

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera - Università di Bologna

Politiclinico S. Orsola-Malpighi  
Via S. Maria Salsola 2  
40138 Bologna

SEZIONE GERIATRIA  
DIPARTIMENTO DI GERIATRIA  
SCIENTIFICA

Sezione Emilia Romagna

## SEMINARIO

### LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL DELIRIUM: UN MARKER DI QUALITA' ASSISTENZIALE IN OSPEDALE



Bologna, 30 Settembre 2013

### Corso di aggiornamento aziendale

**Novembre 2013-Febbraio 2014**

#### “La prevenzione e la gestione del delirium del paziente anziano in ospedale: un modello di gestione multiprofessionale”

**Obiettivi**

- 1 Formativo**  
approfondimento degli aspetti epidemiologici, diagnostico-terapeutici ed assistenziali di un tema come il delirium scarsamente rappresentato nei percorsi formativi di tipo formale sia dei medici che degli infermieri.
- 2 Organizzativo**  
presentazione al personale medico e del comparto di tutti i reparti delle finalità e modalità organizzativo assistenziali del percorso aziendale per pazienti anziani con delirium e BPSD ricoverati in ambiente ospedaliero

Il corso è rivolto ai medici e al personale del comparto, agli specializzandi di Geriatria (tutti gli anni) e agli specializzandi di Medicina Interna dell'ultimo anno.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera - Università di Bologna

Politiclinico S. Orsola-Malpighi

## PROGETTI DIPARTIMENTALI 2008-2009

DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA DELL'INVECCHIAMENTO E MALATTIE NEFROLOGICHE Dir: A. Salsi

### Unità di degenza all'interno del PARE Lunardelli dedicata alla gestione del paziente con demenza complicata da BPSD e/o Delirium (*delirium room*)

**Area programmatica:**

- Governo Clinico: percorsi di cura
- Sviluppo Risorse Umane: integrazione professionale e delle competenze cliniche
- Riorganizzazione: sviluppo ottimale delle risorse
- Modelli organizzativi innovativi

La gestione ospedaliera del paziente con delirium cognitivo? A. M. Fasano, 2004

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera - Università di Bologna

Politiclinico S. Orsola-Malpighi

Dipartimento Medicina Interna, dell'Invecchiamento e delle Malattie Neurologiche - A. Salsi  
U.O. Geriatrica - M.L. Lunardelli

### INAUGURAZIONE SEZIONE DEDICATA DELIRIUM ROOM

SIMPOSIO  
Percorsi e spazi dedicati al paziente affetto da demenza in ospedale: una tessera del puzzle



NUCLEO ALZHEIMER  
CENTRO ESPERTO DAY SERVICE  
CENTRO DIURNO

Lunedì 14 Settembre 2009  
ore 12,30 Padiglione 2 Albertoni - Policlinico S.Orsola-Malpighi

**Nel 2008**  
Il progetto partecipa al bando della Fondazione Del Monte e riceve un finanziamento destinato alla realizzazione dell'ambiente terapeutico "Delirium Room"

**Nel 2009**  
viene inaugurata la sezione dedicata che consta di due stanze e di un'area di soggiorno di tipo multisensoriale nel reparto PostAcuti RiabilitazioneEstensiva (PARE)

Percorsi di Cura | Policlinico S.Orsola-Malpighi - Windows Internet Explorer

http://intranet.asoip.bo.it/content/percorsi-di-cura

Politiclinico S.Orsola-Malpighi

INTRANET

Azienda Budget e Reportistica Governo Clinico Ricerca e Formazione Tutto per il personale Documentazione Servizi e UTB&A

Governo Clinico  
Rete Dipartimentale  
Gestione del Rischio Clinico

Home - Governo Clinico  
**Percorsi di Cura** **2010**

Il modello assistenziale al paziente anziano con delirium o sintomi psichici e comportamentali della demenza (BPSD) ricoverato in ospedale

Applicato da Dicembre 2010

- Alegato 1 - Logigramma
- Alegato 2 - Clinical Pathway
- Alegato 3 - Scheda di valutazione
- Alegato 4 - Farmaci
- Alegato 5 - Nursing
- Alegato 6 - Protocollo alimentare
- Alegato 7 - Terapia non farmacologica
- Alegato 8 - Terapia farmacologica
- Alegato 9 - Scale di valutazione



