C		
Trattamento farmacologico	R	C	C		
Prescrizione all'uso della contenzione	R	C	C		
Richiesta consenso alla contenzione	R	C	C		
Interazione psico-sociale e coinvolgimento della famiglia	R	C	C	C	
Segnalazione eventi avversi/eventi sentinella	R	C	C	C	C
Monitoraggio eventi avversi / near miss segnalati e correlabili al Delirium	C	C	C		R

 <p><b>AOU Sassari</b>  <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b>  <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b>  <b>Medicina Interna</b>  <b>Geriatria</b>  <b>Lungodegenza</b>  <b>Psichiatria</b>  <b>Clinica Medica</b>  <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

## 8. TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Vedi allegato 4: Terapia Farmacologica

## 9. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel Manuale Qualità Aziendale e sarà consultabile nella sala medici e nella sala infermieri di ogni U.O..

## 10. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI

Il dirigente medico che compila la SDO del paziente riporta l'eventuale diagnosi di Delirium con apposito codice (292-293).

La Direzione medica di presidio provvederà alla:

- Valutazione dello scostamento di prevalenza e incidenza dei pazienti con D rispetto ai dati epidemiologici (Tropea 2009).
- Valutazione della degenza media dei pazienti con D rispetto alla degenza media dei ricoveri nei reparti della stessa area (Internistica, Lungodegenza, Geriatria, Psichiatria).

## 11. ALLEGATI E APPENDICI


Allegato 1: **Protocollo 4AT**

Allegato 2: **DOM- Delirium-O-Meter**

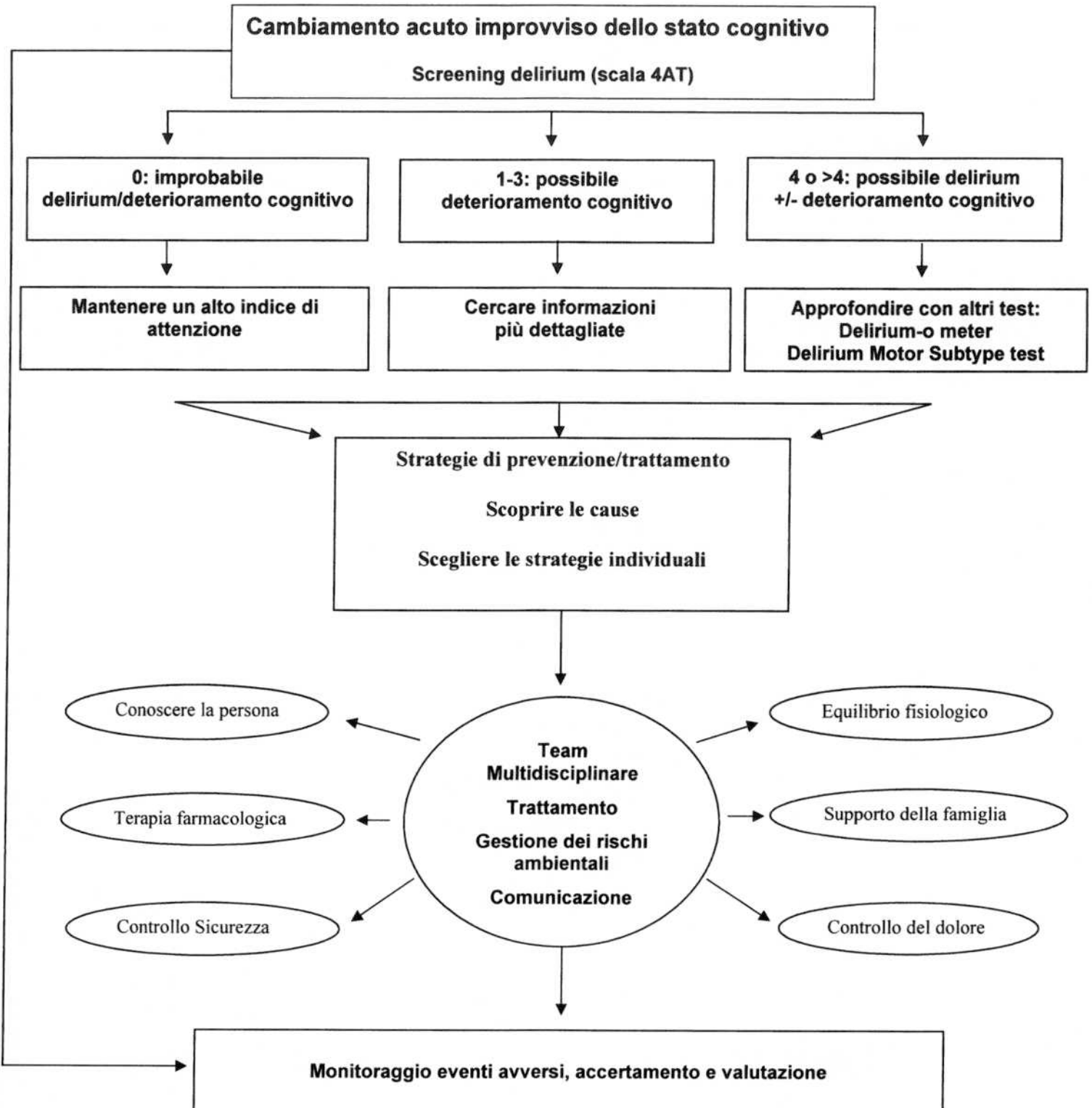
Allegato 3: **DMSS-4-Delirium Motor Sub-type Scale 4**

