



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

AnnoXXX • n. 1 • gennaio-giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabiella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 La paranoia (ri-)accende i forni crematori
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

8 L'ADHD nell'adulto
Esperienza clinica e linee guida per il trattamento
di Migliarese G., Magni E., Cerveri G., Venturi V., Mencacci C.

23 Linee di indirizzo intersocietarie per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento del delirium nella persona anziana
di Toscano M.

36 Questioni "Alle Frontiere della 180"
Alcuni spunti di riflessione
di Bruno D.

39 Conoscenza degli effetti e uso della Cannabis
Uno studio su un campione di studenti bolognesi
di Staccini L., Mandelli L., Ali S., Cucchi M., Porcelli S.

51 La necessità di un intervento precoce nella Schizofrenia
Utilizzo dei LAI e barriere nel loro utilizzo
di Gala C., Cavallotti S.

57 Dipendenza da internet e comorbidità psicopatologica
Una indagine in pazienti in carico ai servizi di salute mentale dell'area metropolitana
di Di Bernardo I., Truzoli R., Varinelli A., Viganò C.A.

64 Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) nell'Adulto
Un progetto in Valtellina e Alto Lario
di Ballantini M.

PSICHIATRIA FORENSE

69 Il Disegno di Legge c.d. GELLI è divenuto legge dello stato
di Mantovani R.

IN COPERTINA: *Timoteo*

Leda con il cigno
Musei capitolini

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Linee di indirizzo intersocietarie per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento del delirium nella persona anziana

Società scientifiche che hanno supportato l'iniziativa: AIP, AcEMC, AGE, ANMDO, EUGMS, FADOI, SLAARTI, SIF, SIGG, SIGOT, SIMEU, SIMI, SITOX, CNI-SPDC, WSES

INTRODUZIONE

Il Delirium è una condizione di emergenza psichiatrica (Bienvenu et al., 2012) che si associa ad un rischio, nel breve o medio termine, quoad vitam. Condiziona negativamente l'evoluzione del ricovero ed il recupero funzionale del paziente.

Un recente documento redatto da psichiatri italiani sul tema dell'agitazione psicomotoria (Sacchetti et al., 2017) individua nel Delirium la prima ipotesi da considerare in presenza di agitazione e quindi rimanda alla necessità per lo psichiatra di formulare una corretta diagnosi e trattamento dell'episodio di Delirium.

La crescente incidenza del Delirium in ambiente medico e chirurgico, in larga misura conseguenza dell'invecchiamento della popolazione ospedalizzata, e lo scarso ricorso alla corretta diagnosi da parte dei diversi Specialisti hanno spinto la Academy of Emergency Medicine and Care (AcEMC) e l'Associazione Italiana di Psicogeriatrics (AIP) a promuovere una revisione della letteratura nazionale e internazionale sull'argomento.

Il confronto tra rappresentanti di diverse società scientifiche ha portato alla stesura di un position paper intersocietario con la finalità di sensibilizzare il medico sul tema del Delirium e creare una conoscenza condivisa.

Il Coordinamento Nazionale Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ha preso parte ai lavori e presenta l'esito di questo sforzo congiunto ai lettori di Psichiatria Oggi/EBPC.

1. Bienvenu O.J. et al. *Treatment of four psychiatric emergencies in the intensive care unit.* Crit Care Med 2012 Vol 40, No.9, 2662-2670
2. E.Sacchetti et al. *Psychomotor agitation in psychiatry: an Italian expert consensus.* Evidence-based Psychiatric Care, 2017; 1; 1-24

Toscana Marco

Coordinatore Regionale SPDC Lombardi

DEFINIZIONE DI DELIRIUM E OBIETTIVI DEL PRESENTE DOCUMENTO

Il delirium è una sindrome neuropsichiatrica grave, caratterizzata da un deficit acuto e fluttuante dell'attenzione, che si sviluppa in associazione ad altri deficit cognitivi e percettivi ed è scatenata da un problema clinico intercorrente o dall'uso di farmaci potenzialmente nocivi (American Psychiatric Association, 2013). Tale problematica

riguarda moltissime tipologie di pazienti (pediatrici, adulti e geriatrici) e setting di cura (ospedale per acuti, riabilitazioni, lungodegenze e case di cura, hospice) e può avere molteplici cause. In queste linee di indirizzo sono presentati i fondamenti per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei soggetti affetti da delirium, con particolare attenzione agli anziani ricoverati in ospedale. Sono escluse da questo primo documento indicazioni specifiche

relative a delirium indotto da farmaci e delirium alcolico nonché delirium che riguarda popolazioni pediatriche e tendenzialmente giovani-adulte (come quelle ad esempio delle terapie intensive – rianimazioni-anestesi). Le indicazioni proposte si riferiscono quindi ad una popolazione specifica (quella delle persone anziane) e vogliono costituire un riferimento per interventi formativi rivolti ai team ed ai singoli operatori nei diversi setting di cura. Il comune intento delle Società scientifiche che lo firmano è quello di superare gli stereotipi culturali esistenti e di rendere più soddisfacente la gestione del delirium, nell'interesse dei pazienti, dei loro familiari e degli stessi operatori socio-sanitari.

PREMESSE

Nell'anziano il delirium ha spesso la connotazione di una sindrome geriatrica, cioè una condizione caratterizzata da un'eziopatogenesi di regola multifattoriale, espressione dello scompenso acuto di un *locus minoris resistentiae* — nel caso del delirium il sistema nervoso centrale — in un contesto di vulnerabilità pre-esistente al delirium e indipendente dalla sede (appunto il sistema nervoso centrale) su cui agiscono i fattori scatenanti (Inouye, 2007).

