



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

Identificazione e trattamento
del
Delirium

Rev. 0/0

Data 22/01/2024

Pagina 1 di 13

SOMMARIO

Sommario.....	0011	Pag.1
Elenco firme redattori		pag. 2
Premessa		pag.3
1. Introduzione.....		pag.4-6
2. Scopo/Obiettivi.....		pag.6
3. Campo di Applicazione.....		pag.7
4. Modifiche alle revisioni precedenti.....		pag.7
5. Definizioni.....		pag.7
6. Descrizione delle attività.....		pag.7-10
7. Matrice delle responsabilità		pag.11
8. Diagramma di flusso.....		pag.12
9. Indicatori.....		pag.13
10. Riferimenti/Allegati.....		pag.13
11. Lista di Distribuzione.....		pag.13

Redazione:

U.O.C. Neurochirurgia: Dott. G. Tringali
U.O.C. Anestesia e Rianimazione: Dott. V. Mazzaresse
U.O.C. PS- MCAU: Dott. F. Quartetti
U.O.C. Medicina IGR: Dott. A. Busardò

Revisione: U.O.S. Qualità e Rischio Clinico: Dott.ssa Filomena Randazzo

Verifica: Resp. UOS Qualità e Rischio Clinico: Dott.ssa Maria Grazia Laura Marsala

Approvazione: Direttore Sanitario Aziendale: Dr. Gaetano Buccheri



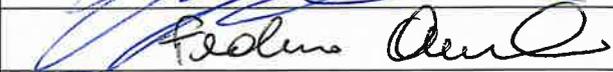
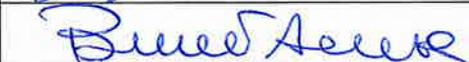
Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alto Specializzazione

Identificazione e trattamento
del
Delirium

Rev. 0/0

Data 22/01/2024

Pagina 2 di 13

Elenco Redattori	Elenco Firme
Dott. Giovanni Tringali	
Dott. Vincenzo Mazzaresè	
Dott. F. Quartetti	
Dott.ssa A. Busardò	



Premessa

Il delirium è caratterizzato da fluttuazione acuta delle capacità cognitive è una sindrome comune e grave in particolare nell'anziano. La sindrome delirium può essere definita come insufficienza cerebrale acuta associata a disfunzione autonoma, motoria e insufficienza omeostatica. E' complessa e spesso multifattoriale e per tanto continua ad essere sottodiagnosticata e gestita in maniera inadeguata, con significative conseguenze in termini di outcome clinici ed economici. La mortalità, nei pazienti che manifestano delirium, si aggira intorno a 25-33% in fase acuta ed è simile a quella associata a infarto miocardico e sepsi fino al 25% dei paziente anziani ospedalizzati che presentano delirium muoiono entro 3-4 mesi dalla diagnosi. Da tenere presente che parte della mortalità descritta è associata alla patologia di base del paziente ma è certamente più alta in presenza di delirium, in parte per le complicanze dirette. E' evidente come il delirium sia diventato un marker di fragilità, di gravità di malattia, mortalità, tempo di ospedalizzazione e pertanto ha conquistato anche il ruolo di red alert nella gestione del paziente. Ad oggi il delirium viene utilizzato come ulteriore indicatore di necessità di modifiche terapeutiche o di successo terapeutico.

E' una patologia che interessa fino al 40-45% dei pazienti ospedalizzati e necessita di una particolare attenzione in quanto la sua comparsa è indice di una prognosi peggiore. I pazienti che sviluppano delirium, infatti, presentano un rischio dieci volte maggiore di morte sia durante l'episodio di ricovero che a 6 mesi (35 - 40%), cinque volte maggiore di complicanze nosocomiali, un elevato ricorso alla istituzionalizzazione a 6 mesi (47% versus 18%) un prolungamento dei tempi di degenza (21 giorni versus 9 giorni) rispetto ai pazienti che non lo sviluppano. Per quanto concerne la terapia, l'intervento farmacologico non ha dimostrato efficacia evidente, né come terapia risolutiva. Inoltre anche quando riconosciuto precocemente e gestito in maniera appropriata l'insorgenza di delirium è associata ad un'incrementata mortalità nell'anziano fragile comorbido. Questo dato può essere utilizzato come indicatore di paziente con necessità di elevato numero di risorse, infermieristiche, socio-sanitarie e di personale dedicato, di competenze internistiche appropriate e expertise. Il delirium è inoltre associato a:

- Incrementato rischio di sviluppare complicanze quali infezioni ospedaliere, ulcere da pressione, incontinenza e cadute
- Scarso recupero fisico e cognitivo a 6-12 mesi con score più bassi al Mini Mental State Examination (MMSE) alla dimissione rispetto ai controlli. Dato associato a incrementata necessità di percorso riabilitativo post-dimissione e ridotta indipendenza nelle ADL e IADL con conseguente necessità aumentate socio-assistenziali.
- Incrementato rischio di ricorrere a strutture residenziali
- Incremento di rischio di sviluppare demenza.

Il delirium, specialmente nell'anziano, può essere il primo sintomo riconosciuto dal care-giver e spesso può essere l'unico motivo che porta la famiglia a proporre l'accesso al pronto soccorso. Inoltre, dato il carattere inizialmente sfumato e la più elevata incidenza in pazienti affetti da decadimento cognitivo, è frequente un accesso al sistema sanitario ritardato rispetto al timing di insorgenza del sintomo. I dati epidemiologici sul delirium riguardano prevalentemente la popolazione ospedalizzata e mostrano che si manifesta nel 10 - 15% dei pazienti operati (in particolare in quelli sottoposti ad intervento per frattura di femore la probabilità di delirium sarebbe stimata del 40 - 55%), sino a raggiungere percentuali del 70 - 80% in ambiente intensivo.



1. Introduzione

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) definisce il delirium come un disturbo dell'attenzione che è accompagnato da un cambiamento nella cognitiv  reversibile perch  rimossa la causa viene meno, e che non pu  essere altrimenti spiegato come disturbo associato a demenza o all'evoluzione della stessa, pu  interessare tutte le et  anche se frequente negli anziani con polipatologia. Ha insorgenza acuta, un decorso fluttuante e nella maggior parte dei casi di breve durata (ore o giorni). E' caratterizzato da incapacit  a mantenere l'attenzione, alterazione dello stato di coscienza, distraibilit  e alterazione delle competenze cognitive*. Esistono tre categorie di delirium in relazione allo stato psicomotorio: 1. delirium ipercinetico (25%) il soggetto si presenta agitato, confuso, talvolta aggressivo e spesso presenta allucinazioni visive ed uditive, 2. delirium ipocinetico (25%) il soggetto si presenta apatico e letargico, questo sottodiagnosticato da un ambiente particolarmente impegnato, per esempio il pronto soccorso, comportando un tasso maggiore di complicanze. 3. delirium misto (50%) si manifesta con alternanza di entrambi i quadri descritti. Si sottolinea come pi  facilmente vengano colti, in particolare dal personale infermieristico che   pi  a contatto con il paziente, i sintomi del delirium ipercinetico rispetto a quello ipocinetico, che attira in minor misura l'attenzione del personale sanitario per la minore problematicit  di gestione e statisticamente   associato ad un maggiore uso di benzodiazepine.

Il delirium   una sindrome multifattoriale che deriva dall'interazione complessa tra i fattori connessi all'ospedalizzazione (fattori precipitanti) e/o la vulnerabilit  basale pre-ospedalizzazione dell'individuo (fattori predisponenti). I fattori di rischio pi  rilevanti sono fragilit , polifarmacoterapia, comorbidit , ridotta autonomia, decadimento cognitivo o demenza pre-esistente, pregressi episodi di delirium. L'ospedalizzazione   di per s  un elemento che pu  generare perdita di orientamento e confusione in paziente vulnerabile portandolo a delirium, tipicamente ipercinetico, e aumento del rischio di cadute.