Allegato 4: **Terapia farmacologica**

Allegato 5: **Algoritmo per il management del Delirium** (Associazione Italiana di Psicogeriatria).

 <p><b>AOU Sassari</b>  <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b>  <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b>  <b>Medicina Interna</b>  <b>Geriatria</b>  <b>Lungodegenza</b>  <b>Psichiatria</b>  <b>Clinica Medica</b>  <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

**12. DIAGRAMMA ATTIVITA'**





AOU Sassari

Direzione Sanitaria  
Aziendale U.O.C.  
Produzione, Qualità, Risk  
management

PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DEL PAZIENTE ANZIANO  
OSPEDALIZZATO CON, O A  
RISCHIO DI, DELIRIUM

UU.OO.  
Medicina Interna  
Geriatrica  
Lungodegenza  
Psichiatria  
Clinica Medica  
Patologia Medica

## ALLEGATO 1

### Protocollo 4 AT

#### 4-AT

**Istruzioni:** Gli items 1-3 sono valutati sulla base dell'osservazione del paziente al momento dell'assessment, mentre l'item 4 richiede informazioni da una o più sorgenti (ad es. altri membri dello staff, caregivers, relazioni del medico di famiglia, etc).

**1 – Vigilanza/allerta:** Osservare il paziente. Se dorme, provare a risvegliarlo, richiamandolo, o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere al paziente di dichiarare il proprio nome e l'indirizzo della propria abitazione per valutare il livello di collaborazione, prima dell'inizio del test.

*Note: Un alterato stato di vigilanza include lo stato soporoso oppure l'agitazione/iperattivazione. Un alterato stato di allerta è fortemente suggestivo per delirium. Se il paziente mostra variazioni notevoli dell'allerta durante la valutazione, cerchiare lo score 4.*

- 0** Normale (completamente vigile, non agitato durante tutta la valutazione)
- 0** Moderata sonnolenza per meno di 10 secondi dopo il risveglio, poi normale
- 4** Chiaramente anomalo

**2 – AMT4:** Chiedere età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale o dell'edificio), anno corrente.

- 0** Nessun errore
- 1** Un errore
- 2** >2 errori / non testabile

**3 – Attenzione:** Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre. Per aiutare la comprensione della domanda, è consentito inizialmente questo suggerimento: "qual è il mese prima di dicembre?"

- 0** È in grado di ripetere senza errori  $\geq 7$  mesi
- 1** Inizia ma riporta < 7 mesi/ rifiuta di iniziare
- 2** Non testabile (non può iniziare perché soporoso o troppo compromesso)


**4 – Cambiamento acuto o decorso fluttuante:** Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un decorso fluttuante relativamente all'attenzione, alla comprensione o altre funzioni cognitive-comportamentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) con esordio nelle ultime 2 settimane e ancora presenti nelle ultime 24 ore.

