

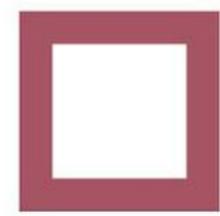


Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

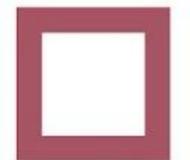


VIII EDIZIONE

RITORNO al FUTURO della **MEDICINA d'URGENZA**

*curiosità, critica e **innovazione***

MILANO
20-21 MARZO
2025





Prevenire e gestire il *delirium* in Pronto Soccorso

"Delirium: un'emergenza sottovalutata nella pratica clinica"

Dott.ssa Daniela Vittone

DiPSA ASL Città di Torino

Introduzione

Il *delirium* è una sindrome neuropsichiatrica grave, caratterizzata da un deficit acuto e fluttuante dell'attenzione in associazione ad altri deficit cognitivi e percettivi.

Secondo il DSM V, per la diagnosi di *delirium* devono essere soddisfatti tutti i seguenti criteri:

- Disturbo dell'attenzione e dello stato di coscienza.
- Disturbo sviluppatosi in un lasso temporale breve (di solito ore o giorni), consistente in un cambiamento rispetto alle condizioni di base del paziente con decorso fluttuante durante la giornata.
- Coesistenza di alterazioni della sfera cognitiva.
- Disturbo non altrimenti spiegabile sulla base di un preesistente disordine neurocognitivo e non contestuale a una severa compromissione del livello di coscienza.

Introduzione

Nella persona anziana l'origine prevalentemente multifattoriale:

- neuroinfiammatoria,
- neuroendocrina,
- neurotrasmettitoriale.



Il *delirium* in Pronto Soccorso

- Nel contesto del pronto soccorso, la prevalenza del *delirium* varia tra il 7% e il 17% negli adulti anziani che vi accedono.
- Colpisce almeno **1 paziente su 10**.
- Le stime potrebbero essere **sottovalutate** a causa:
 - delle forme ipoattive (spesso non riconosciute)
 - della mancata identificazione da parte del personale sanitario.
- Solo il **16-35% dei casi** viene diagnosticato correttamente.



Senza strumenti di monitoraggio validati, il riconoscimento è quasi nullo.

Perché parliamo di Delirium?

- Mortalità intraospedaliera e post dimissione a 30 giorni e a 6 mesi, con tassi che raggiungono il 10-26% a 12 mesi dalla diagnosi.
- Peggioramento della prognosi *quoad valetudinem* e *quoad vitam, quoad functionem*.
- Perdita dell'indipendenza funzionale.
- Peggioramento della demenza.
- Incremento della degenza media.
- Dimissioni inappropriate che comportano riaccesso in pronto soccorso e nuovo ricovero ospedaliero.

È fondamentale migliorare la capacità di riconoscere e gestire il delirium nel contesto del pronto soccorso per garantire una migliore prognosi ai pazienti.



