

Delirium: diagnosi, prevenzione e trattamento

Linea Guida 103 del “National Clinical Guideline Centre
for Acute and Chronic Conditions” - aggiornamento luglio 2011

Traduzione e adattamento a cura
di Luigi Tonelli e Antonio Bavazzano

LINEA GUIDA

Consiglio Sanitario Regionale

REGIONE
TOSCANA



Data di pubblicazione: 2014

Data del primo aggiornamento: 2016

La copia cartacea della linea guida non è in vendita.

L'intero documento in formato PDF sarà consultabile sul sito Internet della Regione Toscana all'indirizzo:
www.regione.toscana.it/consiglio-sanitario-regionale/linee-guida

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Presentazione

In un quadro socioeconomico regionale di particolare complessità quale quello attuale, la realizzazione di linee-guida per la pratica clinica continua a costituire uno dei più validi approcci esistenti per contribuire a ridurre forme inappropriate di assistenza, migliorare le prestazioni sanitarie sotto il profilo del miglior rapporto costi/benefici, migliorare lo stato di salute dei cittadini.

Nell'ambito dei contesti sanitari nei quali sono state già diffuse, le linee-guida hanno rappresentato anche un valido strumento per favorire l'aggiornamento dei professionisti sanitari; aggiornamento inteso come acquisizione di nuove conoscenze derivanti dal progresso della medicina e soprattutto come formazione permanente, intesa come modificazione attiva dei comportamenti nella pratica clinica corrente. Ultimo elemento, ma non certo per importanza, di rilievo nell'introduzione delle linee-guida nella pratica clinica, è il forte impulso nella programmazione di nuove ricerche clinico scientifiche.

L'Assessore al Diritto alla Salute
Luigi Marroni

Regione Toscana - Giunta Regionale

Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale

Coordinamento «Processo Regionale Linee Guida»

Pierluigi Tosi

Consiglio Sanitario Regionale - Ufficio di Presidenza

Antonio Panti

Cristiana Baggiani

Mario Barresi

Simona Dei

Giuseppe Figlini

Gian Franco Gensini

Danilo Massai

Grazia Panigada

Settore Qualità dei servizi, governo clinico e partecipazione

Marco Menchini

Hanno collaborato

Maria Bailo

Stefania Della Luna

Giuseppina Agata Stella

Realizzazione redazionale

Simonetta Pagliani (redazione)

Giovanna Smiriglia (grafica)

Zadig srl - via Ampère 59 - 20131 Milano - www.zadig.it

Indice

Presentazione	pag.	3
Introduzione	«	7
Sintesi della linea guida	«	8
Rischio di <i>delirium</i>	«	8
<i>Delirium</i> già presente al momento del ricovero	«	8
Prevenzione del <i>delirium</i> in degenza	«	8
Comparsa di segni di <i>delirium</i> in degenza	«	8
Trattamento	«	9
Aggiornamento 2011	«	10
Bibliografia dell'aggiornamento	«	11
Linea guida	«	13
Avere in mente la possibilità di <i>delirium</i>	«	13
Fattori di rischio di <i>delirium</i>	«	13
Indicatori di <i>delirium</i>	«	13
Prevenzione del <i>delirium</i>	«	14
Sorveglianza durante il ricovero	«	15
Diagnosi di <i>delirium</i>	«	15
Trattamento	«	16
Trattamento iniziale	«	16
Stati di angoscia	«	16
Mancata risoluzione del <i>delirium</i>	«	16
Informazione e sostegno	«	16
Ulteriore ricerca	«	18
Farmaci per la prevenzione del <i>delirium</i>	«	18
Farmaci per il trattamento del <i>delirium</i>	«	18
Interventi sistemici preventivi del <i>delirium</i> nelle residenze	«	19
Incidenza ed esiti del <i>delirium</i> in residenza assistita	«	19
Formazione dello staff assistenziale	«	20
Informazioni	«	21

Conflitti d'interesse

Tutti gli estensori della presente linea guida, scelti in base alla loro competenza ed esperienza specifica, hanno compilato una dichiarazione relativa agli eventuali conflitti d'interesse intervenuti nel lavoro d'elaborazione. Ciascuno di loro ha interamente svolto il lavoro nell'ambito della propria attività lavorativa per il Servizio sanitario della Toscana (SST).