*Una fluttuazione dello stato cognitivo può avvenire anche in assenza di delirium nei pazienti affetti da demenza, ma una fluttuazione marcata generalmente indica delirium.*

*Per valutare correttamente questo item è possibile porre al paziente domande tipo "È preoccupato/a di qualcosa in questo momento? / Si sente spaventato da qualcosa o qualcuno? / Ha sentito/visto qualcosa di strano qui?". Se la risposta è positiva per deliri/allucinazioni, cerchiare lo score 4.*

*Generalmente i sintomi psicotici in ambiente ospedaliero riflettono più frequentemente delirium che non una patologia psichiatrica funzionale (come la schizofrenia).*

- 0** No
- 4** Sì

 <p><b>AOU Sassari</b>  <b>Direzione Sanitaria</b>  <b>Aziendale U.O.C.</b>  <b>Produzione, Qualità, Risk</b>  <b>management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE  DEL PAZIENTE ANZIANO  OSPEDALIZZATO CON, O A  RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b>  <b>Medicina Interna</b>  <b>Geriatria</b>  <b>Lungodegenza</b>  <b>Psichiatria</b>  <b>Clinica Medica</b>  <b>Patologia Medica</b></p>
---	--	--

## Delirium motor sub-type scale-4 (DMSS)

*NB: Solo per i pazienti che hanno riportato uno score  $\geq 4$  al 4-AT*

### A. Sottotipo iperattivo definito dalla presenza di 1. o 2.

1. Incremento di attività motoria, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:

- È più attivo di prima\*?  no  sì
- Sembra iperattivo?  no  sì

2. Perdita della capacità delle attività, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:

- Sono presenti affaccendamento motorio o attività afinalistiche?  no  sì
- Ha perso la capacità di controllo ideativo delle proprie azioni?  no  sì

### B. Sottotipo Ipoattivo, definito dalla presenza di 3. o 4.

3. Riduzione della velocità delle azioni, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:

- Si muove più lentamente di prima\*?  no  sì
- Impiega più tempo a compiere semplici gesti rispetto a prima\*?  no  sì

4. Riduzione quantitativa dell'eloquio, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:

- Parla meno di prima\*?  no  sì
- Vi è una riduzione dell'eloquio spontaneo (ad es. parla solo se interpellato)?  no  sì

C. Sottotipo misto, definito dalla presenza di entrambi i criteri per iperattivo e ipoattivo come delineato nei punti A. e B.

D. Nessun Sottotipo, se non vengono soddisfatti i criteri delineati in A. o B

\*il cambiamento è evidente rispetto alla settimana scorsa.





AOU Sassari

Direzione Sanitaria  
Aziendale U.O.C.  
Produzione, Qualità, Risk  
management

PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DEL PAZIENTE ANZIANO  
OSPEDALIZZATO CON, O A  
RISCHIO DI, DELIRIUM

UU.OO.  
Medicina Interna  
Geriatría  
Lungodegenza  
Psichiatria  
Clinica Medica  
Patologia Medica