Il delirium è molto frequente in ospedale: studi recenti dimostrano che all'incirca un paziente su cinque è affetto da delirium tanto nei reparti medici che chirurgici, che nelle terapie intensive (Bellelli, 2016; Eeles, 2008). Il delirium può manifestarsi già nel dipartimento di emergenza o all'emergenza dall'anestesia generale (Han, Wilson, 2010). Anche se meno frequenti, non sono rari i casi di delirium tra i pazienti ospiti di istituti riabilitativi e di residenze sanitarie e assistenziali (Bellelli, 2016; Eeles, 2008). I dati epidemiologici dimostrano come la condizione sia significativamente più comune tra gli anziani e tra quanti sono affetti da demenza (Fick, 2002). Pertanto, in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione, è ragionevole attendersi che sia la prevalenza che l'incidenza del delirium siano destinate a crescere ulteriormente nei prossimi anni.

Il delirium è gravato da numerose complicanze, quali cadute e lesioni da decubito, da un elevato rischio di istituzionalizzazione in strutture di lungodegenza e da un aumento della mortalità nel medio-lungo termine (Inouye, 2014; Witlox, 2010; Han, Shintani, 2010). Il delirium inoltre influisce in modo rilevante sullo stato emotivo del paziente che ne è colpito, sullo stress del caregiver e del personale di assistenza. Nel lungo termine induce un peggioramento dello stato cognitivo e funzionale di chi ne è colpito (Morandi, 2014; Davis, 2012). Il delirium infine si associa a più elevati costi sanitari (Akunne, 2012).

Tali dati, presi nel loro insieme, costituiscono il razionale di queste linee di indirizzo e sostengono l'idea secondo cui un corretto approccio ai pazienti affetti da delirium dovrebbe essere uno degli obiettivi (e dei criteri di valutazione della qualità) degli ospedali e dei luoghi di cura del ventunesimo secolo. Il delirium, infatti, non è un evento inevitabile, ma anzi può essere prevenuto in circa un terzo dei casi (Martinez, 2015; Abraha, 2015) e curato con successo nella grande maggioranza dei pazienti.

METODO DI LAVORO

Queste linee di indirizzo sono state prodotte da esperti indicati dalle Società firmatarie. Si sono innanzitutto condivisi dati di letteratura e linee guida già pubblicate da Società scientifiche nazionali e internazionali. A questo proposito si veda, in calce alla bibliografia, l'elenco delle principali linee guida sul tema, identificate e commentate in una recente revisione (Gnerre, 2013). In seguito, un gruppo di scrittura ha prodotto una prima bozza del documento che è stato fatto circolare tra tutti per osservazioni ed integrazioni.

Si è infine deciso di non assegnare livelli di evidenza alle raccomandazioni che vengono proposte, considerando che la revisione della letteratura è stata estesa, ma non si è basata su di una sistematica interrogazione delle banche dati. Le presenti linee di indirizzo devono dunque essere a tutti gli effetti considerate come un consenso di esperti.

PRINCIPI GENERALI

Il termine delirium deve essere utilizzato in modo sistematico, rifuggendo l'uso di termini generici e aspecifici che favoriscono la banalizzazione dell'argomento e una scarsa diffusione della cultura sul tema. La definizione e i criteri diagnostici del delirium devono diventare patrimonio diffuso degli operatori sanitari.

Il termine delirium dovrebbe essere utilizzato come diagnosi clinica per caratterizzare la condizione del paziente alla dimissione ospedaliera.

È importante accrescere tra gli operatori la consapevolezza che il delirium può essere associato a condizioni cliniche gravi e che comunque rappresenta un'esperienza emotiva stressante per il paziente.

È importante accrescere tra gli operatori la consapevolezza che le conseguenze cliniche a lungo termine del delirium possono essere rilevanti.

Il delirium è una condizione clinica conosciuta da moltissimo tempo (sin dai tempi dei latini) ma che solo nel 1980, con il DSM III (American Psychiatric Association, 1980) ha assunto una connotazione nosografica autonoma. Purtroppo la scarsa conoscenza dei criteri diagnostici del delirium e una certa quota di "ageismo", ancora largamente diffusa nella nostra società, hanno limitato la diffusione del termine corretto in ambito sanitario e nella cultura generale. Attualmente per descrivere la condizione di delirium, vengono ancora ampiamente utilizzati termini come "delirio", "stato confusionale acuto", "encefalopatia tossico-metabolica" o "agitazione psicomotoria" che non rappresentano specifiche entità nosografiche e non aiutano a caratterizzarla sul piano clinico e di ricerca. Il problema è evidente anche in ambito di ricerca. Una revisione della letteratura, a questo proposito, ha dimostrato che solo nella metà dei casi il

termine "delirium" è stato utilizzato in modo corretto in accordo con i criteri diagnostici di riferimento e che oltre quindici differenti terminologie venivano usate per definire alterazioni acute delle funzioni cognitive (Morandi, 2008). È quindi necessaria un'opera urgente ed incisiva di educazione e formazione degli operatori perché il termine "delirium" sia utilizzato in modo appropriato e diffuso nella pratica clinica. In particolare, in accordo con le classificazioni internazionali, proponiamo che "delirium" sia utilizzato come termine unico che raccolga in un modello unitario sintomi e segni di una sindrome riconducibile a diverse cause (American Psychiatric Association, 2013).

Come noto, il delirium non è una condizione invariabilmente transitoria (come invece si riteneva un tempo) ed è in grado di produrre complicanze a medio-lungo termine (Inouye, 2014; Davis, 2012). Diventa quindi indispensabile comunicare correttamente la presenza di questa condizione (e lo stato cognitivo del paziente) nelle relazioni di dimissione ospedaliera, specialmente per i pazienti che vengono indirizzati a reparti di post-acute, riabilitazione, istituti di lungodegenza. In particolare nella lettera di dimissione deve essere riportato il termine "delirium" come diagnosi clinica, per facilitare il follow-up da parte del medico di medicina generale o dell'ambulatorio specialistico dei disturbi cognitivi.