Introduzione

Il *delirium* (definito anche “stato confusionale acuto”) è una sindrome clinica caratterizzata da alterazioni dello stato di coscienza, delle funzioni cognitive o della percezione. Ha esordio acuto (uno o due giorni) e decorso fluttuante. È una condizione grave, a volte con esito avverso, che riguarda il 20-30% dei ricoverati nei reparti ospedalieri ordinari, il 20% dei ricoverati nelle lungo degenze e tra il 10 e il 50% dei pazienti trattati chirurgicamente. I soggetti anziani, quelli affetti da demenza, quelli con gravi patologie e quanti vengono ricoverati per fratture dell'anca, sono particolarmente a rischio di sviluppare un *delirium*.

Di solito le situazioni di *delirium* sono scarsamente rilevate e poco registrate nella documentazione clinica. Il *delirium* può essere già presente all'ingresso in ospedale o può svilupparsi nel corso del ricovero. Può essere ipoattivo o iperattivo, o avere contemporaneamente entrambi gli aspetti (forme miste). I pazienti con forma iperattiva sono irrequieti, agitati o anche aggressivi. I pazienti con quella ipoattiva appaiono sonnolenti e troppo tranquilli. Le forme di *delirium* ipoattivo e quelle miste sono di diagnosi più difficile. Può essere anche difficile distinguerlo dalla demenza e non è raro che le due condizioni siano contemporanee: in questa incertezza diagnostica, la prima da trattare è il *delirium* perché può avere conseguenze rilevanti. Nei pazienti ricoverati può essere ragione di:

- degenza prolungata;
- evoluzione in demenza;
- complicanze, come cadute e ulcere da decubito;
- trasferimento in struttura protetta;
- exitus.

Questa linea guida indica i metodi per la prevenzione, l'identificazione, la diagnosi e il trattamento del *delirium* in soggetti adulti in situazione di ricovero in ospedale o in residenza protetta. Non riguarda il *delirium* nei pazienti terminali, nei casi d'intossicazione e nelle crisi da astinenza.

Sintesi della linea guida

Rischio di *delirium*

Al momento del ricovero in ospedale o in struttura protetta occorre valutare la presenza di fattori di rischio di *delirium*. Se anche uno solo dei fattori sotto indicati è presente la persona è da considerarsi a rischio:

- età superiore ai 65 anni;
- deterioramento cognitivo o demenza;
- frattura d'anca;
- grave malattia in atto.

Delirium già presente al momento del ricovero

All'ingresso, occorre accertare se negli ultimi tempi (ore o giorni) sono intervenuti cambiamenti nel comportamento indicativi di un *delirium*.

I cambiamenti possono riguardare:

- le **funzioni cognitive** (per esempio, ridotta capacità di concentrazione, lentezza nelle risposte, confusione);
- la **percezione** (per esempio, allucinazioni visive o uditive);
- le **funzioni fisiologiche** (per esempio, ipomobilità, agitazione, disturbi dell'appetito, disturbi del sonno);
- il **comportamento sociale** (per esempio, scarsa cooperazione anche per richieste ragionevoli, ritiro in se stessi, alterazione della comunicazione, disturbi dell'umore, disturbi dell'atteggiamento).

Prevenzione del *delirium* in degenza

L'assistenza a pazienti a rischio di *delirium* deve essere erogata da operatori con competenze sulla patologia.

I pazienti a rischio non devono essere spostati di letto o trasferiti in altri reparti, a meno che sia assolutamente necessario.

Per i soggetti a rischio, le misure di prevenzione devono essere avviate entro 24 ore dall'ingresso.

Comparsa di segni di *delirium* in degenza

Se durante la degenza esiste il sospetto di uno stato di *delirium* deve essere effettuata una valutazione clinica finalizzata alla ricerca dei sintomi indicati dal DSM IV; in alternativa può essere eseguita una valutazione avvalendosi del test Confusion Assessment Method (CAM).