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera - Università di Bologna

Politiclinico S. Orsola-Malpighi

Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e delle Malattie Neurologiche  
Sezione Geriatria - Dipartimento di Geriatria - Lunardelli  
Unità Operativa di Geriatria-Lunardelli

### SEMINARIO INTERDIPARTIMENTALE DELIRIUM ROOM

UN MODELLO DI GESTIONE MULTIPROFSSIONALE DEL PAZIENTE ANZIANO CON DELIRIUM E BPSD IN AMBIENTE OSPEDALIERO

**2011**

**I GIORNATE:**  
Presentazione del percorso (Dott.ssa Maria Lia Lunardelli)  
Dati epidemiologici aziendali (Dott. Luca Favero)  
Il delirium (Dott.ssa Maria Macchiarulo)  
Il BPSD (Dott. Giancarlo Savorani)  
Il delirium nel paziente neurologico (Dott. Andrea Stracciarri)  
Delirium e disturbi comportamentali nel paziente psichiatrico (Dott. Giancarlo Boncompagni)  
Discussione

**Il GIORNATA (11/10/2011 e 26/10/2011)**  
Descrizione del percorso (Dott.ssa Maria Corneli e ICM Sonia Roveri)  
Il nursing del paziente con delirium/BPSD (Coordinatore Infermieristico Luisa Sist e ICM Marisa Fabbri)  
La terapia farmacologica (Dott. Emilio Martini)  
La terapia non farmacologica (Dott.ssa Monica Bacci)  
Strategie assistenziali (ICM Roberta Neri)  
Alimentazione (Dietista Nadia Sabbatini)  
Le dimissioni protette (Assistente Sociale Carmela Marinacci)  
Continuità assistenziale e conclusioni (Dott.ssa Maria Lia Lunardelli)  
Discussione  
Compilazione del questionario di apprendimento e di gradimento

**Destinatari:** medici, infermieri, assistenti sociali, personale di supporto del Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche e del Dipartimento Malattie dell'Apparato Digerente e di Medicina Interna.

## World Alzheimer's Month 2013 Dementia: a journey of caring

- Nel percorso di cura di una persona ammalata di demenza l'ospedalizzazione è un fattore di rischio di Delirium e di altri esiti sfavorevoli
- I modelli assistenziali per il delirium rappresentano una risposta di qualità anche ai nuovi bisogni presentati da questi pazienti

## Perché il Delirium?

- Il Delirium è una **emergenza medica** che se non trattata tempestivamente e correttamente può causare un danno cognitivo permanente
- Il Delirium è un **"early warning system"** che allerta sulla presenza di una malattia sistemica che deve essere indagata e trattata
- Il delirium è una **emergenza epidemiologica** : 20 % di tutti i pazienti ricoverati fino al 50% negli anziani (anche in rapporto al setting di cura).

## " Like a cognitive superbug penetrating healthcare environments"

100 words

Delirium

David Meagher

De-Ura: to be displaced from one's furrow. Acute cognitive impairment complicates one in five hospitalisations, like a cognitive superbug penetrating healthcare environments. The kaleidoscopic symptom profile comprises generalised cognitive and neuro-psychiatric disturbances. Contrasting hyperactive and hypoactive presentations complicate detection, but clinical variants share core cognitive disruptions – inattention and diminished comprehension that creates the clouded consciousness we call confusion. Half of cases occur in the context of underlying dementia with growing recognition of delirium as an accelerating and possibly causal factor in dementia. Historically understudied, recently established European and American associations can finally bring the Cinderella to the neuroscientific ball.

