

| Area | Standard | Pratica per la sicurezza del paziente | Ambito di applicazione |
|--|---|---|------------------------|
| Sviluppo del sistema di gestione del rischio clinico | Strategie in ambito ospedaliero per il riconoscimento del Delirium, la ricerca dei fattori di rischio, la prevenzione e la gestione | Intercettazione e gestione precoce del Delirium | Struttura |

Razionale

Il Delirium è un disturbo neuro-comportamentale conseguente ad una condizione medica generale, con decorso fluttuante, compromissione dell'attenzione e variazione acuta dello stato mentale e del comportamento (DSM IV 2000). È una condizione comune, nei pazienti anziani ospedalizzati. E' associata ad un elevato costo socio-economico, ad un aumento dei tempi di degenza e del carico assistenziale, ad un alto tasso di re-ospedalizzazione ed istituzionalizzazione e ad un aumento del rischio di mortalità (Flaherty 2011). Riguarda il 20-30% dei pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri ordinari, il 20% dei pazienti lungodegenti e tra il 10 e il 50% dei pazienti chirurgici. E' una condizione grave, in parte prevenibile, sotto-diagnosticata e trattata. Può essere direttamente correlata al processo clinico-assistenziale. Il Delirium prevalente, già presente al momento dell'ammissione, riguarda un paziente su cinque e un paziente fragile su tre (Godfrey, 2013). Il Delirium incidente, sviluppato durante la degenza, interessa il 12-18% dei pazienti ed è in parte prevenibile. Clinicamente si distinguono tre forme di Delirium: il Delirium ipoattivo (maggiormente misconosciuto), il Delirium iperattivo e il Delirium misto (Maldonado, 2006). Le competenze clinico assistenziali per l'intercettazione precoce del Delirium si avvalgono di strumenti per la valutazione dello stato confusionale che si integrano con quelli in uso per la valutazione multidimensionale del paziente. I fattori di rischio, che possono variare a seconda del setting assistenziale, sono distinguibili in predisponenti e precipitanti. Un fattore predisponente a bassa vulnerabilità può determinare Delirium solo se associato a fattori precipitanti ad alto impatto, mentre una condizione predisponente ad alta vulnerabilità può determinarne l'insorgenza se associata ad un fattore precipitante anche di lieve entità (Inouye 1996). Di seguito sono richiamati i fattori di rischio, i fattori predisponenti e precipitanti da considerare per l'intercettazione precoce del delirium e le principali misure generali di attenzione.

| Fattori di rischio da monitorare all'ammissione | Fattori Predisponenti | Fattori Precipitanti |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Età >70 anni • Deficit cognitivo/decadimento cognitivo anche nelle forme latenti • Comorbidità • Precedente episodio di Delirium | <ul style="list-style-type: none"> • Patologie cerebrali • Malattie endocrine e metaboliche • Depressione, demenza, ansia • Deficit sensoriali • Disturbi del sonno • Alterazione dei ritmi circadiani | <ul style="list-style-type: none"> • Terapie farmacologiche • Interazione fra i farmaci • Astinenza da alcool e da farmaci sedativo-ipnotici • Recente procedura chirurgica • Sepsi • Presenza di dolore • Contenzione fisica • Immobilità • Presidi invasivi • Deprivazione del sonno |

Misure generali di attenzione e di prevenzione per la riduzione dei fattori di rischio

- Frequenti rilevazioni cliniche
- Controllo e gestione dei fluidi, elettroliti e valori glicemici
- Controllo appropriatezza delle terapie farmacologiche
- Controllo alvo e diuresi
- Controllo del compenso respiratorio (presenza di ipossia)
- Valutazione e trattamento del dolore
- Adeguata alimentazione (apporto calorico, consistenza)
- Evitare la presenza di due malati a rischio nella stessa camera
- Evitare il più possibile trasferimenti e spostamenti
- Comunicazione verbale e non verbale adeguata al paziente (dare del 'lei' ai pazienti anziani)
- Ridurre/eliminare suoni fastidiosi, improvvisi e non familiari (allarmi pompe da infusione e materassi ad aria)
- Favorire il mantenimento del ritmo sonno/veglia con illuminazione diurna (preferire la luce naturale) e notturna (luci specifiche)
- Rimozione per la notte di apparecchi acustici ed occhiali e promuoverne l'uso durante il giorno

Altri interventi, personalizzati e adattati alla specifica situazione clinica e al contesto assistenziale.