La valutazione deve essere effettuata da un professionista formato e competente in questo tipo di diagnosi.

Qualora non sia evidente se si tratta di *delirium*, demenza oppure *delirium* che aggrava una demenza, deve essere trattato per primo il *delirium*.

La diagnosi di *delirium* deve essere registrata nella documentazione clinica.

Trattamento

Quando il *delirium* è stato diagnosticato, occorre identificarne le possibili cause o la combinazione di cause e trattarle.

Occorre assicurare il persistere della comunicazione con il paziente, provvedere per il suo ri-orientamento (per esempio, illustrando alla persona chi ella sia, dove si trovi e cosa le stia succedendo) assumendo un comportamento rassicurante. Può essere utile coinvolgere congiunti e amici.

Va assicurato un ambiente adatto e confortevole.

Se il paziente manifesta un intenso stato di angoscia o appare pericoloso per se stesso o per gli altri, occorre valutare l'utilità di un trattamento farmacologico breve (meno di una settimana) con aloperidolo o olanzapina. Il trattamento deve essere avviato alla dose terapeutica minima e titolato con cautela in accordo con i sintomi.

Aggiornamento 2011

Le linee guida del NICE vengono aggiornate per includere nuove importanti informazioni. Questo avviene ogni tre anni a partire dalla prima pubblicazione.

Vengono presi in considerazione anche i punti di vista dei professionisti della sanità e dei pazienti per valutare se l'intera linea guida o solo alcune parti devono essere aggiornate. Se in tempi diversi da quelli previsti vengono pubblicate prove nuove può essere deciso di fare un rapido aggiornamento di alcune raccomandazioni.

Tabella 1. Messaggi emergenti dalla letteratura aggiornata

Messaggio chiave	Effetto sugli orientamenti	
	Potenziale cambiamento	Nessun cambiamento
<p>Pensare al <i>delirium</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Occorre pensare alla possibilità del <i>delirium</i>, perché il protrarsi della condizione è associato a cattiva prognosi per quanto riguarda la mortalità e la sfera cognitiva. • È necessario sorvegliare i pazienti che presentano <i>delirium</i> ipoattivo, che è stato dimostrato associarsi con un prolungamento di questa condizione. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓
<p>Valutazione dei fattori di rischio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcuni farmaci sono probabilmente associati allo sviluppo di <i>delirium</i>, ma occorrono ulteriori ricerche in merito. • Si pone all'attenzione di una futura revisione l'uso del questionario PRE-DELIRIC (prediction of delirium in ICU patients). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓
<p>Interventi per prevenire il <i>delirium</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'assistenza multidisciplinare riduce l'incidenza di <i>delirium</i>. • Il blocco del plesso lombare e una leggera sedazione, come misure contro il dolore, riducono l'incidenza di <i>delirium</i> peri operatorio nei fratturati di femore. • Prove limitate suggeriscono una riduzione del <i>delirium</i> in pazienti ricoverati in reparti di cure intensive, se trattati con melatonina a basso dosaggio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓
<p>Trattamento del <i>delirium</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'implementazione di programmi complessi per la riduzione del <i>delirium</i> non ne abbreviano la durata. • Nuove prove sono a suffragio dell'uso a breve termine di aloperidolo e olanzapina. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓

Rispetto alla linea guida 103 del 2010 qua sintetizzata, l'Evidence Update Advisory Group (EUAG) ha proceduto a una revisione della letteratura pubblicata nel periodo 17 agosto 2009 – 28 novembre 2011 (<http://www.evidence.nhs.uk/search?q=Delirium+evidence+update>). Sono state identificate 348 pubblicazioni e, a seguito di valutazione, 17 di queste sono state ritenute utili per l'aggiornamento. Come si può vedere dalla tabella a pagina 10, la maggior parte delle nuove prove di letteratura non apportano cambiamenti a quanto indicato dalla linea guida del 2010.

Bibliografia dell'aggiornamento

Pensare al delirium

Cole MG et al. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing* 2009; 38: 19-26.