Programma di prevenzione e trattamento del *delirium*

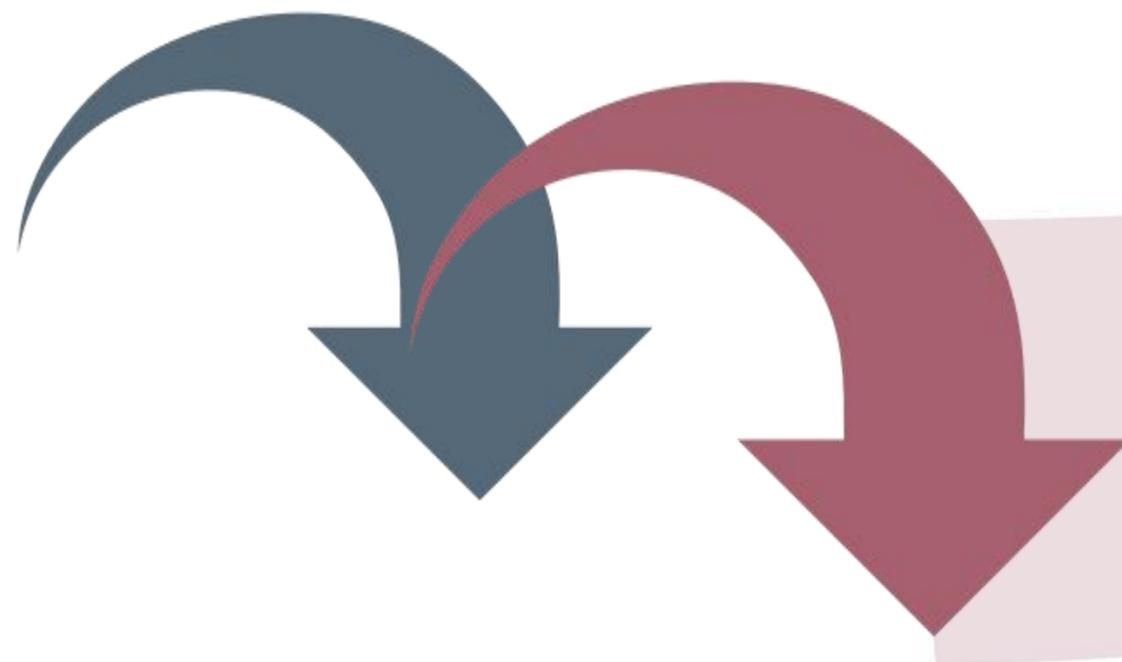
- **Migliora la qualità dell'assistenza.**
- Favorisce un **percorso ospedaliero ottimale** per il paziente.
- **Migliori esiti clinici** per i pazienti.
- **Riduzione dei costi assistenziali.**



Da dove siamo partiti.....



Elevato numero di cadute nei pazienti con *delirium*
Elevato numero di sedazioni farmacologiche
Aumento dei tempi di dimissione per la perdita di autonomia funzionale



- Impatto sulla sicurezza e qualità delle cure
- Trauma e complicanze derivate
- Uso inappropriato di farmaci (eccesso di sedativi o antipsicotici senza indicazione).
- Mancata sospensione di farmaci potenzialmente responsabili del *delirium* (es. benzodiazepine, anticolinergici).



Obiettivo

Costruzione di un percorso diagnostico-terapeutico **condiviso da tutto il personale**

- **Identificare** precocemente i pazienti a rischio di *delirium* e attuare una valutazione sistematica, basata sulle priorità cliniche, per escludere che sia una manifestazione atipica di eventi più gravi.
- Garantire i **fattori protettivi** per prevenirne l'insorgenza.
- Implementare un sistema di **monitoraggio attivo** per migliorare la diagnosi.
- **Strategie di trattamento**, con maggiore investimento su quelle non farmacologiche.



STRATEGIE D'INTERVENTO

- Analisi del *setting* del PS per individuare fattori di rischio specifici.
- Necessario aumentare la sensibilizzazione sul *delirium*.
- Aggiornamenti periodici e linee guida operative.



Programma preventivo

Fattori di rischio



Predisponenti

Scatenanti



Iatrogeni



Identificazione precoce



Test 4aT

Programma di trattamento



Fattori protettivi



caregiver

Mobilizzazione



Ambientali

Fattori predisponenti e scatenanti il *delirium*

Fattori predisponenti	Fattori precipitanti
<p>Età avanzata</p> <p>Declino cognitivo/demenza</p> <p>Depressione</p> <p>Deprivazione sensoriale (uditiva e visiva)</p> <p>Comorbidità (acute/croniche)</p> <p> Abuso etilico</p> <p>Malnutrizione/disidratazione</p> <p>Polifarmacoterapia</p> <p>Alterate capacità funzionali</p>	<ul style="list-style-type: none">- Farmaci (vedere allegato per elenco completo)- Dolore- Anestesia (spinale/generale)- Ipossiemia, infezioni, disionie, anemia- Allettamento- Catetere vescicale- Mezzi di contenzione- Ambiente ospedaliero- Alterazione ritmo sonno/veglia