Pur essendo una condizione clinica molto comune, il livello di competenza e consapevolezza dell'importanza clinica del delirium e delle sue complicanze è molto scarso tra i sanitari e nella popolazione in generale. Due recenti studi italiani hanno evidenziato come il delirium sia inadeguatamente riconosciuto nelle diagnosi di ammissione e dimissione ospedaliera e come le modalità di diagnosi e gestione del delirium tra medici e infermieri siano inadeguate (Bellelli, 2015; Bellelli, 2014). Perché i pazienti affetti da questa entità sindromica possano accedere a un più elevato standard di cure sono dunque indispensabili una maggior consapevolezza e conoscenza

tra i sanitari e un cambiamento delle pratiche di assistenza da erogare ai pazienti che ne sono affetti.

I sintomi di angoscia che possono complicare il decorso dei pazienti affetti da delirium e l'emotività dei caregivers e dello staff, spesso impreparati sul piano pratico e culturale, rappresentano oggi un bisogno ancora largamente insoddisfatto, come documentato dalle persone che hanno potuto raccontare memorie del proprio delirium, alcune delle quali hanno sviluppato addirittura disturbi post-traumatici da stress (Langan, 2017). La capacità di comprendere, all'interno dei componenti dello staff, che il delirium è una condizione drammatica e straziante può aiutare i singoli componenti a interrompere il circolo vizioso secondo cui il paziente che ne è affetto è un "fastidio" e dovrebbe essere trasferito presso altri reparti (Teodorczuk, 2013).

Cambiare l'atteggiamento di personale e caregivers nei confronti del delirium è un passo cruciale nel percorso di formazione che porta ad un miglioramento della qualità delle cure. Una revisione sistematica di Yanamadala e colleghi sostiene quest'affermazione: interventi formativi erogati sul campo (cioè con un coinvolgimento attivo) nei confronti del personale e dei caregivers delle persone affette da delirium sono in grado di influenzare positivamente il tasso di identificazione del delirium, mentre corsi di formazione genericamente improntati a incrementare le conoscenze sul tema non sembrano essere egualmente efficaci (Yanamadala, 2013). Il coinvolgimento di associazioni di pazienti e familiari negli eventi formativi può essere un altro potenziale meccanismo per innescare il cambiamento attitudinale. A questo proposito con le presenti Linee di indirizzo vogliamo incoraggiare i docenti universitari e i medici ad inserire nei temi di didattica anche racconti relativi ai riscontri emotivi dei pazienti che hanno sperimentato il delirium, come quelli accessibili gratuitamente sul sito della European Delirium Association (www.europeandeliriumassociation.com/patient-video.html).

youtu.be/w3BoDDQgJeA; youtu.be/Aw8FwFhqpGg) possono anch'essi aumentare la consapevolezza della popolazione in generale.

PREVENZIONE

In tutti i pazienti fragili, e ancor più in presenza di fattori di rischio per delirium, devono essere messi in atto interventi di prevenzione multicomponente quali: riorientamento temporo-spaziale, limitato utilizzo dei farmaci psicoattivi, mobilitazione precoce, igiene del sonno, mantenimento di adeguata idratazione e nutrizione e fornitura di protesi visive e uditive, se utilizzate dal paziente.

Al momento dell'accesso in ospedale o altro istituto di cura, i pazienti anziani o fragili devono essere valutati per la presenza di fattori di rischio per delirium. Se è esclusa una condizione di delirium, i fattori di rischio sia di carattere generale che specifici per setting devono comunque essere valutati. Oltre ai fattori di rischio di carattere generale andranno ricercati anche i fattori di rischio specifici per setting di cura.

I trasferimenti tra reparti ospedalieri dei degenti a rischio di delirium dovrebbero essere evitati quando non necessari per l'erogazione delle cure richieste.

I programmi di prevenzione del delirium dovrebbero ricevere un forte mandato da parte delle direzioni generali e sanitarie delle aziende ospedaliere in considerazione del documentato beneficio per i pazienti e del potenziale risparmio economico.

La possibilità che i pazienti anziani o fragili sviluppino delirium a causa d'interventi sanitari inappropriati è elevata: il delirium è, infatti, spesso correlato all'uso di farmaci con elevata attività anticolinergica e all'ap-

plicazione di presidi sanitari, quali cateteri vescicali o contenzioni (Inouye, 2007). Pertanto la prevenzione del delirium incidente (cioè che si sviluppa durante il ricovero) è un aspetto fondamentale delle cure. Il primo passo in questo senso è l'identificazione dei pazienti a maggior rischio di sviluppare delirium. È importante ricordare che oltre ai fattori di rischio generali vanno considerati fattori di rischio specifici per setting di cura (per esempio profondità dell'anestesia generale, intensità del dolore post-operatorio nei pazienti che hanno subito un intervento chirurgico; problemi specifici dell'età pediatrica). (Dubois, 2001; Aldecoa, 2017; Ansaloni, 2010; Freter, 2016; Hatherill, 2010).

È inoltre noto che i cambiamenti ambientali (quali ad esempio uno spostamento da una stanza a un'altra o da un reparto a un altro) possono influenzare negativamente l'orientamento personale e spazio-temporale dei pazienti a rischio di delirium (NICE, 2010). La necessità di ridurre al minimo i cambiamenti di stanza e di reparto di degenza è sostenuta anche dal fatto che frequenti spostamenti di reparto interferiscono sulla continuità delle cure e richiedono continui aggiustamenti di sistema (ad esempio ad ogni variazione di reparto deve essere riformulato un piano di cure che inevitabilmente allunga i processi decisionali e frammenta l'assistenza) (Teodorczuk, 2015). Nell'ambito della terapia intensiva, due trials clinici randomizzati hanno dimostrato come la mobilitazione precoce possa ridurre la durata del delirium (Schweickert, 2009; Schaller, 2016).