Dasgupta M et al. Factors associated with prolonged delirium: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2010; 22: 373-94.

Fong TG et al. Delirium accelerates cognitive decline in Alzheimer disease. *Neurology* 2009; 72: 1570-75.

Valutazione dei fattori di rischio

Clegg A et al. Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. *Age and Ageing* 2011; 40: 23-9

van den Boogaard M et al. Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. *British Medical Journal* 2012; 344: e420.

Interventi per prevenire il *delirium*

Cure multidisciplinari

Boorsma M et al. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal* 2011; 183: E724-32.

Illuminazione brillante

Ono H et al. The usefulness of bright light therapy for patients after oesophagectomy. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011; 27: 158-66.

Gestione del dolore

Abou-Setta AM et al. Comparative effectiveness of pain management interventions for hip fracture: a systematic review. *Annals of Internal Medicine* 2011; 155: 234-45.

Mouzopoulos G et al. Fascia iliaca block prophylaxis for hip fracture patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. *Journal of Orthopaedics and Traumatology* 2009; 10: 127-33.

Sieber FE et al. Sedation depth during spinal anesthesia and the development of postoperative delirium in elderly patients undergoing hip fracture repair. *Mayo Clinic Proceedings* 2010; 85: 18-26.

Prevenzione farmacologica

Lapane KL et al. Effect of a pharmacist-led multicomponent intervention focusing on the medication monitoring phase to prevent potential adverse drug events in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011; 59: 1238-45.

Larsen KA et al. Administration of olanzapine to prevent postoperative delirium in elderly joint-replacement patients: a randomized, controlled trial. *Psychosomatics* 2010; 51: 409-18.

Al-Aama T et al. Melatonin decreases delirium in elderly patients: a randomized, placebo-controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011; 26: 687-94.

Assistenza intensiva

Marcantonio ER et al. Randomized trial of a delirium abatement program for postacute skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58: 1019-26.

Trattamento farmacologico

Grover S et al. Comparative efficacy study of haloperidol, olanzapine and risperidone in delirium. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 71: 277-81.

van Eijk MMJ et al. Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: a multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. *The Lancet* 2010; 376: 1829-37.

Lonergan E et al. Benzodiazepines for delirium. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue2009; 4: CD006379.

Linea guida

La linea guida sul *delirium*, pubblicata dal National Institute for Clinical Excellence (NICE) nel luglio del 2010, si struttura sulle migliori prove di letteratura medica rinvenibili fino al novembre 2009. Il testo integrale con la bibliografia, insieme a diversi strumenti utili alla sua implementazione, sono disponibili nel sito del NICE all'indirizzo web:

www.nice.org.uk/guidance/CG103/Guidance

Avere in mente la possibilità di *delirium*

Tutto il personale sanitario deve essere consapevole che i pazienti ospedalizzati o residenti in una struttura protetta possono essere a rischio di *delirium*, 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.

Fattori di rischio di *delirium*

Al momento del ricovero in ospedale o in struttura protetta occorre valutare la presenza di fattori di rischio di *delirium*.

La persona è da considerarsi a rischio se è presente uno dei fattori sotto indicati:

- età superiore ai 65 anni;
- deterioramento cognitivo o demenza (confermata da test);
- frattura d'anca;
- presenza di grave patologia in aggravamento o a rischio di aggravamento.

Indicatori di *delirium*

Occorre rilevare se di recente (nelle ultime ore o negli ultimi giorni) sono avvenuti cambiamenti o se si sono manifestate fluttuazioni nel comportamento del paziente. Alcune informazioni possono essere ottenute dal paziente, ma per altre bisogna interpellare i congiunti o chi presta assistenza. Occorre indagare particolarmente i segni di *delirium* ipoattivo.

I cambiamenti del comportamento possono riguardare:

- le funzioni cognitive (per esempio, ridotta capacità di concentrazione, lentezza nelle risposte, confusione);
- la percezione (per esempio, allucinazioni visive o uditive);
- le funzioni fisiche (ipomobilità, agitazione, disturbi dell'appetito o del sonno);
- il comportamento sociale (scarsa cooperazione, ritiro in se stessi, comunicazione alterata, disturbi dell'umore e dell'atteggiamento).

