SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Il delirium nei vari setting assistenziali

Andrea Fabbo, Barbara Manni, Patrizia Zucchi
Programma Demenze A.USL Modena

Napoli, Congresso Nazionale
SIGG 25-28 novembre 2015

Outline

Le dimensioni del delirium

La rete dei servizi modenese per i disturbi comportamentali

Una sperimentazione in RSA

Delirium: DSM-V

A. Disturbo nel focalizzare l'attenzione e dello stato di coscienza

B. Il delirium si sviluppa in un periodo breve di tempo , tipicamente ore o giorni e soggetto a fluttuazioni durante la giornata.

C. Include alterazioni della cognitività : memoria, orientamento, percezione.

D. Le manifestazioni cliniche in (A.) e (C.) non devono essere dovute a condizioni pre-esistenti o stabilizzate o rappresentare l'evoluzione di un disturbo neurocognitivo.

E. L'evento che lo precede potrebbe essere una conseguenza fisiologica di un'altra condizione medica, intossicazione da sostanze, esposizione a tossine ecc.

Questo significa che spesso il DELIRIUM riconosce una causa

Conseguenze del Delirium

Disabilità (perdita di funzione), cadute ed altre complicazioni

Aumentato rischio di prolungamento dei tempi di degenza

Alta comorbilità e mortalità

Declino cognitivo e demenza

Utilizzo incongruo di contenzione fisica e farmacologica

Incontinenza, ulcere da decubito

CAM (Confusion Assessment Method) positivo

Deve soddisfare i punti 1 e 2 associati ai punti 3 o 4

1. Esordio acuto/decorso fluttuante

+

2. Deficit attenzione

+

3. Linguaggio/ pensiero disorganizzato

or

4. Alterazioni della vigilanza

Age and Ageing Advance Access published March 2, 2014

Age and Ageing 2014; **0:** 1–7
doi: 10.1093/ageing/afu021

© The Author 2014. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people

Giuseppe Bellelli[1,2], Alessandro Morandi[2,3], Daniel H.J. Davis[4,5], Paolo Mazzola[1], Renato Turco[2,3], Simona Gentile[2,3], Tracy Ryan[6], Helen Cash[6], Fabio Guerini[2,3], Tiziana Torpilliesi[2,3], Francesco Del Santo[2,3], Marco Trabucchi[2,7], Giorgio Annoni[1], Alasdair M.J. MacLullich[5,6]

[1]Department of Health Sciences, University of Milano-Bicocca and S. Gerardo Hospital, Geriatric Clinic, Monza, Italy
[2]Geriatric Research Group, via Romanino 1, Brescia, Italy
[3]Department of Rehabilitation and Aged Care, Angelle Della Carità Hospital, Cremona, Italy
[4]Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge, Cambridge, UK
[5]Centre for Cognitive Ageing and Cognitive Epidemiology, University of Edinburgh, Edinburgh, UK
[6]Edinburgh Delirium Research Group, Geriatric Medicine Unit, University of Edinburgh, Edinburgh, UK
[7]Department of Medicine, University of Roma Tor Vergata, Roma, Italy

Address correspondence to: G. Bellelli. Tel: +39 233 9638; Fax: +39 233 2220. Email: giuseppe.bellelli@unimib.it

4AT

(label)

Patient name:

Date of birth:

Patient number:

Assessment test for delirium & cognitive impairment

Date: **Time:**

Tester:

CIRCLE

[1] ALERTNESS

This includes patients who may be markedly drowsy (eg. difficult to rouse and/or obviously sleepy during assessment) or agitated/hyperactive. Observe the patient. If asleep, attempt to wake with speech or gentle touch on shoulder. Ask the patient to state their name and address to assist rating.

Normal (fully alert, but not agitated, throughout assessment)	**0**
Mild sleepiness for <10 seconds after waking, then normal	**0**
Clearly abnormal	**4**

[2] AMT4

Age, date of birth, place (name of the hospital or building), current year.

No mistakes	**0**
1 mistake	**1**
2 or more mistakes/untestable	**2**

[3] ATTENTION

Ask the patient: "Please tell me the months of the year in backwards order, starting at December."
To assist initial understanding one prompt of "what is the month before December?" is permitted.

Months of the year backwards	Achieves 7 months or more correctly	**0**
	Starts but scores <7 months / refuses to start	**1**
	Untestable (cannot start because unwell, drowsy, inattentive)	**2**

[4] ACUTE CHANGE OR FLUCTUATING COURSE

Evidence of significant change or fluctuation in: alertness, cognition, other mental function (eg. paranoia, hallucinations) arising over the last 2 weeks and still evident in last 24hrs

No	**0**
Yes	**4**

4 or above: possible delirium +/- cognitive impairment
1-3: possible cognitive impairment
0: delirium or severe cognitive impairment unlikely (but delirium still possible if [4] information incomplete)

4AT SCORE ☐

Cerchiare la risposta

[1] ALLERTA

Questo test include pazienti che possono essere considerati soporosi (per esempio pazienti per il quale sia difficile svegliarsi e/o che sono evidentemente soporosi durante questo test) oppure agitati/iperattivi. Osservare il paziente. Se dorme, provare a svegliarlo parlandogli o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere ai pazienti di dichiarare il proprio nome ed indirizzo per collaborare alla valutazione.

Normale (completamente attento, ma non agitato durante tutta la valutazione)	**0**
Moderata sonnolenza per meno di 10 secondi dopo il risveglio, poi normale	**0**

[2] AMT4

Età ,data di nasci

4 o più: possibile delirium +/- deterioramento cognitivo (necessarie informazioni più dettagliate);
1-3: possibile deterioramento cognitivo (altri test necessari);
0: improbabile delirium o deterioramento cognitivo (ma delirium può essere presente se il punto 4 è incompleto)

[3] ATTENZIONE

Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre""
Per aiutare l'iniziale comprensione della domanda, è consentito un suggerimento come : "qual è il mese prima di dicembre?"

Mesi dell'anno al contrario	nomina senza errori 7 mesi o più	**0**
	inizia, ma nomina meno di 7 mesi / si rifiuta di iniziare	**1**
	test non effettuabile (poiché il paziente è indisposto, assonnato o disattento)	**2**

[4] ACUTO CAMBIAMENTO O DECORSO FLUTTUANTE

Dimostrazione di evidente cambiamento o andamento fluttuante in: attenzione, comprensione o altre funzioni mentali (ad esempio. paranoia, allucinazioni)che si sono presentate nelle ultime 2 settimane e che sono ancora presenti nelle ultime 24 ore

No	**0**
Si	**4**

Da G.Bellelli, SIGG 2013

Fattori predisponenti e precipitanti

Fattori predisponenti

- Età > 70 anni
- Deficit visivo
- Malattia acuta
- Demenza o deficit cognitivo
- Deficit funzionale
- Abuso etilico

Fattori precipitanti

- Contenzione fisica
- Malnutrizione/ disidratazione
- Catetere vescicale
- > di 3 farmaci (in particolare psicoattivi)
- Ogni evento iatrogeno

Inouye SK Charpentier PA JAMA 1996; 275:852-7
Inouye SK, Westerndorp RG, Saczynski JS Lancet. 2014;383:911-922

Variabili cliniche

✓**DELIRIUM IPERCINETICO** (25%): allucinazioni,deliri, agitazione psicomotoria, disorientamento TS

✓ **DELIRIUM IPOCINETICO** (25%): confusione,sedazione, sopore

✓ **DELIRIUM MISTO** (35%): alternanza delle caratteristiche

Nel 15% dei casi l'attività psicomotoria è **normale**

Meagher D. Int Rev Psychiatry 2009; 21: 59-73

Liptzin B., Levkoff S.E. Br J Psychiatry 1992; 161: 843-845

Riconoscimento del delirium

- **32-66%** delle diagnosi di delirium sono non riconosciute dai medici e nel 69% dei casi non riconosciute dagli infermieri
- La prevalenza nelle strutture residenziali/lungoassistenza è del **14%.** L'incidenza del **20-22%** /anno
- In Ospedale la mortalità varia dal **22** al **76%.** La mortalità ad un anno è del 35-40%
- Il delirium costa $182 miliardi (2011) per anno nei paesi Europei.

Inouye SK, Westerndorp RG, Saczynski JS ***Lancet***. **2014**;383:911-922

Inouye SK et al.. **Arch Intern Med. 2001**;161:2467-2473

Il delirium può essere frequente negli anziani con demenza

- **80% dei malati di demenza vivono a domicilio**
- **50- 90% manifesta alterazione del comportamento (BPSD) con conseguenze negative:**

✓ istituzionalizzazione precoce

✓ accesso in PS/ricovero ospedaliero/TSO˜ e conseguenti outcome peggiorativi

✓ stress del caregiver e depressione ˜

- **La prevalenza del Delirium superimposto a demenza (DSD) a domicilio si aggira attorno al 20-25%**

˜ Fong TG. et al., Ann Intern Med. 2012 June 19; 156(12): 848 Kaycee M et al JAGS 2006 54;796-803

Journal of Psychosomatic Research 77 (2014) 240–241

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Psychosomatic Research

Changing perspectives on delirium care: The new Dutch guideline on delirium

A.F.G. Leentjens [a,*], M.L. Molag [b], B.C. Van Munster [c,d], S.E. De Rooij [c], H.J. Luijendijk [e], A.J.H. Vochteloo [f], P.L.J. Dautzenberg [g], On behalf of members of the Guideline Development Group 'Delirium'

[a] Department of Psychiatry, Maastricht University Medical Centre, P.O. Box 5800, 6202 AZ Maastricht, The Netherlands
[b] Knowledge Institute for Medical Specialists, Utrecht, The Netherlands
[c] Department of Internal Medicine, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands
[d] Department of Geriatrics, Gelre Hospitals, Apeldoorn, The Netherlands
[e] Department of Old Age Psychiatry, BAVO Europoort, Rotterdam, the Netherlands
[f] OCON Orthopaedic Centre, Hengelo, The Netherlands
[g] Jeroen Bosch Hospital, 's Hertogenbosch, The Netherlands

Distinzione fra delirium "*non complicato*" e delirium "*complesso*" (disturbi comportamentali gravi, comorbilità alta e polifarmacologia, etiologia ben definita, risposta alla terapia)