Il programma di prevenzione più famoso è l'Hospital Elder Life Program (HELP), programma di prevenzione multicomponentiale non farmacologico che include interventi di riorientamento temporo-spaziale, limitato utilizzo di farmaci psicoattivi, precoce mobilitazione, igiene del sonno, mantenimento di adeguata idratazione e nutrizione e fornitura di protesi visive e uditive, se utilizzate dal paziente (Inouye, 2006). Il programma dovrebbe essere implementato da un team interdisciplinare esperto,

in stretta collaborazione con un'équipe infermieristica istruita sul tema del delirium e, possibilmente, volontari. L'efficacia del programma HELP è stata dimostrata da oltre una decina di studi con follow-up, portati a termine in oltre 200 ospedali in tutto il mondo, ed è stato calcolato che è possibile ottenere un risparmio di circa \$9000 per paziente/anno. Inoltre la letteratura ha dimostrato che un corretto approccio ai pazienti affetti da delirium permette di ottenere risultati clinici anche per outcomes apparentemente indipendenti dal delirium, quali cadute e ulcere da decubito. Per esempio, in una recente metanalisi è stato dimostrato che il tasso di cadute in pazienti anziani si riduce fino al 64% se vengono messi in atto interventi multifattoriali non farmacologici rivolti a prevenire il delirium (Hshieh, 2015); tali interventi risultano efficaci nella prevenzione del delirium, sia in pazienti con problematiche mediche che chirurgiche (Abraha, 2015; Abraha, 2016).

Per questi motivi proponiamo che i programmi di prevenzione del delirium ricevano un forte mandato da parte delle direzioni generali e sanitarie delle aziende ospedaliere perché siano implementati nella pratica clinica. Inoltre auspichiamo che anche in Italia possano essere condotti studi di valutazione del rapporto costo-beneficio di programmi di prevenzione del delirium in ambito ospedaliero.

La consulenza proattiva da parte di un'équipe geriatrica è un altro approccio di cui è stata dimostrata l'efficacia nel ridurre l'impatto negativo del delirium post-operatorio in pazienti anziani con frattura di femore. (Marcantonio, 2001; Scholtens, 2017). Per questo motivo auspichiamo che modelli ortogeriatrici, caratterizzati dalla gestione in collaborazione di ortopedico e geriatra/internista con elevate competenze geriatriche, dei pazienti anziani con frattura di femore, possano diffondersi sempre più sul territorio italiano. Del pari è auspicabile l'implementazione di modelli in cui anestesisti-rianimatori/clinici esperti di delirium siano coinvolti nella gestione peri-operatoria dei pazienti chirurgici e dei pazienti ad elevata complessità clinica, al fine di affrontare il problema del delirium anche nei pazienti non geriatrici.

DIAGNOSI PRECOCE

I pazienti anziani o fragili, specie se con fattori di rischio, devono essere valutati sistematicamente per la presenza di segni o sintomi di delirium al loro arrivo in ospedale. Una rivalutazione a intervalli regolari, specie in occasione di nuovi eventi clinici o terapie, deve far parte del piano assistenziale.

Gli operatori sanitari che trattano pazienti a elevato rischio di delirium dovrebbero conoscere ed utilizzare strumenti di screening quali la scala 4AT.

Alla comparsa dei primi segni o sintomi di delirium è necessario indagarne le possibili cause (infezione, ipoglicemia, ictus emorragico e ischemico, disidratazione, effetti avversi da farmaci, assunzione di sostanze psicotrope, sindromi astinenziali, dolore non adeguatamente trattato, ritenzione acuta di urina, stipsi). La diagnosi di delirium può mettere in luce un quadro di sepsi che sarebbe altrimenti misconosciuto.

Come noto, il delirium si può presentare in tre differenti varianti cliniche:

1. Forma ipercinetica o iperattiva, caratterizzata da agitazione psicomotoria, stato di iperallerta e, talora, illusioni e allucinazioni;
2. Forma ipocinetica o ipoattiva, caratterizzata da rallentamento psicomotorio, tendenza all'assopimento, ridotta risposta agli stimoli esterni ed apatia;
3. Forma mista, caratterizzata da un'alternanza di fasi di tipo ipercinetico ad altre di tipo ipocinetico.

La variante ipercinetica è la più facile da riconoscere, per ovvi motivi, ma è anche la meno frequente (Teodorczuk, 2015). La variante ipocinetica, invece, è la più comune, soprattutto tra gli anziani, ma è la più difficile da riconoscere ed è correlata a una prognosi peggiore (Bellelli, 2007). I sintomi del delirium ipocinetico possono infatti

essere erroneamente attribuiti a demenza, depressione, farmaci sedativi o, cosa ancor più preoccupante, possono essere ritenuti "normali" in considerazione dell'età e della complessità biologica del paziente.

L'applicazione di strumenti validati di screening, tra i quali il più diffuso è il Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye, 1990; Inouye, 2003; Wei, 2008), e la sua variante per la Terapia intensiva CAM-ICU₅ può essere di grande aiuto a questo scopo, rendendo più facile il riconoscimento del delirium. La letteratura dimostra che laddove si utilizzino strumenti di screening e diagnosi del delirium il riconoscimento è pressoché totale, mentre al contrario, è insufficiente se tali strumenti non sono utilizzati. (Inouye, 2012; Hall, 2012; Fick, 2007). Il CAM tuttavia richiede un training specifico, in assenza del quale la sua affidabilità nella diagnosi di delirium è gravemente insoddisfacente (Inouye, 2003; Inouye 2001).

Il "4AT" è uno strumento di screening del delirium che si presta, per le sue caratteristiche specifiche, ad essere utilizzato in vari setting di cura, incluse le unità di geriatria e medicina interna, le chirurgie, le strutture di pronto soccorso/dipartimenti di emergenza e le riabilitazioni.⁴⁸ Questo strumento infatti è molto rapido (richiede non più di due minuti per l'esecuzione), non necessita di un training specifico e, in virtù del fatto che prevede "punteggi fissi", è oggettivo. Inoltre permette la valutazione di pazienti che non possono portare a termine test cognitivi più analitici perché eccessivamente soporosi o, al contrario, agitati. Proponiamo pertanto che il 4AT sia incluso tra gli strumenti di valutazione in ammissione dei pazienti anziani ospedalizzati, incorporandolo, se possibile, nella routine infermieristica, unitamente ad altri strumenti così come avviene negli ospedali olandesi (Marcantonio, 2001; Bellelli, 2007).