La tabella sotto riportata sintetizza i fattori precedentemente enunciati:

FATTORI PREDISPONENTI	FATTORI PRECIPITANTI
<ul style="list-style-type: none">et� avanzatadeficit cognitivoDemenza → Delirium sovrappostogravit� delle condizioni cliniche indotte da patologia acuta deficit sensorialedisabilit� nelle ADLsexo maschiledepressionealcolismomalnutrizioneFragilit�Comorbidit�Polifarmacoterapia	<ul style="list-style-type: none">dolorecateterismo vescicaleintervento di chirurgia maggioreuso di contenzionemalnutrizionedisidratazioneimmobilit�deprivazione sensorialericovero in UTI → Psicosi da terapia intensivafarmaci psicoattiviipossiaipoglicemiadeprivazione di sonno / alterazione ciclo sonno-vegliaritenzione urinaria

*Peggioramento durante le ore notturne " sundowning".



Il delirium è sempre su base organica oppure legato a tossicità farmacologica e nella maggior parte dei casi multifattoriale e può essere scatenato da diverse altre cause quali:

- **farmaci** con effetto su SNC (per esempio sedativi, narcotici, ipnoinducenti, anticolinergici, oppioidi per recente anestesia per interventi di chirurgia maggiore), più frequentemente per eccessiva carenza colinergica con riduzione del tono para simpatico e innalzamento del tono simpatico.
- **infezioni** → aumento PCR, IL1B, TNF alfa, IL-6
- **alterazioni idro-elettrolitiche e di volemia** (tipicamente disidratazione nell'anziano e alterazioni della natremia)
- **disturbi endocrino metabolici** (Ad esempio: uremia tremore mioclono, encefalopatia epatica, ipoglicemia, iperglicemia, distiroidismo, insufficienza surrenalica),
- **processi intracranici**
- **insufficienza d'organo,**
- **alcool e sindrome da astinenza** assunzione recente di alcool
- **da sostanze sedative,** anche con storia di uso cronico.
- **Anemizzazione acuta** –**ipossia per riduzione del metabolismo ossidativo cerebrale**
- **ipo-ipertermia- ipocalcemia- ipomagnesiemia**
- **Immobilizzazione prolungata**

Fattori di rischio per delirium:

(Wass S, Webster PJ, Nair BR. Delirium in the elderly: a review. Oman Med J. 2008 Jul;23(3):150-7. PMID: 22359704; PMCID: PMC3282320)

Precipitating Factors	
	Prescribed medication and polypharmacy
	Alcohol withdrawal and benzodiazepines
	Sepsis, shock, hypothermia
	Electrolyte disturbance (sodium, calcium, magnesium, phosphate)
	Endocrine disturbance (Blood sugar, thyroid)
	Nutritional deficiencies (thiamine, B12, folate)
	Cardiac, liver or renal failure
	Pulmonary disorders (particularly in the setting of hypoxemia)
	CVA or seizures
	Post surgery, especially cardiac, orthopaedic or with ICU stay
	Falls and fractures
	Anaemia or gastrointestinal bleed
	Pain
	Cancer and terminal illness
	CVA: Cerebrovascular Accident
Non Correctable	
Age	
Male	
Mild Cognitive Impairment, Dementia, Parkinson>s Disease present in >50% of patients. ¹⁹	
Multiple co-morbidities including:	
• Renal and hepatic disease	
• History of CVA	
• History of falls and poor mobility	
• History of prior delirium.	



Correctable

Hearing impairment or visual impairment indicates a threefold risk.²⁰

Malnutrition, dehydration, low albumin. Associated with a twofold risk.²⁰

Social Isolation, sleep deprivation, new environment, moves within the hospital.