## ALLEGATO 2

### DOM-DELIRIUM MOTOR O-METER


#### SCALE OPZIONALI:

#### Delirium-O-Meter (pagina 1 di 2)

NB: Solo per i pazienti che hanno riportato uno score >4 al 4-AT

D-O-M	PUNTEGGIO			
	0	1	2	3
1. Attenzione sostenuta	E' in grado di concentrarsi per tempi prolungati durante lo svolgimento delle attività/durante una conversazione	Sovrappensiero, a volte le domande devono essere ripetute	Facilmente distraibile, è necessario ripetere le domande per la maggior parte delle volte	Non è in grado per nulla di mantenere l'attenzione, reagisce a ogni sorta di stimolo
2. Attenzione alternata	E' in grado di spostarsi da un argomento di conversazione ad un altro o da un'attività ad un'altra senza problemi	Occasionalmente persevera nel parlare di un argomento discusso in precedenza	Presenta molta difficoltà a spostare l'attenzione verso nuove attività o nuove conversazioni	Non è per niente in grado di porre attenzione o spostarla verso nuove attività o nelle conversazioni
3. Orientamento	E' in grado di riferire correttamente la data, riconosce dove si trova e riconosce le persone	La difficoltà nell'orientamento riguarda solo la data esatta e il giorno della settimana	E' disorientato nel tempo e nello spazio, non trova la sua stanza, non sa dove si trova	Disorientato nel tempo, nello spazio e sulle persone, ha difficoltà anche nel riconoscimento dei familiari
4. Livello di coscienza	E' sveglio e vigile durante il giorno	Appare non completamente lucido, come se si fosse appena svegliato o non ancora sveglio completamente	Appare chiaramente assonnato, tiene spesso gli occhi chiusi, ma risponde alle domande	Difficilmente risvegliabile, è difficile che risponda quando vengono poste delle domande
5. Apatia	Inizia spontaneamente conversazioni, mostra interesse, mostra motivazione nelle attività	Mostra interesse solo quando sono gli altri a stimolarlo, ma non appare 'vuoto'	Non presenta quasi nessuna iniziativa e mostra poco interesse verso gli altri (appare 'vuoto')	Non fa nulla, appare emozionalmente 'vuoto'
6. Ipocinesia/ rallentamento psicomotorio	I processi di movimento spontaneo sono normali	Spesso rimane seduto in modo inattivo ma un piccolo stimolo modifica questa condizione	I movimenti spontanei sono ridotti, le braccia sono immobili o incrociate	Nessun movimento delle braccia o delle gambe a meno che sia fortemente stimolato
7. Pensiero disorganizzato	Ciò che il paziente dice è semplice da capire, anche per qualcuno che non lo conosce molto bene	Ciò che il paziente dice non è sempre semplice da capire, a volte salta da un argomento ad un altro	E' molto difficile da capire, il pensiero procede per associazioni, le frasi prodotte sembrano scollegate, può interrompere una frase a metà	Non è in grado di esprimere un pensiero coerente, non finisce le frasi, parole vaghe, urla, lamenti

Continua a pagina seguente

 <p><b>AOU Sassari</b>  <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b>  <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b>  <b>Medicina Interna</b>  <b>Geriatría</b>  <b>Lungodegenza</b>  <b>Psichiatria</b>  <b>Clinica Medica</b>  <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

## DELIRIUM-O-METER (pagina 2 di 2)

D-O-M	PUNTEGGIO			
	0	1	2	3
<b>8. Fluttuazioni nello stato funzionale</b>	Nessuna variazione diurna dello stato funzionale, ritmo sonno veglia normale	Fluttuazioni minime (durante il giorno o nel ciclo sonno veglia)	Fluttuazioni moderate (durante il giorno o nel ciclo sonno veglia)	Fluttuazioni diurne marcate o grave disturbo del ciclo sonno veglia
<b>9. Agitazione psicomotoria</b>	E' in grado di sedersi e rilassarsi, occuparsi di qualcosa o parlare con qualcuno senza essere agitato	Un po' nervoso, irrequieto, inquieto, fa dondolare la sedia	Agitato, cammina su e giù per la stanza, leggermente irritato, movimenti continui delle braccia	Estremamente agitato, irritato, sfacciato, con comportamenti oppositivi, si toglie il catetere, necessita di misure restrittive
<b>10. Deliri (pensiero)</b>	I pensieri risultano sincronizzati sulla realtà, non vi sono convinzioni infondate o irrealistiche, sospettosità o atteggiamenti diffidenti	Piuttosto diffidente, sospettoso, a volte può pensare di essere messo da parte, o chiedere spesso domande come 'perché questo?'	Chiaramente sospettoso, presenta idee irrealistiche, infondate o bizzarre, ad es. dice di vivere in ospedale	E' estremamente sospettoso o convinto di idee bizzarre, e ciò rende molto difficile riorientare il paziente
<b>11. Allucinazioni (percezione)</b>	Ciò che il paziente dice di vedere/sentire/odorare/percepire tattilmente/gustare corrisponde alla realtà	Occasionalmente è presente una percezione distorta degli oggetti, ad es. i decori delle tende o della carta da parati possono essere visti come animaletti	Ritiene siano presenti persone, oggetti, odori, gusti, suoni o animali che non sono in realtà presenti, ma è possibile riorientarlo	Percepisce costantemente cose che non ci sono, non può essere riorientato, è difficile interagire con lui
<b>12. Ansia/paura</b>	E' a suo agio, non ansioso	Piuttosto apprensivo su ciò che sta succedendo o su qualcosa che succederà	Chiaramente ansioso, pauroso, ha bisogno di un po' di rassicurazione	Estremamente ansioso, spaventato, necessita di molta rassicurazione