Se vengono rilevati aspetti suggestivi di *delirium*, la diagnosi deve essere confermata da un operatore sanitario formato in merito a questa specifica condizione patologica.

Prevenzione del *delirium*

I pazienti a rischio di *delirium* devono essere seguiti da personale con competenze specifiche. A meno che sia assolutamente necessario, occorre evitare di spostare i pazienti a rischio in altri reparti o all'interno del reparto stesso.

Entro 24 ore dall'ingresso per il soggetto a rischio deve essere elaborato e messo in opera un piano di trattamento personalizzato in funzione delle sue principali sofferenze.

In particolare, se sono presenti deterioramento cognitivo e disorientamento:

- provvedere a un'illuminazione appropriata e a una segnaletica ben leggibile;
- fornire un orologio (meglio con quadrante di 24 ore) e un calendario chiaramente visibili;
- attuare il ri-orientamento illustrando luoghi e persone;
- provvedere ad attività cognitivamente stimolanti (per esempio, la reminescenza);
- promuovere regolari visite di familiari e amici.

In presenza di disidratazione e costipazione:

- assicurare un apporto adeguato di fluidi, incoraggiando a bere ed eventualmente somministrando fluidi per via sottocutanea e/o endovenosa (**NB:** occorre, però, tenere conto della possibile presenza di coesistenti insufficienza cardiaca o nefropatia).

Valutare la presenza d'ipossia e ottimizzare la saturazione d'ossigeno.

Sorvegliare l'occorrenza di infezioni:

- ispezionare frequentemente la superficie corporea ed evitare cateterizzazioni non indispensabili.

In caso d'immobilità o limitata mobilità:

- incoraggiare il paziente a camminare avendo cura di fornire i necessari ausili;
- incoraggiare i soggetti che non possono deambulare a fare esercizi di movimento;
- mobilitare precocemente gli operati.

Occorrenza del dolore:

- avere presente la possibilità che il paziente abbia dolore;
- nei pazienti con difficoltà comunicative (soggetti affetti da demenza, soggetti in ventilazione assistita, soggetti con tracheotomia, eccetera) ricercare segnali non verbali della presenza di dolore;
- intraprendere e controllare il trattamento del dolore in tutti i soggetti in cui una condizione dolorosa sia presente o sospettabile.

Proporre al curante di valutare lo schema terapeutico in atto di quanti assumono più farmaci, ri-considerandone principi attivi e posologia.

Nutrizione:

- nutrire secondo prescrizione dietetica indicata dal curante;
- assicurare la masticazione.

Deficit di vista e udito:

- intervenire sulle possibili cause del deficit;
- assicurarsi, ove necessario, della disponibilità e dell'uso di ausili visivi o acustici.

Sonno:

- cercare di non svolgere le attività sanitarie nelle ore del sonno;
- possibilmente, non distribuire i farmaci nelle ore del sonno;
- contenere la rumorosità al minimo, in particolare nelle ore del sonno.

Sorveglianza durante il ricovero

I ricoverati in ospedale o in residenza protetta giudicati a rischio di *delirium* devono essere sottoposti a sorveglianza per rilevare modificazioni o fluttuazioni del comportamento. Le osservazioni possono essere raccolte anche dal familiare o da chi assiste. Se avvengono modificazioni del comportamento, occorre effettuare una valutazione clinica per confermare o meno il *delirium*.

Diagnosi di *delirium*

Se vengono rilevati indicatori di *delirium* devono essere ricercati i sintomi indicati nel DSM IV e/o utilizzata la scala CAM. La valutazione deve essere effettuata da personale formato alla diagnosi del *delirium*. Qualora sia difficile la distinzione fra *delirium*, demenza oppure *delirium* che aggrava una demenza, il *delirium* deve essere trattato per primo. Occorre essere certi che la diagnosi di *delirium* venga registrata nella documentazione clinica.