Restraints and indwelling catheters

New addition of three or more medications

No time orientation

Smoking

Potentially Correctable

Uraemia, blood urea >10 is an independent risk factor.²¹

Depression

Prolonged hospital stay, increased risk after 9 days.⁵

CVA: Cerebrovascular Accident

2.Scopo /Obiettivi

Scopo:

Scopo della presente procedura è di "sensibilizzare gli operatori sanitari alla necessità di rendere le degenze elderly friendly, e implementare comportamenti che possano proteggere il paziente dal delirium."

Obiettivi:

Identificare i soggetti a rischio, effettuare screening durante la degenza, applicare misure preventive, effettuare una diagnosi precoce e mettere in atto precocemente misure anti-delirium"

- Identificare i paziente a rischio di delirium
- Prevenire il delirium, agendo sui fattori di rischio modificabili correlati al delirium
- Diagnosticare precocemente e trattare adeguatamente il delirium
- prevenire le possibili complicanze



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

Identificazione e trattamento del Delirium

Rev. 0/0

Data 22/01/2024

Pagina 7 di 13

3. Campo di Applicazione

A tutte le UU.OO dell'ARNAS Civico.

4. Modifiche alle revisioni precedenti

Prima stesura

5. Definizioni

Delirium: La versione più recente della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10, ovvero sindromi e disturbi psichici e comportamentali), proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il termine delirium come segue: Stato di confusione mentale, a insorgenza acuta, con decorso fluttuante, di breve durata, dovuto a cause organiche, caratterizzato dalla contemporanea presenza di disturbi dell'attenzione e della coscienza, del pensiero e della memoria, con alterazioni del comportamento psicomotorio, delle emozioni e del ritmo sonnoveglia, mai di durata superiore ai 6 mesi (Fagherazzi, Granziera, & Brugiolo, 2015).

6. Descrizione delle attività

La fase di accertamento diviene fondamentale per riconoscere il delirium e per poterlo gestire in condizioni ottimali. Nel 2013 la Society of Critical Care Medicine raccomanda nelle sue linee guida, la rilevazione e il monitoraggio quotidiano del delirium attraverso uno strumento di screening validato (come ad esempio la CAM o CAM-ICU). Confusion Assessment Method (CAM), e la sua variante per la Terapia intensiva CAM-ICU sono gli strumenti più diffusi. Il CAM tuttavia richiede un training specifico, in assenza del quale la sua affidabilità nella diagnosi di delirium è gravemente insoddisfacente. Per questo motivo proponiamo l'utilizzo del "4AT" che è uno strumento di screening del delirium che si presta, per le sue caratteristiche specifiche, ad essere utilizzato in vari contesti di cura, incluse le unità di geriatria e medicina interna, le chirurgie, le strutture di pronto soccorso/dipartimenti di emergenza e le riabilitazioni. Questo strumento 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.

All'accettazione del paziente infatti, con età >65 anni è di fondamentale importanza eseguire un'attenta valutazione del rischio "Delirium", attraverso un'approccio standardizzato alla diagnosi che prevede 5 step:

1. Valutazione dello stato di vigilanza
2. Valutazione della presenza di disturbi dell'attenzione
3. Valutazione della presenza di disturbi cognitivi
4. Valutazione della presenza di fluttuazione della sintomatologia
5. Ricerca delle cause

Le linee guida della **Society of Critical Care Medicine** raccomandano nei pazienti critici l'attento monitoraggio del dolore per evitare manifestazioni deliranti.



Ogni qualvolta sono identificati pazienti con probabile Delirium, dovrà essere effettuata una diagnosi formale da un medico.

In caso di diagnosi di Delirium, i familiari/care-giver andrebbero invitati a stare con il paziente quando possibile, dovranno essere avvisati e deve essere documentata sulla cartella clinica ed infermieristica del paziente e successivamente riportata sulla relazione di dimissione.