AOU Sassari

Direzione Sanitaria  
Aziendale U.O.C.  
Produzione, Qualità, Risk  
management

PROCEDURA PER LA GESTIONE  
DEL PAZIENTE ANZIANO  
OSPEDALIZZATO CON, O A  
RISCHIO DI, DELIRIUM

UU.OO.  
Medicina Interna  
Geriatria  
Lungodegenza  
Psichiatria  
Clinica Medica  
Patologia Medica

## ALLEGATO 3

### DMSS-4-DELIRIUM MOTOR SUB -TYPE SCALE 4

#### Delirium motor sub-type scale-4 (DMSS)

NB: Solo per i pazienti che hanno riportato uno score  $\geq 4$  al 4-AT

##### A. Sottotipo iperattivo definito dalla presenza di 1. o 2.

1. Incremento di attività motoria, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:

- È più attivo di prima\*?  no  sì
- Sembra iperattivo?  no  sì

2. Perdita della capacità delle attività, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:

- Sono presenti affaccendamento motorio o attività afinalistiche?  no  sì
- Ha perso la capacità di controllo ideativo delle proprie azioni?  no  sì

##### B. Sottotipo Ipoattivo, definito dalla presenza di 3. o 4.

3. Riduzione della velocità delle azioni, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:

- Si muove più lentamente di prima\*?  no  sì
- Impiega più tempo a compiere semplici gesti rispetto a prima\*?  no  sì


4. Riduzione quantitativa dell'eloquio, evidenziata da una risposta positiva ad una delle seguenti domande:

- Parla meno di prima\*?  no  sì
- Vi è una riduzione dell'eloquio spontaneo (ad es. parla solo se interpellato)?  no  sì

##### C. Sottotipo misto, definito dalla presenza di entrambi i criteri per iperattivo e ipoattivo come delineato nei punti A. e B.

##### D. Nessun Sottotipo, se non vengono soddisfatti i criteri delineati in A. o B

\*il cambiamento è evidente rispetto alla settimana scorsa.

 <p><b>AOU Sassari</b> <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b> <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b> <b>Medicina Interna</b> <b>Geriatria</b> <b>Lungodegenza</b> <b>Psichiatria</b> <b>Clinica Medica</b> <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

<b>ALLEGATO 4</b>
<b>TERAPIA FARMACOLOGICA</b>

Il trattamento farmacologico del paziente anziano con D trova indicazione unicamente come “contenzione farmacologica” nei casi di iperattività e agitazione. Conseguentemente l'anziano con D e ipoattivo non richiede sedazione.

E' opportuno a questo punto ricordare anche qui alcune regole pratiche generali da seguire:

- sarebbe opportuno usufruire del contributo della consulenza psichiatrica prima di instaurare la terapia;
- non esiste il farmaco ideale;
- potenzialmente ogni farmaco psicoattivo può peggiorare la confusione mentale, soprattutto quando ha effetti anticolinergici;
- continuare comunque ad utilizzare gli interventi non farmacologici individuati;
- focalizzare l'attenzione sulla correzione della causa di fondo del D e cercare di diminuire la posologia dei farmaci non appena possibile;
- valutare la risposta a breve termine, monitorando eventuali eventi avversi;
- ripetere la prescrizione giornalmente valutando il rapporto risposta/tollerabilità;
- proseguire la terapia almeno fino a 48 ore dalla riduzione dei sintomi, in relazione alla severità e intensità degli stessi;
- nel caso di persistenza dei sintomi, la terapia può essere protratta al minor dosaggio possibile, con tentativi di riduzione ogni 1 o 2 settimane.