- Garantire e promuovere la presenza di un familiare/caregiver
- Terapia del riorientamento e stimolazione cognitiva
- Prevenzione della deprivazione del sonno; conservazione del ritmo sonno/veglia
- Favorire attività di movimentazione funzionale finalizzata contestualizzandola in sicurezza al fine di promuovere le capacità residuali



Requisiti minimi

È necessario impostare azioni formative in ambito ospedaliero che favoriscano la diffusione di strategie per il precoce riconoscimento del Delirium, per l'individuazione dei fattori di rischio e la sua puntuale valutazione, mettendo in atto le azioni preventive e gestionali mediante l'identificazione delle cause, il trattamento dei sintomi e la prevenzione delle complicanze. Per i casi in cui applicare la contenzione fisica o farmacologica si rimanda alle procedure aziendali specifiche.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

Recepimento della pratica per la sicurezza con una procedura aziendale che identifichi le risorse necessarie e che definisca le modalità di applicazione degli strumenti anche informatici per il riconoscimento, la ricerca dei fattori di rischio, la prevenzione, la gestione del Delirium inclusa la terapia farmacologica.

2. Attuazione

- Formazione di base ed inclusione degli operatori, in attività di monitoraggio, miglioramento continuo e ricerca
- Costituzione di un team multi-professionale e multidisciplinare per la prevenzione e la gestione del Delirium
- Divulgazione ai familiari dei pazienti di informazioni sul Delirium mediante una brochure informativa
- Valutazione dello stato cognitivo di base (IQ code o SPMSQ) e del grado di autonomia anamnestico anche attraverso il coinvolgimento dei familiari o cari all'ammissione
- Valutazione dei fattori di rischio e di fattori precipitanti il Delirium con i corrispondenti interventi di prevenzione nei soggetti individuati
- Valutazione dello stato confusionale con frequenza diversificata in base al setting clinico-assistenziale. Per le aree a più alta intensità di cura sono consigliati strumenti specifici come la CAM-ICU per le altre aree la CAM
- Identificazione delle cause sottostanti al Delirium con conseguente rivalutazione per i casi positivi

3. Valutazione

Indicatori:

- Integrazione della valutazione dello stato cognitivo negli strumenti esistenti di valutazione multidimensionale
- Numero di operatori formati all'intercettazione precoce del delirium su totale numero operatori
- Monitoraggio periodico delle schede di rilevazione dello stato cognitivo utili all'intercettazione precoce del Delirium
- Monitoraggio delle diagnosi di Delirium nella SDO (codice ICD9-CM)
- Nella lettera di dimissione deve essere segnalata al MMG e/o alla struttura accogliente l'eventuale insorgenza di Delirium durante il ricovero e le strategie utilizzate nella gestione e consigliate per la successiva presa in carico

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

1. Linee guida sul Delirium del Consiglio Sanitario Regionale, 2013.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. American Psychiatric Association.
3. Mary Godfrey, Jane Smith, John Green, Francine Cheater, Sharon K Inouye, and John B Young Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study BMC Health Serv Res. 2013; 13: 341. Published online 2013 September 3.
4. Flaherty JH. The evaluation and management of delirium among older persons. Med Clin North Am. 2011 May;95(3):555-77, xi.. Epub 2011 Mar 31. doi: 10.1016/j.mcna.2011.02.005.
5. Maldonado J.R. Pathoetiological Model of Delirium: a Comprehensive Understanding of the Neurobiology of Delirium and an Evidence-Based Approach to Prevention and Treatment Crit Care Clin 24 (2008) 789–856.
6. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA. 1996 Mar 20;275(11):852-7.

