

Il *delirium* nel paziente anziano assistito al domicilio: uno studio pilota nella Medicina Generale

Clara Ricci¹, Alessandro Pirani², Giuseppe Bellelli³, Lucia Casatta¹, Stefano Celotto¹, Elisabetta Digiovanbattista¹, Serafina Lovascio¹, Raffaella Marrocchella⁴, Teresita Nuzzo⁴, Francesca Patamia¹, Marina Pellegrini¹, Maurizio Sciortino⁴, Denise Sief¹, Paola Spangaro¹, Claudio Tambalo⁴, Katia Urli¹, Iliaria Zanier¹

¹ SIMG Udine; ² SIMG Ferrara; ³ Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Milano-Bicocca - UOC Geriatria, Azienda Ospedaliera San Gerardo Monza; ⁴ SIMG Verona

Riassunto

La ricerca italiana è all'avanguardia nello studio del *delirium* del paziente anziano ospedalizzato mentre non risulta vi siano studi nell'ambito della Medicina Generale. Per cercare di colmare questa lacuna, quindici medici di medicina generale delle province di Udine e Verona hanno intrapreso una ricerca volta a indagare la presenza di *delirium* nel proprio setting. Scopo dell'articolo è presentare i risultati di questa esperienza.

Introduzione

Il *delirium* è una sindrome neuropsichiatrica caratterizzata da un cambiamento improvviso delle performance cognitive (specie capacità attentive e consapevolezza di sé nell'ambiente) e da alterata "vigilanza" e tendenza alla fluttuazione dei sintomi (*Acute Brain Dysfunction*). Il *delirium* non è spiegabile sulla base di un preesistente disturbo neurocognitivo maggiore ed è la diretta conseguenza di un problema clinico o conseguente a molteplici eziologie. Il *delirium* ha tre modalità di presentazione clinica: ipercinetico, ipocinetico e forme miste^{1,2}. La comparsa di *delirium* è dovuta sia a fattori predisponenti, quali l'età avanzata e la presenza di demenza, sia a fattori precipitanti, quali infezioni (principalmente

respiratorie e urinarie), infarto miocardico, ictus, coprostasi, globo vescicale, patologie con cui ci confrontiamo quotidianamente nell'assistenza ai nostri pazienti anziani.

La comparsa di un *delirium* durante un ricovero correla con un peggioramento dello stato funzionale e cognitivo e un aumento dei tempi di degenza ospedaliera, dei costi sanitari, dei tassi di mortalità^{1,2}.

Sono numerosi gli studi sul *delirium* effettuati nel nostro Paese su anziani istituzionalizzati o ospedalizzati^{3,4} ma nell'ambito della Medicina Generale (MG) italiana è un argomento ancora poco studiato.

Secondo uno studio statunitense⁵ la prevalenza del *delirium* negli anziani assistiti al domicilio è intorno al 2%.

Anche per la *British Geriatric Society* la

prevalenza del *delirium* nella comunità è pari all'1-2%, sebbene aumenti al 14% nei pazienti di età superiore a 85 anni⁶.

Ma la realtà dei pazienti assistiti dai *Primary Care Physician* americani e inglesi è diversa da quella dei medici di medicina generale (MMG) italiani. Questi numeri valgono anche per noi?

Da queste premesse scaturisce la necessità di studiare la presenza di questa sindrome dalla clinica sfuggente e di difficile inquadramento diagnostico anche nel nostro territorio.

La diagnosi è clinica e si basa sull'osservazione del paziente e sulle informazioni fornite dai caregiver: è quindi una diagnosi di competenza del MMG che conosce bene il paziente e i suoi caregiver.

Conflitto di interessi

Clara Ricci, Alessandro Pirani, Giuseppe Bellelli, Lucia Casatta, Stefano Celotto, Elisabetta Digiovanbattista, Serafina Lovascio, Raffaella Marrocchella, Teresita Nuzzo, Francesca Patamia, Marina Pellegrini, Maurizio Sciortino, Denise Sief, Paola Spangaro, Claudio Tambalo, Katia Urli e Iliaria Zanier dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Ricci C, Pirani A, Bellelli G, et al. Il *delirium* nel paziente anziano assistito al domicilio: uno studio pilota nella Medicina Generale. Rivista SIMG 2020;27(5):5-8.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Purtroppo, però, la MG italiana non ha ancora strumenti validati che consentano di diagnosticare il *delirium*.