Tuttavia, anche laddove il delirium sia riconosciuto e identificato correttamente vi è spesso la riluttanza da parte di alcuni operatori sanitari a considerarlo un'emergenza medica, di fatto escludendo i pazienti che ne sono affetti da un accesso tempestivo a cure efficaci. Al contrario il

delirium è una reale emergenza medica come dimostra anche la recente conferenza di consenso sulla sepsi e lo shock settico (Singer, 2016). In questa la sepsi viene definita come lo sviluppo di insufficienza d'organo in presenza di un'infezione. L'insufficienza può riguardare, tra gli altri, il sistema nervoso centrale ed è diagnosticata con la semplice riduzione di almeno 1 punto nella Glasgow Coma Scale (per esempio un paziente disorientato nel tempo o nello spazio). Il delirium è una disfunzione cerebrale acuta e può quindi determinare la diagnosi di sepsi, una condizione in cui la precocità della diagnosi e l'inizio tempestivo del trattamento antibiotico sono strettamente correlati alla mortalità. La banalizzazione del delirium a una condizione clinica benigna, e in qualche modo "disturbante solo per l'équipe", rappresenta un notevole ostacolo al miglioramento della qualità delle cure erogate in ospedale a questi pazienti. Ciò inevitabilmente si ripercuote sulla salute dell'individuo che va incontro a un maggior tasso di complicanze intra ed extra-ospedaliere, tra cui il decesso (Kakuma, 2003). Il delirium dovrebbe essere sempre considerato un'emergenza sanitaria.

PRINCIPI DI TERAPIA

Tutti i pazienti affetti da delirium dovrebbero ricevere un piano di cure che tenga concretamente conto dei loro bisogni sanitari e assistenziali.

Gli aspetti non farmacologici della cura sono di primaria importanza e includono: una ricerca attiva delle malattie acute e delle condizioni cliniche che sottendono l'insorgenza del delirium, il riorientamento spazio-temporale, la mobilitazione precoce, la promozione del sonno, il mantenimento di un'adeguata nutrizione e idratazione, la fornitura di ausili visivi e uditivi, se utilizzati, la minimizzazione dell'invasività (cateterismo vescicale, sondino naso-gastrico, accessi venosi), la razionalizzazione della terapia farmacologica già in atto.

Il trattamento farmacologico del delirium dovrebbe essere utilizzato soltanto quando il paziente rappresenta un pericolo per sé stesso o quando i sintomi sono particolarmente importanti e/o mettono a rischio la possibilità di intraprendere terapie essenziali.

Le benzodiazepine non sono indicate per il trattamento del delirium. In pazienti selezionati e alle dosi minime efficaci, aloperidolo o antipsicotici atipici sono ad oggi il trattamento da preferire, anche se gli studi di efficacia non hanno prodotto risultati univoci.

Tutti i pazienti affetti da delirium dovrebbero ricevere un piano di cure che tenga concretamente conto dei bisogni sanitari e assistenziali. Questa raccomandazione richiama gli standard di qualità di cura definiti dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2010) per il delirium, che includono una ricerca attiva delle malattie acute e delle condizioni cliniche che ne sottendono l'insorgenza, nonché la messa in atto delle misure da adottarsi per la prevenzione (riorientamento spazio-temporale, mobilitazione precoce, promozione del sonno, mantenimento di un'adeguata nutrizione e idratazione e fornitura di ausili visivi e uditivi, se utilizzati). L'applicazione di tali interventi richiede un approccio multidisciplinare e coordinato, declinato sulle esigenze del singolo individuo. È inoltre fondamentale riconoscere l'importanza del ruolo potenziale di familiari e caregivers, ad esempio incoraggiando una maggior flessibilità degli orari di visite in reparto e favorendo la compilazione di strumenti d'indagine dei bisogni e delle preferenze del paziente, sulla falsariga di quanto il Royal College of Nursing e l'Alzheimer Society hanno realizzato nel Regno Unito per i familiari dei pazienti affetti da Alzheimer (http://www.dignityincare.org.uk/_library/Resources/This_is_me.pdf) (Alzheimer's Society).

Esistono numerosi acronimi per ricordare le possibili cause di delirium, quali ad esempio quello proposto da Flaherty (Flaherty, 2003). Il trattamento farmacologico del delirium dovrebbe invece essere utilizzato soltanto

quando il paziente rappresenta un pericolo per sè stesso, o quando i sintomi sono particolarmente importanti e/o mettono a rischio la possibilità di intraprendere terapie essenziali (Bellelli, 2014).

Le benzodiazepine non sono raccomandate per il trattamento del delirium perché si sono dimostrate a loro volta in grado di precipitare episodi di delirium (Pandharipande, 2006). Il loro utilizzo resta per altro accettato in situazioni particolari, come per esempio l'astinenza da alcolici o da benzodiazepine (Lonergan, 2009; Mayo-Smith, 2004). Aloperidolo è il farmaco con la migliore documentazione di efficacia nel trattamento del delirium. Quetiapina è stata utilizzata in due trials randomizzati controllati, dimostrando la capacità di ridurre la durata del delirium, ma il numero di pazienti arruolati è da considerarsi insufficiente per supportarne l'utilizzo. Olanzapina, risperidone e ziprasidone sono stati utilizzati in altri piccoli trials ma ancora una volta con risultati insoddisfacenti e/o numero limitato di pazienti. Anche altri antipsicotici atipici sono potenzialmente utili, ma ad oggi sono stati meno indagati (Larsen, 2010; Kim, 2010; Girard, 2010; Lonergan, 2007; Lacasse, 2006; Skrobik, 2004). Infine esistono studi su popolazioni particolari di pazienti (pazienti ricoverati in terapia intensiva o in hospice) che non documentano alcun vantaggio (e suggeriscono possibili svantaggi) dall'aggiunta di questi farmaci ad un appropriato intervento non farmacologico (Agar, 2017; Van Eijk, 2010; Page, 2013). Non vi sono studi adeguati per quanto riguarda il trattamento con antipsicotici del delirium ipocinetico, nonostante questa strategia sia frequentemente adottata nella pratica clinica.

