

GERIATRIA

Delirium nella persona anziana, conoscere per prevenire

Il medico di famiglia ha un ruolo estremamente importante nell'individuare nel soggetto anziano i fattori di rischio per il delirium". L'affermazione è del Prof. **Giuseppe Bellelli**, Geriatria-Medicina Interna, Università Milano-Bicocca, durante il 7° convegno "Delirium nella persona anziana e nella malattia di Alzheimer: conoscere, prevenire, assistere"; organizzato dalla Rsa e centro polifunzionale "Villaggio Amico" di Gerenzano (VA), con il patrocinio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria e della Federazione Alzheimer Italia.

"Sebbene di per sé l'età non costituisce un fattore di rischio, negli individui anziani o molto anziani il rischio di sviluppare delirium aumenta perché maggiore è il rischio di sviluppare deficit cognitivo". Dunque una sorta di "circolo vizioso" perché "in effetti le persone affette da deficit cognitivo da demenza o da malattia di Alzheimer sono più esposte a rischio di sviluppare delirium per una serie di meccanismi complessi" - chiarisce Bellelli.

Oltre ai fattori predisponenti, tra i fattori precipitanti si annoverano il rifiuto ad utilizzare le protesi acustiche o semplicemente gli occhiali, una malattia acuta intercorrente che può portare a uno stato di disidratazione, la costipazione,

le infezioni, disordini metabolici, l'uso inappropriato di farmaci, ecc.

"Il Mmg dovrebbe dunque sottoporre il paziente anziano alla valutazione periodica delle funzioni cognitive e se tali funzioni risultassero anche solo in parte compromesse l'individuo dovrebbe essere classificato a rischio, dovrebbe favorire la correzione dei disturbi sensoriali, consigliare al paziente di camminare quotidianamente e di idratarsi adeguatamente, rivedere periodicamente il piano terapeutico, cercando di evitare farmaci con potente attività sul SNC che possono scatenare la comparsa di delirium".

In base alla diagnosi eziologica vanno trattate le cause che sottendono al delirium. "Il delirium si può manifestare come ipocinetico (rallentamento ideomotorio, prevale letargia e la persona appare soporosa) e in tal caso benzodiazepine e neurolettici vanno accuratamente evitati. Nel delirium ipercinetico si possono usare i neurolettici, ma per periodi molto limitati e a dosi basse".

"Fino a pochi anni fa il delirium era una condizione conosciuta solo ad un numero limitato di ricercatori, fortunatamente oggi la consapevolezza della classe medica è maggiore, anche grazie a iniziative quali il Delirium Day e alla formazione dedicata".

Dati del Delirium Day

Nel corso del convegno Giuseppe Bellelli, che è anche membro del Gruppo di ricerca geriatrica di Brescia e di European Delirium Association ha presentato i dati del Delirium Day 2016. Alla survey hanno partecipato 10 associazioni e società scientifiche, per un totale di 4.810 pazienti, di cui 3.032 in ospedale, 755 in riabilitazione/long-term care, 68 in hospice e 955 in istituti di lungodegenza e RSA. Hanno partecipato alla raccolta dati 205 ospedali per acuti, 29 riabilitazioni/long-term care, 32 RSA e 10 hospice. La prima elaborazione mostra:

- **prevalenza media:** 22% in ospedale, 14% in riabilitazione e 38% in hospice. I sottotipi "delirium ipocinetico" e "delirium misto" sono stati rispettivamente pari al 30% e al 29.7% di tutti i casi;
- **delirium sovrapposto a demenza:** il delirium è significativamente più elevato in chi è già affetto da demenza (50% circa) prima del ricovero ospedaliero;
- **uso di farmaci e dispositivi medici:** confermata l'associazione tra delirium e uso di neurolettici (sia tipici che atipici), antidepressivi atipici, cateteri vescicali, linee venose e spondine al letto;
- **mortalità intra-ospedaliera** (reparti per acuti): 9.98% nei soggetti affetti da delirium vs 3.31% nei soggetti senza delirium.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Giuseppe Bellelli