The British Journal of Psychiatry (2010)  
197, 455. doi: 10.1192/bjp.bp.117.6.455

## NICE, 2010

Table 5.5: Comparison of Median Total Delirium Rates with HES Total Delirium Episode Rates

HES : Hospital Episode Statistics = DATA BASE- SDO

Main Specialty (number of included research studies)	Median (Range) Total Delirium Rate (Epidemiology Data) %	Total Delirium Episode Rate (HES data) %
General and Geriatric Medicine (6)	23.6 (15 – 42)	0.31
Critical Care (11)	48 (29.8 – 83.3)	0.15
Accident and Emergency (4)	9.8 (9.6 – 11.1)	0.10
Trauma and orthopaedics (4)	44.8 (29 – 68.1)	0.03

(Copyright © 2009, Re-used with the permission of The Health and Social Care Information Centre. All rights reserved)

Polidiv. S. Orsola-Malpighi

### Diagnosi ICD9CM utilizzate per l'identificazione delle patologie

CODICE	DESCRIZIONE	TIPO
2900	DEMENZA SENILE, NON COMPLICATA	DEM
2901	DEMENZA PRESENILE	DEM
29010	DEMENZA PRESENILE, NON COMPLICATA	DEM
29011	DEMENZA PRESENILE CON DELIRIUM	DEM DEL
29012	DEMENZA PRESENILE CON ASPETTI DELIRANTI	DEM DEL
29013	DEMENZA PRESENILE CON ASPETTI DEPRESSIVI	DEM
2902	DEMENZA SENILE CON ASPETTI DELIRANTI O DEPRESSIVI	DEM DEL
29020	DEMENZA SENILE CON ASPETTI DELIRANTI	DEM DEL
29021	DEMENZA SENILE CON ASPETTI DEPRESSIVI	DEM
2903	DEMENZA SENILE CON DELIRIUM	DEM DEL
2904	DEMENZA ARTERIOSCLEROTICA	DEM
29040	DEMENZA VASCOLARE, NON COMPLICATA	DEM
29041	DEMENZA VASCOLARE CON DELIRIUM	DEM DEL
29042	DEMENZA VASCOLARE CON DELIRI	DEM DEL
29043	DEMENZA VASCOLARE CON UMORE DEPRESSO	DEM
2908	ALTRE CONDIZIONI PSICOTICHE SENILE	DEM
2909	CONDIZIONE PSICOTICHE SENILE NON SPEC	DEM
293	STATI PSICOTICI ORGANICI TRANSITORI	DEM
2930	DELIRIUM DA MANIFESTAZIONE CLASSIFICATE ALTROVE	DEM
2931	DELIRIUM SUBACUTO	DEM
2941	DEMENZA IN CONDIZIONE MORBOSE	DEM
29410	DEMENZA IN COND.MORBOSE ALTR.CLASS., SENZA DISTURBE COMPOT.	DEM
29411	DEMENZA IN COND.MORBOSE ALTR.CLASS., CON DISTURBE COMPOT.	DEM
310	MALATTIA ALZHEIMER	DEM
311	DEMENZA FRONTOTEMPORALE	DEM
3111	MALATTIA DI PICK	DEM
3119	ALTRE DEMENZE FRONTOTEMPORALI	DEM
312	DEMENZA SENILE DELL'ENCEFALO	DEM
3182	DEMENZA CON CORPI DI LEWY	DEM
3183	ALTERAZIONE COGNITIVA LIEVE, SPECIFICATA COME TALE	DEM

Codici Demenza  
Codici Delirium  
Codici Demenza + Delirium

Polidiv. S. Orsola-Malpighi

### Casistica Degenza Ordinaria con età ≥ 65 anni (1/7/2012-30/6/2013)

Pazienti >65 = 43.8 % Totale degenti 52.093

classe Età	DEM	DEM + DEL	DEL	Totale	Pz totali ospedale
65-74	54	21	13	88	8.537
75-84	382	122	23	527	8.860
85-94	557	165	15	737	4.973
> 95	72	18	1	91	456
<b>Tot &gt; 65</b>	<b>1.065</b>	<b>326</b>	<b>52</b>	<b>1.443</b>	<b>22.826</b>

Fonte: DataBase SDO Aziendale

Polidivisione S. Orsola-Malpighi

**Casistica Degenza Ordinaria con età ≥ 65 anni (1/7/2012-30/6/2013)**

classe Eta	DEM	DEM + DEL	DEL	Totale
65-74	0,6%	0,2%	0,2%	1,0%
75-84	4,3%	1,4%	0,3%	5,9%
85-94	11,2%	3,3%	0,3%	14,8%
> 95	15,8%	3,9%	0,2%	20,0%