COMUNICAZIONE TRA MEDICI, PAZIENTI E FAMILIARI

Una comunicazione efficace deve far parte dello standard qualitativo della cura in ospedale.

Una comunicazione lacunosa tra medici, infermieri, pazienti e familiari impatta negativamente sulla qualità delle cure prestate ai pazienti con delirium in ospedale. Una raccolta anamnestica incompleta, in assenza di una documentazione sanitaria di riferimento e/o di familiari/caregivers correttamente informati sulle condizioni di salute pre-esistenti il ricovero del paziente, può ritardare o ostacolare una diagnosi accurata (Fisher, 2016). La difficoltà ad interagire con i pazienti affetti da delirium può essere ulteriormente aggravata da un approccio inopportuno da parte del personale sanitario. Insegnare le tecniche di comunicazione con il paziente affetto da delirium, e con i suoi familiari, dovrebbe quindi diventare materia di insegnamento nei curricula universitari. In letteratura vi sono evidenze che dimostrano come specifiche tecniche di interazione con individui affetti da deficit cognitivo possono essere replicate in ambienti simulati e diventare esperienze arricchenti di apprendimento e fonte di riflessione per gli studenti (Fisher, 2014).

Il delirium è per sua natura fluttuante, il che rende essenziale una comunicazione efficace all'interno del team. Poiché le performances cognitive (e motorie) dei pazienti affetti da delirium possono variare notevolmente nell'arco di poche ore o giorni è importante che tutti i componenti dello staff medico e infermieristico in ospedale trasmettano nelle consegne dettagli precisi sulla presenza di disturbi del comportamento e sulle variazioni dello stato cognitivo del paziente. È inoltre auspicabile che si coinvolgano nel passaggio di consegne anche figure quali gli operatori soci sanitari e i badanti, che sono in una posizione privilegiata per cogliere variazioni di questi due fondamentali aspetti del delirium in quanto a contatto per prolungati periodi con i pazienti. Se non attivamente coinvolti, questi operatori potrebbero non fornire utili informazioni credendo che questo non faccia parte dei propri compiti, o sentendosi intimoriti dalla presenza degli altri membri del team.

È in conclusione essenziale, per elevare la qualità delle cure erogate ai pazienti affetti da delirium, che si mettano in atto procedure e prassi che facilitino il contributo di

tutto lo staff allo scambio ed alla comunicazione delle informazioni cliniche. La formazione inter-professionale, in questo contesto, si è dimostrata in grado di migliorare gli outcomes clinici e di favorire lo sviluppo di un buon clima di lavoro all'interno del team (Sockalingam, 2014).

CONCLUSIONI

Il delirium è una condizione clinica comune, gravata da gravi complicanze e outcomes avversi, ma almeno in parte prevenibile e trattabile. In questa prospettiva il delirium può essere considerato un prezioso indicatore dello stato di salute del paziente fragile e, al contempo, della qualità delle prestazioni erogate negli ospedali e negli altri luoghi di cura. I principi di cura delineati da queste linee di indirizzo propongono un modello di trattamento efficace, basato sull'evidenza. Centrale in questo processo è la necessità di ripensare il delirium all'interno degli staff medico-chirurgici e di promuovere interventi formativi interdisciplinari finalizzati a coinvolgere tutti i componenti del team. In questa prospettiva la qualità della cura del delirium potrebbe rappresentare un ottimo indicatore della qualità di cura ospedaliera (Hshieh, 2015).

Appendice

Hanno contribuito alla stesura del documento:

Giuseppe Bellelli, Alessandro Morandi, Marco Trabucchi (Associazione Italiana di Psicogeriatria AIP), Daniele Coen, Carlo Fraticelli, Ciro Paolillo, Carolina Prevaldi, Angela Riccardi, (Academy of Emergency Medicine and Care AcEMC), Corrado Carabellese (Associazione Geriatri Extraospedalieri AGE), Stefania Maggi, Antonio Cherubini (European Union Geriatric Medicine Society EUGMS), Paola Gnerre (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, FADOI), Nicola Latronico, Stella Tommasino (Società Italiana di Anestesia, Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva SIAARTI), Giovanni Ricevuti (Società Italiana di Geriatria e Gerontologia SIGG), Francesco De Filippi (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio SIGOT), Mario Guarino (Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza SIMEU), Pietro Amedeo Modesti (Società Italiana di Medicina Interna SIMI), Carlo Locatelli (Società Italiana di Tossicologia SITOX), Marco Otto Toscano (Coordinamento Nazionale Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura CNI-SPDC), Antonio Tarasconi (World Society of Emergency Surgery WSES), Guido Caironi (Academy of Emergency Medicine and Care, Sezione Infermieri AcEMC Infermieri), aggiungere referenti (Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, ANMDO) e Società italiana di Farmacologia (SIF).