Il delirium è associato a peggioramento della prognosi, in particolare: dal prolungamento della degenza ad un aumento della mortalità. È considerato un fattore predittivo indipendente di esiti come:

- deterioramento cognitivo e funzionale;
- aumento delle cadute;
- aumento delle infezioni;
- aumento delle commorbidità (oltre che della mortalità).

In **Terapia Intensiva** i pazienti che sviluppano Delirium vanno incontro ad un incremento dei tempi di ventilazione e dell'uso di farmaci, a fallimenti di weaning respiratorio, ad un aumento di deficit cognitivi a lungo termine.

Dunque, se non **ricosciuto precocemente** e trattato con efficacia, il **delirium produce** effetti dannosi per i pazienti ma anche demotivanti per infermieri e medici oltre che dispendiosi per il Servizio Sanitario.

Pertanto ogni tipo di trattamento deve prevedere obiettivi precisi. Nel caso del Delirium, gli obiettivi sono principalmente tre:

- 1) Identificare le cause;
- 2) trattare le cause
- 3) fornire terapia di supporto
- 4) prevenire gli infortuni del paziente stesso e di chi gli sta vicino.

In ogni caso e ancor prima di un trattamento farmacologico è indicato mettere in atto principi generali validi per tutti i pazienti con Delirium, qualunque sia la causa sottostante:

Trattamento non farmacologico (ambiente tranquillo, silenzioso, ben illuminato per favorire l'orientamento temporale).

1. Stimolazione cognitiva/riorientamento: musicoterapia, personale dedicato, spazi dedicati, calendari, orologi nelle pareti.
2. Comunicazione adeguata: rassicurare, parlare chiaramente, guardare negli occhi, evitare movimenti bruschi.
3. Coinvolgimento dei familiari
4. Favorire la mobilitazione intesa sia come attivazione precoce di fisioterapia, sia stimolando OSS e infermieri alla mobilitazione per lo meno in poltrona.
5. Ridurre al minimo mezzi di contenzione- da usare se il paziente mette in atto atteggiamenti autolesionistici- ogni 2 ore devono essere allentati – informare i familiari del loro temporaneo utilizzo; e utilizzo di presidi invasivi (catetere vescicale, linee venose).



6. Ridurre i deficit sensoriali: illuminazione adeguata nei tempi appropriati, occhiali (fare indossare gli occhiali da vista), protesi acustica ben posizionata e funzionante.

7. Rispettare e favorire il ritmo sonno-veglia (evitare rumori non necessari, illuminazione di bassa intensità notturna)

8. Stanza adeguata: Le "Delirium Room" consentono di accogliere il paziente insieme al proprio caregiver che può collaborare in maniera continuativa con il personale di assistenza, no spostamenti se possibile, vicino a postazione infermieristica

(Modificato da Inouye, N Engl J Med, 2006 Rosen T e al, Adv Emerg Nurs J, 2015)

Per quanto riguarda la contenzione fisica con spondine, del paziente con Delirium, malgrado il loro frequente utilizzo vi sono dati discordanti relativi all'efficacia nel prevenire le cadute

- Descritti casi di decesso (es. soffocamento), legati ad un utilizzo improprio (eccessiva distanza tra le sbarre, eccessiva distanza tra materasso e spondina)

- Valutare il paziente per stato cognitivo e mobilità:

- E' sempre Sconsigliato l'utilizzo come contenzione in un paziente agitato in grado di scavalcarle

- Inutili nel paziente con delirium ipocinetico confuso non in grado di deambulare da solo

- Evitare utilizzo routinario, cercare alternative! [es. abbassare il letto, trattare il delirium...] Healey F et al., Age Ageing, 2008; Kibayashi K, J Forensic Nurs, 2011

Non ci sono prove convincenti a supporto della validità del trattamento e/o della prevenzione farmacologica del Delirium. Un'oculata riduzione dei farmaci sedativi, un adeguato trattamento della sintomatologia dolorosa e un approccio non farmacologico rappresentano tutt'ora il primo approccio d'intervento.