Tabella 2. Confusion Assessment Method (CAM)

I Insorgenza acuta della confusione mentale e andamento fluttuante

La domanda è posta di solito a un familiare: "c'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?". "Il comportamento anomalo varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica d'intensità?".

0 = no 1 = sì

II Perdita dell'attenzione

Il paziente presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, per esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso, ecc.

0 = no 1 = sì

III Disorganizzazione del pensiero

Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico, in modo imprevedibile?

0 = no 1 = sì

IV Alterato livello di coscienza

0 = vigile 1 = iperallerta, letargia, stupor, coma

Per fare diagnosi di *delirium* occorre che la risposta sia sì a: I + II + III o I + II + IV.

Tabella 3. Diagnosi secondo DSM IV

- | |
|---|
| <p>I Disturbo dello stato di coscienza (diminuita consapevolezza dell'ambiente) con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione.</p> <p>II Alterazioni della sfera cognitiva (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio) non giustificabili da una demenza preesistente oppure in evoluzione.</p> <p>III Il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) e ha un decorso fluttuante durante la giornata.</p> <p>IV C'è evidenza dalla storia clinica, dall'esame obiettivo o da altri accertamenti, che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o di una sindrome di astinenza.</p> |
|---|

Trattamento

Trattamento iniziale

Quando il *delirium* sia stato diagnosticato occorre **ricercare e trattare le possibili cause o le combinazione di cause.**

Assicurare una comunicazione efficace e provvedere al ri-orientamento (per esempio, illustrare alla persona chi è, dov'è e che cosa fa). Assumere un comportamento rassicurante, eventualmente coinvolgendo congiunti e amici.

Curare che l'ambiente sia familiare e confortevole.

Stati di angoscia

Se una persona con *delirium* mostra segni di angoscia oppure appare pericolosa per sé o per gli altri, occorre utilizzare in primo luogo tecniche verbali e non verbali per contenere questo stato.

NB: Lo stato di angoscia può essere meno evidente nei casi di *delirium* ipoattivo e può invece manifestarsi con altri sintomi, per esempio di tipo psicologico.

Se le tecniche per calmare lo stato di angoscia (indicate dalla linea guida NICE) sono inefficaci, occorre valutare un trattamento farmacologico breve (meno di una settimana) con aloperidolo o olanzapina a bassa dose. Il trattamento deve essere avviato alla dose terapeutica minima e titolato con cautela osservando i sintomi.

Occorre prestare particolare attenzione nell'uso di farmaci antipsicotici se il soggetto è affetto da morbo di Parkinson o demenza a corpi di Lewy.

Mancata risoluzione del *delirium*

Nei pazienti il cui *delirium* non si evolve verso la risoluzione, occorre rivalutarne le possibili cause e verificare la presenza di demenza.

Informazione e sostegno

Occorre fornire informazioni ai pazienti, ai loro familiari o alle persone che assistono. In particolare occorre:

- spiegare che il *delirium* è una situazione clinica comune che normalmente tende a regredire;

- illustrare in cosa consista l'esperienza del *delirium*;
- incoraggiare pazienti, familiari e chi li sostiene a riferire agli operatori sanitari qualunque improvvisa modificazione del comportamento;
- in fase di remissione, incoraggiare i pazienti a raccontare la loro esperienza agli operatori sanitari;
- far riferimento a gruppi di supporto.

Le informazioni che vengono fornite devono essere conformi alle caratteristiche culturali, cognitive e linguistiche delle persone.

Ulteriore ricerca

Il gruppo di lavoro del NICE che ha sviluppato questa linea guida, nella revisione della letteratura ha identificato alcuni problemi clinici per cui non c'è ancora risposta e per i quali è necessario che vengano svolte ulteriori ricerche.

Farmaci per la prevenzione del *delirium*

Quesito. *Nei soggetti ospedalizzati a rischio di delirium, quale trattamento farmacologico ha più efficacia preventiva o miglior rapporto costo efficacia, se posto a confronto con placebo o con gli altri farmaci?*

La gravità del *delirium* e delle sue conseguenze rende importante definire tutti i metodi di prevenzione. Gli agenti farmacologici possono essere un semplice strumento di prevenzione, ma efficacia e rischi degli stessi non sono stati ancora testati e pertanto debbono essere usati con cautela. Le prove sono limitate: sono stati trovati tre studi di modesta qualità, nessuno dei quali rappresentativo di una specifica popolazione o del farmaco utilizzato.