Principali farmaci di elezione nella terapia del Delirium, in conformità alle linee guida internazionali della “American Psychiatric Association”:


**Aloperidolo:**

- rappresenta ancora il trattamento di prima istanza in caso di Delirium. Può essere somministrato per via orale e/o intramuscolare o endovenosa. I dosaggi iniziali per gli anziani variano da 0,25 – 0,50 mg ogni 4 ore.
- Se si osservano all'ECG intervalli Qtc superiori ai 450 msec o maggiori del 25% rispetto al valore basale, richiedere consulenza cardiologica e sospendere l'antipsicotico.

**Risperidone:**

- ha meno effetti collaterali dell'aloperidolo;
- somministrazione 0,5-1 mg per os ed eventualmente ripetere la dose dopo 2-4 ore.
- dosaggio medio efficace nel paziente anziano, senza effetti collaterali 1 mg/die. Evitare di superare comunque i 2-3 mg/die.
- evitare la somministrazione con ipopotassiemia per valori minori di 4 meq/l e nei soggetti con malattia di Parkinson.

**Quetiapina:**

 <p><b>AOU Sassari</b>  <b>Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C.</b>  <b>Produzione, Qualità, Risk management</b></p>	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM</p>	<p><b>UU.OO.</b>  <b>Medicina Interna</b>  <b>Geriatria</b>  <b>Lungodegenza</b>  <b>Psichiatria</b>  <b>Clinica Medica</b>  <b>Patologia Medica</b></p>
---	---	--

- ad un dosaggio medio di 50-100 mg/die per os, può contribuire per attenuare la severità del D.

#### **Olanzapina:**

- utile soprattutto per la formulazione orodispersibile (pz. con difficoltà nella deglutizione) ad un dosaggio di 2,5-5 mg/die.

Importante riconoscere nel paziente in terapia antipsicotica la **sindrome maligna da neurolettici** e **l'acatisia**; quest'ultima può costituire evento avverso spesso confuso con il D stesso. Si tratta di uno stato di più o meno severa irrequietezza e iperattività, che trae giovamento dalla sospensione del farmaco e peggiora con l'aumento del dosaggio.

#### **Benzodiazepine:**

- hanno solo attività sedativa e non modificano il corso della confusione mentale. Hanno tuttavia azione rapida e possono essere di supporto alla terapia con antipsicotici, anche se con particolari accorgimenti;
- in genere è consigliato il Lorazepam, per la emivita breve e per la particolare versatilità della via di somm., per os, im. o endovenosa. Il dosaggio medio nell'anziano è di 0,5-1 mg.

#### **Conclusioni**

Il Gruppo di Lavoro che ha redatto la presente procedura costituirà un Team plurispecialistico e pluriprofessionale permanente dedicato alla gestione del D nel paziente anziano ospedalizzato, preposto al controllo epidemiologico, diagnostico e terapeutico di un fenomeno che, alla luce dell'evidenza clinica, aumenterà nel tempo parallelamente all'aumento dell'età media dei pazienti ospedalizzati.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale U.O.C. Produzione, Qualità, Risk management

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO CON, O A RISCHIO DI, DELIRIUM

UU.OO. Medicina Interna Geriatria Lungodegenza Psichiatria Clinica Medica Patologia Medica

ALLEGATO 5

ALGORITMO PER IL MANAGEMENT DEL DELIRIUM



Questo algoritmo è riservato a persone di età > 18 anni

Questo algoritmo non è esaustivo

Ricorda: 1) esistono altre cause di delirium, 2) altri metodi di valutazione, indagini, modalità di gestione o terapie possono essere utili per ciascun paziente.