Spesso nel trattamento farmacologico del Delirium si parla di "contenzione farmacologica" in quanto il farmaco non tratta la causa del Delirium, ma piuttosto tende a sedare le manifestazioni disturbanti.

Trattamento farmacologico

Vanno inseriti nel trattamento farmacologico:

- trattamento del dolore
- mantenere un adeguato supporto d'ossigeno utile in caso di insufficienza respiratoria
- fornire adeguata idratazione e regolare apporto nutritivo



Farmaci utilizzati per il trattamento del Delirium

Antipsicotici tipici

Farmaci essenziali per il trattamento di questo disturbo sono gli antipsicotici tipici che dimostrano efficacia nel delirium iperattivo, ipoattivo e nel miglioramento della cognitiv . Tra essi l'**aloperidolo** rappresenta sicuramente il "**gold standard**", ovvero il trattamento di prima linea. Esso   somministrabile per le principali vie (im/ev/orale) e agisce rapidamente causando pochi effetti collaterali anticolinergici e producendo pochi metaboliti attivi, determinando quindi una bassa probabilit  di causare sedazione e ipotensione. Nell'anziano con agitazione psicomotoria il dosaggio medio   0,25 - 0,50mg ogni 4 ore fino a controllo dei sintomi ipercinetici, va poi ridotto e progressivamente sospeso dopo 36 ore. Ad oggi   il farmaco pi  utilizzato nei pazienti anziani pluripatologici.

Antipsicotici atipici

Risperidone:(cpr 1-2-3-4 mg)   simile all'aloperidolo, ma con meno effetti collaterali. Ha un'efficacia e sicurezza significativamente maggiori rispetto a placebo nel ridurre i sintomi deliranti nei soggetti anziani affetti da demenza. Iniziare con 0,5-1 mg per os e attendere circa 2-4 ore prima di ripetere la dose. Nel paziente anziano con demenza il dosaggio medio efficace che non provoca effetti collaterali   1 mg/die. Nell'anziano demente,   buona regola non superare i 2-3 mg/die.

Quetiapina:(dosaggio medio = 50 mg/die) richiede 12 – 20 giorni per saturare i recettori della dopamina. Pu  esser necessario superare il dosaggio di 100 mg/die ma non vanno raggiunti i 300- 400 mg/die (sono dosaggi per pazienti schizzofrenici). Utile soprattutto per attenuare la severit  del Delirium.

Olanzapina: (dosaggio medio = 2,5 mg/die). Quando si utilizzano neurolettici si pu  incorrere in numerosi effetti collaterali. Il pi  grave   la sindrome maligna da neurolettici, rara, ma gravissima, che comporta rigidit  muscolare e aumento delle CPK, febbre, instabilit  autonoma e leucocitosi; in questi casi il neurolettico va sospeso immediatamente. Un altro evento avverso   l'acatisia, che viene spesso confusa con il Delirium stesso: si tratta di uno stato di severa irrequietezza e iperattivit , che trae giovamento dalla sospensione del farmaco, pi  che dall'aumento del dosaggio.

Risperidone, Quetiapina, Olanzapina, tali farmaci hanno meno effetti extrapiramidali se il paziente anziano   anche demente con disturbo psicotico possono aumentare il rischio di ictus.

Benzodiazepine: sono altamente sconsigliate. Vanno utilizzate soltanto in pazienti in astinenza da benzodiazepine e nell'astinenza da alcool o che abbiano una componente ansiogena.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda Di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