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. *Task force on DSM-5, diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed: Washington, DC: The American Psychiatric Association, 2013.
2. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. *Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept*. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55: 780-791.
3. Bellelli G, Morandi A, Di Santo SG, et al. "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. BMC medicine. 2016;14: 106.
4. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. *Delirium in elderly people*. Lancet. 2014;383: 911-922.
5. Hsieh SJ, Ely EW, Gong MN. *Can intensive care unit delirium be prevented and reduced? Lessons learned and future directions*. Ann Am Thorac Soc. 2013;10: 648-656.
6. Han JH, Wilson A, Ely EW. *Delirium in the older emergency department patient: a quiet epidemic*. Emerg Med Clin North Am. 2010;28: 611-631.
7. Eeles E, Rockwood K. *Delirium in the long-term care setting: clinical and research challenges*. Journal of the American Medical Directors Association. 2008;9: 157-161.
8. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. *Delirium superimposed on dementia: a systematic review*. Journal of the American Geriatrics Society. 2002;50: 1723-1732.
9. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. *Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis*. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2010;304: 443-451.
10. Han JH, Shintani A, Eden S, et al. *Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months*. Annals of emergency medicine. 2010;56: 244-252 e241.
11. Morandi A, Davis D, Fick DM, et al. *Delirium superimposed on dementia strongly predicts worse outcomes in older rehabilitation inpatients*. J Am Med Dir Assoc. 2014;15: 349-354.
12. Morandi A, Lucchi E, Turco R, et al. *Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience*. Journal of psychosomatic research. 2015;79: 272-280.
13. Morandi A, Lucchi E, Turco R, et al. *Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of patient experience*. Journal of psychosomatic research. 2015;79: 281-287.
14. Davis DH, Muniz Terrera G, Keage H, et al. *Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study*. Brain. 2012;135: 2809-2816.
15. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. *Long-term cognitive impairment after critical illness*. N Engl J Med. 2013;369: 1306-1316.
16. Akunne A, Murthy L, Young J. *Cost-effectiveness of multi-component interventions to prevent delirium in older people admitted to medical wards*. Age Ageing. 2012;41: 285-291.
17. Martinez F, Tobar C, Hill N. *Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature*. Age Ageing. 2015;44: 196-204.
18. Abraha I, Trotta F, Rimland JM, et al. *Efficacy of Non-Pharmacological Interventions to Prevent and Treat Delirium in Older Patients: A Systematic Overview*. The SENATOR project ONTOP Series. PLoS One. 2015;10: e0123090.
19. Gnerre P, Bozzano C, La Regina M. *Delirium nell'anziano. Parte ii: revisione critica della letteratura*. It J Med. 2013;1: 13-24.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
21. Morandi A, Pandharipande P, Trabucchi M, et al. *Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients*. Intensive care medicine. 2008;34: 1907-1915.
22. Bellelli G, Nobili A, Annoni G, et al. *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.
23. Bellelli G, Morandi A, Zanetti E, et al. *Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey.* Int Psychogeriatr. 2014;26: 2093-2102.
 24. Langan C, Sarode DP, Russ TC, Shenkin SD, Carson A, MacLulich AM. *Psychiatric symptomatology after delirium: a systematic review.* Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 2017.
 25. Teodorczuk A, Mukaetova-Ladinska E, Corbett S, Welfare M. *Reconceptualizing models of delirium education: findings of a Grounded Theory Study.* Int Psychogeriatr. 2013;25: 645-655.
 26. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. *Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review.* Journal of the American Geriatrics Society. 2013;61: 1983-1993.
 27. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. *Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors.* Intensive care medicine. 2001;27: 1297-1304.
 28. Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, et al. *European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guidelines on postoperative delirium.* Eur J Anaesthesiol. 2017.
 29. Ansaloni L, Catena F, Chattat R, et al. *Risk factors and incidence of postoperative delirium in elderly patients after elective and emergency surgery.* The British journal of surgery. 2010;97: 273-280.
 30. Freter S, Koller K, Dunbar M, MacKnight C, Rockwood K. *Translating Delirium Prevention Strategies for Elderly Adults with Hip Fracture into Routine Clinical Care: A Pragmatic Clinical Trial.* Journal of the American Geriatrics Society. 2016.
 31. Hatherill S, Flisher AJ. *Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature.* Journal of psychosomatic research. 2010;68: 337-344.
 32. National Institute for Health and Care Excellence. *Delirium: diagnosis, prevention and management.* Issued: July 2010. NICE clinical guideline 10343. 2010.
 33. Teodorczuk A, Mukaetova-Ladinska E, Corbett S, Welfare M. *Deconstructing dementia and delirium hospital practice: using cultural historical activity theory to inform education approaches.* Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2015;20: 745-764.
 34. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. *Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial.* Lancet. 2009;373: 1874-1882.
 35. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, et al. *Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial.* Lancet. 2016;388: 1377-1388.
 36. Inouye SK, Baker DI, Fugal P, Bradley EH, Project HD. *Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes.* Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54: 1492-1499.
 37. Hsieh TT, Yue J, Oh E, et al. *Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis.* Jama Intern Med. 2015;175: 512-520.
 38. Abraha I, Rimland JM, Trotta F, et al. *Non-Pharmacological Interventions to Prevent or Treat Delirium in Older Patients: Clinical Practice Recommendations The SENATOR-ONTOP Series.* J Nutr Health Aging. 2016;20: 927-936.
 39. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. *Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial.* Journal of the American Geriatrics Society. 2001;49: 516-522.
 40. Scholtens RM, van Munster BC, Adamis D, de Jonghe A, Meagher DJ, de Rooij SE. *Variability of Delirium Motor Subtype Scale-Defined Delirium Motor Subtypes in Elderly Adults with Hip Fracture: A Longitudinal Study.* Journal of the American Geriatrics Society. 2017;65: e45-e50.
 41. Bellelli G, Speciale S, Barisione E, Trabucchi M. *Delirium subtypes and 1-year mortality among elderly patients discharged from a post-acute rehabilitation facility.* The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2007;62: 1182-1183.
 42. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the confusion assessment*