Le valutazioni e le decisioni operative devono essere prese in base al proprio giudizio clinico

Questo protocollo NON si applica ai casi di delirium da abuso alcolico o di sostanze. Nel sospetto applicare i protocolli dedicati

Il Delirium spesso non viene indagato. Attenzione che i pazienti con delirium possono avere ideazioni paranoidi/illusioni: valuta il rischio e gestiscilo adeguatamente

Algoritmo per il management del delirium

Cambiamento acuto dello stato cognitivo - Think delirium

Fattori di rischio di delirium

- Malattia acuta, Deficit sensoriale, Recente ammissione da ospedale/acuti, Contenzione, Demenza, Postterapia, Depressione, Età > 70 anni, Recente anestesia/intervento, Uso di oppioidi, benzodiazepine o antipsicotici, Storia di abuso alcolico, Fragilità, Catetere vescicale, Anticoagulanti, Dolore acuto/interico

Sospetto clinico di delirium o test di screening positivo (es. 4AT o CAM)

(NOTA: i test di screening possono risultare falsamente negativi - usa giudizio clinico)

Tratta le cause acute, gravi (es. sepsi, ipossia, ipoglicemia, intossicazione da farmaci)

Il team raccoglie le informazioni anamnestiche da un familiare/informatore e valuta la capacità del paziente di fornire un consenso al trattamento. Se il paziente non è in grado, applicare la procedura del setting di riferimento. I protocolli di trattamento devono essere discussi con il familiare/informatore.

- Individuare un informatore in grado di fornire notizie affidabili e porre domande sia sullo stato cognitivo e funzionale precedente al ricovero che sulle malattie da cui il paziente è affetto. Le domande valutano l'uso di alcool e se, recentemente, vi siano state cadute, variazioni farmacologiche e/o dell'intake idrico-alimentare. Valutare il livello di assistenza. Se non vi è l'informatore, contattare il medico curante/assistente sociale/altro. Usa l'ICQCODE o AD8 per raccogliere l'anamnesi. Valuta il livello di assistenza fornito.

Valuta con test specifici e definisci lo stato cognitivo alla base-line

- MUSE, SPMSQ, MOCA-MIMCOO. Valuta memoria, umore, disorientazioni, congruenza ragionamento, sonno.

Concludi un esame obiettivo completo che include un esame neurologico, valuta il linguaggio ed il livello di attenzione. Cerca segni focali di sepsi (es. vescicole, palmari, cute), stigmi e valuta se eseguire l'esplorazione rettole.

DOCUMENTA LA DIAGNOSI DI DELIRIUM E LE CAUSE POSSIBILI; MODIFICA SE SERVE

Revisione farmacologica

- Valuta l'appropriatezza dei farmaci in base all'età. È stato recentemente introdotto/ripreso qualche farmaco? È stata modificata la dose dei farmaci? Il paziente è aderente alla terapia? Considerare attentamente la necessità di oppioidi/benzodiazepine/antipsicotici/antiparkinsoniani/antidolorifici/antispasmodici/antiperistaltici (specialmente se tendenza ad ipotensione arteriosa)/steroidi/antidepressivi/triciclici/digossina/farmaci antiparkinsoniani. Evitare la brusca sospensione di farmaci che possono generare, rianestesia o sintomi da anticolinergici.

Indagini

- In base ad anamnesi ed esame obiettivo: Funzionalità renale ed elettroliti serumici / funzionalità epatica/ emocromo completo / glicemia/ Proteina C Reattiva. Calcolo Rcarato stendi. Funzionalità tiroidea. Saturazione plasmatica di O2/ Emogasanalisi arterica. ECG. Rx torace. Esame chimico-fisico delle urine/ Urinocoltura. Esami colturali su sangue, espettorato o feci. TC encefalo in urgenza se paziente in terapia anticoagulante, trauma cranico, segni neurologici focali o persistenza dei sintomi.

Ottimizzazione della gestione delle comorbidità

- Ad esempio: insufficienza respiratoria, Diabete mellito, Cardiopatia/ insufficienza cardiaca, Patologia tiroidea, Malattia di Parkinson, Malattia cerebrovascolare.