Fonte: DataBase SDO Aziendale

Polidivisione S. Orsola-Malpighi

**Casistica Degenza Ordinaria con età ≥ 75 anni (1/7/2012-30/6/2013)**

**Disciplina di dimissione**

Disciplina dimissione	DEM	DEM + DEL	DEL	Totale	% su pz*
GERIATRIA	443	124	8	575	25,4%
POST ACUTI	69	19		88	17,3%
MEDICINA GENERALE	406	139	22	567	12,6%
ANGIOLOGIA	10			10	0,2%
RECUPERO E RIABILITAZIONE	13	4	1	18	7,2%
ASTANTERIA	14	4	1	19	5,1%
NEFROLOGIA	7	4		11	4,5%
ORTOPEDIA E TRAUMAT.	7	7	2	16	3,7%
GASTROENTEROLOGIA	7			7	3,2%
TERAPIA INTENSIVA	1	3		4	2,3%
CHIRURGIA VASCOLARE	1	1	3	5	1,9%
CARDIOLOGIA	22			22	1,7%
PNEUMOLOGIA	3		1	4	1,2%
OCULISTICA	2			2	1,0%
DERMATOLOGIA	1			1	1,0%
OTORINOLARINGOIATRIA			1	1	0,8%
CHIRURGIA GENERALE	4			4	0,7%
RADIOTERAPIA	1			1	0,4%

\* % su pz = percentuale su dimessi del reparto con età < 74 anni

Fonte: DataBase SDO Aziendale



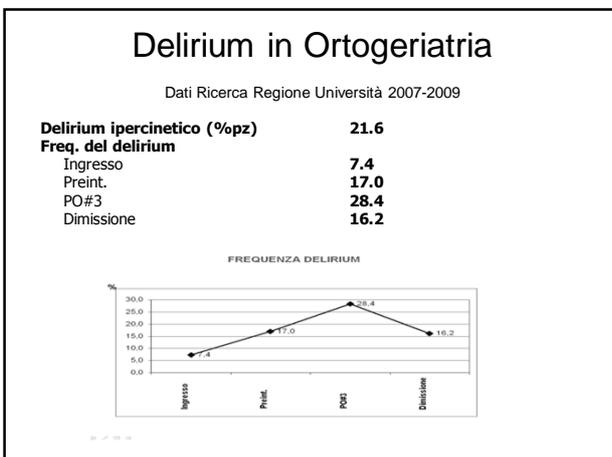
**Delirium in the Older Emergency Department Patient: A Quiet Epidemic**

Emerg Med Clin N Am  
28 (2010) 611-631

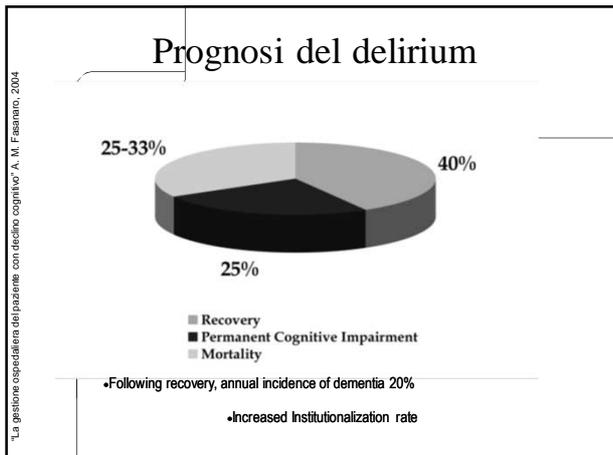
Jin H. Han, MD, MS<sup>a,\*</sup>, Amanda Wilson, MD<sup>b,5</sup>,  
E. Wesley Ely, MD, MPH<sup>c</sup>

Delirium is an under recognized public health problem that affects 7% to 10% of older patients in the emergency department (ED).<sup>1-3</sup> This form of organ failure has devastating consequences for older patients and poses a significant threat to their quality of life. It has been associated with higher death rates,<sup>4,5</sup> accelerated functional and cognitive decline,<sup>6-8</sup> and longer hospital length of stay.<sup>9,10</sup> Delirium also places a large financial burden on the US health care system, costing more than an estimated \$100 billion in direct and indirect charges.<sup>11,12</sup>