Uno dei test più usati per la rilevazione del *delirium* è il 4AT⁷ visibile sul sito <https://www.the4at.com>

La *British Geriatric Society* nel *Comprehensive geriatric assessment toolkit for primary care practitioners*⁸ raccomanda questo test come strumento di individuazione del *delirium* per i *General Practitioner* del Regno Unito.

Il test 4AT è stato presentato ai MMG durante il corso organizzato della SIMG-SIN, tenutosi in diverse regioni italiane nell'anno 2019, dal titolo *Approccio ai pazienti con sospetto disturbo neurocognitivo*.

La conoscenza di questo strumento di screening, anche se non validato per il setting della MG italiana, ha stimolato alcuni di noi MMG a interrogarci sulla presenza del *delirium* fra i nostri assistiti e sulla nostra capacità di riconoscerlo. Ci siamo posti quindi queste domande: siamo in grado di riconoscere il *delirium*? e quanto ne vediamo nel nostro lavoro?

Materiali e metodi

Sono stati coinvolti nello studio 15 MMG: 11 di Udine e 4 di Verona. In un primo momento ci siamo riuniti per confrontarci riguardo alle nostre conoscenze sul *delirium*; abbiamo quindi deciso di sondare le nostre capacità di riconoscerlo nelle visite domiciliari di pazienti ≥ 75 anni (nuova soglia di anzianità, secondo la proposta SIGG 2018)⁹.

Setting e criteri di inclusione: visite domiciliari sia urgenti che programmate a pazienti ≥ 75 anni. Periodo: 1-31 ottobre 2019.

Criteri di esclusione: sono stati esclusi i pazienti in cui l'intervista non sarebbe stata attendibile: afasici, affetti da sordità totale, in coma o i pazienti con un'urgenza medica tale da controindicare l'esecuzione del test in occasione della visita.

Strumenti: lo studio prevedeva che a ogni paziente di età ≥ 75 anni, visitato al domicilio (sia per motivi urgenti che per visita programmata), venisse somministrato il test e che fosse compilata una scheda conoscitiva (Fig. 1).

La scheda conoscitiva riportava il tipo di visita effettuata (se urgente o controllo

programmato), il tipo di assistenza di cui il paziente usufruiva, il numero e la tipologia dei farmaci assunti (prestando particolare attenzione ai farmaci antipsicotici, ai sedativi e all'utilizzo di anticolinesterasici o di memantina) e utilizzava il *Charlson Index*¹⁰ come indice di comorbidità del paziente.

Se il risultato del test 4AT risultava positivo, il MMG doveva esprimere il suo parere sulla presenza o meno, in quel soggetto, di *delirium* e quale fosse la tipologia di *delirium* (ipercinetico, ipocinetico o misto).

Elaborazione dati: nell'analisi dei dati è

stato considerato soltanto il punteggio del test eseguito al primo accesso domiciliare nel corso del mese indice.

Risultati

Nel corso del mese di ottobre 2019 abbiamo somministrato il test 4AT a 123 pazienti con età compresa fra i 75 e i 99 anni; di questi, 36 sono risultati positivi (29%) per lo screening del *delirium* (Tab. I).

La descrizione dei 36 positivi è riportata in Tabella II. I pazienti positivi al 4AT erano,

FIGURA 1.
Scheda conoscitiva del paziente.