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

- Abbattimento del ricorso alla cateterizzazione vescicale.
- Riduzione dell'applicazione di presidi (monitor, linee infusionali, accessi venosi, presidi igienici).
- Maggior attenzione alla mobilizzazione precoce.
- Identificazione globo vescicale e sua prevenzione
- Maggior coinvolgimento del *caregiver*.
- Interventi sul *setting* (luci, rumori).
- Aggiornamento protocollo farmacologico (minor ricorso alle benzodiazepine).
- Diagnosi di *delirium* con strumenti validati (test 4aT), riportata in cartella clinica.



Catetere Vesciale a Permanenza- Rischi e Criticità

- **Elevato posizionamento:** il Pronto Soccorso è il setting con il maggior tasso di posizionamenti, spesso non necessari.
- **Inappropriatezza:** si stima che il 50% dei posizionamenti sia inappropriato (mancanza di indicazioni chiare).
- **Implicazioni cliniche:** rischio infettivo, fastidio, dolore e limitazione della mobilità.
- **Ridotta mobilizzazione** → allettamento e maggior rischio di delirium.
- **Persistenza del presidio:** il 65% dei cateteri, posizionati correttamente, viene lasciato in sede anche quando l'indicazione scompare.

Catetere Vesciale a Permanenza- Strategie

- **Indicazioni cliniche da rispettare:** ritenzione acuta d'urina, protezione di ulcere sacrali e perineali, necessità di cistoclisi, accurato bilancio idrico.
- **Documentazione:** trascrivere in cartella clinica l'indicazione specifica al posizionamento.
- **Valutazione congiunta:** medico e infermiere devono valutare alternative non invasive (es. arbarella, urocondom).
- **Ottimizzazione del controllo antalgico:** particolarmente nei pazienti con frattura di femore.
- **Monitoraggio continuo:** valutare ecograficamente il globo vescicale e rivedere periodicamente l'appropriatezza del presidio.

4AT- Test per la valutazione del delirium e del deficit cognitivo

Il test **4AT** è uno strumento rapido di *screening* per il *delirium* e la compromissione cognitiva acuta. È composto da quattro elementi:

1. Stato di vigilanza (sonnolenza o agitazione anomala).
2. AMT4 (memoria: età, data di nascita, luogo, anno corrente)
3. Attenzione (difficoltà a contare o concentrarsi).
4. Cambiamento acuto o decorso fluttuante relativamente all'attenzione, alla comprensione o altre funzioni cognitive comportamentali.

Un punteggio ≥ 4 suggerisce un'alta probabilità di delirium, mentre 1-3 indica un possibile deterioramento cognitivo che necessita di ulteriori valutazioni.

Il test è semplice, rapido (meno di 2 minuti).



Il Punteggio Radar

Descrizione:

- Strumento di monitoraggio rapido (~7 secondi)
- Non richiede interazione diretta con il paziente

Performance:

- Sensibilità: 73%
- Specificità: 67% (se effettuato 3-4 volte al giorno)

Applicazione:

- Positivo se almeno una risposta alle domande è affermativa
- Ideale per individuare casi da approfondire con il test 4aT





**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 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 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/intestabile 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

R.A.D.A.R.

Recognizing Acute Delirium As part of Your Routine

Philippe Voyer

www.fsi.ulaval.ca/radar

Dopo aver osservato il paziente mentre assumeva la terapia ... (indica SI o NO)	SI	NO
...Il paziente era sonnolente?		
...Il paziente ha avuto difficoltà a seguire le tue istruzioni?		
...Il paziente ti sembrava rallentato nei movimenti?		