Dovrebbe essere condotto un largo RCT (almeno 100 soggetti in ciascun braccio) nei pazienti ospedalizzati a rischio di *delirium* per confrontare antipsicotici tipici, atipici, benzodiazepine e inibitori dell'acetilcolinesterasi con placebo o l'uno verso l'altro, per la prevenzione del *delirium*. Le popolazioni esaminate dovrebbero essere definite in termini di rischio di *delirium* (per esempio, potrebbero essere considerate persone ad alto rischio quelle con due o più fattori di rischio). L'esito primario dovrebbe essere l'incidenza del *delirium* misurata almeno una volta al giorno, utilizzando uno strumento validato. Dovrebbero essere anche registrate gravità e durata del *delirium* insieme agli effetti avversi delle medicazioni, con particolare riguardo per sintomi extrapiramidali e ictus.

Farmaci per il trattamento del *delirium*

Quesito. *Nei soggetti ospedalizzati che presentano delirium, qual è il farmaco più efficace (antipsicotici tipici, atipici o benzodiazepine) a confronto con gli altri o con placebo?*

Sono attualmente utilizzati diversi farmaci per trattare i sintomi del *delirium*, ma le prove sul loro uso sono limitate. Uno studio di media qualità ha mostrato che gli antipsicotici tipici e atipici hanno maggiore efficacia e miglior rapporto costo beneficio del placebo. Occorre, inoltre, definire se il trattamento debba essere praticato di *routine* oppure sintomatico e occorre conoscere i possibili effetti collaterali in ambedue i casi. Dovrebbe essere condotto un largo RCT (almeno 100 soggetti per ogni braccio) per confrontare gli antipsicotici tipici, atipici e le benzodiazepine con il placebo e l'uno verso l'altro. L'esito dovrebbe essere la remissione dal *delirium*,

la sua gravità e la sua durata, misurati con uno strumento diagnostico validato. Occorre anche registrare gli effetti collaterali, in particolare quelli extrapiramidali e l'occorrenza di eventi ischemici cerebrali.

Interventi sistemici preventivi del delirium nelle residenze

Quesito. *Nei soggetti ricoverati in RSA gli interventi non farmacologici complessi (i cosiddetti interventi sistemici) sono clinicamente più efficaci e hanno un miglior rapporto costo efficacia del trattamento consueto nella prevenzione del delirium?*

Sebbene ci siano modeste prove in favore degli interventi sistemici (non farmacologici) nella prevenzione del *delirium* nei pazienti ospedalizzati, non ci sono prove certe in situazioni di residenza protetta. Un RCT largo e di potenza adeguata oppure uno studio *cluster* randomizzato potrebbero essere condotti in queste strutture per porre a confronto l'intervento sistemico con le cure usuali. L'intervento sistemico dovrebbe essere comprensivo di valutazione da parte di un professionista esperto capace di consigliare azioni specifiche per ciascun caso. Il tipo d'intervento attuato dovrebbe includere le azioni utili a prevenire il *delirium* con particolare riguardo al ri-orientamento, alla revisione critica del trattamento farmacologico, all'idratazione e all'igiene del sonno. Esito primario dovrebbe essere l'incidenza di *delirium* rilevata almeno una volta al giorno con uno strumento diagnostico validato. Dovrebbero anche essere rilevate, con uno strumento opportuno, gravità e durata del *delirium* e le sue conseguenze, incluso il ricovero ospedaliero.