Nome e Cognome del paziente:		data:
MMG curante:		
VISITA DOMICILIARE:		
<input type="checkbox"/> PROGRAMMATA		
<input type="checkbox"/> URGENTE motivo: _____		
ASSISTENZA:		
<input type="checkbox"/> A CASA se si: con aiuto di personale esterno alla famiglia (badante)? SI ___ NO ___		
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PER ANZIANI		
UTILIZZO DI RESTRIZIONI FISICHE (nell'ultima settimana):		
<input type="checkbox"/> SI		
<input type="checkbox"/> NO		
DIMISSIONE OSPEDALIERA RECENTE (negli ultimi 30 giorni):		
<input type="checkbox"/> SI		
<input type="checkbox"/> NO		
COMORBIDITA' (lista tratta dal Charlson Index)		
<input type="checkbox"/> STORIA DI INFARTO MIocardICO (non solo cambiamenti ECG)		
<input type="checkbox"/> SCOMPENSO CARDIACO		
<input type="checkbox"/> VASCULOPATIE PERIFERICHE (incluso aneurisma aortico ≥ 6 cm)		
<input type="checkbox"/> MALATTIE CEREBROVASCOLARI (ictus lievi o moderati o TIA)		
<input type="checkbox"/> DEMENZA		
<input type="checkbox"/> MALATTIE POLMONARI CRONICHE		
<input type="checkbox"/> MALATTIE DEL CONNETTIVO		
<input type="checkbox"/> ULCERA PEPTICA		
<input type="checkbox"/> EPATOPATIE LIEVI (incluse epatiti croniche, senza ipertensione portale)		
<input type="checkbox"/> DIABETE SENZA DANNO D'ORGANO		
<input type="checkbox"/> EMIPLEGIA		
<input type="checkbox"/> MALATTIE RENALI MODERATE O SEVERE		
<input type="checkbox"/> DIABETE CON DANNO D'ORGANO		
<input type="checkbox"/> TUMORI NON METASTATIZZATI (escludere se sono passati ≥ 5 aa dalla diagnosi)		
<input type="checkbox"/> LEUCEMIA (acuta o cronica)		
<input type="checkbox"/> LINFOMA		
<input type="checkbox"/> MALATTIA EPATICA MODERATA O SEVERA		
<input type="checkbox"/> TUMORE METASTATICO SOLIDO		
<input type="checkbox"/> AIDS (non solamente HIV positivo)		
FARMACI IN USO (principi attivi):		

DIAGNOSI CONCLUSIVA: _____		

TABELLA I.

Caratteristiche cliniche dei 123 pazienti inclusi nella ricerca e valutati con il test 4AT.

	4AT positivo	4AT negativo
Numero di pazienti	36	87
Charlson Index ≥ 5	7 (19%)	15 (17%)
Visita in urgenza	17 (47%)	23 (26%)
Demenza	27 (75%)	25 (28%)
Assistenza esterna	25 (69%)	38 (43%)
Antipsicotici e/o sedativi	16 (44%)	29 (33%)
Dimissioni recenti	6 (16%)	15 (17%)
Politerapia	25 (69%)	54 (62%)
Presenza di delirium secondo il MMG	8	0

TABELLA II.

Tipologia dei 36 pazienti risultati positivi al test 4AT.

Patologie Sistema Nervoso Centrale	27 (75%) con disturbo neurocognitivo maggiore, 3 Parkinson, 2 ictus pregresso, 1 psicosi depressiva
Comorbidità	7 con un Charlson Index ≥ 5 (cut-off oltre il quale è bassa la probabilità di sopravvivenza a 10 anni)
Assistenza	25 (69,4%) necessitavano di assistenza esterna alla famiglia (badanti, infermieri, assistenti domiciliari)
Misure di salvaguardia	17 (47,2%) necessitavano di spondine al letto o cintura pelvica
Farmaci	16 (44,4%) assumevano antipsicotici e/o sedativi

in larga misura, persone con patologie del Sistema Nervoso Centrale, con dipendenza nelle attività della vita quotidiana (ADL), con disturbi comportamentali che richiedevano misure fisiche di salvaguardia o farmacologiche di stabilizzazione del comportamento. Solo in 8 su 36 pazienti (22% dei positivi), tuttavia, al termine della visita il MMG ha indicato la presenza di delirium.

Fra gli 8 pazienti in cui il MMG aveva diagnosticato la presenza di delirium: 3 presentavano la forma ipercinetica e 5 quella ipocinetica (di cui 1 ricoverato e poi deceduto per polmonite). Tutti gli 8 pazienti avevano un'età ≥ 85 anni, 7 di essi erano assistiti da personale esterno alla famiglia e 4 erano stati dimessi da un ricovero ospedaliero da meno di 30 giorni. Si trattava quindi di pazienti particolarmente fragili.

Discussione

Dallo studio emerge una discrepanza fra la percezione del delirium da parte del MMG e l'oggettivazione tramite il test 4AT. Questa differenza non è un problema pertinente solo al MMG, anzi è in linea con studi condotti in altre realtà.