- method*. A new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*. 1990;113: 94-948.
43. Inouye SK. *The Confusion Assessment Method (CAM): training manual and coding guide*. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003.
 44. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. *The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage*. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56: 823-830.
 45. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM, Jr. *Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings*. *Arch Intern Med*. 2001;161: 2467-2473.
 46. Hall RJ, Meagher DJ, MacLulich AM. *Delirium detection and monitoring outside the ICU*. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2012;26: 367-383.
 47. Fick DM, Hodo DM, Lawrence F, Inouye SK. *Recognizing delirium superimposed on dementia: assessing nurses' knowledge using case vignettes*. *Journal of gerontological nursing*. 2007;33: 40-47; quiz 48-49.
 48. 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.
 49. Leentjens AF, Molag ML, Van Munster BC, et al. *Changing perspectives on delirium care: the new Dutch guideline on delirium*. *Journal of psychosomatic research*. 2014;77: 240-241.
 50. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. *JAMA*. 2016;315: 801-810.
 51. Kakuma R, du Fort GG, Arsenaault L, et al. *Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival*. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51: 443-450.
 52. [52] Alzheimer's Society. *This is me, leading the fight against dementia*. Royal College of Nursing Available at: https://www.alzheimersorguk/info/20113/publications_about_living_with_dementia/415/this_is_me.
 53. Flaherty JH, Tariq SH, Raghavan S, Bakshi S, Moinuddin A, Morley JE. *A model for managing delirious older inpatients*. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51: 1031-1035.
 54. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, et al. *Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients*. *Anesthesiology*. 2006;104: 21-26.
 55. Lonergan E, Luxenberg J, Areosa Saestre A, Wyller TB. *Benzodiazepines for delirium*. *Cochrane database of systematic reviews*. 2009: CD006379.
 56. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. *Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline*. *Archives of internal medicine*. 2004;164: 1405-1412.
 57. Larsen KA, Kelly SE, Stern TA, et al. *Administration of olanzapine to prevent postoperative delirium in elderly joint-replacement patients: a randomized, controlled trial*. *Psychosomatics*. 2010;51: 409-418.
 58. Kim SW, Yoo JA, Lee SY, et al. *Risperidone versus olanzapine for the treatment of delirium*. *Hum Psychopharmacol*. 2010;25: 298-302.
 59. Girard TD, Pandharipande PP, Carson SS, et al. *Feasibility, efficacy, and safety of antipsychotics for intensive care unit delirium: the MIND randomized, placebo-controlled trial*. *Critical care medicine*. 2010;38: 428-437.
 60. Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. *Antipsychotics for delirium*. *Cochrane database of systematic reviews*. 2007: CD005594.
 61. Lacasse H, Perreault MM, Williamson DR. *Systematic review of antipsychotics for the treatment of hospital-associated delirium in medically or surgically ill patients*. *The Annals of pharmacotherapy*. 2006;40: 1966-1973.
 62. Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, Gottfried SB. *Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting*. *Intensive care medicine*. 2004;30: 444-449.
 63. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, et al. *Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial*. *Jama Intern Med*. 2017;177: 34-42.

64. Van Eijk MM, Roes KC, Honing ML, 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*. *Lancet*. 2010;376: 1829-1837.
65. Page VJ, Ely EW, Gates S, et al. *Effect of intravenous haloperidol on the duration of delirium and coma in critically ill patients (Hope-ICU): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial*. *Lancet Respir Med*. 2013;1: 515-523.
66. Fisher JM. "The poor historian": Heart sink? Or time for a re-think? *Age Ageing*. 2016;45: 11-13.
67. Fisher JM, Walker RW. *A new age approach to an age old problem: using simulation to teach geriatric medicine to medical students*. *Age Ageing*. 2014;43: 424-428.
68. Sockalingam S, Tan A, Hawa R, Pollex H, Abbey S, Hodges BD. *Interprofessional education for delirium care: a systematic review*. *J Interprof Care*. 2014;28: 345-351.
5. National Institute for Health and Care Excellence. *Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of physical alcohol-related complications*; 2010 NICE clinical guideline CG100. AVAILABLE FROM: <http://guidance.nice.org.uk/CG100>
6. New York State Department of Health. *Cognitive disorders and HIV/AIDS: HIV-associated dementia and delirium*; 2007. AVAILABLE FROM: <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/hiv-and-mental-health/cognitivedisorders-and-hiv-aids/>
7. Tasmania Department of Health and Human Services. *Palliative care management guidelines - delirium*; 2009. AVAILABLE FROM: <http://www.clinicalguidelines.gov.au/browse.php?treePath=&pageType=2&fldglrID=167&>
8. American Medical Directors Association. *Delirium and acute problematic behavior in the long-term care setting*; 2008. AVAILABLE FROM: <http://www.amda.com/tools/guidelines.cfm>
9. British Society of Geriatrics. *Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people in hospital*; 2005. AVAILABLE FROM: <http://www.bgs.org.uk/index.php/clinicalguides/170-clinguidedeliriumtreatment>

LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

1. National Institute for Health and Care Excellence. *Delirium: diagnosis, prevention and management*. Issued: July 2010. NICE clinical guideline 103. AVAILABLE FROM: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf>
2. The Clinical Epidemiology and Health Service Unit, Melbourne Health, in collaboration with the Delirium Clinical Guideline Expert Working Group. *Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people*; 2006. AVAILABLE FROM: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/delirium-guidelines.htm>
3. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. *National guidelines for seniors' mental health — the assessment and treatment of delirium*; 2006. AVAILABLE FROM: <http://www.ccsmh.ca/en/default.cfm>
4. Registered Nurses' Association of Ontario. *Screening for delirium, depression and dementia in older adults*; 2006. AVAILABLE FROM: <http://www.rnao.org/Page.aspx?PageID=924&ContentID=818>
10. ICU Delirium. AVAILABLE FROM: <http://www.icudelirium.org>
11. Mussi C, Salvioli GF. *Linee Guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano*. Guidelines for diagnosis and treatment of delirium in the elderly. *Giorn Gerontol* 2000; 48: 434-440.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Andrea Materzanini (*Iseo*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Ettore Straticò (*Mantova*)
Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)
Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)
Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)
Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)
Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)
Giacomo Deste (*Brescia*)
Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati
Angelo Cocchi,
Arcadio Erlicher,
Claudio Mencacci,
Emilio Sacchetti
Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi