

3° Edizione

Area Critica in Medicina Interna

12 Aprile 2025

Dott. Luca Brullo

Specialista in Geriatria e
Dirigente Medico presso D.I.M.I.
Ospedale San Paolo di Savona

Dott.ssa Scarone Chiara

Dott.ssa Scognamiglio Valentina
Medicina Interna 1 P.O. Levante UTIM
Ospedale San Paolo di Savona

**GESTIONE DEL DELIRIUM IN AREA
MEDICA CRITICA**

Savona

Nh Darsena
Hotel



Conflitti interessi dichiarati:

NESSUN CONFLITTO DI INTERESSE



DELIRIUM: DEFINIZIONE

DSM V: Sindrome geriatrica caratterizzata da **insorgenza acuta**, **alterato livello di attenzione** e di **consapevolezza di sé nell'ambiente (arousal)** con fluttuazione circadiana; **alterazione di almeno un ulteriore dominio cognitivo** in un contesto clinico dove il livello di coscienza non sia gravemente ridotto per altre cause (es. coma, encefalite, ictus)

*“Dopo alcune ore ricordo di aver visto una persona vicino a me e ho pensato: questo è mio fratello.
... Mi dicevano che egli era morto da 12 anni... ma io continuavo a urlargli “che ora è?” “che cosa ti costa dirmi l'ora?” ...*

“Io sogno spesso a casa, ma non sogni come quelli che ho sperimentato, così vividi, così intensi, già, così intensi! ... quasi un'esperienza particolare, sogno sovente, ma non cose come queste...”

“Quando ero in ospedale sembrava che il personale partecipasse a feste trasgressive al piano di sotto...”

riportati da I.Schofield, 1997



DELIRIUM: CORE DOMAINS

1430

WILEY

International Journal of
Geriatric Psychiatry

MALDONADO

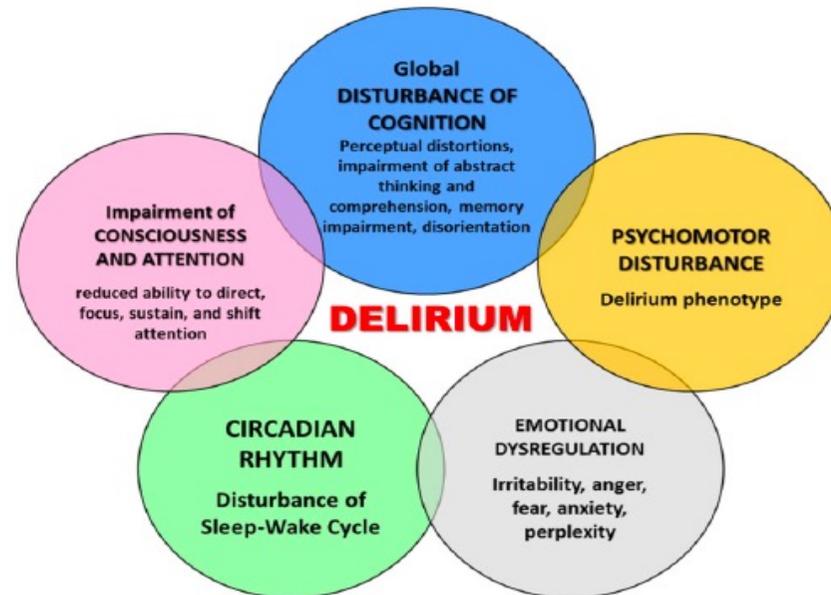


FIGURE 1 Delirium core domains. The phenomenon of delirium has 5 core domains: cognitive deficits (characterized by perceptual distortions, impairment in memory, abstract thinking and comprehension, executive dysfunction, and disorientation), attentional deficits (characterized by disturbances in consciousness and a reduced ability to direct, focus, sustain, and shift attention), circadian rhythm dysregulation (characterized by fragmentation of the sleep-wake cycle), emotional dysregulation (characterized by perplexity, fear, anxiety, irritability, and/or anger), and psychomotor dysregulation (which confers the various phenotypic presentations) [Colour figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

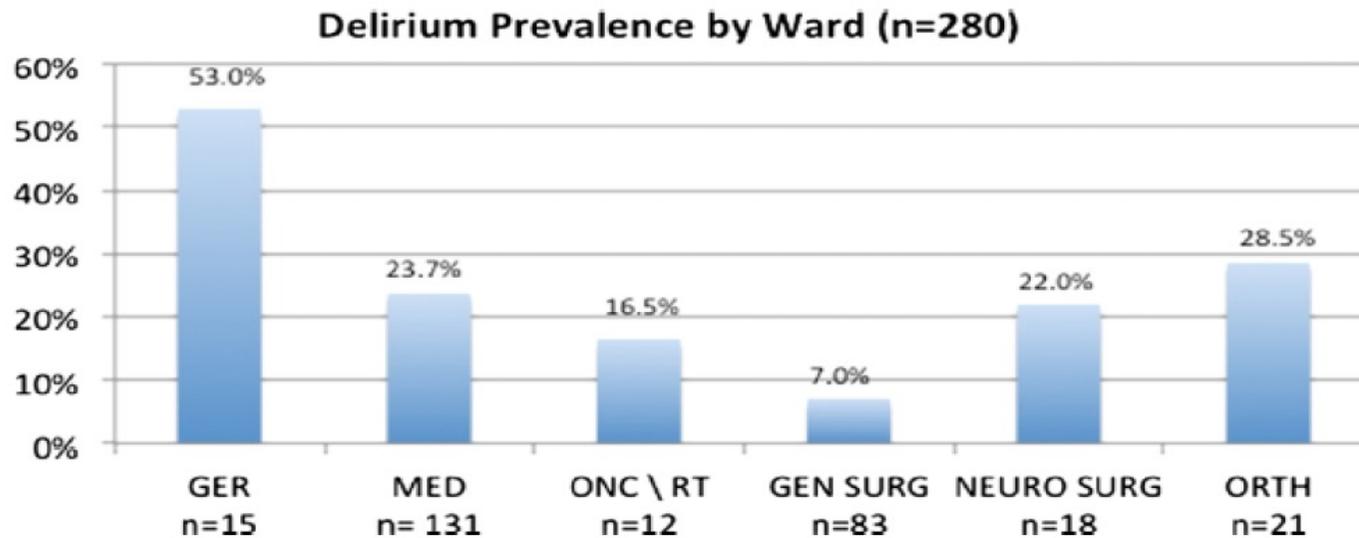


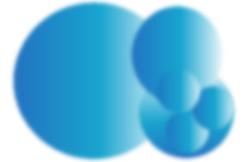
DELIRIUM: NOTE EPIDEMIOLOGICHE (1)



Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection

Daniel James Ryan,¹ Niamh Annmarie O'Regan,¹ Ronán Ó Caoimh,¹ Josie Clare,² Marie O'Connor,³ Maeve Leonard,⁴ John McFarland,⁵ Sheila Tighe,⁶ Kathleen O'Sullivan,⁷ Paula T Trzepacz,^{8,9} David Meagher,⁴ Suzanne Timmons¹





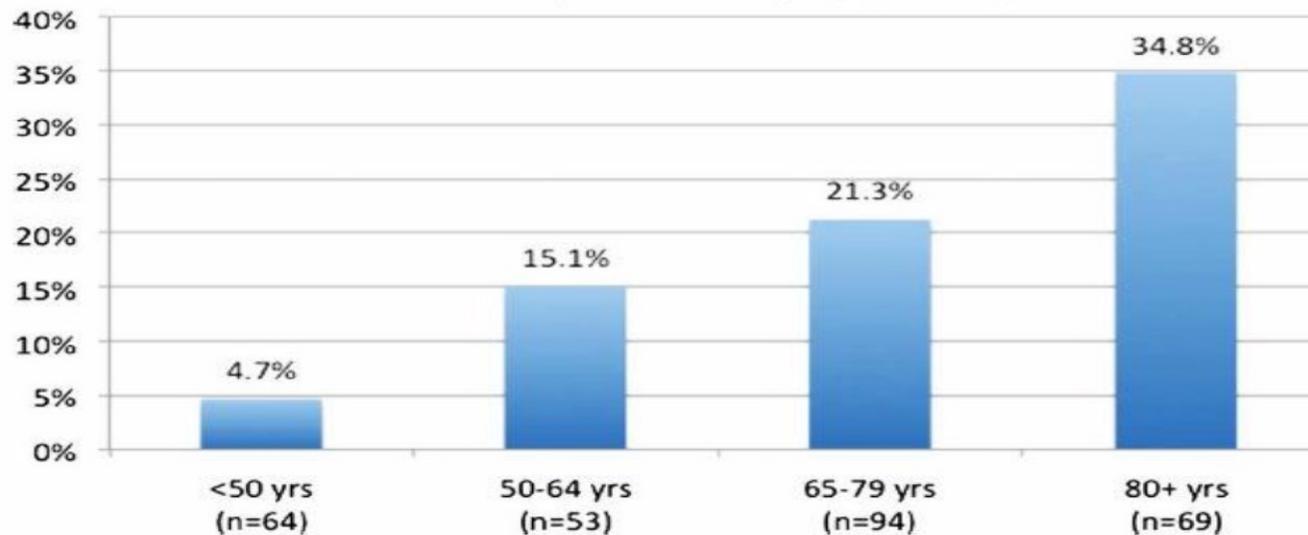
DELIRIUM: NOTE EPIDEMIOLOGICHE (2)



Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection

Daniel James Ryan,¹ Niamh Annmarie O'Regan,¹ Ronán Ó Caoimh,¹ Josie Clare,² Marie O'Connor,³ Maeve Leonard,⁴ John McFarland,⁵ Sheila Tighe,⁶ Kathleen O'Sullivan,⁷ Paula T Trzepacz,^{8,9} David Meagher,⁴ Suzanne Timmons¹

Delirium prevalence by age (n=280)



BMJ Open 2013;3:e001772. doi:10.1136/bmjopen-2012-001772

DELIRIUM: FENOTIPI CLINICI

- **Ipercinetico** (15-25%): agitazione psico-motoria, spesso confuso con stato ansioso, vocalizzazione, oppositività, cadute, intolleranza a catetere ed accessi venosi, inversione ritmo sonno veglia
- **Ipocinetico** (20-25%): attività psico-motoria ridotta, spesso confuso con sindrome depressiva (disregolazione emotiva), sopore, sonnolenza, apatia; **spesso non riconosciuto**
- **Misto** (35-50%)
- **Sub-sindromico** (15%)



DELIRIUM: DIAGNOSI E SCREENING (1)

Fattori predisponenti

Demenza

Deprivazione sensoriale

Fragilità

Età avanzata

Fattori scatenanti

Polifarmacoterapia/carico
anticolinergico

Contenzioni fisiche

Infezioni

Dolore

Alterazioni elettrolitiche,

Disidratazione

	General medicine	Surgery		Intensive- care unit
		Non-cardiac	Cardiac	
Predisposing factors				
Dementia	2.3-4.7	2.8	--	--
Cognitive impairment	2.1-2.8	3.5-4.2	1.3	--
History of delirium	--	3.0	--	--
Functional impairment	4.0	2.5-3.5	--	--
Visual impairment	2.1-3.5	1.1-3.0	--	--
Hearing impairment	--	1.3	--	--
Comorbidity or severity of illness	1.3-5.6	4.3	--	1.1
Depression	3.2	--	1.2	--
History of transient ischaemia or stroke	--	--	1.6	--
Alcohol misuse	5.7	1.4-3.3	--	--
Older age (≥75 years)	4.0	3.3-6.6	--	1.1
Precipitating factors				
Drugs				
Several drugs used	2.9	--	--	--
Psychoactive drugs	4.5	--	--	--
Sedatives or hypnotics	--	--	--	4.5
Use of physical restraints	3.2-4.4	--	--	--
Use of bladder catheter	2.4	--	--	--
Physiological				
Increased serum urea	5.1	--	--	1.1
Increased BUN:creatinine ratio	2.0	2.9	--	--
Abnormal serum albumin	--	--	1.4	--
Abnormal sodium, glucose, or potassium	--	3.4	--	--
Metabolic acidosis	--	--	--	1.4
Infection	--	--	--	3.1
Any iatrogenic event	1.9	--	--	--
Surgery				
Aortic aneurysm	--	8.3	--	--
Non-cardiac thoracic	--	3.5	--	--
Neurosurgery	--	--	--	4.5
Trauma admission	--	--	--	3.4
Urgent admission	--	--	--	1.5
Coma	--	--	--	1.8-21.3

Data are relative risks. Some data are reported as ranges. The appendix contains a complete list of references.
BUN= blood urea nitrogen.

Table 2: Risk factors for delirium from validated predictive models

DELIRIUM: DIAGNOSI E SCREENING (2)

Table 5 Drugs that may cause delirium

Drugs with high anticholinergic activity	Other drugs associated with delirium	Over the counter drugs
Cimetidine	Benzodiazepines	Diphenhydramine (eg, Benylin)
Prednisolone	Narcotics	Tripolidine (eg, Actifed)
Theophylline	Antiparkinsonian agents (eg, L-dopa)	Chlorpheniramine (eg, Piriton)
Tricyclic antidepressants (eg, amitriptyline)	Non-steroidal anti-inflammatory drugs	Promethazine (eg, Night Nurse, Phenergan)
Digoxin	Laxatives	Anti-diarrhoeal agents (containing belladonna)
Nifedipine	Antibiotics	Irritable bowel syndrome treatments with hyoscine (eg, Buscopan)
Antipsychotics (eg, chlorpromazine)	Haloperidol	
Furosemide		
Ranitidine		
Isosorbide dinitrate		
Warfarin		
Dipyridamole		
Codeine		
Diazepam (triamterene with thiazide)		
Captopril		

Adapted from Mintzer and Burns³³ and Tune *et al.*³⁴

DELIRIUM: DIAGNOSI E SCREENING (3)

Confusion Assessment Method Diagnostic Algorithm (CAM)

- 1. Insorgenza acuta e andamento fluttuante:** *0 = no 1 = sì*
- 2. Deficit dell'attenzione:** paziente facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso? *0 = no 1 = sì*
- 3. Disorganizzazione del pensiero:** pensiero disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico? *0 = no 1 = sì*
- 4. Alterazione del livello di coscienza:** *0 = vigile 1 = iperallerta, letargia, stupor, coma*

La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2 e alternativamente 3 o 4.

DELIRIUM: DIAGNOSI E SCREENING (4)

4 AT TEST screening tool for delirium: validata su popolazione geriatrica ospedalizzata; permette utilizzo interdisciplinare

>4 delirium

4-AT

Il 4AT è uno strumento di screening ideato per un assessment rapido del deficit cognitivo e del delirium. Uno score >4 è indicativo di delirium ancorché non diagnostico: una valutazione più dettagliata dello stato mentale può essere richiesta per ottenere la diagnosi. Uno score compreso tra 1 e 3 suggerisce la presenza di deficit cognitivo e richiede che vi sia una valutazione anamnestica (con un caregiver) e testistica più dettagliata.

Istruzioni: Gli items 1-3 sono valutati sulla base dell'osservazione del paziente al momento dell'assessment, mentre l'item 4 richiede informazioni da una o più sorgenti (ad es. altri membri dello staff, relazioni del medico di famiglia, caregivers, etc).

1 – Allerta: Riguarda pazienti che possono essere considerati in stato soporoso (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 e l'indirizzo della propria abitazione per valutare il livello di collaborazione.

Note: un alterato stato di allerta è fortemente suggestivo per delirium. Se il paziente mostra variazioni notevoli dell'allerta durante la valutazione, cerchiare lo score 4.

- 0 Normale (completamente attento ma non agitato durante tutta la valutazione)
- 0 Moderata sonnolenza per meno di 10 secondi dopo il risveglio, poi normale
- 4 Livello di attenzione evidentemente anomalo

2 – AMT4: Chiedere età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale e dell'edificio), anno corrente.

- 0 Nessun errore
- 1 Un errore
- 2 Due o più errori

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

- 0 Nomina correttamente 7 mesi o più
- 1 Inizia ma riporta < 7 mesi/ rifiuta di iniziare
- 2 Non testabile (non può iniziare perché soporoso o troppo compromesso)

4 – Cambiamento acuto o decorso fluttuante: Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un andamento fluttuante nei seguenti domini: attenzione, comprensione o altre funzioni mentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) che sono comparse nelle ultime 2 settimane e che sono ancora presenti nelle ultime 24 ore.

Note: una fluttuazione dello stato cognitivo può avvenire anche in assenza di delirium nei pazienti affetti da demenza, ma una fluttuazione marcata generalmente indica delirium. Per elicitarne la presenza di allucinazioni o sintomi psicotici porre al paziente domande tipo "E' preoccupato/a di qualcosa in questo momento? / Si sente spaventato da qualcosa o qualcuno? / Ha sentito/visto qualcosa di strano qui?".

Generalmente i sintomi psicotici in ambiente ospedaliero riflettono più frequentemente delirium che non una patologia psichiatrica funzionale (come la schizofrenia).

- 0 No
- 4 Si

4-AT Score (somma dei punteggi degli item 1-4): _____

4 o più: possibile delirium +/- deterioramento cognitivo

1-3: possibile deterioramento cognitivo

0: improbabile il delirium e/o deterioramento cognitivo (ma il delirium può essere presente se il punto 4 è incompleto)

DELIRIUM: DIAGNOSI E SCREENING (5)

RAAS

Box 4 Richmond Agitation-Sedation Scale.

Score	Term	Description
+4	Combative	Overtly combative or violent; immediate danger to staff
+3	Very agitated	Pulls or removes tube(s) or catheter(s) or has aggressive behaviour towards staff
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movement or patient-ventilator dyssynchrony
+1	Restless	Anxious or apprehensive but movements not aggressive or vigorous
0	Alert and calm	
-1	Drowsy	Not fully alert, but has sustained (more than 10 seconds) awakening, with eye contact, to voice
-2	Light sedation	Briefly (less than 10 seconds) awakens with eye contact to voice
-3	Moderate sedation	Any movement (but no eye contact) to voice
-4	Deep sedation	No response to voice, but any movement to physical stimulation
-5	Unarousable	No response to voice or physical stimulation

DELIRIUM: PREVENZIONE E TERAPIA (1)

- Primo approccio:
prevenzione non farmacologica (interventi organizzativi, su orientamento e «ansiolitici»)

	<p>adeguata ossigenazione e pressione sanguigna gestione delle infezioni/dolore incrementare le attività riducendo i periodi di immobilità.</p>
COMUNICAZIONE	<p>Uso di un eloquio semplice, immediato con parole scandite bene e lentamente, esposto con voce modulata alzando il tono ove ci sia ipoacusia. Mai urlare. chiamare il paziente con il nome che preferisce, ripetere le domande e attendere con pazienza la risposta, dire al paziente ciò che si vuole sia o non sia fatto, ascoltare il paziente, osservarne il comportamento e cercare di leggerne i messaggi emozionali, usare il non verbale.</p>
AMBIENTE	<p>orientare il paziente fornendo informazioni sulla cadenza delle attività giornaliere, ripetere le informazioni se il paziente è confuso, fornire spiegazioni sui presidi usati, sulla loro funzione e sulle misure di sicurezza per non alterarli e rimozione appena possibile uso di calendari e orologi evitare cambiamenti di stanza, specie di notte, e mantenere in stanze singole i pazienti deliranti agitati, creare un ambiente libero da rischi ridurre/evitare ove possibile i sistemi di contenzione mantenendo un parente vicino al paziente.</p>
SUONO E LUCI	<p>Mantenere un ambiente sereno, con luci <i>soft</i> e indirette senza fonti di rumore. Supporti visivi/uditivi per pazienti con limitazioni sensoriali Uso di luci notturne Musica</p>
PSICOSOCIALE	<p>Incoraggiare comportamenti di autonomia nella cura di sé e sopperire ove il paziente non riesce o non si sente di provare</p>
INTERAZIONE SOCIALE	<p>Incoraggiare le visite dei familiari/amici regolandone però il numero e la lunghezza della permanenza Evitare l'isolamento sociale con fisioterapia e terapia occupazionale</p>
ALTRI INTERVENTI	<p>Consulto con infermieri specializzati in psichiatria o geriatria se il paziente presenta comportamenti particolarmente distruttivi, psicosi o sintomi che non migliorano in 48 ore Rassicurare il paziente durante gli episodi di confusione/delirium Impegnare i pazienti in attività che ne limitano l'ansia Limitare pensiero e riferimenti astratti mantenendosi sul concreto.</p>
INTERVENTI PER LA GESTIONE DI COMPORTAMENTI DISTRUTTIVI NELLA FASE ACUTA	<p>Supervisione continua Distrarre il paziente Rimproveri verbali Isolamento Ignorare il paziente rinforzi positivi per comportamenti desiderati, rimozione dei rinforzi se comportamenti indesiderati limitare le attività del paziente restrizione farmacologica/fisica come ultima possibilità</p>
INTERVENTI PER LA LIMITAZIONE DEI COMPORTAMENTI DISTRUTTIVI NELLA FASE ACUTA	<p>usare diversivi per distrarre il paziente dai comportamenti distruttivi che sta mettendo in atto, dividere le attività in piccole tappe in ordine di semplicità determinare ciò che causa tali comportamenti e cercare di prevenirli</p>
FARMACI	<p>limitare l'uso in fase acuta e negli stati con comportamenti distruttivi somministrazione regolare nei dosaggi più bassi monitorare eventuali effetti avversi e reazioni paradosse trattamento del dolore</p>

DELIRIUM: PREVENZIONE E TERAPIA (2)

- **Secondo approccio:**
interventi clinici (revisione farmacologica per carico anticolinergico, gestione di ipossia, ipo-ipertensione, anemie, aritmie, idratazione, apporto alimentare, regolarità alvo, riabilitazione)

Table 5 Drugs that may cause delirium

Drugs with high anticholinergic activity	Other drugs associated with delirium	Over the counter drugs
Cimetidine	Benzodiazepines	Diphenhydramine (eg, Benylin)
Prednisolone	Narcotics	Tripolidine (eg, Actifed)
Theophylline	Antiparkinsonian agents (eg, L-dopa)	Chlorpheniramine (eg, Piriton)
Tricyclic antidepressants (eg, amitriptyline)	Non-steroidal anti-inflammatory drugs	Promethazine (eg, Night Nurse, Phenergan)
Digoxin	Laxatives	Anti-diarrhoeal agents (containing belladonna)
Nifedipine	Antibiotics	Irritable bowel syndrome treatments with hyoscine (eg, Buscopan)
Antipsychotics (eg, chlorpromazine)	Haloperidol	
Furosemide		
Ranitidine		
Isosorbide dinitrate		
Warfarin		
Dipyridamole		
Codeine		
Dyazide (triamterene with thiazide)		
Captopril		

Adapted from Mintzer and Burns³³ and Tune *et al.*³⁴

DELIRIUM: PREVENZIONE E TERAPIA (3)

Acronimi per ricordare le cause di delirium :
VINDICATE o DELIRIUMS

Vascular

Infections

Nutrition

Drugs

Injury

Cardiac

Autoimmune

Tumors

Endocrine

Drugs

Eyes/ears

Low oxygen

Infection

Retention of urine or stools/restaints

Ictal

Undernutrition

Metabolic

Subdural/Sleep deprivation

DELIRIUM: PREVENZIONE E TERAPIA (4)

- **Terzo**
approccio
trattamento
farmacologico (solo
per forme
ipercinetiche,
nessuna evidence-
based medicine);
necessario
controllo QTc
all'ECG.

Antipsicotici -> prima scelta, efficaci su intensità e durata, non sulla
eziopatogenesi. In particolare :

- **Aloperidolo**: 1 mg ogni 4 ore (po, im) fino a 6 volte/die.

- **Risperidone**: 0.25-1 mg po fino a 4 mg/die (< effetti collaterali)

- **Quetiapina**: 25-200 mg/die (ipotensione, sedazione, gastrointestinali,
tachiaritmia, ritenzione urinaria, allungamento QTc)

- **Olanzapina**: 5-20 mg/die

Aripiprazolo: fino a 30 mg/die (in genere 10 mg/die per os o 7.5 mg im), efficace
come aloperidolo, ma con meno effetti collaterali (2)

(1) "Pharmacologic prevention and treatment of delirium in critically ill and non-critically ill hospitalised patients: a review of data from prospective, randomised studies" Devlin JW, Al-Qadheer NS, Skrobik Y. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2012 Sep;26(3):289-309. doi: 10.1016/j.bpa.2012.07.005.

(2) "An open trial of aripiprazole for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients". Boettger S, Breitbart W. Palliat Support Care. 2011 Dec;9(4):351-7. doi: 10.1017/S1478951511000368.

DELIRIUM: PREVENZIONE E TERAPIA (5)

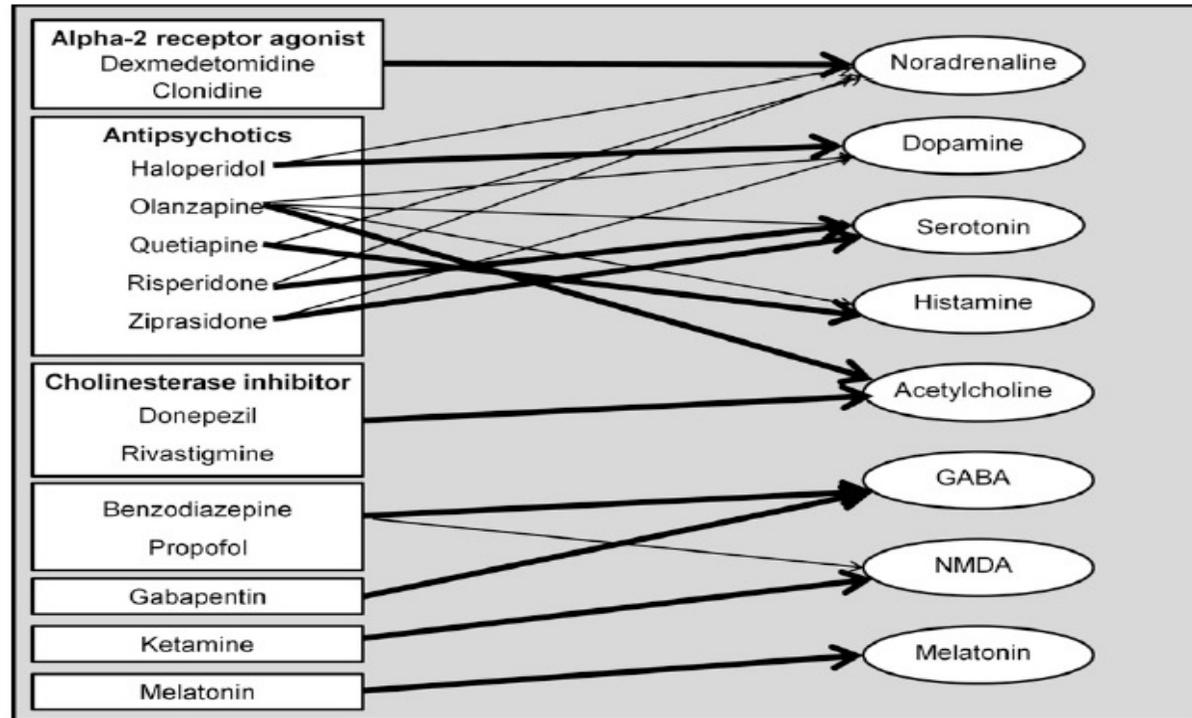


Fig. 1. Pharmacology of medications investigated for either the prevention or treatment of delirium in randomised controlled studies involving acutely ill intensive care unit (ICU) or non-ICU patients. Thicker lines represents the primary mechanism by which each medication exerts its pharmacologic effect; thinner lines represent secondary mechanisms by which a medication may exert its pharmacologic effect. NMDA = N-methyl-D-aspartate; GABA = gamma-amino-butyric-acid.

"Pharmacologic prevention and treatment of delirium in critically ill and non-critically ill hospitalised patients: a review of data from prospective, randomised studies" Devlin JW, Al-Qadheh NS, Skrobik Y. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2012 Sep;26(3):289-309. doi: 10.1016/j.bpa.2012.07.005.

DELIRIUM: PREVENZIONE E TERAPIA (6)

"Off-label":

- Terzo approccio trattamento farmacologico

(solo per forme ipercinetiche, nessuna evidence-based medicine); necessario controllo QTc all'ECG.

- **Trazodone**: da 10 a 25 gtt fino a 2-3 volte al giorno o ½ fiala im ripetibile dopo 4 ore (1)

Altri farmaci:

- **Melatonina**: 0.5 mg, fino ad un massimo di 3 mg, anche ev riduce agitazione ed inversione ritmo sonno veglia (2)

- **Ramelteon** (agonista recettore melatonina): 8 mg/die (3)

- **Dexmedetomidina** (agonista recettore alfa-2 adrenergico): in chirurgia/ICU minor incidenza e durata di delirium a 0.1-0.7 gamma/kg/h, fino all'estubazione. (4)

(1) "Pharmacotherapy for elderly patients with delirium in a general ward setting: A retrospective study". Ohsako N, Asian J Psychiatr. 2022 Apr;70:103024. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103024. Epub 2022 Feb 13.

(2) "Pharmacologic prevention and treatment of delirium in critically ill and non-critically ill hospitalised patients: a review of data from prospective, randomised studies" Devlin JW, Al-Qadheer NS, Skrobik Y. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2012 Sep;26(3):289-309. doi: 10.1016/j.bpa.2012.07.005.

(3) "Pharmacological Prevention of Postoperative Delirium in Adults: A Review of Recent Literature" Nathan C White. 2024 Oct 7. doi: 10.1007/s11910-024-01385-4.

(4) "Impact of Dexmedetomidine on Hemodynamics, Plasma Catecholamine Levels, and Delirium Incidence Among Intubated Patients in the ICU--A Randomized Controlled Trial". Qiao L, Wang Z, Shen J, Xing X, Yuan H. Ther Clin Risk Manag. 2024 Sep 30;20:689-700. doi: 10.2147/TCRM.S471229. eCollection 2024.

DELIRIUM: PREVENZIONE E TERAPIA (7)

DA EVITARE:

- **Promazina**: effetto sedativo, ma con numerosi E.C. (parkinsonismo, disfagia reversibile, discinesie tardive, effetto anticolinergico)
- **Benzodiazepine**: **PROSCRITTE** sia in monoterapia che in associazione con antipsicotici (effetti indesiderati: sedazione, disinibizione, amnesia, atassia, depressione respiratoria, dipendenza fisica, insonnia, effetti da sospensione, confusione, cadute, effetti paradossi)
- **Inibitori acetilcolinesterasi** (donepezil, rivastigmina, galantamina): effetti indesiderati: bradicardia, nausea, vomito, salivazione, ipersecrezione acida; aumentano durata ed incidenza del delirium
- **Mezzi di contenzione**: aumentano durata ed incidenza del delirium, ultima spiaggia in caso di incolumità del paziente e tutela dei presidi a rischio

LA REALTA' DELLA MEDICINA INTERNA 1- ASL2 SAVONESE, OSPEDALE SAN PAOLO

DIMI

UTIM

Project Work Medicina Interna 1 Anno 2024

Obiettivi:

- Identificare i pazienti deliranti attraverso la scala di screening prescelta
- Adottare indicazioni specifiche per la gestione dei pazienti affetti da delirium presso le degenze DIMI e UTIM
- Migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre le complicanze legate alla patologia.
- Monitorare l'efficacia delle azioni nel gestire tempestivamente il delirium e fornire un trattamento appropriato ai pazienti.

Indicatore di Performance:

- Valutare con la scala 4AT pre-post trattamento (farmacologico e non farmacologico) i pazienti che manifestano delirium nelle degenze DIMI e UTIM, per monitorare l'efficacia degli interventi nell'arco di 48 ore dalla manifestazione del disturbo.

Programmazione:

- Dal 15 di giugno fino al 15 novembre, è stata avviata la somministrazione della scala 4AT a tutti i pazienti di età >65 anni ricoverati nei reparti DIMI e UTIM.
- I risultati della scala 4AT sono stati inseriti nell'epicrisi infermieristica del Sistema informatico Onesys.
- Per dare traccia degli interventi infermieristici, a partire dalla diagnosi infermieristiche del Carpenito, è stata progettata una scheda con i principali interventi da effettuare in caso di pazienti positivi alla scala 4AT.

Perché la scelta della 4AT?

4AT è uno strumento di screening sensibile e specifico per il delirio nei pazienti anziani.

1. Attivazione: Valuta il livello di allerta del paziente.

2. AMT4 (Test Mentale Abbreviato - 4): Test cognitivo che valuta l'orientamento.

3. Attenzione: Testa l'attenzione attraverso la ripetizione dei mesi dell'anno al contrario

4. Cambiamento Acuto o Decorso Fluttuante: Valuta la presenza di cambiamenti acuti nel corso del disturbo



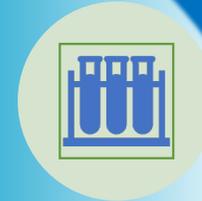
PERCHÉ UTILIZZARE IL 4AT?



- SEMPLICE E BREVE: COMPLETA IN MENO DI 2 MINUTI.



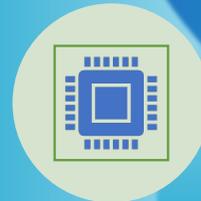
- NESSUNA FORMAZIONE SPECIALE: NON RICHIEDE FORMAZIONE SPECIFICA PER L'UTILIZZO.



- TEST COGNITIVO INTEGRATO: INCLUDE TEST COGNITIVI INCORPORATI.



- ELEVATA SENSIBILITÀ E SPECIFICITÀ: ALTAMENTE ACCURATO NELLA RILEVAZIONE DEL DELIRIO.



- UTILIZZO GLOBALE: È UNO DEGLI STRUMENTI PIÙ UTILIZZATI A LIVELLO INTERNAZIONALE.



- VALIDATO: È STATO VALIDATO IN OLTRE 27 STUDI DI ACCURATEZZA DIAGNOSTICA CON OLTRE 5000 PAZIENTI.



Test per la valutazione del delirium & del deficit cognitivo

Nome del paziente: _____ (etichetta)
Data di nascita: _____
Numero: _____
Data: _____ ora: _____
Valutatore: _____

Cerchiare la risposta corretta

[1] VIGILANZA

Valuta lo stato di vigilanza del paziente (dal sopore, caratterizzato ad esempio da difficoltà a risvegliarsi o addormenti durante l'esecuzione del test, all'agitazione /iperattività). Osservare il paziente. Se dorme, provare a risvegliarlo, richiamandolo, o con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere al paziente di ripetere il proprio nome e l'indirizzo della propria abitazione.

Normale (completamente vigile, non agitato durante tutta la valutazione)	0
Moderata sonnolenza per <10 secondi dopo il risveglio, poi normale	0
Chiaramente anomala (iperattivo, agitato o marcatamente soporoso)	4

[2] AMT4

Età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale e dell'edificio), anno corrente.

Nessun errore	0
1 errore	1
≥2 errori/ instabile	2

[3] ATTENZIONE

Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre"

Per aiutare la comprensione della domanda, è consentito inizialmente questo suggerimento: "qual è il mese prima di dicembre?"

Mesi dell'anno a ritroso	è in grado di ripetere senza errori ≥7 mesi	0
	Inizia ma riporta < 7 mesi/ rifiuta di iniziare	1
	test non effettuabile (paziente indisposto, assennato o disattento)	2

[4] CAMBIAMENTO ACUTO O DECORSO FLUTTUANTE

Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un decorso fluttuante relativamente all'attenzione, alla comprensione o altre funzioni cognitive-comportamentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) con esordio nelle ultime 2 settimane e ancora presenti nelle ultime 24 ore

No	0
Si	4

≥4: possibile delirium +/- deficit cognitivo
1-3: possibile deficit cognitivo
0: delirium o deficit cognitivo severo improbabile (ma il delirium potrebbe essere possibile se l'item [4] è incompleto)

Punteggio 4AT

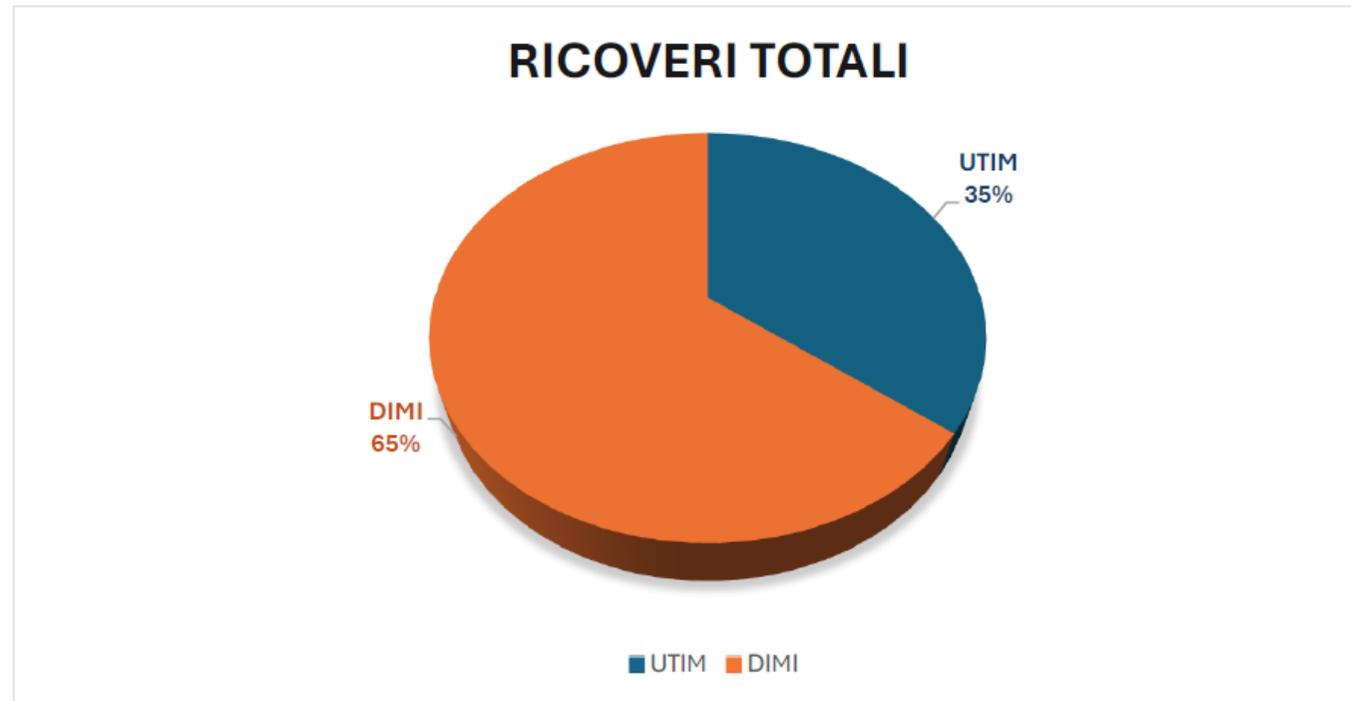
Come si Effettua lo Scoring del 4AT?

- Uno score di 4 o superiore suggerisce la presenza di delirio, ma la diagnosi è basata sulla valutazione clinica.
- Uno score di 1-3 indica un'alterazione cognitiva e può richiedere test cognitivi più dettagliati.
- Uno score di 0 non esclude definitivamente il delirio o l'alterazione cognitiva e può richiedere ulteriori valutazioni.



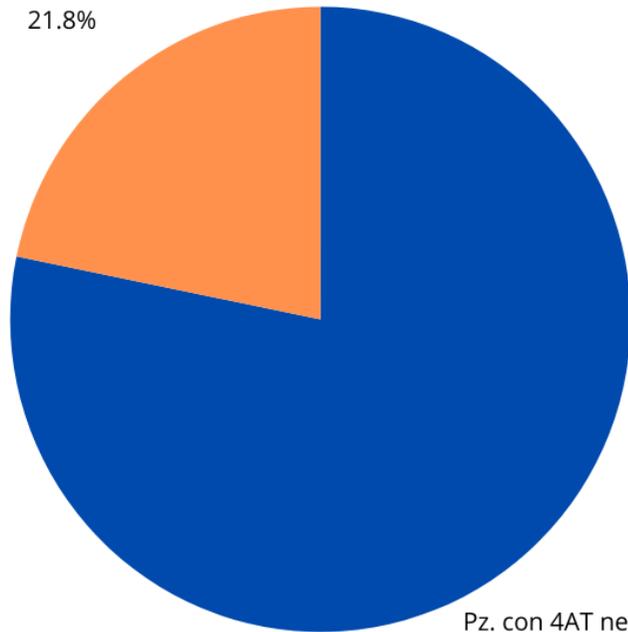
Grafico 1: Ricoveri complessivi DIMI e UTIM tra il 15 giugno e il 15 novembre 2024

Numero ricoveri
totali: 921
Ricoveri DIMI: 595
Ricoveri UTIM: 326



UTIM

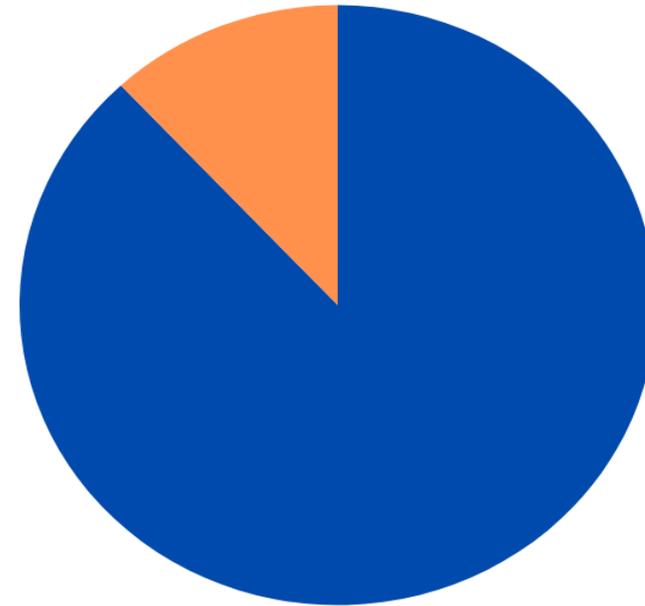
Pz. con 4AT positiva
21.8%



Pz. con 4AT negativa
78.2%

DIMI

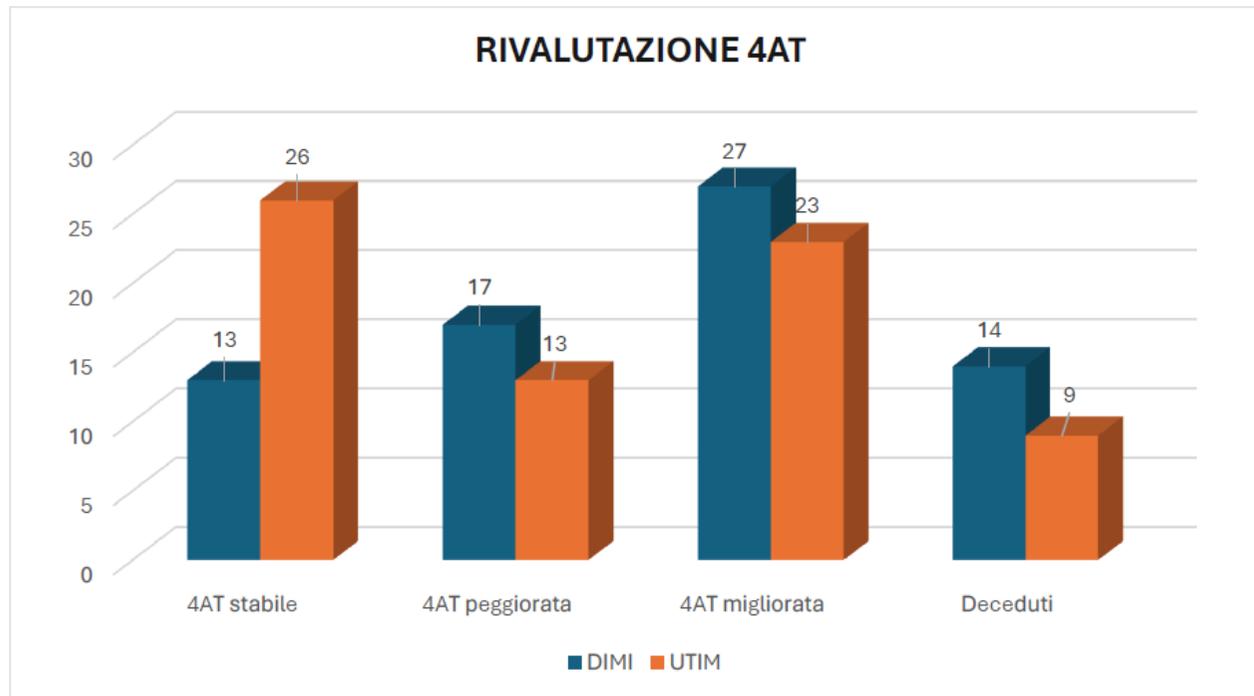
Pz. con 4AT positiva
11.9%



Pz. con 4AT negativa
88.1%

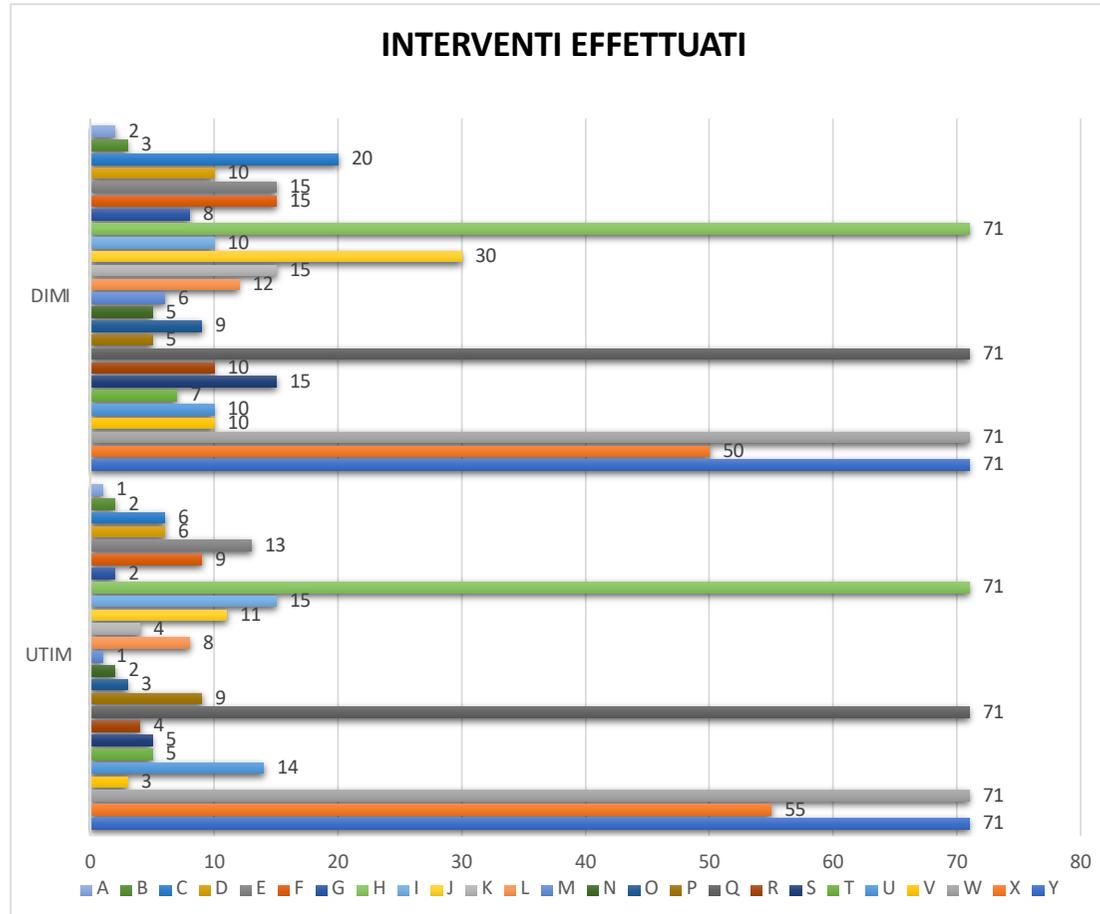


Grafico 1: Rivalutazione 4AT - confronto tra DIMI e UTIM



Interventi infermieristici effettuati

1	<input type="checkbox"/> Monitoraggio condizioni di salute	<input type="checkbox"/> Educazione del paziente e della famiglia su cause, sintomi e prevenzione del delirium	<input type="checkbox"/> Parametri vitali e ODAS
2	<input type="checkbox"/> Valutazione dello stato nutrizionale, idratazione e peso corporeo	<input type="checkbox"/> Supporto alimentare	<input type="checkbox"/> Stimolato ad alimentarsi in autonomia <input type="checkbox"/> Assecondare preferenze alimentari
3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio funzioni eliminatorie	<input type="checkbox"/> Interventi per l'incontinenza adeguati	<input type="checkbox"/> Posizionamento cv se ritenzione urinaria <input type="checkbox"/> Clisma se stipsi <input type="checkbox"/> Rimozione precoce del cv
4	<input type="checkbox"/> Prevenzione delle cadute	<input type="checkbox"/> Esercizi di mobilizzazione	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione precoce e ai pasti <input type="checkbox"/> Attivazione percorso FKT
5	<input type="checkbox"/> Igiene del sonno con ambiente confortevole	<input type="checkbox"/> Mantenere sonno regolare	<input type="checkbox"/> Garantire ritmo sonno-veglia adeguato
6	<input type="checkbox"/> Riorientamento frequente fornendo informazioni su tempo, luogo ed identità	<input type="checkbox"/> Ambiente terapeutico correttamente illuminato e calmo <input type="checkbox"/> Stimolo cognitivo per stimolare la memoria e la cognizione	<input type="checkbox"/> Posizionamento orologio in stanza <input type="checkbox"/> Fornire riviste, giornali, TV
7	<input type="checkbox"/> Supporto emotivo	<input type="checkbox"/> Tecniche di rilassamento	<input type="checkbox"/> Favorire regolari visite dei familiari
8	<input type="checkbox"/> Supporto familiare	<input type="checkbox"/> Comunicazione tra paziente, parenti e team sanitario	<input type="checkbox"/> Contattare familiari in caso di segni di disorientamento
9	<input type="checkbox"/> Supporto psicologico		
10	<input type="checkbox"/> Supporto spirituale	<input type="checkbox"/> Facilitare discussioni sui valori e preferente su cure future	



Ruolo chiave dei parenti/caregiver

- Comunicare immediatamente eventuali cambiamenti nel comportamento del paziente.
- Rimanere vicini al paziente per fornire conforto e sicurezza.
- Utilizzare un tono di voce calmo e rassicurante.
- Mantenere conversazioni semplici e chiare per aiutare il paziente a rimanere orientato.
- Portare oggetti personali come foto o coperte per rendere l'ambiente più familiare.
- Minimizzare rumori e luci forti per evitare di disturbare il paziente.
- Utilizzare calendari, orologi e segnali visivi per aiutare il paziente a orientarsi nel tempo e nello spazio.
- Tenere traccia dei cambiamenti nel comportamento del paziente e informare il personale.
- Collaborare con i medici e gli infermieri per aggiornamenti regolari sullo stato del paziente.
- Aiutare a mantenere una routine giornaliera per i pasti, il sonno e le attività quotidiane.
- Coinvolgere il paziente in attività leggere e conversazioni per stimolare la mente.
- Utilizzare risorse educative offerte dall'ospedale per migliorare la propria comprensione e supporto.

Bibliografia:

<https://rgatoronto.ca/wp-content/uploads/2024/06/Guidance-on-Delirium-Care-for-Caregivers-to-the-Community-16-19-2024.pdf>
<https://www.europeandeliriumassociation.org/>

Struttura Complessa Medicina Interna 1 P.O.
Levante

Direttore F.F.: Lara Rebella
Tel: 019-8404 279
L.rebella@asl2.liguria.it

Struttura Semplice Area Critica
Responsabile: Dr. Nathan Artom

Struttura Semplice Ematologia
Responsabile: Dr.ssa Marina Cavaliere

Direnti medici

Dr. Francesco Artom
Dr. Nathan Artom
Dr. Marcello Brignone
Dr. Luca Brullo
Dr.ssa Marina Cavaliere
Dr.ssa Simona Elba
Dr.ssa Antonella Fiorucci
Dr.ssa Chiara Lagasio
Dr. Lorenzo Manconi
Dr. Gian Luca Michellis
Dr. Luca Paris
Dr.ssa Lara Rebella
Dr.ssa Danila Romero
Dr.ssa Camilla Scarai
Dr. Rodolfo Tassarà
Dr.ssa Claudia Venturino

Coord. Infermieristico UTIM
Dr.ssa Cristina Bruzzone
019-840 469

Coord. Infermieristico DIMI e DH
Dr.ssa Anna Telassano
019-840 698

Degenza UTIM
Tel. 019-8404 467/465/247
Degenza DIMI
Tel. 019-8404 231/232/233
Day Hospital ed Ematologia
Tel. 019-8404 551
Ecodiagnosi ed Ambulatori
Tel. 019-8404 766

Segreteria amministrativa
Sig.re Rita Melo de Souza Tel: 019 -8404 584
Prosezione di ricovero
Sig.re Paola Masobrio Tel. 019 -8404 720
Sig.re Marzia Dagnino Tel. 019 -8404 720

E-mail: medicina1_sv@asl2.liguria.it



S.C. Medicina Interna 1 ed Ematologia P.O.
Levante
Direttore F.F.
Dott.ssa Lara Rebella

Brochure informativa per famigliari e
caregiver

Gestione del paziente con Delirium

Che cos'è il delirium?
Cambiamento acuto delle funzioni cognitive e del livello di coscienza.
Tra il 15% e il 50% degli anziani sviluppa un episodio di delirium durante il ricovero.

Fattori predisponenti

- Età maggiore di 65 anni
- Decadimento cognitivo
- Infezioni
- Squilibri elettrolitici e metabolici
- Polifarmacologia
- Deprivazione del sonno
- Deprivazione sensoriale
- Dolore
- Ambiente estraneo
- Assenza di persone di riferimento
- Ricovero in terapia intensiva
- Procedure invasive
- Stipsi o globo vescicale
- Restrizioni fisiche

Sintomi del Delirium

- Confusione e disorientamento
- Difficoltà a concentrarsi
- Perdita di memoria a breve termine
- Comportamenti irregolari o agitazioni
- Cambiamenti nel ciclo sonno-veglia
- Allucinazioni
- Aggressività
- Iperattività del linguaggio
- Rallentamento motorio
- Letargia
- Diminuzione della reattività
- Ansia



Quali possono essere le conseguenze del Delirium?

Il delirium può avere gravi conseguenze durante il ricovero ospedaliero, come un aumento del rischio di cadute, la comparsa di lesioni da decubito e un prolungamento della degenza. Riconoscere tempestivamente i segni del delirium nelle persone a rischio permette di adottare strategie di prevenzione e trattamenti non farmacologici, riducendo così la possibilità di complicazioni.

Grazie per l'attenzione