Delirium

Diagnosis, prevention and management

Issued: July 2010

NICE clinical guideline 103

guidance.nice.org.uk/cg103

NICE accredited

www.nice.org.uk/accreditation

Il trattamento dei pz con delirium non complicato dovrebbe essere effettuato nel “setting” assistenziale in cui si manifesta; cautela nell'utilizzo degli antipsicotici nel delirium non accompagnato da disturbi comportamentali, ansietà o psicosi ; *delirium team* (geriatra, infermiere specializzato) per la gestione del delirium complesso

Archives of Gerontology and Geriatrics 57 (2013) 298–304

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Archives of Gerontology and Geriatrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/archger

Thirty-day prevalence of delirium among very old people: A population-based study of very old people living at home and in institutions

Johan Mathillas [a,*], Birgitta Olofsson [b], Hugo Lövheim [a], Yngve Gustafson [a]

[a] Geriatric Medicine, Department of Community Medicine and Rehabilitation, Umeå University, SE-901 85 Umeå, Sweden
[b] Department of Nursing, Umeå University, SE-901 85 Umeå, Sweden

Prevalenza elevata nelle persone di età avanzata con demenza (17 % a 85 aa, 21 % a 90 aa, 39 % nelle PWD > 95 aa); depressione, scompenso cardiaco, istituzionalizzazione e uso di psicofarmaci sono associati alla comparsa di delirium

JAMDA 14 (2013) 632–634

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Editorial

Delirium in the Nursing Home

Joseph H. Flaherty MD [a], John E. Morley MB, BCh [a, b, *]

[a] Division of Geriatric Medicine, Saint Louis University School of Medicine, St Louis, MO
[b] Division of Endocrinology, Saint Louis University School of Medicine, St Louis, MO

Management of delirium in NH

- **D**etect symptoms
- **E**nvironmental triggers
- **L**ight should be adequate(consider high lux 2000)
- **I**nstitute a nonpharmacological approach with close supervision, e.g.,exercise
- **R**estraint free
- **I**nvestigate the causes
- **U**nderstand resident needs
- **M**anage with drugs as a last resort

Detect symptoms
- Confusion
- Acute onset
- Lack of attention
- Memory deficit
- Falls

Environmental triggers

Light should be adequate (consider high lux 2000)

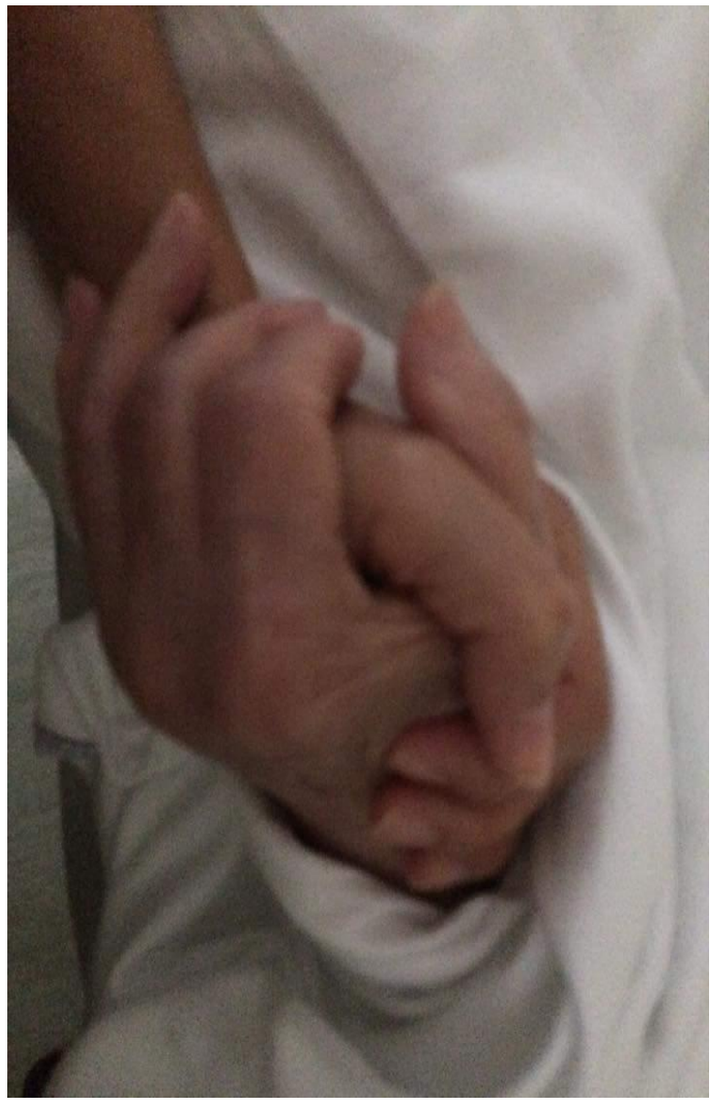
Institute a nonpharmacological approach with close supervision, e.g., exercise

Restraint free

Investigate the causes
- Drugs
- Emotional (depression, psychosis)
- Low PO_2
  - Anemia
  - Pulmonary embolism
  - Myocardial infarction
  - Stroke
- Icial
- Retention of urine and feces
- Infection
- Undernutrition/dehydration
- Metabolic, eg, hypothyroid, vitamin B12
- Subdural

Understand resident needs
- Tolerate
- Anticipate
- Don't Agitate

Manage with drugs as a last resort



JAMDA 15 (2014) 349–354

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Original Study

Delirium Superimposed on Dementia Strongly Predicts Worse Outcomes in Older Rehabilitation Inpatients

Alessandro Morandi MD, MPH [a,b,*], Daniel Davis MB, ChB, MRCP [c], Donna M. Fick PhD [d], Renato Turco MD [a,b], Malaz Boustani MD, MPH [e], Elena Lucchi PsyD [a,b], Fabio Guerini MD [a,b], Sara Morghen PsyD [a,b], Tiziana Torpilliesi MD [a,b], Simona Gentile MD [a,b], Alasdair M. MacLullich MRCP (UK), PhD [f], Marco Trabucchi MD [b,g], Giuseppe Bellelli MD [b,h]

[a] *Department of Rehabilitation and Aged Care of the Ancelle Hospital, Cremona, Italy*
[b] *Geriatric Research Group, Brescia, Italy*
[c] *Department of Public Health and Primary Care, University of Cambridge, Cambridge, UK*
[d] *Pennsylvania State University, University Park, PA*
[e] *Indiana University Center for Aging Research and Regenstrief Institute, Inc, Indianapolis, IN*
[f] *Edinburgh Delirium Research Group, University of Edinburgh, Edinburgh, Scotland*
[g] *University of Tor Vergata, Rome, Italy*
[h] *Department of Health Sciences, University of Milano Bicocca and Geriatric Clinic, San Gerardo Hospital, Monza, Italy*

DSD è un forte predittore di dipendenza funzionale, istituzionalizzazine e mortalità in anziani ammessi in riabilitazione evidenziando la necessità di introdurre gli strumenti di identificazione e gestione del delirium nella pratica quotidiana

Prevenzione non farmacologica

Prevenzione non farmacologica (HELP study)

- Mantenimento di idratazione e nutrizione
- Riorientamento
- Riduzione dei farmaci
- Mobilizzazione precoce
- Controllo del sonno
- Correzione dei deficit uditivi e visivi

Inouye SK et al. The Hospital Elder LifeProgram: J Am Geriatr Soc. 2000 ; 48(12):1697–70

Clegg A,Siddiqi N et al.Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care The Cochrane Library 2014, Issue 1

PREVENZIONE DEL DELIRIUM: AMBITO RESIDENZIALE

Intervention Review

Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care

Andrew Clegg[1,*], Najma Siddiqi[2], Anne Heaven[3], John Young[4], Rachel Holt[1]

Editorial Group: Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group

Published Online: 31 JAN 2014

Database Title

The Cochrane Library

..evidenze limitate...interessano per lo più trattamenti farmacologici

Heaven *et al. Trials* 2014, **15**:47
http://www.trialsjournal.com/content/15/1/47

TRIALS

STUDY PROTOCOL Open Access

Pilot trial of Stop Delirium! (PiTStop) - a complex intervention to prevent delirium in care homes for older people: study protocol for a cluster randomised controlled trial

Anne Heaven[1], Francine Cheater[2], Andrew Clegg[3], Michelle Collinson[4], Amanda Farrin[4], Anne Forster[3], Mary Godfrey[3], Liz Graham[4], Anne Grice[1], Rachel Holt[5], Claire Hulme[3], Ernie Lloyd[1], David Meads[3], Chris North[1], John Young[3] and Najma Siddiqi[1,6*]

..si propone di intervenire con inteventi multifattoriali finalizzati a controllare dolore, infezioni, disidratazione, politerapie, ipoacusia, ipovisus, limitazioni funzionali e disturbi del sonno…

PREVENZIONE DEL DELIRIUM: A DOMICILIO

EXTRA Dementia and Geriatric Cognitive Disorders

Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2012;2:187–189

DOI: 10.1159/000338229
Published online: April 20, 2012

© 2012 S. Karger AG, Basel
www.karger.com/dee

This is an Open Access article licensed under the terms of the Creative Commons Att
NonCommercial-NoDerivs 3.0 License (www.karger.com/OA-license), applicable to th
version of the article only. Distribution for non-commercial purposes only.

Contributions and Letters

Delirium among Home-Dwelling Elderly after a Recent Hospitalization: An Urgent Need for Effective Nursing Interventions

Henk Verloo[a] Céline Goulet[a] Diane Morin[a, c] Armin von Gunten[b]

[a]Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Médecine et Biologie, Université de Lausanne, et [b]Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancée, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Lausanne, Switzerland; [c]Faculté des Sciences Infirmières, Université Laval, Québec, Qué., Canada

..ruolo dell'infermiere dopo la dimissione dell'ospedale nell'identificare precocemente i casi di delirium..PREVENZIONE SECONDARIA

A Longitudinal Study on Delirium in Nursing Homes

Am J Geriatr Psychiatry 21:10, October 2013

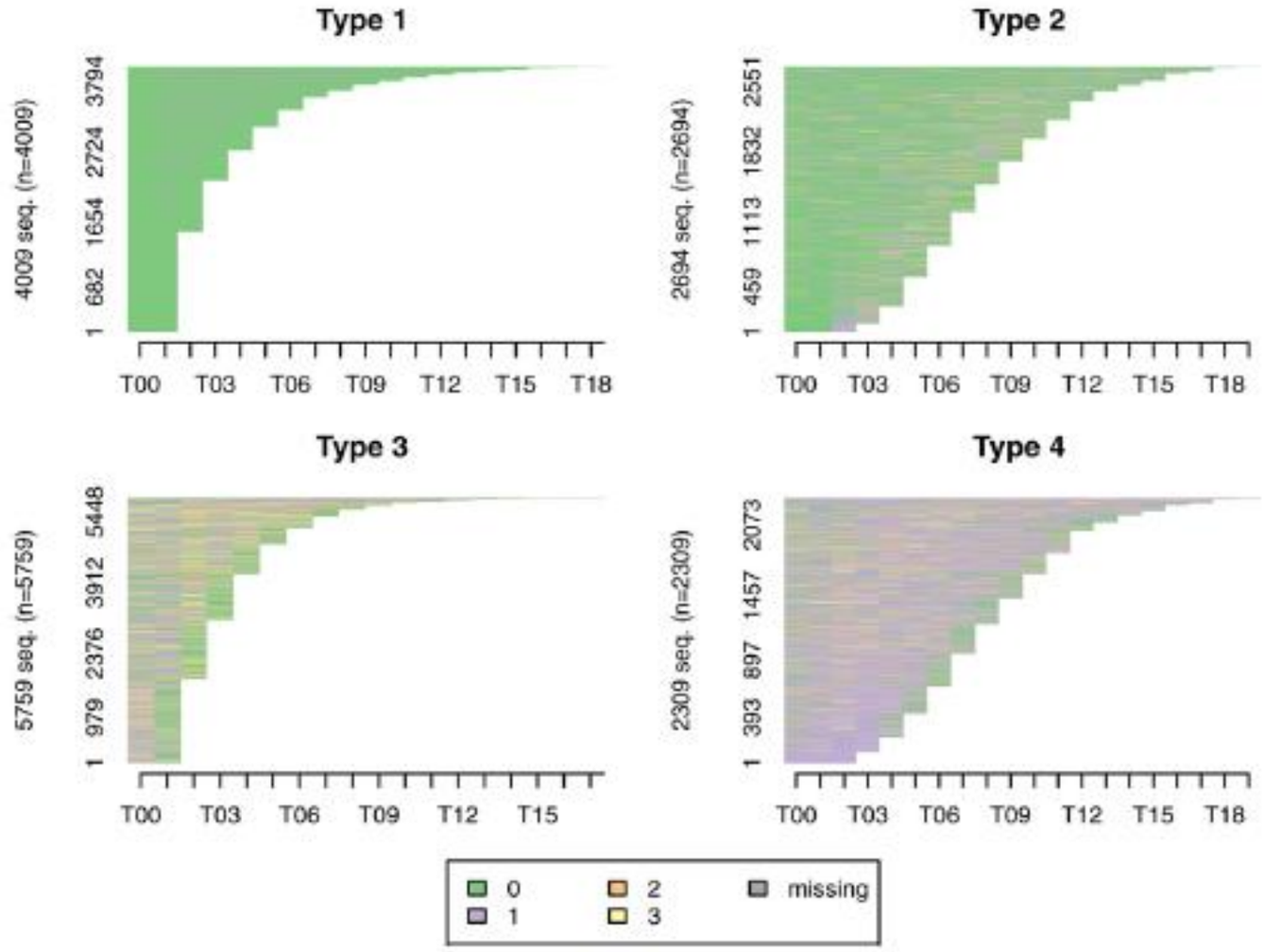
Armin von Gunten, M.D., M.Phil., Urs Peter Mosimann, M.D., Ph.D., Jean-Philippe Antonietti, Ph.D.

Objective: *To investigate the evolution of delirium of nursing home (NH) residents and their possible predictors.* **Design:** *Post-hoc analysis of a prospective cohort assessment.* **Setting:** *Ninety NHs in Switzerland.* **Participants:** *Included 14,771 NH residents.* **Measurements:** *The Resident Assessment Instrument Minimum Data Set and the Nursing Home Confusion Assessment Method were used to determine follow-up of subsyndromal or full delirium in NH residents using discrete Markov chain modeling to describe long-term trajectories and multiple logistic regression analyses to determine predictors of the trajectories.* **Results:** *We identified four major types of delirium time courses in NH. Increasing severity of cognitive impairment and of depressive symptoms at the initial assessment predicted the different delirium time courses.* **Conclusion:** *More pronounced cognitive impairment and depressive symptoms at the initial assessment are associated with different subsequent evolutions of delirium. The presence and evolution of delirium in the first year after NH admission predicted the subsequent course of delirium until death.* (Am J Geriatr Psychiatry 2013; 21:963–972)

Key Words: Delirium, elderly, nursing home, time course

14.771 ospiti di 90 NH; identificate 4 tipologie di delirium; l'aumento della gravità dei deficit cognitivi e dei sintomi depressivi all' *assessment* predice la tipologia di decorso del delirium

Graphical representation of four delirium trajectories. The y-axis corresponds to the number of subjects and the x-axis to the number of 6-month intervals at which assessments of delirium took place (T00 = initial assessment; T02 = assessment at 12 months; etc.). The color and number code corresponds to: 0 or green, no signs of delirium; 1 or mauve, SS-1: Level 1 subsyndromal delirium; 2 or orange, SS-2: Level 2 subsyndromal delirium; 3 or yellow, full delirium; gray, missing assessments.



Verde: non segni di delirium; Malva: delirium SS livello 1; arancio: delirium SS livello 2; giallo: evidente delirium; grigio: assenza di valutazione

Traiettoria tipo 1: ospiti che non hanno avuto delirium; tipo 2: rapido ritorno alle condizioni pre-delirium; tipo 3: recupero parziale: delirium subsindromico; tipo 4: persistenza del delirium per buon parte del tempo

Am J Geriatr Psychiatry 21:10, October 2013

JAMDA 16 (2015) 37–40

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Original Study

Pain, Delirium, and Physical Function in Skilled Nursing Home Patients With Dementia

Ann Kolanowski PhD, RN, FAAN [a,*], Jacqueline Mogle PhD [b], Donna M. Fick PhD, RN, FAAN [a], Nikki Hill PhD, RN [a], Paula Mulhall RPN, RGN, RN [a], Jamie Nadler [a], Elise Colancecco MS, RN [a], Liza Behrens RN, MSN, CCRC [a]

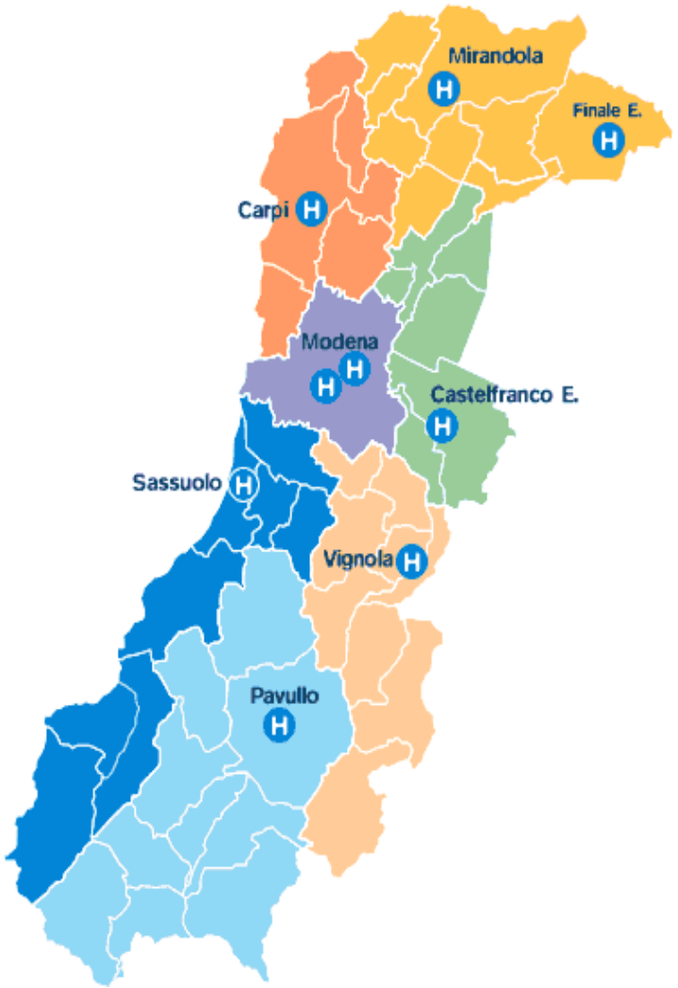
[a] College of Nursing, Penn State, University Park, PA
[b] Center for Healthy Aging, College of Health & Human Development, Penn State, University Park, PA

Strategico il riconoscimento del delirium in strutture di post-acuzie dedicate a PWD. La gestione del dolore è fondamentale per la correlazione con il delirium e la disabilità funzionale; indicatore di qualità assistenziale, impatto sui costi dell'assistenza

Am J Geriatr Psychiatry 21:10, October 2013

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

La rete provinciale per le Demenze



Pop. 702.761

Nel 2014 seguite 9.774 persone con demenza; n° 15.756 visite (n° 4.177 prime visite + n° 11.579 controlli), n° 2339 nuove diagnosi di demenza, n°844 diagnosi di MCI, condizione di rischio per demenza)

- 7 Centri Distrettuali per i Disturbi Cognitivi

- 3 CDC Ospedalieri (Neurologia e Geriatria del NOCSAE di Baggiovara, Neurologia Osp. di Carpi)

- 1 Nucleo Ospedaliero Demenze c/o Villa Igea Modena (20 p.l. cod. 56)

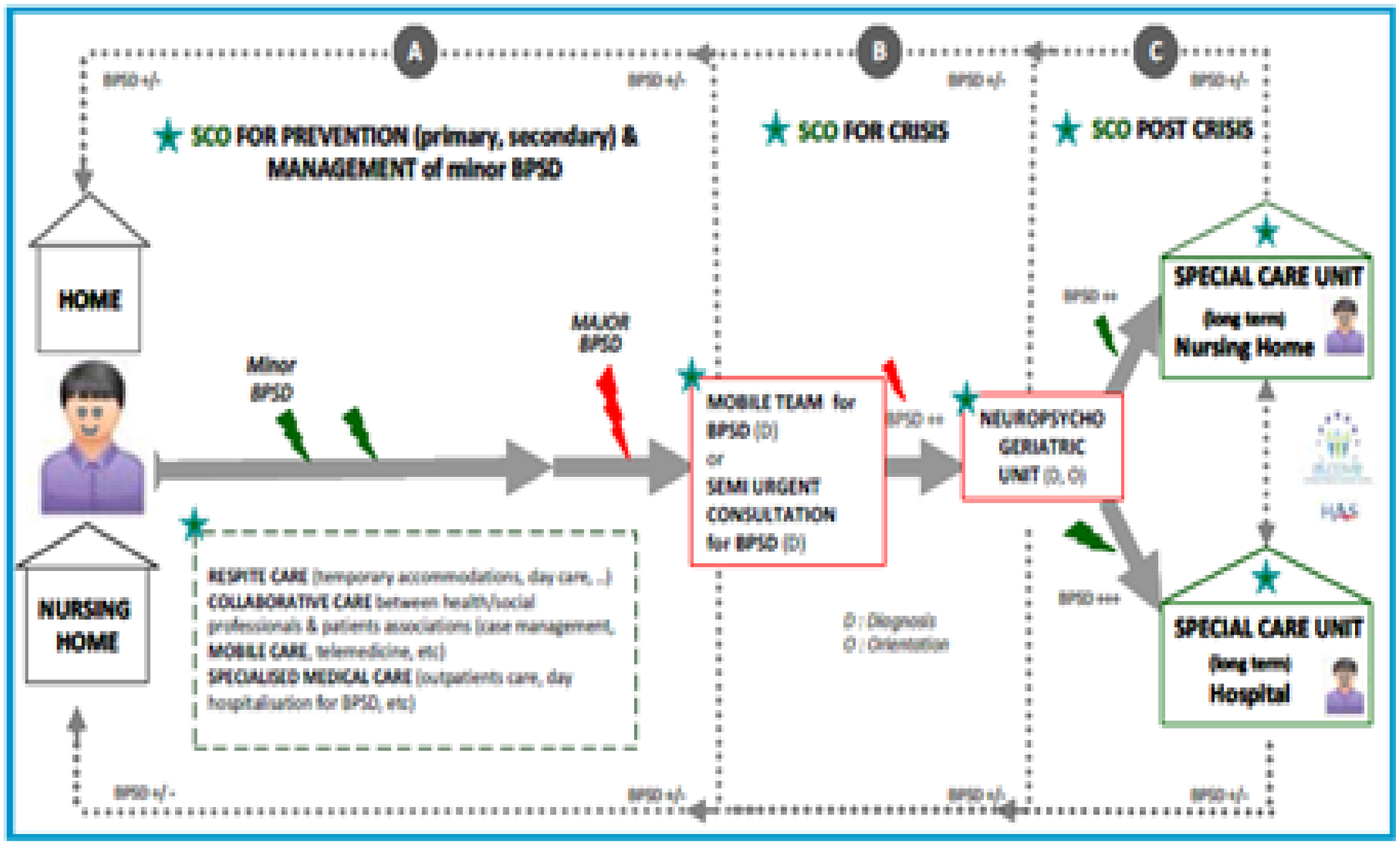
4 Nuclei Alzheimer per Assistenza Residenziale Temporanea (Mirandola: 15 p.l.,Modena: 20 p.l., Pavullo: 7 p.l.; Formigine: 10 posti)

- 2 CD Alzheimer (Carpi: 23 posti, Modena «9 Gennaio: 20 posti)

- 5 Associazioni di Volontariato che garantiscono una serie di interventi in sinergia con AUSL ed Enti locali

- Accordo aziendale con i MMG per la presa in carico del pz con disturbi cognitivi e della sua famiglia

Progetto europeo ALCOVE (2013)



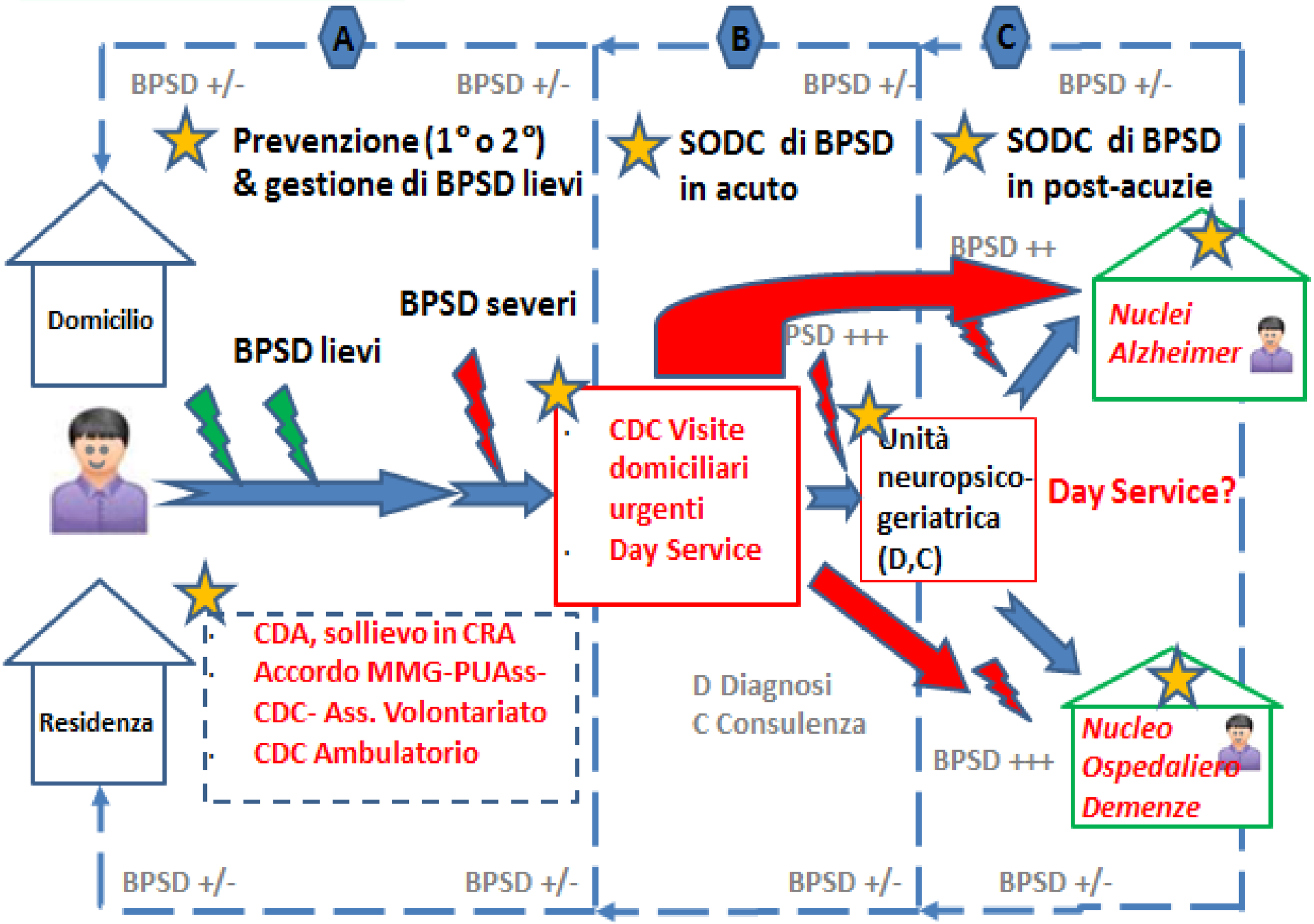
alcove
ALzheimer COoperative Valuation in Europe

www.alcove-project.eu

Executive Agency for Health and Consumers

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

La rete dei servizi modenese secondo il modello ALCOVE



VISITA URGENTE AMBULATORIALE O DOMICILIARE
(entro 7 giorni)

CRITERI CLINICI	MODALITA' ACCESSO
VISITA AMBULATORIALE URGENTE • Pazienti con gravi BPSD (da almeno 10 giorni) ed ingravescenti (attività motoria aberrante, vocalizzo persistente, aggressività fisica, ideazioni deliranti e/o allucinazioni con impatto funzionale, disturbi del sonno) • Paziente non già in carico al CSM • Pazienti per i quali è stata esclusa: infezione in atto, dolore non controllato, disturbo non sensibile alla terapia comportamentale	• Il MMG deve contattare telefonicamente i Centri Disturbi Cognitivi secondo le modalità di seguito indicate e differenti per i vari Distretti; sono indicate le fasce orarie in cui possono parlare con il personale del Centro (medici geriatri e personale infermieristico là dove presente) • Richiesta SSR del MMG di *"V. Geriatrica Multidimensionale"* URGENTE con la dicitura *"Disturbi Cognitivi"*, indicando la priorità B e specificando il motivo dell'urgenza

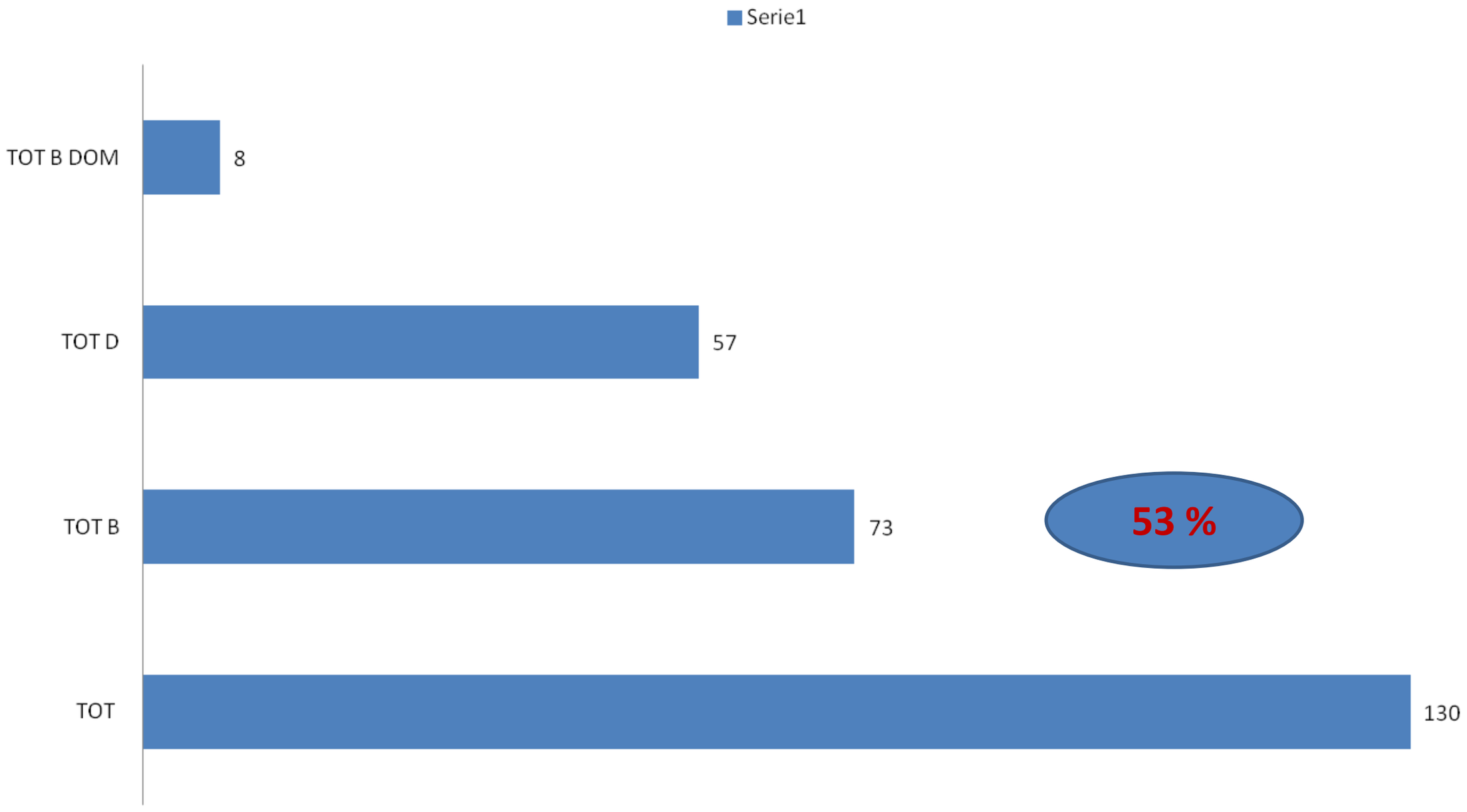
- **Pz con verosimile DSD** da infezione in atto, dolore non controllato (per valutare, se necessario, eventuale ricovero)
- **Pz con disturbo refrattario** agli psicofarmaci e/o interventi psicosociali mirati intrapresi (per valutare eventuale ricovero c/o Nucleo Ospedaliero Demenze o Nuclei Alzheimer)

ATTIVITA’ CDCD Distretto di Modena città

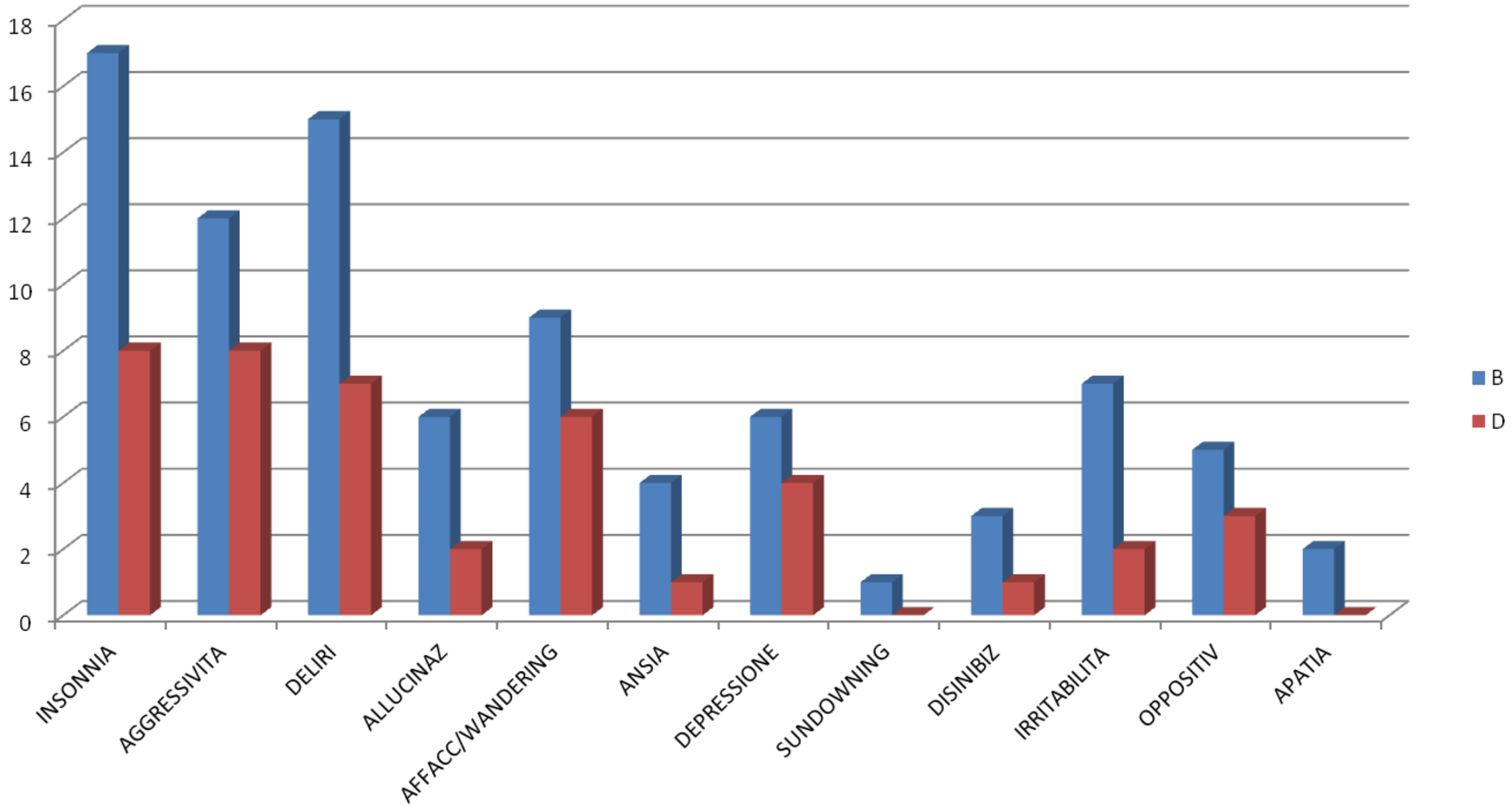
Agosto 2014 a Agosto 2015

- 1388 prestazioni (prime visite 483 e visite sucessive 905) tra ambulatorio e domicilio (consulenza presso Case Residenze e domicilio dei pazienti)
- Età media 83,79 anni
- 6.97 % (n.140) hanno ricevuto una nuova diagnosi di AD
- 1.30 % (n.18: 6 casi da CRA e 12 casi da URG) hanno ricevuto una diagnosi di Delirium.
- 9.37 % (n.130) richieste di valutazioni urgenti da parte del MMG

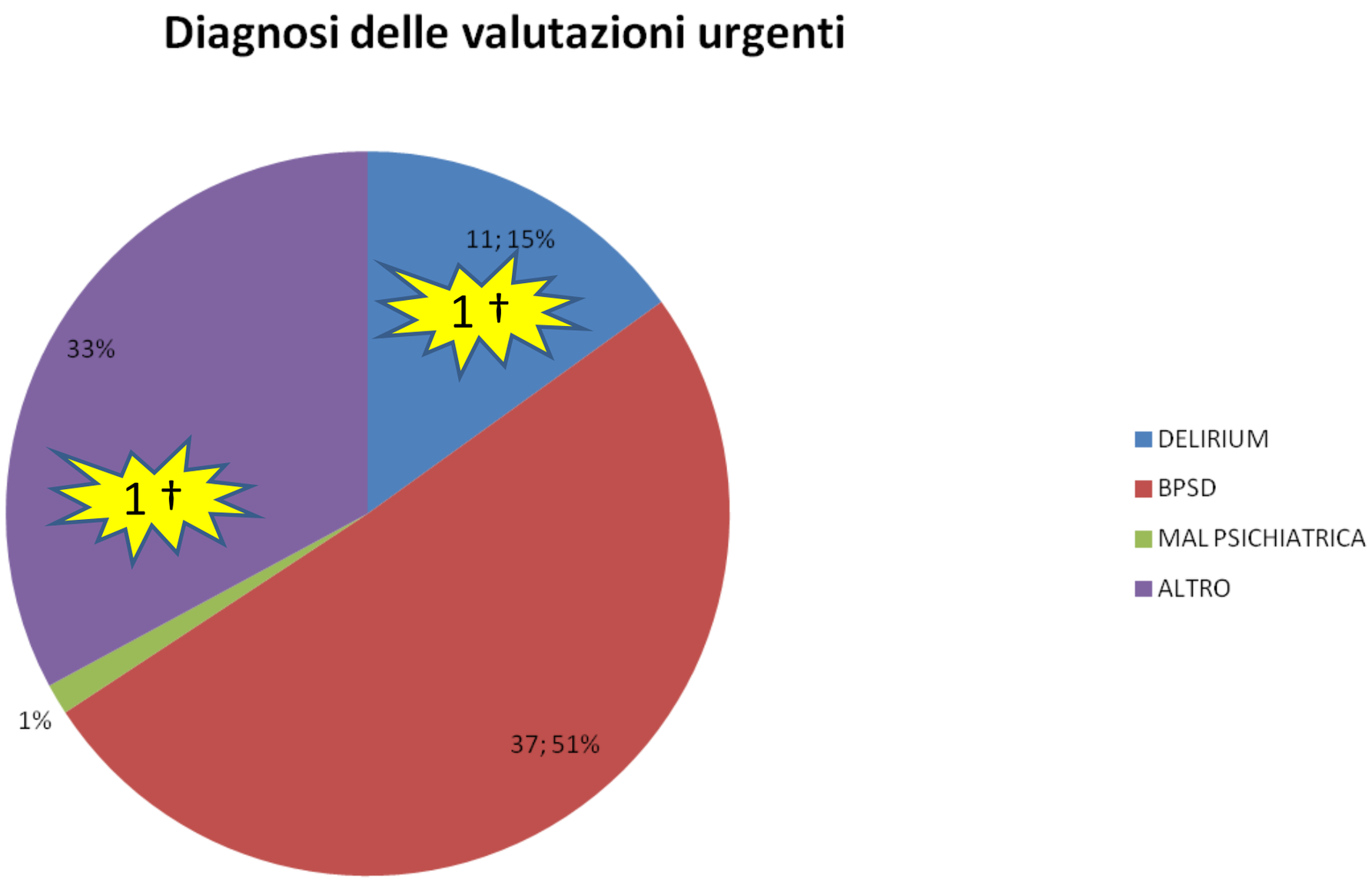
GESTIONE DELL'URGENZA CDC MO
Agosto 2014 a Agosto 2015



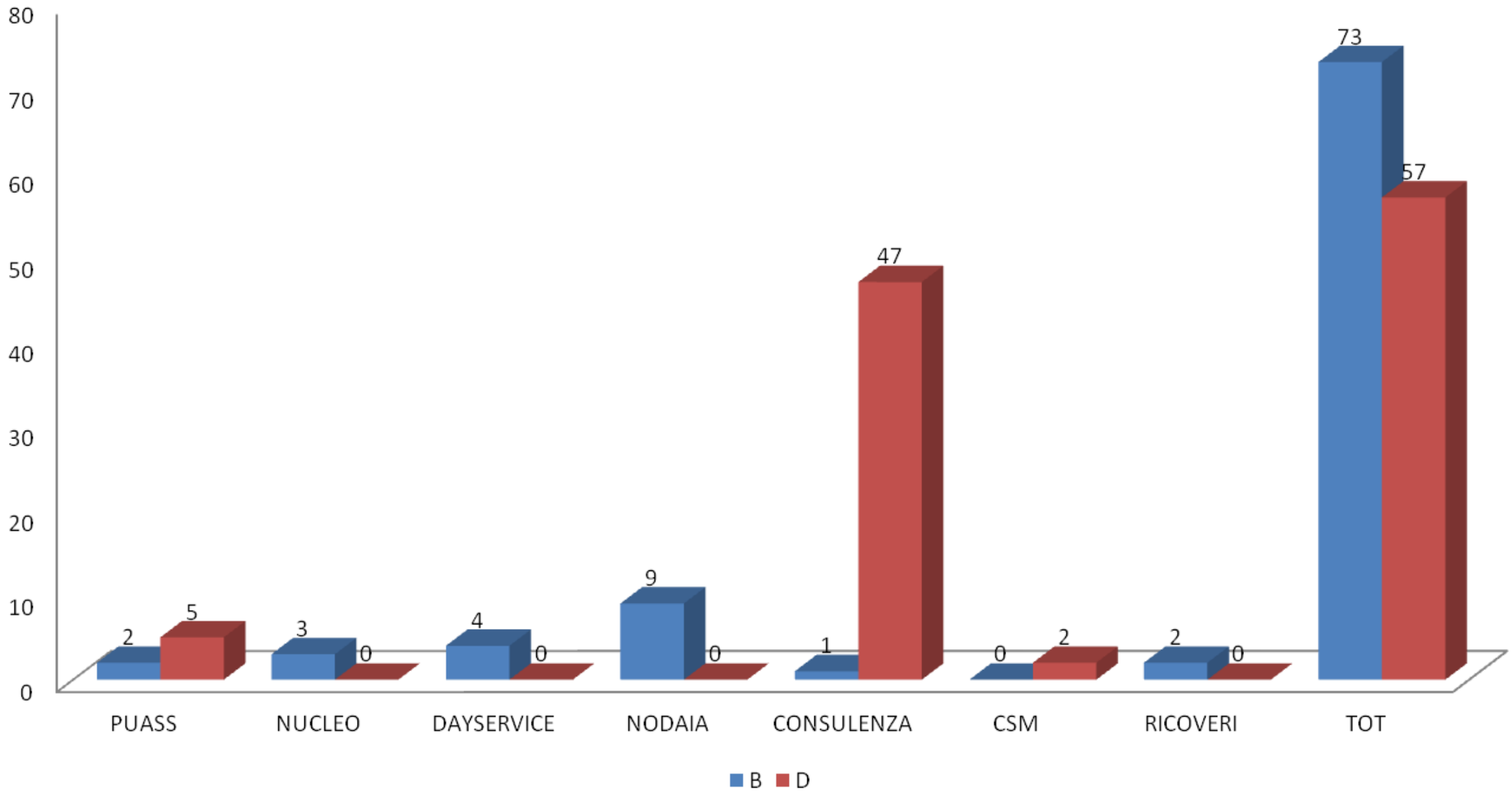
BPSD: sintomi più frequenti



Sotto ai BPSD spesso si nasconde il DELIRIUM



Servizi attivati

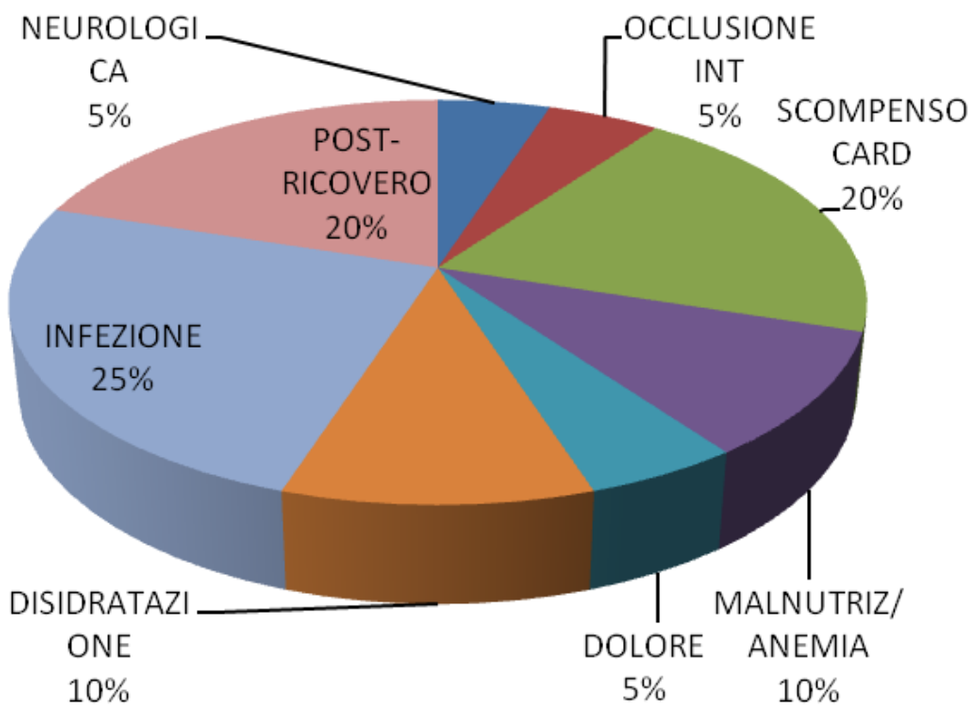


Delirium sul territorio: 18 casi

Agosto 2014- 2015

	NEUROLOGICA	OCCLUSIONE INT	SCOMPENSO CARD	MALNUTRIZ/ ANEMIA	DOLORE	DISIDRATAZIONE	INFEZIONE	POST-RICOVERO
IPERCINETICO	0	1	4	0	1	1	4	2
MISTO	1	0	0	2	0	1	1	2

1 ricovero ospedaliero per polmonite
2 attivazioni di Day service



Day – service Geriatrico per i BPSD- anno 2014

Abbiamo valutato 132 soggetti

72 (54,5%) INVIATI DAL PS

59 (45,5 %) INVIATI DAI CDC

SESSO	M = 36,64% F=63,6 %
ETA' MEDIA	81,8 (sd 10,5)
MMSE MEDIO	16,5 (sd 7,3)
NPI-UCLA (12 item) MEDIO	33,3 (sd 17,9)
DIAGNOSI DI INVIO	**SCOMPENSO COMPORTAMENTALE** =55 pazienti (41,7%) **STATO CONFUSIONALE**= 73 pazienti (55,3%) , **ALTRO**= 4 pazienti (3%) per altri motivi (es. ittero, vertigini...).

RISULTATI: TOTALE RICOVERI

72 PAZ. DAL PS

solo il 18 % è stato successivamente ricoverato

13 pazienti:

- 1 per motivi sociali
- 2 direttamenti da noi per riscontro di grave comorbilità
- 10 per eventi imprevedibili (ictus, ESA, IMA, shock settico...)
- Nessuno dei pazienti inviati era in carico ai CDC

59 PAZ. DAI CDC

solo il 16,7% è stato successivamente ricoverato

- Nessuno dei pazienti è stato accompagnato in PS per grave scompenso comportamentale
- Solo 10 pazienti sono stati ricoverati per riscontro di grave comorbilità con necessità di ricovero ospedaliero (ESA, scompenso cardiaco, neoplasia polmonare...)

Il 66,4 % sono stati trattati a domicilio evitando anche passaggi in altre strutture dedicate a PWD con BPSD in comorbilità (NODALA: inviati 11,4% del campione) o di natura primaria ovvero correlati alla demenza (NA: 1,5% dei pazienti).

Trattamento : Trazodone 40,2% BDZ 12,1% 22% AP tipico 29% AP atipico

<u>25,1% non ha ricevuto trattamenti psicoattivi</u>

Ricoveri evitabili da Casa Residenza

- **Si tratta di una popolazione fragile per definizione con elevata complessità medica e/o disagio sociale**
- **Caratterizzata da polifarmacoterapia, elevata comorbidità e disabilità, elevata prevalenza di malattie dementigene (Falconer M.Age Aging 2007)**
- **La presentazione atipica delle condizioni cliniche, il deficit cognitivo e l'alta percentuale di Delirium spesso sottodiagnosticato (circa 20% in Longterm Care NICE 2010)rende difficile la gestione**
- **Se ricoverati sono più a rischio di Delirium durante la degenza, di cadute, di complicanze da farmaci e infezioni acquisite (Pines et al.JM Geriatr Soc 2013)**

Q J Med 2013; **106**:803–808
doi:10.1093/qjmed/hct136 Advance Access Publication 1 July 2013

Review

QJM

Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes

R. BRIGGS[1], T. COUGHLAN[1,2], R. COLLINS[1,2], D. O'NEILL[1,2] and S.P. KENNELLY[1,2]

From the [1]Department of Age-Related Health Care, Tallaght Hospital, Dublin, Ireland and [2]Department of Medical Gerontology, Trinity College, Dublin, Ireland

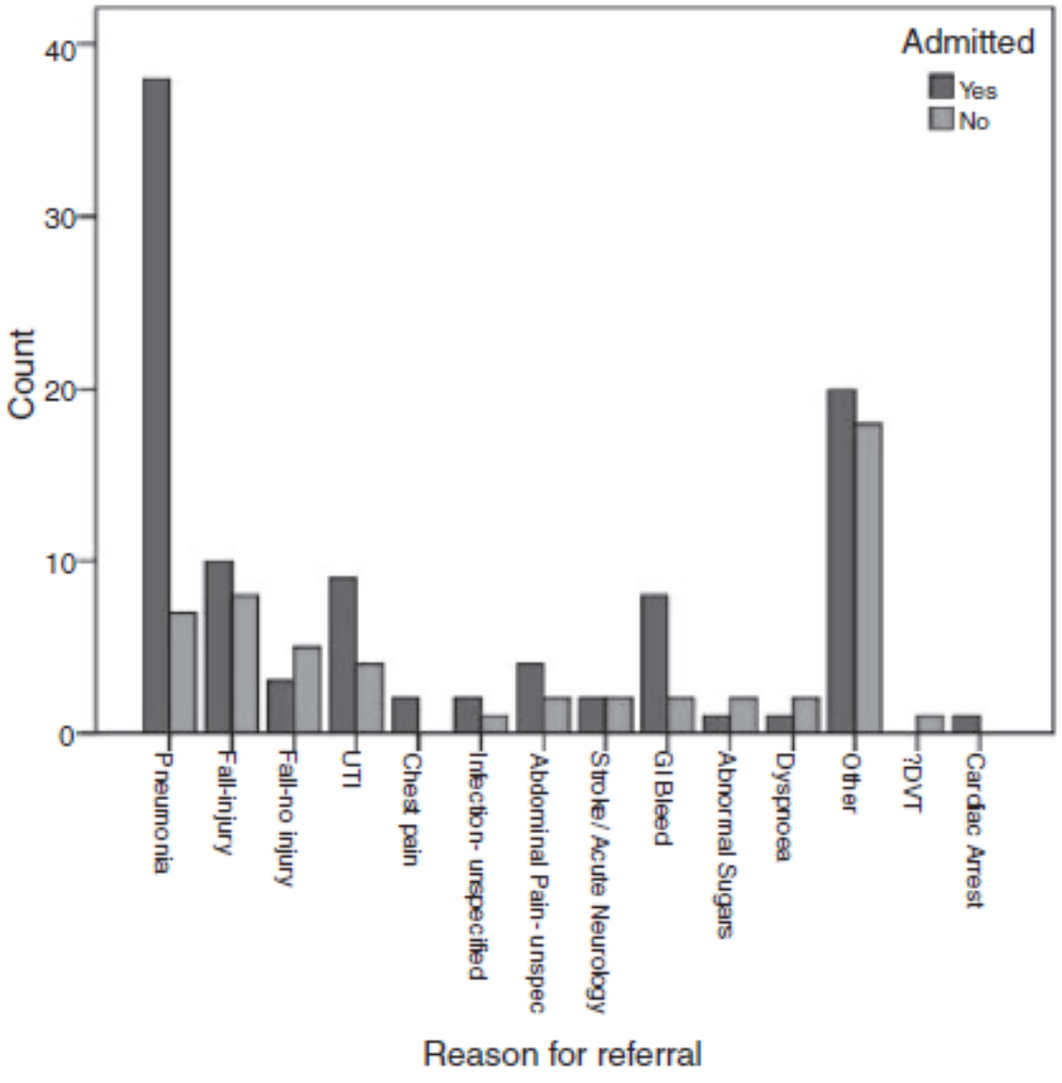
Table 1 Baseline characteristics of NH patients presenting to the ED ($n=116$)

Mean age (years)	80.3 ± 9.6
Gender	84/116 female
LOS in NH (days)	1035.0 ± 1021.9
Mean BIS	34.1 ± 20.0
ED visits 6/12	32/116 (27.6%)
Mean ED visits 6/12	0.8 ± 1.5
Mean no. comorbidities	5.4 ± 1.9
No. comorbidities >4	99/116 (85.3%)
Limitation mobility	106/116 (91.4%)
Falls history	29/116 (25.0%)
Dementia	71/111(64.0%)
Polypharmacy	111/115 (96.5%)

- **Studio prospettico di 18 mesi dal Nov 2011 al 2012 su 42000 pz visitati in Emergency Dep di cui 500 provenienti da NH**

- **Valutazione di appropriatezza del ricovero: "low acuity" casi che potrebbero essere gestiti in NH**

Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes

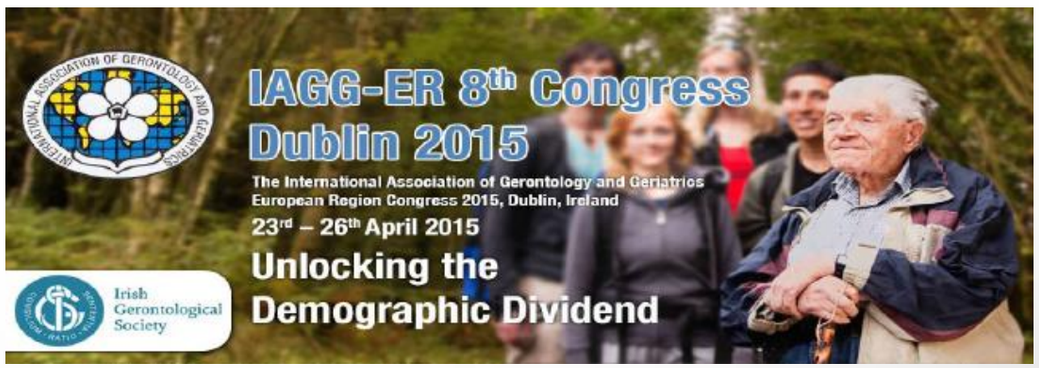


- 77% dei pz si sono presentati in PS senza valutazione del medico di NH (fuori dall'orario di lavoro)
- le cause più frequenti: infezioni polmonari, urinarie, cadute. Il 35% manifestarono delirium
- 70% sono stati ricoverati con un tasso di mortalità a 6 mesi del 18%
- Durata media della degenza 8.3 giorni (+-8.6)
- 55% (85/155) erano ricoveri potenzialmente evitabili

Conclusioni: al fine di ridurre i ricoveri in ambito ospedaliero bisognerebbe riconoscere già all'ingresso la presenza di demenza e delirium nell'anziano e le loro complicanze (che porta a peggior outcome ospedalieri) richiederebbe la presenza di uno specialista geriatra per uno screening sui ricoveri "evitabili" . Occorrerebbe, inoltre, potenziare programmi di "care planning" e "do-not-hospitalize order" nell'ambito residenziale.

Studio modenese sul delirium in NH

1. Valutare gli effetti della formazione sulle capacità di riconoscere il delirium
2. Valutare la eventuale riduzione degli outcome negativi correlati al delirium nella popolazione anziana istituzionalizzata
3. Verificare quale approccio non farmacologico avesse una correlazione con la durata del delirium



TEAMS AGAINST DELIRIUM:
progetto nella RSA “Cialdini” di Modena

- **113 anziani** residenti in 2 Nuclei differenti per un anno

- **Gruppo di controllo** : N = 52, 31 con demenza moderata-severa (F:M=32:21) Control Group
- **Gruppo sperimentale** : N = 61, 29 con demenza moderata-severa (F:M=39:22) Experimental Group

- I 2 gruppi sono simili per età. (A: 86.75, B 82.50), grado di deterioramento cognitivo e severità di malattia

- Il gruppo di controllo assume più farmaci rispetto al gruppo sperimentale

Progetto di formazione

- Come riconoscere il delirium , seguendo il CAM method
- Come prevenire e gestire il delirium : protocollo sperimentale di gestione

✓Riduzione dei farmaci

✓Sostenere il sonno

✓Trattare i deficit sensoriali

✓Riorientamento

✓Mobilizzazione precoce

✓Gestione del dolore

✓Rimozione del catetere vescicale

✓Idratazione

✓Ossigeno-terapia se necessario

✓Trattare le problematiche intestinali

Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 31;1:

Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care (Review)

Clegg A, Siddiqi N, Heaven A, Young J, Holt R

THE COCHRANE COLLABORATION®

- una revisione mirata della terapia farmacologica porta a netta riduzione dell'incidenza di delirium

- piano di monitoraggio

- interventi di prevenzione del delirium multifattoriale:
Fare leva su miglioramento, flessibilità, training su misura alle esigenze dello staff, incoraggiare l'orgoglio e le capacità dello staff, ridurre lo straordinario

- interventi sull'idratazione sembrano non ridurre l'incidenza di delirium

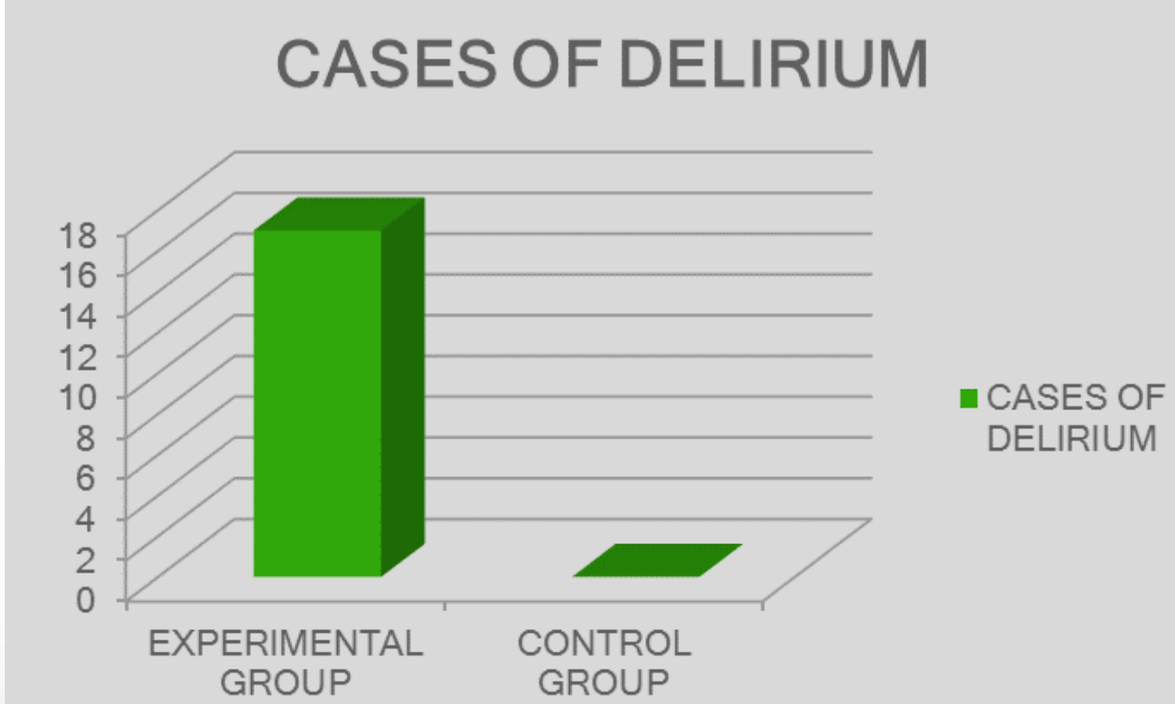
Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care (Review)
Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

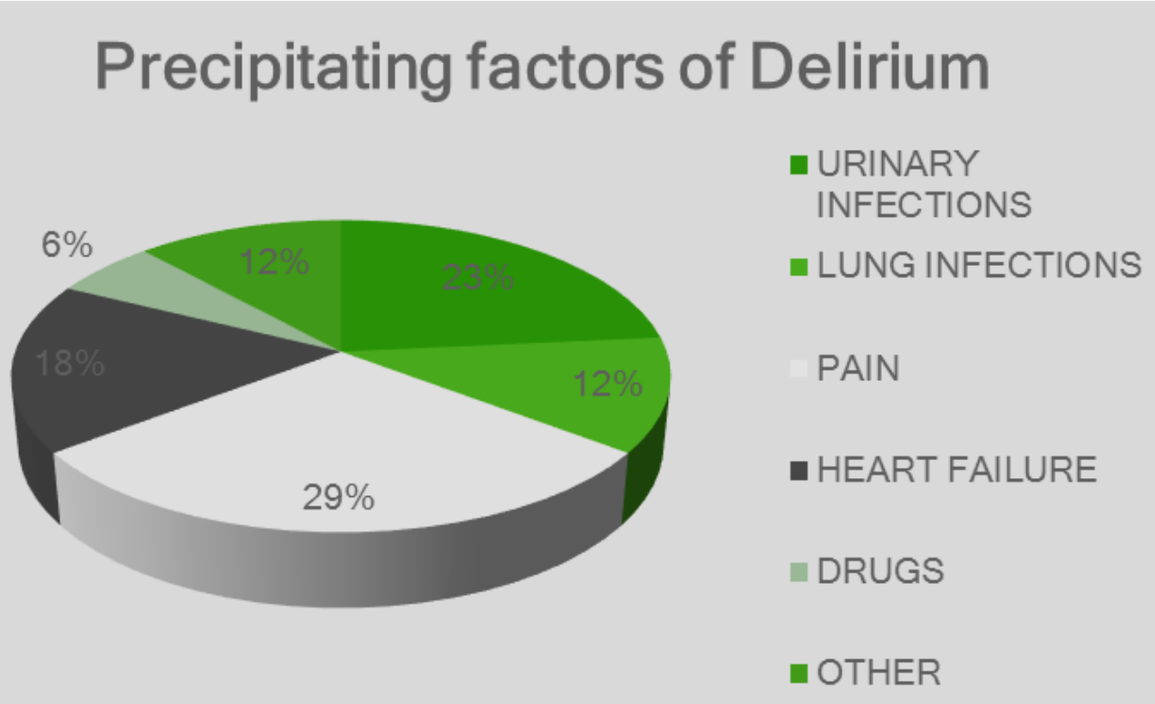
TEAMS AGAINST DELIRIUM

1. OBIETTIVO : la formazione dello staff permette di incrementare la diagnosi di delirium ?

Nel gruppo sperimentale rilevati **17 casi di Delirium** (Incidenza del **27.86%**). Le principali cause correlate al delirium sono state il **dolore** e le **infezioni delle vie urinarie**

Nessun caso riscontrato nel gruppo di controllo

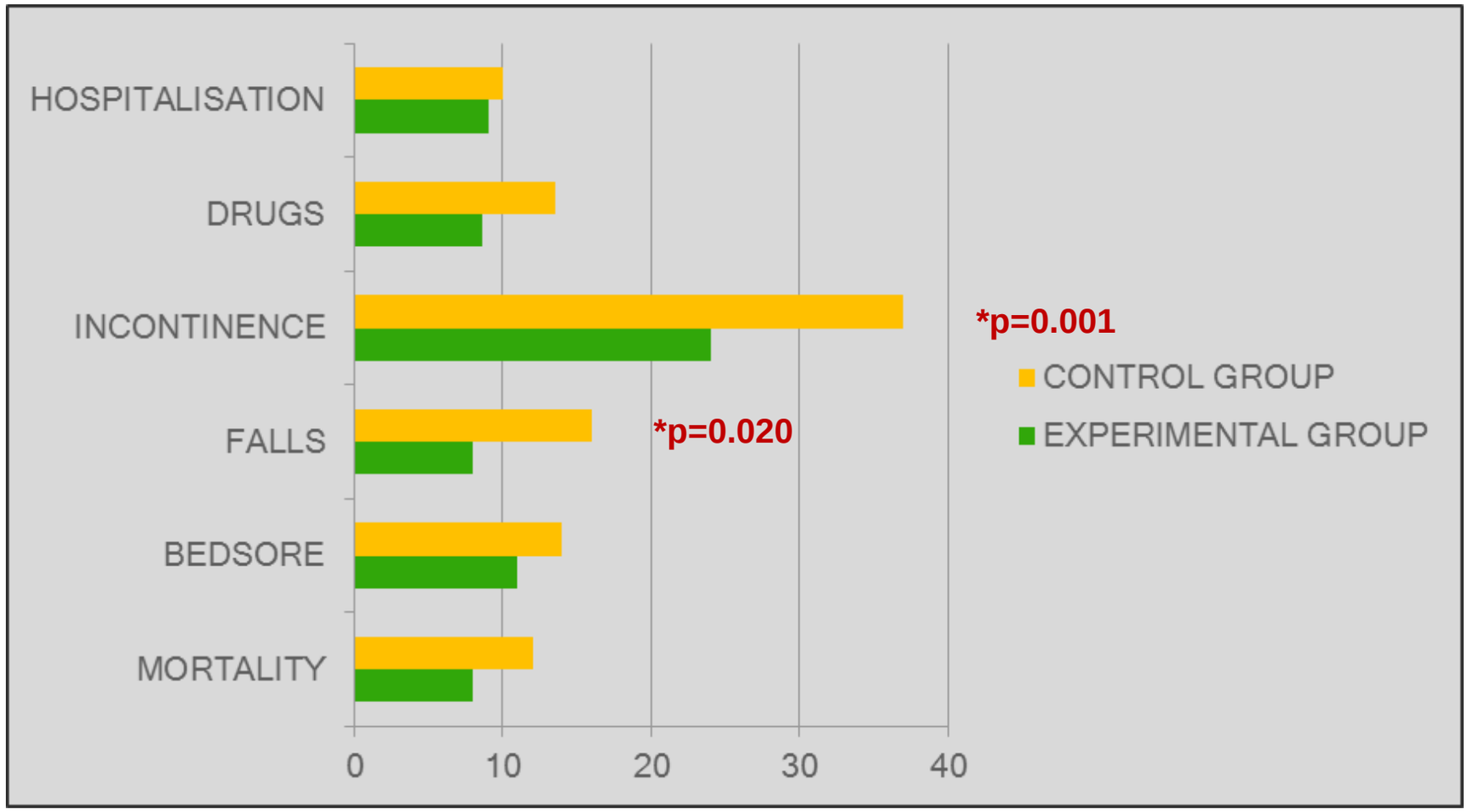




TEAMS AGAINST DELIRIUM

2. OBIETTIVO: i 2 gruppi si differenziano sugli outcome negativi ?

- Il Gruppo di controllo mostra un peggioramento degli outcome in particolare riguardo a **cadute** ed **incontinenza** rispetto al gruppo sperimentale
- 17 casi con Delirium non hanno avuto la comparsa di incontinenza, decubiti o cadute



TEAMS AGAINST DELIRIUM

3. OBIETTIVO : gli approcci non farmacologici possono influenzare la durata del delirium ?

- La durata media del delirium è stata di **4.5 giorni**
- Nessun approccio di tipo non farmacologico in particolare ha ridotto la durata del delirium : è il protocollo multicomponenziale che migliora gli outcome

TEAMS AGAINST DELIRIUM : CONCLUSIONI

- Il Delirium resta sottodiagnosticato nelle strutture residenziali per anziani dove è frequente

- Un team specializzato multidisciplinare può migliorare la diagnosi e la prevenzione del delirium
- La formazione continua è l'elemento -chiave per migliorare l'aderenza ai protocolli assistenziali

- Il riconoscimento precoce e la gestione multicomponenziale sarebbe in grado di ridurre gli oucome negativi in particolare cadute e dincontinenza

- Dopo la comparsa del delirium nessun approccio specifico non farmacologico riduce la durata del delirium

Wand, A.P.F., et al., A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. Int. J. Nurs. Stud. (2014),