Istruzioni per la compilazione

Item RADAR	Istruzioni
1 ...Il paziente era sonnolente?	Tendeva ad addormentarsi? Faticava a rimanere sveglio/a?
2 ...Il paziente ha avuto difficoltà a seguire le tue istruzioni?	Ha assunto i farmaci quando glieli hai somministrati? Ha allungato la mano per prenderli dalla tua mano? Se li è portate alla bocca? È riuscito/a ad afferrare e a portarsi il bicchiere d'acqua alla bocca (o è riuscito/a bere) quando glielo hai passato? È riuscito a seguire i tuoi movimenti con lo sguardo mentre parlavi con lui/lei? (contatto visivo)
3 ...I movimenti del paziente sembravano rallentati?	Si muoveva lentamente? Era lento/a quando si è seduto/a, ha camminato o ha preso le sue terapie?
	Se ti è capitato di osservare uno di questi comportamenti durante la somministrazione della terapia al paziente rispondi "SI" . In caso di dubbio rispondi comunque "SI" .

Di Mauro S., Ausili D., Morandi A., Bellelli G. (2017). Italian version of the R.A.D.A.R. tool
University of Milano-Bicocca, Milano, Italy and Italian Study Group on Delirium.

Strategie intervento

Obiettivo primario: facilitare la diagnosi di *delirium* tramite punteggi e scale di valutazione validate.

Calcolo del punteggio 4aT alla prima visita o all'ingresso del paziente in osservazione breve intensiva (OBI), allo scopo di fornire una valutazione iniziale degli eventuali deficit cognitivi del paziente all'ingresso in Pronto Soccorso e di valutarne il *trend* nel caso di successive rilevazioni.

Calcolo del punteggio RADAR a ogni occasione di contatto col paziente durante la degenza in Pronto Soccorso e documentato almeno una volta a turno. In caso di positività del test (ovvero almeno una risposta "SI" alle domande rivolte all'operatore), è necessario procedere con il calcolo del punteggio 4aT.

Punteggio 4aT in risposta a un test RADAR positivo:

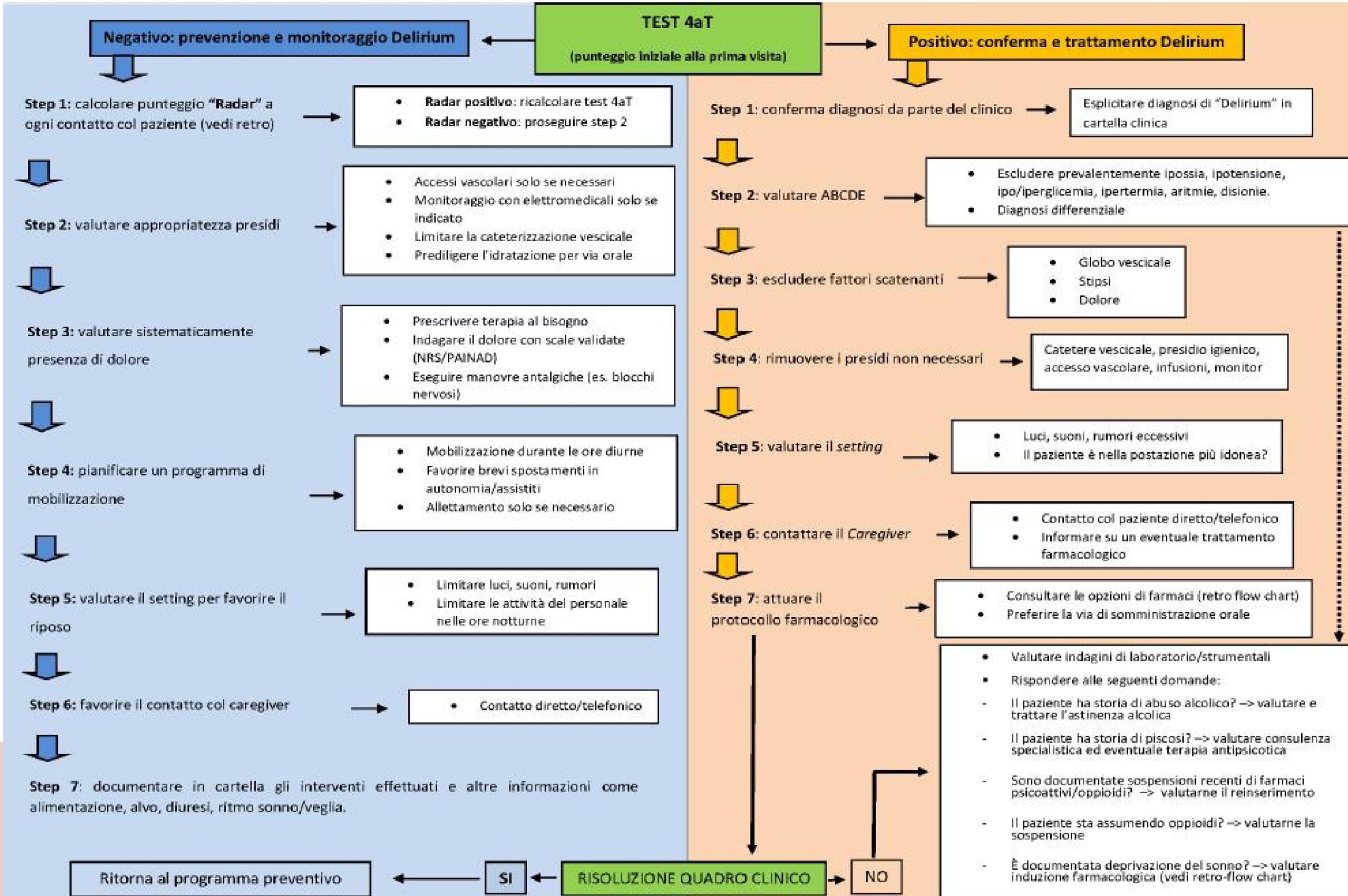
- 4aT negativo: proseguire col programma preventivo e di monitoraggio attivo.
- 4aT positivo: conferma di diagnosi di "*delirium*" da parte del medico e attivazione del programma di trattamento previsto in *flow chart*.

Tale monitoraggio si applica a tutti i pazienti con età pari o superiore a 65 anni indipendentemente dal motivo di ingresso in ospedale. Il test 4aT iniziale **NON** viene calcolato nelle seguenti condizioni:

- Pazienti emodinamicamente instabili o con “ABCDE” compromesso all’ingresso.
- Pazienti con patologia neurologica acuta in atto confermata o sospetta.
- Pazienti sotto effetto di sostanze confermato o sospetto.
- Pazienti con diagnosi di psicosi acuta all’ingresso confermata o sospetta.
- Pazienti con agitazione psicomotoria già presente all’ingresso in pronto soccorso.

In queste situazioni il punteggio 4aT iniziale verrà calcolato alla stabilizzazione/risoluzione del quadro clinico se possibile.





Fattori predisponenti	Fattori precipitanti	Punteggio radar
Età avanzata Declino cognitivo/demenza Depressione Deprivazione sensoriale (uditiva e visiva) Comorbidità (acute/croniche) Abuso etilico Malnutrizione/disidratazione Polifarmacoterapia Alterate capacità funzionali	Farmaci (nuova prescrizione/sospensione): antidolorifici (FANS/oppioidi), anticolinergici, miorelassanti, antistaminici, antiaritmici, corticosteroidi, antibiotici, psicotropi (tra cui benzodiazepine, antidepressivi, antiepilettici, antipsicotici) Dolore Anestesia (spinale/generale) Ipossiemia, infezioni, disionie, anemia Catetere vescicale, mezzi di contenzione, ambiente ospedaliero, alterazione ritmo sonno/veglia	Quando sei passato dal paziente per il controllo programmato: Il paziente presentava sonnolenza? Il paziente aveva problemi a seguire le tue istruzioni? I movimenti del paziente erano rallentati?