Despite its negative consequences, delirium is frequently missed by emergency physicians,<sup>13</sup> and this is a serious quality-of-care issue.<sup>13</sup> Currently, 20 million older Americans visit the ED each year,<sup>14-16</sup> and are the fastest growing group of users.<sup>14,17</sup> With the elderly population expected to increase exponentially in the next several decades, the burden of delirium on EDs will intensify.<sup>18</sup> The Society for Academic Emergency Medicine Geriatric Task Force has recommended delirium screening in the ED as one of the key quality indicators for emergency geriatric care.<sup>19</sup> Given this urgency, the purpose of this review is to discuss the definition, risk factors, and



- I 2/3 dei casi di delirium non vengono diagnosticati da medici e infermieri
- La prevenzione e il trattamento del delirium richiedono un approccio interprofessionale ed è necessario andare in questa direzione .....it saves lives!

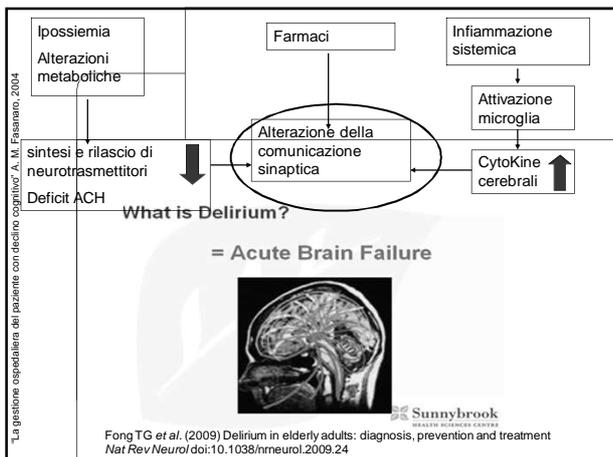


#### Still true today.....

“The physician, who is greatly concerned to protect the functional integrity of the heart, liver and kidneys of his patient has not yet learned to have similar regard for the functional integrity of the brain.”

Engel GL and Romano J. “Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency.”  
J. Chronic Dis. **1959**;9:260-277

“La gestione ospedaliera del paziente con declino cognitivo” A. M. Fasano, 2004



### Delirium : Indicatore di Qualità dell'assistenza ospedaliera

- La condizione è **frequente** ed ha con outcome negativi
- Spesso **iatrogena**
- Integralmente **connessa ai processi di cura**

Williamson, 2006

### Che fare?

- Focus in tutto l'ospedale sulla prevenzione
- Privilegiare l'utilizzo di terapie non farmacologiche
- Terapia farmacologica secondo linee guida
- Interventi multiprofessionali
- Necessità di sperimentare modelli assistenziali come la Delirium room
- Sviluppare la Formazione di base e il training continuo nei luoghi di cura
- Informazione ed educazione dei familiari e caregiver

### Molti problemi aperti...

- La ricerca a livello fisiopatologico
- Individuazione di strumenti diagnostici di facile applicazione
- Difficoltà della ricerca sui modelli assistenziali (difficoltà di randomizzazione e di confronto tra le casistiche)
- Introdurre il delirium nel “core curriculum” di medici e infermieri e operatori socio-sanitari di assistenza e sviluppare la formazione continua sul campo
- Commitment aziendale e investimento della programmazione sanitaria
- Considerare l'implementazione della valutazione del delirium un indicatore di qualità al pari di altri introdotti nella valutazione degli outcome (PNE)
- Ambienti di cura elderly friendly

## CASO CLINICO

Signora P.F. di anni 89 ricoverata in Ortogeriatrics per rottura del mezzo di sintesi (placca) in recente frattura sottoprotetica femore sx

APR: ipertensione arteriosa, osteoporosi, artroprotesi anca bilaterale.

Vive sola; prima della frattura totalmente autonoma nelle ADL/IADL.  
Non deficit cognitivo preesistente.

Intervento chirurgico di osteosintesi con fissatore esterno in data 17/9

La sera stessa dell'intervento il Medico di Guardia viene chiamato poiché la paziente è agitata, ansiosa e rifiuta l'assunzione della terapia....