C'è ancora una scarsa conoscenza fra noi MMG riguardo al delirium. La raccolta dei dati è stata preceduta da una formazione probabilmente insufficiente: un solo incontro preparatorio è troppo poco per introdurre una sindrome misconosciuta. Inoltre abbiamo utilizzato un test per il delirium molto diffuso ma ancora non validato per la nostra pratica clinica e, pertanto, non si può escludere che i nostri dati sottostimino la reale presenza di delirium nel setting della MG.

Sicuramente, rispetto alla realtà ospedalie-

ra, la conoscenza prolungata del paziente e il dialogo costante con i suoi caregiver permettono al MMG di percepire anche piccoli cambiamenti dello stato mentale del paziente a rischio di delirium e l'utilizzo del test 4AT ci ha permesso di focalizzare maggiormente la nostra attenzione sul riconoscimento di questo disturbo, quindi probabilmente di giungere più rapidamente alla sua diagnosi. Nel complesso il dato suggerisce la necessità di valutare in modo standardizzato e non a impressione clinica la presenza di delirium nel soggetto anziano.

Punti di debolezza: la ricerca ha avuto una durata limitata a un solo mese e quindi la numerosità della casistica è ridotta. È mancata una valutazione della presenza di delirium nei casi con test AT4 negativo.

Punti di forza: è stata individuata un'area clinica emergente e sconosciuta nella casistica in progressivo aumento di anziani con comorbidità complessa e fragili ed è nata una cooperazione interdisciplinare tra MMG e geriatri.

Conclusioni

Il nostro studio evidenzia che il delirium ha una rilevante prevalenza nell'attività quotidiana della MG pur essendo quasi sconosciuto a molti. L'associazione fra delirium e disturbo neurocognitivo è alta anche nella nostra realtà e la distinzione fra i due quadri è, talvolta, una vera sfida.

La nostra esperienza dimostra che il MMG è sicuramente in grado di riconoscere il delirium se adeguatamente formato tramite corsi diffusi sul territorio e dotato di strumenti validati, rapidi, semplici e adeguati ai suoi ritmi di lavoro.

La MG deve quindi conoscere il delirium e saperlo individuare perché con l'invecchiamento progressivo della popolazione italiana ci saranno sempre più assistiti con disturbi neurocognitivi e comorbidità complessa, in cui la presenza di delirium è più probabile e, anzi, può essere l'unico "segnale" di una grave patologia sommersa che il paziente non riesce a riconoscere o a riferire. Gli errori diagnostico-terapeutici in questo campo possono portare conseguenze rilevanti, come ad esempio trattare con psicofarmaci uno scompenso car-

diaco o un'infezione respiratoria/urinaria. Il rischio di non riconoscere la presenza di *delirium* espone quindi il soggetto che ne è affetto a una probabilità più elevata di eventi avversi.

Bibliografia

- 1 Bellelli G, Nobili A, Annoni G, et al.; REPOSI (REgistro POliterate SIMI) Investigators. Under-detection of delirium and impact of neurocognitive deficits on in-hospital mortality among acute geriatric and medical wards. *Eur J Intern Med* 2015;26:696-704.
- 2 Bellelli G, Morandi A, Zanetti E, et al.; AIP Delirium Study Group. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey. *Int Psychogeriatr* 2014;26:2093-102.
- 3 Mossello E, Tesi F, Di Santo SG, et al.; Italian Study Group on Delirium. Recognition of delirium features in clinical practice: data from the "Delirium Day 2015" National Survey. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:302-8.
- 4 Bellelli G, Morandi A, Di Santo SG, et al.; Italian Study Group on Delirium (ISGoD). "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Med* 2016;14:106.
- 5 Fick DM, Kolanowski AM, Waller JL, et al.: Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population: a 3-years retrospective study of occurrence, cost and utilization. *J Gerontol Med Sci* 2005;60A:748-53.
- 6 www.bgs.org.uk
- 7 Bellelli G, Morandi A, Davis DH, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing* 2014;43:496-502.
- 8 www.cgakit.com
- 9 www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/12/News_Quando-si-diventa-anziani.pdf
- 10 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.