Identificazione e trattamento
del
Delirium

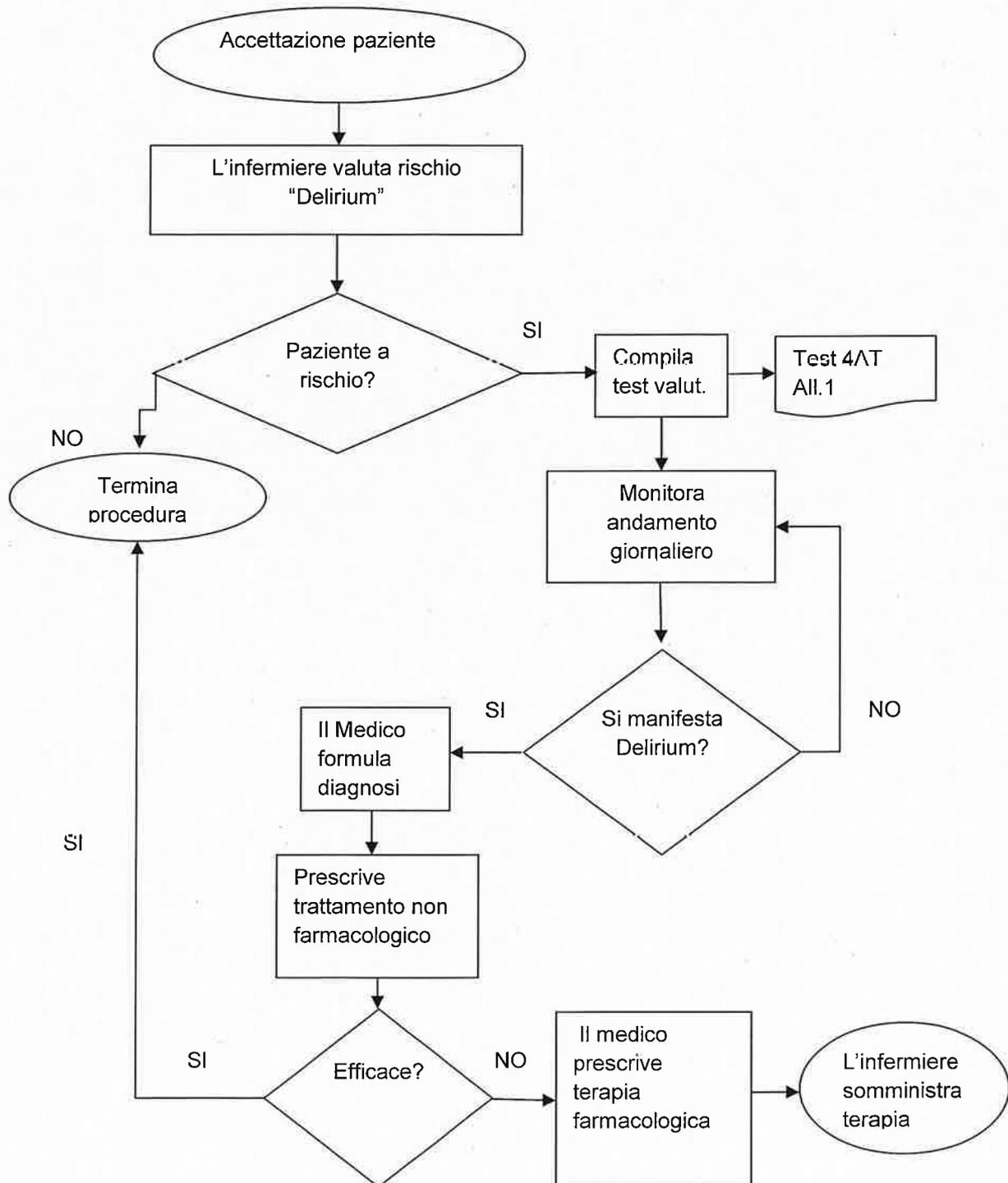
Rev. 0/0
Data 22/01/2024
Pagina 11 di 13

7. Matrice delle responsabilità

Responsabile Attività	Medico	Infermiere	OSS	Coordinatore
Valuta rischio delirium tramite scala 4AT		R		
Formalizza diagnosi	R			
Documenta in cartella clinica	R			
Documenta in cartella infermieristica		R		
Attiva trattamento non farmacologico		R	C	C
Prescrive farmaci	R			
Somministra farmaci		R		



8. Diagramma di flusso





Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Identificazione e trattamento
del
Delirium