Gestione dell'ambiente e misure generali

- Approcciare il paziente con calma e serenità. Monitorare il sonno, mantenere la vigilanza favorendo attività diurna. Favorire il più possibile la mobilizzazione dei pazienti in aree a basso rischio di confusioni/cadute. Assicurare l'uso di occhiali/protesi acustiche, rimuovere i tappeti di gomma. Assicurare un'adeguata alimentazione, monitorare l'assunzione quotidiana di cibi solidi/liquidi mediante coperture orali. Rassicurare e riorientare con regolarità (orologi e calendari). Fornire compagnia al paziente e rispondere prontamente alle chiamate. Assistere i bisogni del paziente. Ridurre i rumori (monitori e allarmi) ed i rumori di fondo. Se esistono problemi di udito o espressione, considerare la necessità di un interprete. Fare riferimento ad un informatore se un paziente è in carico al servizio psichiatrico.

Trattamento dei sintomi del Delirium

- Favorire momenti di relax durante la visita/ ruolo della famiglia nel supporto al paziente. Il delirium ipotesico è comune nel paziente anziano: indaga i sintomi psichici che possono essere meno evidenti. Tratta i sintomi psichici se generano sofferenza. Considera l'ipotesi di ampliare lo staff assistenziale. Se i sintomi pongono a rischio la sicurezza del paziente o quello di altre persone: usa basse dosi di farmaci (inizia piano- aumenta piano) e monitora ogni 24 ore. Valuta la capacità del paziente di acconsentire al trattamento. Farmaci per l'agitazione/sofferenza ingestibili: Alpendolo 0.5-1 mg per os (max 2mg/24 ore), Alpendolo 0.5 mg /m, im (max 2mg/24 ore). Non usare se segni di Parkinsonismo o demenza a Corpi di Lewy. Se i farmaci antipsicotici sono controindicati (come sopra): Lorazepam 0.5-1 mg per os (max 2mg/24 ore), Midazolam 2.5 mg /m, (max 7.5mg/24 ore). I pazienti più giovani possono necessitare di dosaggi più elevati.

Gestione medica ed infermieristica

- Trattare le cause sottostanti: Infezioni/sepsi, ritenzione urinaria, stipsi, ipotensione arteriosa, dolore, disidratazione, ipossia, ipoglicemia, iponatremia. Assicurare Saturazione di O2 > 92% (ecetto in pazienti con BPCO - insufficienza respiratoria tipo 2). Esposti la diagnosi al paziente ed al caregiver e fornisci informazioni con opuscoli. Aumenta attenzione se è nota diagnosi di demenza. Valuta e monitora il dolore (ad es. usando la scala Abbey Pain o simili). Valuta la corretta deglutizione.

Fattori che suggeriscono un legame con disturbo psichiatrico

- Agitazione severa o mal essere che non rispondono alle misure standard sopra elencate. Esistono dubbi concerno riguardo la diagnosi. Non è stata considerata l'opzione che il paziente sia in carico al Servizio Psichiatrico.

Paziente in miglioramento

- Riduci o interrompi il trattamento con farmaci antipsicotici. Rivaluta lo stato cognitivo. Considera lo stato post-delirium (ad esempio la rievocazione o il disturbo delirante). Incoraggia i pazienti a condividere la loro esperienza con lo staff.

Ripeti lo screening del delirium (guidato dalla clinica) fino a che per 2 giorni consecutivi non si riscontrano delirium

Il miglioramento può essere colto con il miglioramento dello stato cognitivo e del sonno del paziente.

Paziente NON in miglioramento

Dopo 1 settimana o se delirium severo, far riferimento allo specialista.

Deterioramento cognitivo crescente

- Documenta la diagnosi di delirium nella lettera di dimissione per il MMG. L'alto rischio di delirium ricorrente richiede un pronto trattamento. Segui il tipo di delirium cognitivo.

Deterioramento cognitivo stabile

- Documenta la diagnosi di delirium nella lettera di dimissione per il MMG. L'alto rischio di delirium ricorrente richiede un pronto trattamento. Aumentato rischio di demenza nel futuro.

Il Delirium può persistere anche settimane o mesi dopo aver trattato la causa

Versione 1.01 FINALE - Ott 2014