Incidenza ed esiti del *delirium* in residenza assistita

Quesito. *Quanto è frequente il delirium e quali sono i suoi esiti avversi nei ricoverati in strutture tipo RSA?*

Ci sono prove dell'occorrenza di esiti avversi dei casi di *delirium* in ospedale, ma non per quanto riguarda le residenze protette. E' importante determinare se soggetti ospiti in queste strutture, che già siano a elevato rischio di morte o demenza o altri esiti avversi, abbiano un incremento di rischio di questi esiti se sviluppano un *delirium*. E' anche utile conoscere il rischio di ospedalizzazione come conseguenza di un *delirium* occorso in RSA. Dovrebbe essere condotto un largo studio di coorte nei residenti in strutture residenziali per determinare:

- la prevalenza di *delirium*;
- se la presenza di *delirium* è un fattore prognostico sfavorevole per decesso, demenza, ospedalizzazione, cadute e altri eventi analoghi.

L'analisi multivariata condotta in questo studio dovrebbe considerare i potenziali fattori di rischio significativi e i fattori confondenti. Questo tipo di studio potrebbe anche fornire informazioni di costo efficacia per la prevenzione e il trattamento del *delirium*.

Formazione dello *staff* assistenziale

Quesito. *Un programma di formazione dello staff assistenziale (confrontato con opuscoli formativi oppure con il consueto sistema di cura) è in grado di ridurre l'incidenza di delirium e migliorare il riconoscimento e la registrazione di casi di delirium in ospedale?*

Esistono prove che un programma formativo per i professionisti sanitari che hanno in cura pazienti a rischio di *delirium* riduca l'incidenza della condizione, ma non provengono da studi di buona qualità. Va quindi ancora determinato se la formazione abbia un effetto preventivo rilevante sull'incidenza di *delirium*. Esiste anche la necessità di verificare se il programma formativo accresca la consapevolezza degli operatori di trovarsi di fronte a un caso di *delirium* affinché lo possano registrare accuratamente. Occorre uno studio *cluster* randomizzato che consenta di ridurre la contaminazione da parte degli *staff* che ricevono l'intervento formativo sui colleghi che non lo ricevono. L'esito primario (incidenza di *delirium* e registrazione dello stesso nella documentazione clinica) dovrebbe essere misurato almeno in tre periodi prima e in tre periodi dopo l'intervento.

Informazioni

Copie a stampa della versione in inglese di questa linea guida possono essere richieste a NICE telefonando (dall'Italia prefisso 0044) al numero 0845 003 7783 oppure per e-mail scrivendo a: publications@nice.org.uk (citando il numero N2224).

Una versione sintetica per pazienti e per il personale di supporto (Understanding NICE guidance) è disponibile al sito: www.nice.org.uk/guidance/CG103/PublicInfo

Copie stampate possono essere richieste a NICE telefonando (dall'Italia prefisso 0044) al numero 0845 003 7783 oppure per e-mail scrivendo a: publications@nice.org.uk (citando il numero N2225).

Linee guida NICE affini a questa linea guida:

Alcohol use disorders. NICE clinical guideline 100 (2010). www.nice.org.uk/guidance/CG100

Donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (amended). NICE technology appraisal 111 (2009). www.nice.org.uk/guidance/TA111

Schizophrenia. NICE clinical guideline 82 (2009). www.nice.org.uk/guidance/CG82

Surgical site infection. NICE clinical guideline 74 (2008). www.nice.org.uk/guidance/CG74

Drug misuse. NICE clinical guideline 52 (2007). www.nice.org.uk/guidance/CG52

Acutely ill patients in hospital. NICE clinical guideline 50 (2007).
www.nice.org.uk/guidance/CG50

Dementia. NICE clinical guideline 42 (2006). www.nice.org.uk/guidance/CG42

Parkinson's disease. NICE clinical guideline 35 (2006). www.nice.org.uk/guidance/CG35

Nutrition support in adults. NICE clinical guideline 32 (2006). www.nice.org.uk/guidance/CG32

Violence. NICE clinical guideline 25 (2005). www.nice.org.uk/guidance/CG25

Falls. NICE clinical guideline 21 (2004). www.nice.org.uk/guidance/CG21

Infection control. NICE clinical guideline 2 (2003). www.nice.org.uk/guidance/CG2

Alcohol dependence and harmful alcohol use. www.nice.org.uk/guidance/cg115