Rev. 0/0
Data 22/01/2024
Pagina 13 di 13

9. Indicatori

Numero di pazienti identificati con delirium/trattati X 100

Numero totale ricovero/mese

10. Riferimenti/Allegati

Riferimenti:

1. Risk reduction and management of delirium, SIGN 2019
2. NICE delirium Guideline, 2019
3. C.Fagherazzi, S. Granziera, R. Brugiolo "Delirium in elderly patients admitted to Internal medicine Wards" G. Gerontologia 2015
4. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screen-ing: a study in 234 hospitalised older people. Age ageing 2014;43: 496-502.
5. Riviere J. Et al "Efficacy and Tolerability of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Delirium: A Systematic Review of the Literature" Psychosomatics Jan-Feb 2019;60(1): 18-26. Doi: 10.1016/j.psych.2018.05.011. Epub 2018 May 31
6. N Engl J Med, 2006 Rosen T e al, Adv Emerg Nurs J, 2015
7. Healey F et al., Age Ageing, 2008; Kibayashi K, J Forensic Nurs, 2011 Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. Age Ageing. 2006;35:350-64.
8. **Delirium in the Elderly: A Review.**
Suzanne Wass, 1 Penelope J. Webster, 2 Balakrishnan R. Nair 3
9. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.

Allegati:

All. 1 – Test 4AT "Test per la valutazione del delirium e del deficit cognitivo"

11. Lista di Distribuzione

Il presente documento è rivolto a tutte le UU.OO dell'ARNAS Civico che possono essere impegnate in attività necessarie a garantire la sicurezza dei pazienti affetti da "Delirium".

NB. Il linguaggio del paziente è spesso rallentato, incoerente, inappropriato



Cognome e nome del paziente:-----
 Data di nascita -----
 Numero Cartella Clinica -----
 Data di valutazione: -----ora:-----
 Valutatore -----

Test per la valutazione
 del delirium &
 del deficit cognitivo

1 VIGILANZA

Cerchiare la risposta corretta

Valuta lo stato di vigilanza del paziente (dal sopore, caratterizzato ad esempio da difficoltà a risvegliarsi o addormentarsi 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 vigiie, 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 è il deficit più rilevante

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

NOTE PER L'USO Versione 1.2. Informazioni e download al sito www.the4AT.com

Il 4AT è uno strumento di screening ideato per un assessment rapido del delirium e del deficit cognitivo. Un punteggio >=4, ancorché non diagnostico, suggerisce la presenza di delirium: una valutazione più dettagliata dello stato mentale è richiesta per ottenere la diagnosi. Un punteggio compreso tra 1 e 3 suggerisce deficit cognitivo e impone una valutazione più dettagliata dello stato cognitivo e un colloquio aggiuntivo con il caregiver per indagare lo stato mentale. Un punteggio pari a 0 non esclude in modo categorico la presenza di delirium o deficit cognitivo: una valutazione più dettagliata può essere richiesta in relazione al contest clinico. Gli items 1-3 sono valutati solamente sulla base dell'osservazione del paziente all'atto della valutazione. L'item 4 richiede informazioni da una o più sorgenti (ad es infermieri, altri membri dello staff, medico di famiglia, caregiver, documentazione sanitaria, etc). L'esaminatore deve tenere in conto di eventuali barriere della comunicazione (ipoacusia, afasia, difficoltà linguistiche) nella somministrazione dei test e nell'interpretazione dei risultati. **Vigilanza:** un alterato stato di allerta è molto suggestivo per la presenza di delirium in setting ospedaliero. Se il paziente mostra variazioni notevoli dell'arousal] (vigilanza) durante l'esecuzione del test, il punteggio è 4. **Cambiamento acuto o decorso fluttuante:** 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 elicitare la presenza di allucinazioni o sintomi psicotici pone al paziente domande tipo "è preoccupato/a di qualcosa in questo momento?"; "Si sente spaventato/a 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).