Punteggio 4aT (in parentesi il relativo score)

- Allerta:** completamente attento, non agitato per tutta la valutazione (0)
Sonnolenza moderata per meno di 10 secondi dopo il risveglio poi normale (0)
Livello di attenzione evidentemente anomalo (iperattivo, agitato o soporoso) (4)
AM4T: chiedere al paziente età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale o del reparto), anno in corso:
Nessun errore (0)
Un errore (1)
Due o più errori (2)
ATTENZIONE: far dire al paziente i mesi dell'anno al contrario partendo da dicembre:
Elenca senza errori o più mesi (0)
Elenca meno di 7 mesi o rifiuta di iniziare (1)
Test non eseguibile, paziente indisposto, assennato o disattento (2)
Cambiamento acuto o decorso fluttuante
No (0)
Sì (4)

Punteggi: ≥4 possibile delirium/deterioramento cognitivo
1-3: possibile deterioramento cognitivo
0: improbabile delirium/deterioramento cognitivo

Protocollo farmacologico

Da considerare solo nel delirium iperattivo con pericolo per il paziente o per il personale, laddove le misure non farmacologiche siano state inefficaci.
Preferire un solo principio attivo somministrato per via orale alla minima dose efficace e per il minor tempo necessario.

Farmaci per OS	Dosaggio minimo iniziale	Picco	Emivita	Effetti collaterali
Aloperidolo (Serenase, Haldol)	5-10 gtt 1-3 volte al giorno, ripetibili dopo 2-3 h dalla precedente somministrazione (dose massima 200 gtt/die)	2-6 h	24 h	eccessiva sedazione, segni extrapiramidali, sindrome maligna da neurolettici, allungamento QTc e torsione di punta (somministrazione ev off label)
Promazina (Talofen)	10-15 gtt ripetibili dopo 2-3 h (dose massima 50 gtt 3 volte/die)	2-4 h	6 h	eccessiva sedazione, ipotensione, sindrome maligna da neurolettici

Farmaci IM/EV	Dosaggio minimo iniziale	Picco	Emivita	Effetti collaterali
Aloperidolo (Serenase, Haldol)	im: 0,5 – 1 mg ripetibile dopo 60 min (dose massima 20 mg/die)	20-30 min	24 h	eccessiva sedazione, segni extrapiramidali, sindrome maligna da neurolettici, allungamento QTc e torsione di punta (somministrazione ev off label)
Promazina (Talofen)	im: 1 fl (50 mg) ripetibile dopo 30 min (dose massima 300 mg/die) ev: 1 fl (50 mg) in sf 100 ml ripetibile dopo 30 min (dose massima 300 mg/die)	15 min	6 h	eccessiva sedazione, ipotensione, sindrome maligna da neurolettici

Le benzodiazepine sono controindicate in quanto delirogene (fanno eccezione le sindromi astinenziali da alcol e sedativi-ipnotici). Solo in caso di agitazione refrattaria considerare midazolam in infusione continua a scopo contenitivo.

TAKE HOME MESSAGE

- Il delirium è un'emergenza medica e non solo un "disturbo comportamentale".
- Necessità di un approccio multiprofessionale.
- L'importanza della prevenzione rispetto al trattamento.



"Per noi migliorare e umanizzare le cure per i pazienti affetti da delirium non significa solo ottenere risultati clinici migliori, ma restituire dignità e speranza a chi è più vulnerabile. Insieme, trasformiamo la sfida in un'opportunità di cura empatica e responsabile."



**Grazie per
l'attenzione**

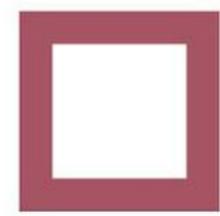


Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia



VIII EDIZIONE

RITORNO al FUTURO della **MEDICINA d'URGENZA**

*curiosità, critica e **innovazione***

MILANO
20-21 MARZO
2025

